

循经取穴推拿与温针灸联合治疗在腰椎间盘突出症中的应用研究

唐训民

(苏州市吴中区尹山湖医院中医科, 江苏 苏州 215000)

【摘要】目的 探讨循经取穴推拿与温针灸联合应用治疗腰椎间盘突出症(LDH)患者的效果, 以及对患者腰椎活动度、炎症反应的影响。**方法** 选取2023年1月至2024年1月苏州市吴中区尹山湖医院收治的101例LDH患者, 以随机数字表法分为对照组(50例, 功能训练、牵引等常规基础治疗+温针灸疗法)和观察组(51例, 对照组+循经取穴推拿治疗), 7d为1个疗程, 两组患者均治疗2个疗程。比较两组患者治疗后的临床疗效, 治疗前后中医证候积分、腰椎活动度、炎症反应指标。**结果** 观察组患者总有效率较对照组更高; 与治疗前比, 治疗后两组患者各项中医证候积分及血清肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-1(IL-1)、基质金属蛋白酶-3(MMP-3)水平均降低, 观察组均低于对照组; 两组患者腰椎侧屈、腰椎旋转、腰椎后伸活动度均增大, 观察组均大于对照组(均 $P<0.05$)。**结论** LDH患者经循经取穴推拿与温针灸联合治疗的效果显著, 可使症状得到有效缓解, 提升腰椎活动度, 控制炎症反应。

【关键词】 腰椎间盘突出症; 循经取穴推拿; 温针灸; 腰椎活动度; 炎症反应

【中图分类号】 R681.5

【文献标识码】 A

【文章编号】 2096-3718.2024.16.0096.03

DOI: 10.3969/j.issn.2096-3718.2024.16.031

腰椎间盘突出症(lumbar disc herniation, LDH)临床表现主要为腰部疼痛、麻木等症状, 随病情持续进展可对患者的日常活动、工作造成严重影响。现阶段, 临床西医多以手术、药物为主治疗LDH, 虽能减轻患者症状, 控制病情进展, 但其也存在一定不足, 如手术治疗创伤较大, 药物治疗远期效果不理想, 从而使得临床应用受限^[1]。中医认为, LDH属于“骨痹”范畴, 主要是由风、寒、湿邪侵袭造成经络闭阻所致, 不通则痛, 因此临床治疗以活血化瘀、通经活络为原则。温针灸主要是通过刺激特定穴位, 并辅以热力作用, 能够温经通脉、止痛, 但治疗周期长、见效慢, 从而影响患者治疗积极性^[2]。循经取穴推拿主要是在中医理论指导下按压穴位, 进而发挥疏通筋骨、理气活血等功效, 且具有安全性高、易操作等优势^[3]。基于此, 本研究选取了101例LDH患者进行研究, 旨在探讨应用循经取穴推拿与温针灸联合治疗的效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2023年1月至2024年1月苏州市吴中区尹山湖医院收治的101例LDH患者, 以随机数字表法分为对照组(50例)和观察组(51例)。对照组患者病程6个月~5年, 平均 (1.47 ± 0.32) 年; 年龄35~75岁, 平均 (48.52 ± 6.78) 岁; 男、女性患者分别为28、22例; 病变节段:L₃₋₄、L₄₋₅、L₅~S₁分别为17、18、

15例; BMI 18~26 kg/m², 平均 (22.63 ± 0.78) kg/m²。观察组患者病程6个月~4年, 平均 (1.51 ± 0.36) 年; 年龄35~78岁, 平均 (48.41 ± 6.12) 岁; 男、女性患者分别为30、21例; 病变节段:L₃₋₄、L₄₋₅、L₅~S₁分别为18、19、14例; BMI 19~26 kg/m², 平均 (22.59 ± 0.74) kg/m²。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义($P>0.05$), 有可比性。纳入标准: (1)符合西医《腰椎间盘突出症诊疗指南》^[4]中诊断标准, 直腿抬高试验阳性, 且经临床检查确诊, 并符合中医《中医骨伤科学》^[5]中“骨痹”的诊断标准, 辨证分型为寒湿闭阻证: 主症为腰痛、腿痛沉重; 次症为腿麻、肢体发凉, 俯身弯腰不便; 舌苔白腻质淡; 脉搏缓慢或沉紧; (2)未进行手术治疗; (3)依从性良好。排除标准: (1)伴有骨折; (2)凝血功能障碍; (3)多器官(心、肝等)严重功能障碍。研究已获得苏州市吴中区尹山湖医院医学伦理委员会批准, 患者签署知情同意书。

