

# 艾灸联合温经通络推拿手法治疗瘀血阻络型 腰椎间盘突出症临床研究

许振凯<sup>1</sup> 方浩<sup>1</sup> 石宇雄<sup>2</sup> 凌耀权<sup>3</sup>

(1 广州中医药大学番禺中医院研究生, 广州, 511440; 2 广州市番禺中医院骨六科, 广州, 511440;

3 广东省中医院珠海医院康复科, 珠海, 519000)

**摘要** 目的:探讨艾灸联合温经通络推拿手法治疗瘀血阻络型腰椎间盘突出症的效果,分析其作用机理。方法:选取2014年8月至2016年10月广州中医药大学番禺中医院收治的瘀血阻络型腰椎间盘突出症患者160例,按抽签方式随机分为观察组与对照组,每组80例。对照组接受温经通络推拿手法治疗,观察组在对照组基础上接受艾灸治疗。比较治疗前、后1个月2组中医症候积分、腰部JOA评分、视觉模拟疼痛评分(VAS)、McGill疼痛问卷简表评分、日常生活能力ADL评分、SF-36健康调查量表评分的变化情况及不良反应发生情况,并评价2组临床疗效。结果:治疗后1个月,观察组和对照组的中医症候积分、VAS评分、McGill评分较治疗前均明显下降,而腰部JOA评分、ADL评分、SF-36评分均明显上升,且观察组上述指标均优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );观察组临床疗效总有效率为96.25%(77/80),明显高于对照组的83.75%(67/80),差异有统计学意义( $P < 0.05$ );观察组的总不良反应发生率和对照组比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。结论:采用艾灸联合温经通络推拿手法治疗瘀血阻络型腰椎间盘突出症,可显著提高疗效,缓解临床症状,减轻患者痛苦,提高生命质量,且不会增加不良反应的发生,是一种安全可靠的治疗方式,具有临床推广意义。

**关键词** 艾灸;温经通络推拿手法;联合;瘀血阻络型腰椎间盘突出症

## Clinical Study on Moxibustion Combined with Warming and Activating Meridian Massage in Treatment of Blood Stasis Vessel Obstruction Type of Prolapse of Lumbar Intervertebral Disc

Xu Zhenkai<sup>1</sup>, Fang Hao<sup>1</sup>, Shi Yuxiong<sup>2</sup>, Ling Yaoquan<sup>3</sup>

(1 Guangzhou Fanyu Hospital of TCM, Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 511440, China; 2 Department of Orthopaedics, Guangzhou Fanyu Hospital of TCM, Guangzhou 511440, China; 3 Department of Rehabilitation, Guangdong Hospital of TCM Zhuhai Hospital, Zhuhai 519000, China)

**Abstract Objective:** To investigate the effects of moxibustion combined with warming and activating meridian massage for treating blood stasis vessel obstruction type of prolapse of lumbar intervertebral disc, and to analyze its mechanism of action. **Methods:** A total of 160 patients with blood stasis vessel obstruction type of prolapse of lumbar intervertebral disc admitted into the hospital from August 2014 to October 2016 were divided into control group ( $n = 80$ ) and observation group ( $n = 80$ ) by drawing lots. Control group received warming and activating meridian massage and observation group received moxibustion on the basis of control group. The changes of scores of TCM symptom, lumbar JOA, VAS, McGill pain questionnaire, ADL, SF-36 questionnaire and the occurrence of adverse reactions of two groups were compared before and after 1-month treatment, and clinical efficacy of two groups were evaluated. **Results:** One month after treatment, the scores of TCM symptom, VAS, McGill of two groups significantly decreased, while scores of lumbar JOA, ADL, SF-36 significantly increased, and above-mentioned indexes of observation group were better than those of control group ( $P < 0.05$ ); The clinical total effective rate of observation group was 96.25% (77/80), which was significantly higher than 83.75% (67/80) ( $P < 0.05$ ); There was not statistical difference in the total incidence of adverse reactions between the two groups ( $P > 0.05$ ). **Conclusion:** Moxibustion combined with warming and activating meridian massage in treatment of blood stasis vessel obstruction of prolapse of lumbar intervertebral disc can significantly improve efficacy, relieve clinical symptoms, decrease patients' pain, increase survival quality and not increase the occurrence of adverse actions. It is a kind of safe and reliable treatment method and worthy of clinical generalization.

