

针灸联合推拿治疗腰椎间盘突出症的效果观察

卢洁梅

(崇左市人民医院中医科, 广西 崇左 532200)

【摘要】目的 分析腰椎间盘突出症经针灸联合推拿治疗的效果, 以及对患者腰椎功能、炎症反应的影响。**方法** 以随机数字表法将 2018 年 9 月至 2023 年 9 月崇左市人民医院收治的 85 例腰椎间盘突出症患者分两组, 两组患者均进行姿势纠正、锻炼腰腹部肌肉力量、保护腰, 以及卧硬板床等康复治疗。对照组 (42 例) 患者同时接受推拿治疗, 观察组 (43 例) 患者同时接受针灸联合推拿治疗, 均治疗 10 d。比较两组患者治疗后的临床疗效, 治疗前后中医证候积分、视觉模拟量表 (VAS) 疼痛评分、日本骨科医师协会 (JOA) 评估治疗分数、Oswestry 功能障碍指数 (ODI) 及炎症因子水平。**结果** 治疗后, 观察组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、VAS 疼痛评分、ODI 评分及血清肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-1 β (IL-1 β)、神经肽 (NPY)、白细胞介素-6 (IL-6) 均降低, JOA 评分均升高, 且观察组上述指标的变化幅度均更大 (均 $P < 0.05$)。**结论** 在推拿治疗腰椎间盘突出症的基础上, 联合针灸治疗的临床效果较好, 在缓解临床症状, 减轻疼痛及抑制炎症反应方面效果显著。

【关键词】 腰椎间盘突出症; 针灸; 推拿; 腰椎功能; 炎症反应

【中图分类号】 R274.9

【文献标识码】 A

【文章编号】 2096-3718.2024.16.0099.03

DOI: 10.3969/j.issn.2096-3718.2024.16.032

腰椎间盘突出症主要临床表现为腰部疼痛、感觉麻木等症状, 若不加以干预, 病情进展会使患者活动受限, 对患者身心健康和日常生活造成困扰。中医学中没有腰椎间盘突出症这个名称, 按照其临床表现属于中医中的“痹证”“骨痹”等范畴, 病机主要为气血不畅、经络痹阻, 故活血化瘀、活络通经是其主要治疗原则。推拿是运用不同手法作用于人体特定穴位或部位, 解除病变部位组织肌肉结构异常情况, 进而缓解病情, 但部分患者单独使用该方法对腰椎功能的改善作用不显著, 整体效果不是很理想^[1]。针灸是通过刺激穴位, 促进血液循环, 起到活血化瘀、疏通经络的功效, 促使腰椎功能恢复^[2]。基于此, 本研究选择 85 例腰椎间盘突出症患者, 分别予以单纯推拿、推拿联合针灸的治疗方案, 重点分析针灸联合推拿治疗的效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 以随机数字表法将 2018 年 9 月至 2023 年 9 月崇左市人民医院收治的 85 例腰椎间盘突出症患者分为对照组 (42 例)、观察组 (43 例)。对照组患者责任椎间盘节段: L_{3/4}、L_{4/5}、L₅/S₁ 分别为 13、17、12 例; 年龄 28~78 岁, 平均 (44.62±4.35) 岁; 男、女性患者分别为 23、19 例; 病程 2~20 个月, 平均 (6.45±0.52) 个月。观察组患者责任椎间盘节段: L_{3/4}、L_{4/5}、L₅/S₁ 分别为 14、18、11 例; 年龄 28~76 岁, 平均 (44.58±4.32) 岁; 男、女性患者分别为 25、18 例; 病程 1~20 个月, 平均 (6.47±