1.2 治疗方法 指导患者卧床休息, 并予以常规治疗: 取仰卧位, 将骨盆、胸廓固定, 实施牵引治疗, 牵引质量为20~30 kg, 不宜超过体质量的60%, 30 min/次, 1次/d, 连用6d后休息1d, 视疼痛情况可适当予以甾体消炎药治疗; 开展功能训练。对照组患者开展温针灸疗法: 患者取俯卧位, 常规消毒穴位皮肤, 使用一次性无菌针(苏州医疗用品厂有限公司, 型号: 0.25 mm×40 mm), 对昆仑穴直刺[深度: 0.5寸(1寸=3.33 cm)], 对大肠俞斜刺(深度: 1寸), 对阳陵泉、承山、委中穴直刺(深度:

1~2 寸),对环跳穴直刺(深度:3 寸),对肾俞直刺(深度:1 寸),对上述各穴位进行捻转提插,直至出现胀、酸、麻干感(采用平补平泻法),并于得气后留针,放置艾炷(2 cm)于相关穴位针柄上(包括阳陵泉、肾俞、环跳、关元俞、委中),引燃艾条,30 min/次,1 次/d。在对照组的基础上,观察组患者联合应用循经取穴推拿治疗:患者取仰卧位,对冲门穴进行掌压,对股四头肌进行拿捏,对太溪穴、解溪穴进行点按、按压(1 min);30 min 后,患者取侧卧位,对痉挛疼痛部位、臀大肌进行弹拨,对环跳穴进行肘压;俯卧位,对腰骶部、臀部及下肢肌肉进行推拿(使用掌揉法、滚法),弹拨臀大肌、骶骨处、痉挛疼痛部位,放松肢体,30 min/次,1 次/d。7 d 为 1 个疗程,两组均治疗 2 个疗程。

1.3 观察指标 (1)临床疗效。于治疗 2 个疗程后评估患者临床疗效,其中痊愈:中医证候积分降低 $\geq 90\%$,腰部疼痛、麻木等症状消失;显效:中医证候积分降低 $70\%\sim <90\%$,症状明显缓解;有效:中医证候积分降低 $30\%\sim <70\%$,症状有改善;无效:中医证候积分降低 $<30\%$,症状未缓解,甚至加重^[5]。总有效率=痊愈率+显效率+有效率。(2)中医证候积分。于治疗前后评估患者中医证候,症状包括腿痛沉重、腰痛、肢体发凉、腿麻、俯身弯腰不便,各项症状按照无、轻、中、重评分 0、2、4、6 分,得分与中医证候严重程度成正比^[6]。(3)腰椎活动度。于治疗前后使用关节测量尺(上海益联医学仪器发展有限公司,型号:F-JDC)评估患者腰椎侧屈、旋转、后伸活动度。④炎症反应。于治疗前后抽取患者 5 mL 静脉血,离心(3 000 r/min,10 min)分离取上层血清,根据酶联免疫吸附法检测血清肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-1 (IL-1)、基质金属蛋白酶-3 (MMP-3) 水平。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 26.0 统计学软件分析数据,计数资料以[例(%)]表示,等级资料比较采用秩和检验;计量资料经 S-W 法检验证实符合正态分布,用($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用独立样本 t 检验,治疗前后比较采用配对 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 观察组患者总有效率较对照组更高,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	50	8(16.00)	16(32.00)	14(28.00)	12(24.00)	38(76.00)
观察组	51	15(29.41)	20(39.22)	12(23.53)	4(7.84)	47(92.16)
Z 值				2.455		
P 值				<0.05		

2.2 两组患者中医证候积分比较 与治疗前比,治疗后两组患者各项中医证候积分均降低,观察组均低于对照组,差异均有统计学意义(均 $P<0.05$),见表 2。

2.3 两组患者腰椎活动度比较 与治疗前比,治疗后两组患者腰椎侧屈、腰椎旋转、腰椎后伸活动度均增大,且观察组均大于对照组,差异均有统计学意义(均 $P<0.05$),见表 3。

