

针灸、推拿联合康复护理对腰椎间盘突出症患者临床效果的影响

杨 丹

西安交通大学第一附属医院 陕西 西安 710000

摘要:目的:分析针灸、推拿联合康复护理对腰椎间盘突出症LDH患者的应用效果。方法:选取2023年3月-2024年3月本院86例LDH患者开展研究,两组均行康复护理,用随机数字表法平均分为对照组43例,行腰椎牵引治疗,观察组43例,联合针灸、推拿治疗,比较两组临床效果。结果:观察组的腰椎前屈活动度、 β -EP和IL-10均明显高于对照组,ODI、VAS评分、PGE2、SP、hs-CRP、IL-6和IL-1 β 均明显低于对照组($P < 0.05$)。结论:给予LDH患者康复护理时,联合针灸、推拿疗法能有效减轻疼痛,改善功能,降低炎症/疼痛因子含量,具有推广价值。

关键词:腰椎间盘突出症;针灸;推拿;康复护理

LDH会导致腰腿疼痛,髓核突出,同时椎间盘变性,影响附近脊神经,产生压迫或刺激。LDH典型表现为腰腿部出现麻木、疼痛等现象,疾病不断严重,干扰运动功能,程度严重者可能丧失功能,出现瘫痪^[1]。LDH首选保守疗法,腰椎牵引使用范围广,经由外力牵引,能减轻肌肉挛缩、紧张,调节血液循环,缓解疼痛等表现,但采取该疗法时有肌肉损伤风险,导致腰痛加重,难以改善预后。基于中医理念,将LDH纳为痹症,认为病机主要有湿热瘀阻和风寒侵袭等,进行治疗时主张解痉镇痛、疏通经络^[2]。实施针灸,具有行气活血、扶正祛邪等功效,能缓解神经根压迫,改善疼痛;实施推拿,既能将肌肉痉挛解除,又可降低神经根压力,但目前关于上述方法联用研究较少。本研究以LDH患者为对象,分析联合针灸、推拿疗法应用效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2023年3月-2024年3月本院86例LDH患者开展研究,两组均行康复护理,用随机数字表法平均分为对照组43例,男22例,女21例,年龄为31-61岁,平均年龄(41.15 \pm 3.26)岁;观察组43例,男23例,女20例,年龄为32-62岁,平均年龄(41.34 \pm 3.09)岁。两组一般资料($P > 0.05$),具有可比性。

纳入标准:符合LDH诊断标准;无腰椎间盘突出;意识清晰;认知能力异常;知情同意本次研究。

排除标准:存在缺血性疾病;骨关节炎;先天性椎管狭窄;神经疾病;凝血功能异常;骨性肿瘤。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法

对照组行腰椎牵引治疗:选择多功能牵引床,来自河南翔宇, YHZ- I A, 实施腰椎牵引,固定好患者臀部及胸部,针对病变椎间隙,开展分段牵引,尽量减轻损伤。牵引过程中如患者产生不适,需要马上终止,控制治疗频率,每次20min,每天1次。疗程为4周。

观察组联合针灸、推拿治疗:

① 针灸治疗:选取环跳、秩边、夹脊和委阳,进行常规消毒,选择一次性无菌针灸针,为平柄型,来自马鞍山邦德,对上述穴位进行针刺,方法选择平补平泻,控制留针时间,每次20-30min,每天10次。

② 推拿治疗:完成针灸后实施推拿法,选择俯卧位,于腰骶处识别痛点,采取滚法、揉法、按法、压法和推法等,逐渐按压,力度应从轻到重,起始点为腰部,然后过渡到下肢。推拿下肢时采取风市穴、足三里穴,共计3次,询问患者感受,直到其感受肌肉放松。转换为侧卧位,选取斜扳法对腰部进行推拿,每次20-30min,每天1次。疗程为4周。

1.2.2 康复护理

两组均行康复护理:

① 环境干预:对医护人员资历进行介绍,讲解院内环境,令患者尽快熟悉新环境,减轻恐慌感、陌生感等。

② 心理干预:介绍疾病知识,告诉其治疗方法,观察组突出中医治疗优势,讲解针灸方法、推拿方法及两种方式作用,帮助其加强认知,既能密切配合,又能舒缓负面心理,例如焦虑、不安等。