0.53) 个月。组间基线资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 可比。纳入标准: (1) 符合《常见病康复诊疗规范: 腰椎间盘突出症康复规范管理分级诊疗》^[3] 中的相关诊断标准, 以及中医《中医骨伤科常见病诊疗指南》^[4] 中“痹证”的诊断标准, 辨证分型为气滞血瘀证, 主症: 腰腿疼痛难忍; 次症: 腰部僵硬、刺痛, 痛处拒按; 舌质紫暗伴瘀斑, 苔薄白或薄黄, 脉沉细; (2) 近期没有进行过相关治疗; (3) 无针灸禁忌证。排除标准: (1) 合并其他腰椎病变; (2) 有腰椎手术史; (3) 合并严重心、肝、肾脏功能异常。崇左市人民医院医学伦理委员会批准研究实施, 患者对治疗方案及其相关安全性知晓并签署知情同意书。

1.2 治疗方法 两组患者均进行姿势纠正、锻炼腰腹部肌肉力量、保护腰等康复。对照组接受推拿治疗: 患者俯卧位, 医师用双手拇指以拳推法、平推法推拿背部脊柱两侧腰部; 对于腿部和腰部肌肉用双手掌揉。急性期患者对腰背部实施直推法或揉法, 恢复期患者用前臂或肘部按压腰背部, 5 min; 腰部痛点施以点按法、弹拨、滚法, 5 min, 点按腰俞、委中、秩边、环跳等穴, 45 s/穴, 掌擦法擦热患部, 以局部温热为宜。仰卧位, 伸直双腿, 握住患侧脚跟、膝盖, 将患者下肢固定后缓慢向上牵拉, 并配以下肢纵轴远端方向的提拉和牵抖, 连续 5 次。观察组接受针灸联合推拿治疗: 推拿方法同对照组, 在此基础上加以针灸, 患者取俯卧位, 常规消毒皮肤, 使用一次性使用无菌针 (苏州医疗用品厂有限公司, 规格: 75 mm×0.32 mm),

横刺腰俞穴，将针尖透向命门穴；直刺环跳穴 [进针 2.0~2.5 寸 (1 寸=3.33 cm)]；若为 L₅/S₁ 椎体病变，则直刺秩边穴 (进针 2.0~2.5 寸)，直刺夹脊穴 (进针 1.0~1.5 寸)，留针 30 min/次，1 次/d。均治疗 10 d。

1.3 观察指标 (1)临床疗效。治疗后评估两组患者临床疗效，其中痊愈：直腿抬高范围 >80°，腰部疼痛、感觉麻木等临床症状完全消失；显效：直腿抬高范围在 70°~80° 之间，临床症状基本消失；有效：直腿抬高范围在 30°~<70° 之间，临床症状有所减轻；无效：直腿抬高范围 <30°，临床症状没有改变^[3]，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积分，包括腰部板硬、腰腿疼痛、下肢麻木、舌质暗紫，按照无、轻、中、重度分别计 0、2、4、6 分^[5]。(3)疼痛和功能评分。于治疗前后，采用视觉模拟量表 (VAS) 疼痛评分^[6] 评估疼痛，总分 10 分，分值越高疼痛越剧烈；采用 Oswestry 功能障碍指数 (ODI)^[7] 评估腰椎活动度，总分 50 分，分值越高腰椎功能障碍越严重；采用日本骨科医师协会 (JOA) 评估治疗分数^[8] 评估腰椎功能，总分 29 分，分值越高腰椎功能越好。(4)炎症因子。治疗前后采集患者空腹静脉血 5 mL，离心 (3 000 r/min，10 min) 取上层血清，检测血清肿瘤坏死因子-α (TNF-α)、白细胞介素-1β (IL-1β)、神经肽 (NPY)、白细胞介素-6 (IL-6)，检测方法为酶联免疫吸附法。

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 观察组临床总有效率较对照组高，差异有统计学意义 (*P*<0.05)，见表 1。

2.2 两组患者中医证候积分比较 相较于治疗前，两组患者各项中医证候积分治疗后均降低，观察组均更低，差异均有统计学意义 (均 *P*<0.05)，见表 2。

2.3 两组患者疼痛和功能评分比较 相较于治疗前，治疗后两组 VAS 疼痛评分、ODI 评分均降低，JOA 评分均升高，观察组患者上述指标变化幅度均较对照组大，差异均有统计学意义 (均 *P*<0.05)，见表 3。