2.4 两组患者炎症因子比较 治疗后两组血清 TNF- α 、IL-1、MMP-3 水平较治疗前均降低,观察组均低于对照组,差异均有统计学意义(均 $P<0.05$),见表 4。

3 讨论

LDH 主要是由神经根受压迫、刺激(因髓核组织脱出)所致。手术与药物是现阶段临床针对 LDH 常采用的

表 2 两组患者中医证候积分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	腿痛沉重		腰痛		肢体发凉		腿麻		俯身弯腰不便	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	50	4.36 \pm 0.42	1.54 \pm 0.25*	4.15 \pm 0.43	1.78 \pm 0.26*	4.22 \pm 0.51	1.59 \pm 0.24*	4.32 \pm 0.44	1.32 \pm 0.18*	4.12 \pm 0.45	1.63 \pm 0.26*
观察组	51	4.39 \pm 0.46	0.96 \pm 0.12*	4.08 \pm 0.42	1.02 \pm 0.17*	4.28 \pm 0.47	0.95 \pm 0.13*	4.37 \pm 0.41	0.86 \pm 0.11*	4.18 \pm 0.42	0.98 \pm 0.13*
t 值		0.342	14.910	0.828	17.420	0.615	16.708	0.591	15.531	0.693	15.938
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:与治疗前比,* $P<0.05$ 。

表 3 两组患者腰椎活动度比较(°, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	腰椎侧屈活动度		腰椎旋转活动度		腰椎后伸活动度	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	50	23.10 \pm 4.34	27.82 \pm 4.24*	32.72 \pm 3.57	36.22 \pm 3.14*	12.36 \pm 2.64	27.23 \pm 2.52*
观察组	51	22.89 \pm 4.23	32.45 \pm 4.17*	32.64 \pm 3.38	40.85 \pm 3.28*	12.58 \pm 2.47	30.34 \pm 2.31*
t 值		0.246	5.533	0.116	7.244	0.433	6.467
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:与治疗前比,* $P<0.05$ 。

表 4 两组患者炎症因子比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	TNF- α (ng/L)		IL-1(pg/mL)		MMP-3(ng/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	50	93.89 \pm 20.46	62.51 \pm 10.35*	76.25 \pm 8.62	35.95 \pm 4.58*	38.86 \pm 3.25	26.71 \pm 3.25*
观察组	51	93.91 \pm 20.43	52.04 \pm 10.37*	76.14 \pm 8.53	24.32 \pm 3.30*	38.41 \pm 3.31	22.44 \pm 3.37*
<i>t</i> 值		0.005	5.078	0.064	14.663	0.689	6.480
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与治疗前比，**P*<0.05。TNF- α ：肿瘤坏死因子 - α ；IL-1：白细胞介素 -1；MMP-3：基质金属蛋白酶 -3。

西医治疗手段，虽能够对患者腰椎功能发挥一定改善作用，但其在应用中无法从根源上治疗疾病，进而影响患者预后。

中医根据 LDH 临床表现认为该病主要是筋骨失养（由于体内血气不荣、气血瘀滞所致），进而引发一系列腰痛腿痛症状，因此临床需予以疏经通络、行气活血等对症治疗^[7]。通过对大肠俞、环跳等穴位进行温针灸治疗，不仅能够发挥针刺疏通经络的功效，还具有艾灸温阳行气的功效，进而有助于活气行血、温阳补虚，达到治疗疾病的目的^[8]。循经取穴推拿中，太溪穴属于足少阴肾经，通过点按、按压能够强腰固肾；解溪穴属足阳明胃经，通过点按、按压可疏通经络，促进气血循环；承山穴属于足太阳膀胱经，环跳穴属足少阳胆经，委中穴属于足太阳膀胱经，3 者通过按压能够散瘀活血，使气血通达；弹拨臀大肌、骶骨处、痉挛疼痛部位，拿捏股四头肌，推拿腰骶部、臀部及下肢肌肉，可有助于解痉止痛、疏经通络、行气活血，进而有助于对症治疗疾病，促进患者康复。因此临床通过应用循经取穴推拿联合温针灸，从多种途径、环节治疗 LDH，进而有助于有效缓解患者临床症状，提升腰椎活动度，临床效果显著^[9]。本研究结果中，观察组患者总有效率高于对照组，各项中医证候积分均低于对照组，腰椎侧屈、腰椎旋转、腰椎后伸活动度均大于对照组，这表明 LDH 患者经循经取穴推拿与温针灸治疗的效果显著，可使症状得到有效缓解，提升腰椎活动度。