**Key Words** Moxibustion; Warming and activating meridian massage; Combination; Blood stasis vessel obstruction of prolapse of lumbar intervertebral disc

中图分类号:R245.81 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2018.01.042

基金项目:广东省中医药管理局科研课题(20152069)

作者简介:许振凯(1990.04—),男,硕士,住院医师,研究方向:中医药治疗骨关节疾病,E-mail:xuzhenkai1990@163.com

通信作者:凌耀权(1982.09—),男,本科,主治医师,研究方向:针灸推拿治疗颈肩腰腿痛,E-mail:lingyaoquan1982@sina.com

腰椎间盘突出症是临床较为常见的一种多发病及常见病,是指因腰椎间盘的外力损伤、退变及变性等因素,导致腰椎间盘突出使椎管、椎间孔变窄或造成纤维环破裂、髓核向外突出,从而刺激或压迫马尾神经、腰神经根等而出现的一系列临床综合征<sup>[1]</sup>。腰椎间盘突出症患者临床常表现出腰痛、下肢放射痛、行走困难等症状,严重者会出现肌肉瘫痪、神经麻痹等症状,严重危及人类健康。目前,临床对于治疗腰椎间盘突出症的方式较多,主要有手术及非手术疗法,但由于手术治疗复发率高、并发症多,大部分患者更倾向于非手术治疗<sup>[2]</sup>。非手术疗法包括针灸、推拿、拔火罐、牵引、卧床休息等,均可有效缓解患者临床症状,优势明显<sup>[3]</sup>。临床关于推拿治疗腰椎间盘突出症的报道较多,但鲜有艾灸联合推拿治疗腰椎间盘突出症的报道。因此,为探讨艾灸联合温经通络推拿手法治疗瘀血阻络型腰椎间盘突出症的效果,本研究分别采用温经通络推拿手法和艾灸联合温经通络推拿手法治疗瘀血阻络型腰椎间盘突出症,比较2组治疗前、后1个月中医症候积分、腰部JOA评分、VAS评分、McGill评分、ADL评分、SF-36评分的变化情况及不良反应发生情况,并评价2组临床疗效,现将结果报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2014年8月至2016年10月广州中医药大学番禺中医院收治的瘀血阻络型腰椎间盘突出症患者160例,其中男98例,女62例;年龄34~66岁,平均年龄(41.23±1.69)岁;病程2~16个月,平均病程(6.35±1.45)个月,按抽签方式分为观察组和对照组,每组80例。2组一般资料比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。见表1。

表1 2组一般资料比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	性别(例)		平均年龄(岁)	平均病程(月)
	男	女		
对照组( $n=80$ )	50	30	41.03±1.67	6.22±1.47
观察组( $n=80$ )	48	32	41.43±1.81	6.48±1.46
$\chi^2/t$	0.136		1.453	1.122
$P$	>0.05		>0.05	>0.05

## 1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参考2006年人民军医出版社出版的《实用骨病学》<sup>[4]</sup>:1)X线平片排除其他腰椎病变;2)常发生于青壮年;3)有慢性劳损史、腰部外伤史或受寒湿史,大多数患者在发病前有慢性腰痛史;4)腰痛向下肢及臀部放射,腹压增加时疼痛加

重;5)脊柱侧弯,腰生理曲度消失,腰部功能活动受限,病变部位椎旁有压痛,并向下肢放射;6)MRI或CT检查显示柱侧弯,腰椎生理曲度消失,病变椎间隙变窄,相邻边缘有骨赘;7)直腿抬高试验阳性;8)伸拇趾肌力减弱,胫后肌腱反射减弱,小腿前外或后外侧皮肤感觉减退。