2.4 两组患者炎症因子水平比较 与治疗前比，治疗后两组血清炎症因子含量均降低，观察组均更低，差异均有统计学意义 (均 *P*<0.05)，见表 4。

3 讨论

腰椎间盘突出症致病机制复杂，不良生活习惯、外伤、腰部负荷过重等均会在一定程度上增加腰椎间盘突出症

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	42	10(23.81)	15(35.71)	8(19.05)	9(21.43)	33(78.57)
观察组	43	20(46.51)	11(25.58)	10(23.26)	2(4.65)	41(95.35)
<i>Z</i> 值		2.255				
<i>P</i> 值		<0.05				

表 2 两组患者中医证候积分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	腰部板硬		下肢麻木		腰腿疼痛		舌质暗紫	
		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	42	3.89±0.46	2.12±0.17*	4.12±0.38	1.98±0.32*	4.18±0.22	1.87±0.13*	4.49±0.29	2.12±0.13*
观察组	43	3.91±0.45	1.34±0.18*	4.09±0.36	1.26±0.21*	4.20±0.21	1.12±0.10*	4.51±0.26	1.27±0.10*
<i>t</i> 值		0.203	20.530	0.374	12.292	0.429	29.855	0.335	33.836
<i>P</i> 值		>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 两组患者疼痛和功能评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	VAS 疼痛评分		ODI 评分		JOA 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	42	7.18±1.15	3.16±0.32*	33.15±3.17	13.89±1.15*	12.74±2.36	20.26±2.13*
观察组	43	7.21±1.13	1.25±0.12*	32.86±3.15	8.48±1.12*	12.65±2.32	24.84±2.25*
<i>t</i> 值		0.121	36.598	0.423	21.973	0.177	9.633
<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。VAS：视觉模拟量表；ODI：Oswestry 功能障碍指数；JOA：日本骨科医师协会。

表 4 两组患者炎症因子水平比较 (pg/mL, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	TNF- α		IL-1 β		NPY		IL-6	
		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	42	91.85 \pm 3.45	79.28 \pm 2.14*	8.54 \pm 1.13	5.93 \pm 0.54*	250.54 \pm 13.42	215.54 \pm 11.36*	142.36 \pm 8.19	120.74 \pm 5.28*
观察组	43	92.18 \pm 3.48	69.45 \pm 2.08*	8.51 \pm 1.12	4.35 \pm 0.36*	250.61 \pm 13.36	200.65 \pm 10.23*	141.38 \pm 8.16	100.45 \pm 4.32*
<i>t</i> 值		0.439	21.476	0.123	15.907	0.024	6.353	0.553	19.411
<i>P</i> 值		>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。TNF- α ：肿瘤坏死因子 - α ；IL-1 β ：白细胞介素 -1 β ；NPY：神经肽；IL-6：白细胞介素 -6。

发生风险。现阶段，西医治疗虽有一定疗效，但效果不稳定，且易发生药物不良反应，实际应用中有局限性，需要寻找一种更加安全高效的方案以提高其治疗效果。

中医学理论认为，腰椎间盘突出症主要是由于风寒湿热之邪侵袭人体，着于腰部，脉络受阻，或因腰部劳损，局部抵撕减流窜经络，脉络痹阻发展为腰椎间盘突出症。临床多从调整阴阳、通络理气、活血祛瘀等方面入手治疗腰椎间盘突出症。推拿疗法可放松腰背部肌肉，疏通筋络，虽有一定疗效，但部分患者对该方法并不敏感，单独使用效果欠佳^[9]。腰俞穴位于督脉上，具有调和气血、强腰壮脊等功效；环跳穴属足少阳胆经，具有利腰腿、通经络的功效；秩边穴属足太阳膀胱经，具有强健腰膝、调节气血、疏通经络等功效；夹脊穴属经外奇穴，具有调和五脏、通降腑气的功效。针刺上述穴位，能够对瘀堵的膀胱经、胃经、脾经等经络气血起到疏通作用，通过多种途径、环节调节机体阴阳，促进受损组织的修复，联合推拿治疗，解除腰脊肌肉痉挛紧张情况，恢复组织间的力学平衡，缓解临床症状，减轻疼痛，进而改善腰椎功能^[10]。通过对比分析两组临床疗效与中医证候积分变化情况发现，治疗后经针灸联合推拿治疗的观察组患者总有效率较对照组更高，各项中医证候积分、VAS 疼痛评分、ODI 评分均较对照组更低，JOA 评分较对照组更高，这提示腰椎间盘突出症经针灸联合推拿治疗的效果显著，可使症状得到有效缓解，腰椎功能得以改善。