LDH 的发生、发展过程可激活局部炎症反应，导致炎症因子聚集，继而升高 TNF- α 、IL-1、MMP-3 等炎症因子水平，同时炎症反应的产生又可进一步刺激神经根，加重腰椎功能损伤^[10]。本研究结果中，观察组患者血清 TNF- α 、IL-1、MMP-3 水平均低于对照组，这表明 LDH 患者经循经取穴推拿与温针灸治疗可使炎症反应得到有效控制。分析其原因可能为，一方面，通过温针灸相关穴位（包括肾俞穴、环跳穴等），能够促进机体血液循环，提高新陈代谢，有助于加快机体炎症物质的吸收，进而改善微炎症状态，缩短患者康复进程；另一方面，循经取穴推拿通过增加椎间隙（采用按摩不同穴位，不同手法推拿），以减轻神经根压迫，从而改善血液循环，加速代谢，消除炎

症，下调炎症因子的合成释放，两者可发挥协同作用，进而使得炎症反应控制效果更佳^[11]。

综上，LDH 患者经循经取穴推拿与温针灸联合治疗的效果显著，可使症状得到有效缓解，提升腰椎活动度，控制炎症反应。但本研究为单中心研究且观察周期短，故后续仍需进一步深入探究，以期使研究结果更可靠。

参考文献

[1] 李土胜, 丁宇, 蒋强, 等. 非手术治疗与经皮脊柱内镜手术治疗老年腰椎间盘突出症的疗效比较 [J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2023, 38(9): 912-916.

[2] 张丽丽, 吴李秀, 朱慧梅. 循经取穴推拿联合温针灸对腰椎间盘突出症患者 ODI 指数和腰椎活动度的影响 [J]. 中国中医急症, 2023, 32(1): 123-126.

[3] 单亚娟. 针灸联合推拿治疗腰椎间盘突出症疗效及对患者疼痛程度的影响 [J]. 陕西中医, 2021, 42(6): 789-792.

[4] 中华医学会骨科学分会脊柱外科学组, 中华医学会骨科学分会骨科康复学组. 腰椎间盘突出症诊疗指南 [J]. 中华骨科杂志, 2020, 40(8): 477-487.

[5] 刘钟华, 赵长伟, 闻辉. 中医骨伤科学 [M]. 北京: 科学出版社, 2016: 56-57.

[6] 刘向明. 温针灸结合循经取穴推拿对腰椎间盘突出患者疼痛程度、血清炎症因子的影响 [J]. 四川中医, 2020, 38(8): 189-192.

[7] 张云亮, 王腾, 霍俊杰, 等. 温针灸结合骨伤按摩治疗中老年腰椎间盘突出症疗效观察 [J]. 临床和实验医学杂志, 2022, 21(7): 730-735.

[8] 官玺, 徐征华. 循经点穴推拿联合温针灸治疗腰椎间盘突出症临床观察 [J]. 吉林中医药, 2020, 40(12): 1667-1670.

[9] 公丕见, 戴文娟, 于荣鑫. 热敏灸联合推拿对腰椎间盘突出症患者 TXB2、PGE₂ 水平及腰椎功能的影响 [J]. 针灸临床杂志, 2020, 36(11): 17-21.

[10] 张燕珍, 梁超, 陈少萍. 温针灸治疗寒湿痹阻型腰椎间盘突出症的临床观察 [J]. 广州中医药大学学报, 2023, 40(12): 3084-3090.

[11] 李伟, 徐洪亮, 王慧芳, 等. 陆氏伤科温针灸结合推拿治疗腰椎间盘突出症的优化方案研究 [J]. 上海中医药杂志, 2019, 53(10): 65-68.