1.2.2 中医诊断标准 参考1994年国家中医药管理局制定的《中医病症诊断疗效标准》<sup>[5]</sup>,结合瘀血阻络型腰椎间盘突出症常见临床表现,拟制定瘀血阻络型腰椎间盘突出症的症候标准:腰腿痛如刺、转侧不利、痛有定处、腰部板硬、日轻夜重、痛处拒按,舌质暗紫或有瘀斑,脉沉迟缓或脉涩。

1.3 纳入标准 1)符合上述瘀血阻络型腰椎间盘突出症诊断标准者;2)年龄介于30~70岁之间者;3)病程介于1~20月之间者;4)对本研究知情,并签署同意书者;5)依从性好,能配合完成本次研究者;6)临床资料完整者。

1.4 排除标准 1)不符合上述瘀血阻络型腰椎间盘突出症诊断标准者;2)孕妇及哺乳期妇女;3)不愿意签署知情同意书者;4)严重传染性疾病患者;5)临床资料不完整者;6)接受过腰椎手术治疗者;7)精神异常者;8)依从性差,不配合本次研究者;9)中央型腰椎间盘突出症患者;10)严重腰椎管狭窄症患者。

1.5 脱落与剔除标准 1)无法坚持治疗者。2)研究过程中出现严重不良反应或其他并发症者。3)不能严格按照本试验方案进行研究者。4)病情恶化,且必须采取紧急处理措施者。

## 1.6 治疗方法

1.6.1 温经通络推拿手法 所有患者均接受温经通络推拿手法治疗,具体如下:1)在患者背部沿督脉从上至下应用叠掌揉法按揉双侧膀胱经3条线;采用前臂揉法按揉双下肢;应用肘揉法大幅度按揉双侧膀胱经走行,按揉时间为5~10min,以产生明显温热感为宜。2)选取腰椎夹脊穴、大肠俞、肾俞、关元俞、气海俞、承扶穴、环跳穴、委阳穴、承山穴、八髎穴。采用肘尖点压腰椎夹脊穴、大肠俞、肾俞、关元俞、气海俞,同时向下肢用力进行小幅度颤动,以患者感觉酸胀感为宜;应用拇指点按承扶穴、环跳穴、委阳穴、承山穴,以患者感觉酸胀感为宜,点按时间为1~2min。3)应用肘尖推法作用于腰椎夹脊穴,从胸段向下腰骶部均匀发力,连续推25~35次,由夹脊穴向远离脊柱方向横跨竖脊肌均匀发力,连续推25~35次;采用掌根推法作用于八髎穴,以局部明显热感为宜,操作时间为10~15min。4)应用拍

法作用于背腰部至下肢,力度适中,连续拍打3~5次,时间为1~2 min。5)患者取侧卧位,屈髋屈膝一侧下肢向下伸直,另一侧下肢自然下垂,推拿医师一肘或手抵于肩前部,另一肘或手抵于臀部,双肘或双手协调用力实施小范围扭动,使患者放松。待患者放松后,突然发力扳动,常可听到“喀喀”声,指导患者头脚调换方向,重复以上操作,5 d为1个疗程,共治疗3个疗程。

1.6.2 艾灸 观察组在对照组的基础上接受艾灸治疗,具体如下:选取肾俞、委中穴、腰阳关及大肠俞,在距离皮肤约3~4 cm实施艾灸,将点燃后的艾条插入灸孔,调整艾条高度并对火力进行调节,以患者局部皮肤有温热感而无灼痛为宜,20~30 min/次,隔日治疗1次,5 d为1个疗程,共治疗3个疗程。

1.7 观察指标 观察治疗前、后1个月2组中医症候积分、腰部JOA评分、VAS评分、McGill评分、ADL评分、SF-36评分的变化情况及临床疗效、不良反应发生情况。1)临床症状:根据上述中医诊断标准中症候变化对临床症状实施积分,每项得分0~5分,积分越高临床症状越严重。2)腰部功能:采用腰部JOA评分对患者的腰部功能情况进行评价,包括主观症状、日常活动受限度、膀胱功能等4个方面,总分0~29分,总分越高腰部功能越好<sup>[6]</sup>。3)疼痛程度:分别应用VAS评分、McGill评分对患者的疼痛程度进行评估,其中VAS评分0~10分,McGill评分0~50分,评分越高疼痛感越强烈<sup>[7]</sup>。4)日常生活能力:采用ADL评分评价患者的日常生活能力,包括进食、洗澡、穿衣、上下楼梯等7个项目,总分0-35分,得分越高日常生活能力越好<sup>[8]</sup>。5)生命质量:应用SF-36评分评估患者的生命质量状况,包括总体健康、生命活力、躯体活动、心理健康等8个方面,总分0-100分,得分越高生命质量越好<sup>[9]</sup>。6)不良反应:不良反应包括恶心、胃部不适、口干、听力下降。