腰间盘突出症患者会有髓核突出情况，髓核压迫可引起神经根、硬膜及马尾神经的炎症反应，TNF- α 、IL-1 β 、IL-6 也在腰间盘突出症局部有阳性表达，这些因子会刺激神经引起炎症反应，进一步加重病情；NPY 在疼痛信号的传递过程发挥重要作用，其水平变化可在一定程度反映患者病情严重程度^[11]。本研究中，治疗后，经针灸联合推拿治疗的观察组血清炎症因子含量均较对照组更低，这提示腰椎间盘突出症经针灸联合推拿治疗，可有效控制炎症反应。针灸腰俞穴、环跳穴、秩边穴、夹脊穴等穴位，可加快机体血液循环，提高新陈代谢，促进炎症物质的吸收，减少 TNF- α 、IL-1 β 、IL-6 等炎症因子的合成释放，改善机体

炎症状态，减轻疼痛，促进病情好转^[12]。

综上，在推拿治疗腰椎间盘突出症的基础上，联合针灸治疗的临床效果显著，在缓解临床症状，减轻疼痛及抑制炎症反应方面具有明显优势。但本研究存在未涉及针灸对于腰椎间盘突出症患者复发率的影响、病例选取单位单一等不足，后续仍需进一步深入探究以证实本研究结论。

参考文献

[1] 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.

[2] 刘建梁,王苗,景福权,等. 针灸联合手法推拿对腰椎间盘突出症的应用效果及血浆 β - 内啡肽及腰椎功能的影响[J]. 现代生物医学进展, 2023, 23(20): 3869-3873.

[3] 饶美林,肖洪波. 常见病康复诊疗规范: 腰椎间盘突出症康复规范管理与分级诊疗[J]. 安徽医学, 2017, 38(9): 1230-1231.

[4] 中华中医药学会. 中医骨伤科常见病诊疗指南[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 75 76.

[5] 杨文斌,陈海云,林玲. 2724 例腰椎间盘突出症住院患者的中医证候特征分析[J]. 广州中医药大学学报, 2012, 29(2): 117-119.

[6] 胡元水,徐华,骆培源,等. 针灸联合推拿对腰椎间盘突出症患者疼痛及下肢功能障碍的影响[J]. 新乡医学院学报, 2012, 29(10): 792-794.

[7] 崔婷婷,李松柏. 腰椎间盘突出症患者受压神经根 DTI 与临床表现的相关性[J]. 中国医学影像技术, 2017, 33(12): 1869-1873.

[8] 张根印,徐创龙,袁海光,等. 骶髂关节调整手法在腰椎间盘突出症治疗中的应用[J]. 西部中医药, 2012, 25(1): 25-27.

[9] 郑伟. 针灸联合推拿治疗腰椎间盘突出症的效果评价[J]. 辽宁中医杂志, 2024, 51(3): 151-154.

[10] 李江涛,齐雨. 推拿联合针灸治疗血瘀型腰椎间盘突出症的临床疗效观察[J]. 世界中医药, 2020, 15(6): 920-924.

[11] 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.

[12] 沈志全,孙娜,王愉鸿,等. 经筋刺法治疗气滞血瘀型腰椎间盘突出症患者的临床研究[J]. 针灸临床杂志, 2023, 39(12): 26-30.