1.8 疗效判定标准 临床疗效参考《中医病症诊断疗效标准》,结合患者临床表现的变化情况,临床疗效可分为无效、有效、显效及治愈,其中无效:临床症状无改善或加重;有效:腰腿痛等症状有所减轻,直腿抬高试验有所改善;显效:腰腿痛等症状部分消失,腰部活动功能有所改善,直腿抬高试验>65°;治愈:腰腿痛等症状完全消失,腰部活动功能显著改善,可正常工作,直腿抬高试验>85°。总有效率=(治愈例数+有效例数+显效例数)/总例数×100%。

1.9 统计学方法 采用SPSS 18.0统计软件对数据进行统计学分析,2组患者的中医症候积分、腰部JOA评分、VAS评分、McGill评分、ADL评分、SF-36评分等计量资料采用均值±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,以t检验,不良反应发生率及临床疗效等计数资料采用百分比表示,以 $\chi^2$ 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 中医症候积分、腰部JOA评分 治疗前,观察组的中医症候积分、腰部JOA评分与对照组比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );治疗后1个月,观察组和对照组的中医症候积分较治疗前均明显下降,而腰部JOA评分均明显上升,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );治疗后1个月,观察组的中医症候积分明显低于对照组,而腰部JOA评分明显高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表2。

表2 2组中医症候积分、腰部JOA评分比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	中医证候积分	腰部JOA评分
观察组(n=80)		
治疗前	23.78 ± 1.66	17.57 ± 1.71
治疗后1个月	11.85 ± 1.75* <sup>△</sup>	23.41 ± 1.62* <sup>△</sup>
对照组(n=80)		
治疗前	23.63 ± 1.77	17.36 ± 1.68
治疗后1个月	16.58 ± 1.59*	20.12 ± 1.71*

注:2组治疗前后比较,\* $P < 0.05$ ;治疗后组间比较,<sup>△</sup> $P < 0.05$

2.2 VAS评分、McGill评分 治疗前,观察组的VAS评分、McGill评分与对照组比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );治疗后1个月,观察组和对照组的VAS评分、McGill评分较治疗前均明显下降,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );治疗后1个月,观察组的VAS评分、McGill评分均明显低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表3。

表3 2组VAS评分、McGill评分比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	VAS评分	McGill评分
观察组(n=80)		
治疗前	7.21 ± 1.45	38.57 ± 1.69
治疗后1个月	3.03 ± 1.14* <sup>△</sup>	21.36 ± 1.47* <sup>△</sup>
对照组(n=80)		
治疗前	7.12 ± 1.42	38.74 ± 1.72
治疗后1个月	5.13 ± 1.23*	26.57 ± 1.62*

注:2组治疗前后比较,\* $P < 0.05$ ;治疗后组间比较,<sup>△</sup> $P < 0.05$

2.3 ADL评分、SF-36评分 治疗前,观察组的ADL评分、SF-36评分与对照组比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );治疗后1个月,观察组和对照组的ADL评分、SF-36评分较治疗前均明显上升,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );治疗后1个月,观察组的

ADL评分、SF-36评分均明显高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表4。

表4 2组ADL评分、SF-36评分比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	ADL评分	SF-36评分
观察组( $n=80$ )		
治疗前	19.13 ± 1.82	62.14 ± 1.92
治疗后1个月	28.63 ± 1.58* <sup>△</sup>	76.52 ± 1.84* <sup>△</sup>
对照组( $n=80$ )		
治疗前	18.99 ± 1.84	62.36 ± 1.88
治疗后1个月	24.56 ± 1.73*	68.69 ± 1.84*

注:2组治疗前后比较,\* $P < 0.05$ ;治疗后组间比较,<sup>△</sup> $P < 0.05$

2.4 临床疗效 观察组临床疗效总有效率为96.25%(77/80),明显高于对照组的83.75%(67/80),差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表5。

表5 2组临床治疗比较[例(%)]

组别	无效	有效	显效	治愈	总有效
对照组( $n=80$ )	13(16.25)	15(18.75)	30(37.50)	22(27.50)	67(83.75)
观察组( $n=80$ )	3(3.75)	13(16.25)	32(40.00)	32(40.00)	77(96.25)
$\chi^2$	-	-	-	-	6.944
$P$	-	-	-	-	<0.05

2.5 不良反应发生情况 观察组的总不良反应发生率和对照组比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。见表6。

表6 2组不良反应发生情况比较[例(%)]

组别	恶心	胃部不适	口干	听力下降	合计
对照组( $n=80$ )	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)
观察组( $n=80$ )	0(0.00)	0(0.00)	1(1.25)	0(0.00)	1(1.25)
$\chi^2$	-	-	-	-	0.000
$P$	-	-	-	-	>0.05

### 3 讨论

近年来,我国的腰椎间盘突出症发患者数不断上升,严重影响患者的生命质量。腰椎间盘突出症的发病原因比较复杂,主要与外伤、腰椎间盘的退变等有关。椎间盘由髓核、纤维环及软骨板构成。软骨板内不存在血管,是一个半渗透膜,依靠渗透压使营养物质及水分扩散至椎间盘内;髓核由浆状灰白色半固体物质构成,含有退化的脊索残余及水分,随着年龄增长,水分不断减少。因此,随着年龄增长,椎间盘本身养分不断流失,再加上供给不足而出现退变。外伤会导致髓核突出及纤维环的破裂,出现物理压迫及化学性刺激<sup>[10]</sup>。目前,临床暂无有效措施逆转椎间盘退变的进展。手术是治疗腰椎间盘突出症的常用手段,虽具有显著疗效,但存在对患者创伤大、费用昂贵、危险系数高、并发症多等缺点,因此不能将其作为常规治疗手段<sup>[11]</sup>。近年来,非手术疗法被广泛应用于临床治疗腰椎间盘突出症中,其中

以艾灸、推拿应用最为广泛,因具有安全、费用低、临床疗效好等优点,受到广大患者及临床医师的青睐。

中医学并无腰椎间盘突出症病名,根据其常见临床表现,可将其归属于“痹症”“腰背痛”“腰痛”等中医范畴,如《黄帝内经》云:“足太阳脉令人腰痛,引项脊尻背如重状……”,又如《素问·至真要大论》中记载:“太阳在泉,寒夏内徐,则腰痛,屈伸不利,股胫足膝中痛”。中医认为,腰椎间盘突出症的病因病机与肾精亏虚、外邪侵袭、外力等因素有关<sup>[12-13]</sup>。肾为先天之本,肾精亏虚,致气血失调,脏腑失于濡养,从而形成痹症、腰部痛一系列临床症状,再加上腰为肾之府,因此,腰痛与肾精亏虚关系密切,如《景岳全书·腰痛》曰:“腰痛之虚证十居八九,但察其既无表邪,又无湿热,而或以年衰,或以劳苦,或七情忧郁所致,则悉属真阴虚证”,又如《医宗必读》中记载:“腰痛之症,有寒湿,有风、有热、有挫闪、有瘀血、有滞气、有痰积,皆标也。肾虚其本也”。风、寒、湿、热皆为外邪,侵袭肌体,致气血凝滞,腰部气机不利,血行不畅,不通则痛,从而形成腰背痛,正如《灵枢·邪气藏府病形篇》中记载:“身半以下者,湿中之也。气血运行不畅,经络阻滞不通,则腰臀腿部拘急冷痛,有沉重感,转侧不利,喜温胃寒”。久坐、负重、外伤等外力是腰椎间盘突出症的诱发因素。劳役过度、外力闪挫,均会伤及肾脏,筋脉动伤,又遇外邪则生成瘀血,经络阻塞,不通则痛,从而形成腰背痛,如《金匱翼》曰:“瘀血腰痛者,扭挫及强力举重得之,盖腰者,身之要,屈伸抚养,无不由之,若一有损伤,则血脉凝滞,经络塑滞,令人卒痛不能转侧,其脉湿,日轻夜重是也”,又如《诸病源候论·腰背痛诸侯》中记载:“劳损于肾,动伤经络,又为风冷所侵,血气击搏,故腰痛也”。由此可见,腰椎间盘突出症的治疗应以补肾益气、活血化瘀、疏通经络等为主<sup>[14]</sup>。

本研究采用艾灸联合温经通络推拿手法治疗瘀血阻络型腰椎间盘突出症。艾灸是指利用针灸疗法中的灸法,点燃用艾叶制成的艾条、艾炷,对人体特定穴位进行熏烤,以达到保健治病的一种自然疗法<sup>[15]</sup>。艾灸疗法具有行气通络、扶阳固脱、升阳举陷、拔毒泄热等功效。人体正常生命活动有赖于气血作用,气行则血行,风、寒、湿、热等外邪均会影响血气的流行,从而形成一系列病症,如《灵枢·刺节真邪》曰:“脉中之血,凝而留止,弗之火调,弗能取之”,又如《灵枢·禁服》云:“陷下者,脉血结于中,血寒,故宜灸之”。艾灸疗法可对经络穴位进行温热

性刺激,可有效起到温经散寒的作用,对机体气血运行进行加强,以到达治疗疾病的目的。经络分布于人体各部,外邪侵袭人体,导致局部气血凝滞,阻于经络,不通则痛,从而形成腰背痛。艾灸疗法可疏通经络、调和气血,从而有效缓解临床症状<sup>[16]</sup>。脾胃学说创始者李东垣认为:“天地间无他,唯阴阳二者而已,阳在外在上,阴在内在下,今言下陷者,阳气陷入阴气之中,是阴反居其上而复其阳,脉证俱见在外者,则灸之”,故艾灸疗法具有补肾益气之功效。由此可见,艾灸疗法可补肾益气、活血化瘀、疏通经络。推拿手法是理疗的一种主要方式,是指通过经络穴位对脏腑各组织器官间的平衡进行调节,促进新陈代谢,修复各种损伤,从而到达治疗疾病的目的<sup>[17-19]</sup>。推拿手法较多,主要有按、摩、推、拿、颤、打、揉、捏等法。推拿疗法可疏通经络,使气流畅,通则不痛,从而带到治疗疾病的目的,正如《素问·举痛论》中记载:“寒气客于背俞之脉,脉注(涩),脉泣(涩)则血虚,血虚则痛,其俞注于心,故相引而痛。按之则热气至,热气至则痛止矣”。现代医学研究表明<sup>[20]</sup>,采用推拿手法治疗瘀血阻络型腰椎间盘突出症,可调整脊柱顺应性,缓解肌肉痉挛的程度,减轻痛苦;改善血液循环,加快损伤修复;纠正小关节错位、紊乱及滑膜嵌顿;松解神经根黏连,促进水肿、炎性反应的吸收,同时也可以促进椎间盘的自然吸收。由此可见,推拿具有活血化瘀、疏通经络等功效,可有效缓解瘀血阻络型腰椎间盘突出症患者的临床症状。

本研究结果显示,治疗后1个月,观察组和对照组的中医症候积分、VAS评分、McGill评分较治疗前均明显下降,而腰部JOA评分、ADL评分、SF-36评分均明显上升,且观察组上述指标均改善程度均优于对照组。说明采用艾灸联合温经通络推拿手法治疗瘀血阻络型腰椎间盘突出症,可显著缓解临床症状,减轻患者痛苦,促进腰部功能的恢复,提高生命质量。本研究中,观察组临床疗效总有效率明显高于对照组。提示采用艾灸联合温经通络推拿手法治疗瘀血阻络型腰椎间盘突出症,可显著提高疗效,促进患者身体康复。本研究中,观察组的总不良反应发生率和对照组比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),且处于较低水平。进一步提示采用艾灸联合温经通络推拿手法治疗瘀血阻络型腰椎间盘突出症,不良反应少,安全可靠。

综上所述,采用艾灸联合温经通络推拿手法治疗瘀血阻络型腰椎间盘突出症,可显著提高疗效,缓

解临床症状,减轻患者痛苦,提高生命质量,且不会增加不良反应的发生,是一种安全可靠的治疗方式,具有临床推广意义。

参考文献

- [1]李杰,马超,李益明,等.椎间孔镜术与椎板开窗术治疗青少年腰椎间盘突出症的对照观察[J].中华医学杂志,2015,95(47):3852-3855.
- [2]赵辉,寇红伟,刘宏建,等.后路显微镜下硬脊膜切开治疗高位腰椎间盘突出症疗效分析[J].中华显微外科杂志,2015,38(4):393-394.
- [3]张国辉,陈燕,张英杰,等.手法联合核心稳定性训练治疗腰椎间盘突出症的疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2015,37(7):536-538.
- [4]唐农轩,范清宇.实用骨病学[M].北京:人民军医出版社,2006.
- [5]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994.
- [6]张建乔,曾忠友,叶招明,等.微创经椎间孔椎间融合术并单侧椎弓根固定治疗老年人腰椎退变性疾病临床疗效观察[J].中华老年医学杂志,2015,34(3):290-293.
- [7]王博,毛克亚,张权,等.两种微创腰椎融合内固定术治疗腰椎间盘突出症的围术期比较[J].解放军医学院学报,2015,36(6):549-552.
- [8]施加加,罗艳,王洪军,等.坐骨神经松动术对腰椎间盘突出症患者日常生活活动能力的影响[J].中华物理医学与康复杂志,2015,37(9):691-693.
- [9]黄素碧,刘康,陈柯,等.康复锻炼计划在腰椎间盘突出症患者中的应用[J].中华现代护理杂志,2013,19(22):2634-2637.
- [10]丛琳,朱悦,屠冠军.聚集蛋白聚糖基因串联重复多态性与腰椎间盘突出症相关性研究[J].中华外科杂志,2015,53(2):116-120.
- [11]余化龙,何宁,刘志刚,等.椎板间入路Maxmore脊柱内镜治疗腰椎间盘突出症[J].中华实验外科杂志,2015,32(12):3212.
- [12]刘素芬,王丽华.“吮吸式”椎间盘复位手法治疗腰椎间盘突出症临床研究[J].中医学报,2015,30(12):1841-1843.
- [13]王浩然,贾红玲,张永臣.针灸治疗腰椎间盘突出症临床研究概况[J].长春中医药大学学报,2015,31(5):1092-1095.
- [14]黄艾,孙婧.圆利针疗法治疗腰椎间盘突出症30例临床观察[J].安徽中医药大学学报,2015,34(2):53-56.
- [15]付勇,章海凤,熊俊秒,等.热敏灸治疗腰椎间盘突出症临床研究[J].南京中医药大学学报,2014,30(2):120-123.
- [16]潘迅.针灸推拿加牵引治疗腰椎间盘突出症[J].长春中医药大学学报,2014,30(3):504-506.
- [17]杨红.针灸、推拿及康复护理干预对腰椎间盘突出症患者疗效分析[J].齐齐哈尔医学院学报,2013,34(14):2150-2151.
- [18]张素杰,何鹏宇.电针夹脊穴结合中频理疗治疗腰椎间盘突出症28例[J].河南中医,2015,35(6):1427-1429.
- [19]宁国利,刘杏利,代根奇,等.人工反背牵引联合大推拿改良新法治疗单侧型腰椎间盘突出症103例[J].河南中医,2014,34(12):2475-2476.
- [20]韩钰,皮国富,孙建广,等.Wiltse入路微创椎间非融合K-Rod内固定治疗腰椎间盘突出症[J].中华实验外科杂志,2015,32(11):2875-2877.