③ 功能训练:控制卧床时间,通常为21-28周,结合患者病情,适当增加时间。待无症状后,先做被动训练,先抬高一条腿,角度为30-60°,持续10-15s,然后换

成另一条腿，交替进行，评估机体状态，了解耐受度，开展腰部训练，针对髌膝关节，开展屈伸练习，做仰卧运动等。开展主动训练，早期实施背伸锻炼，调整为俯卧位，自然伸直双下肢，令双手处于躯体两侧，维持不动，引导患者抬头，向后背伸上身，20组/次，3组/d。进行一段时间，待患者适应后，进行抬头后伸训练，对于双下肢展开后伸直腿练习，尽可能背伸腰部，50次/组，5-10组/d，加强背部肌力。进行行走练习，选择空旷、清洁且平整的地方。进行倒走时，引导其自然摆动双臂，令身体处于平衡状态，警惕跌倒，每次约10min，改善腰背肌功能，保证循序渐进。开展康复练习时，持续监测病情，一旦有不适反应，马上处理。即使患者痊愈也要坚持进行，至少6个月。

④ 健康教育：了解LDH特征，同时分析病因，开展防护指导：改正生活习惯，注意腰腿不能受凉，不可过于劳累，患病时尽量不做腰部动作，对重物进行提取时采取屈膝屈髋体位，采取端坐位，自觉收缩腰背肌，防止突然剧烈动作，例如逃跑、转身等，行走过程中挺胸收腹，采用腰围长时间佩戴。每次锻炼时，控制好弯

腰、压腿幅度，提升康复效果。对于腰腿部位，做好保暖工作，防止风寒湿邪影响，处于夏天时不能贪凉，处于冬天时，注意保暖。

1.3 观察项目和指标

评价腰椎功能和疼痛情况：测量腰椎前屈活动度，ODI量表对应功能障碍，VAS对应疼痛^[3]。

评价疼痛因子^[4]：空腹时获取静脉血，共计5ml，进行离心，参数为3000r/min，10min，获取血清，利用ELISA法测量 β -EP、PGE2和SP。

评价炎症因子^[5]：获取样本方法同上，测量IL-10、hs-CRP、IL-6和IL-1 β 。

1.4 统计学方法

SPSS27.0处理数据，($\bar{x}\pm s$)表示计量，行 t 检验， $P < 0.05$ ，差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组腰椎功能和疼痛情况比较

观察组的腰椎前屈活动度明显高于对照组，ODI和VAS评分均明显低于对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)。详见表1。

表1 两组腰椎功能和疼痛情况比较[n($\bar{x}\pm s$)]

组别	例数	腰椎前屈活动度(°)		ODI(分)		VAS(分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	43	40.41±5.57	49.11±3.83 ^a	31.58±1.42	10.17±1.22 ^a	7.23±1.25	1.75±0.12 ^a
对照组	43	40.46±5.50	45.14±3.84 ^a	31.61±1.38	16.46±1.32 ^a	7.25±1.22	3.23±0.14 ^a
t	/	0.042	4.800	0.099	22.947	0.075	52.633
P	/	0.967	0.000	0.921	0.000	0.940	0.000

注：与本组治疗前比较，^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组疼痛因子比较

观察组的 β -EP明显高于对照组，PGE2和SP均明显低

于对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)。详见表2。

表2 两组疼痛因子比较[n($\bar{x}\pm s$)]

组别	例数	β -EP(pg/mL)		PGE2(pg/mL)		SP(μ g/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	43	132.68±11.34	223.33±11.42	202.24±11.18	125.56±10.22	512.14±16.16	261.55±16.14
对照组	43	134.18±10.21	175.46±10.77	203.24±10.41	151.39±11.42	514.25±14.27	381.41±11.34
t	/	0.645	19.997	0.429	11.052	0.642	39.846
P	/	0.521	0.000	0.669	0.000	0.523	0.000

注：与本组治疗前比较，^a $P < 0.05$ 。

2.3 两组炎症因子比较

观察组的IL-10明显高于对照组，hs-CRP、IL-6

和IL-1 β 均明显低于对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)。详见表3。

表3 两组炎症因子比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	IL-10(pg/mL)		hs-CRP(mg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	43	43.73±4.33	82.85±4.73 ^a	31.48±3.32	8.35±1.48 ^a
对照组	43	43.61±4.58	63.51±5.44 ^a	31.56±3.21	16.25±1.30 ^a
<i>t</i>	/	0.125	17.593	0.114	26.298
<i>P</i>	/	0.901	0.000	0.910	0.000

续表3 两组炎症因子比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	IL-6(pg/mL)		IL-1β(μg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	43	130.51±13.19	88.33±7.55 ^a	0.51±0.11	0.11±0.03 ^a
对照组	43	130.40±13.28	106.62±7.43 ^a	0.53±0.09	0.31±0.05 ^a
<i>t</i>	/	0.039	11.322	0.923	22.492
<i>P</i>	/	0.969	0.000	0.359	0.000

注：与本组治疗前比较，^a*P* < 0.05。

3 讨论

LDH属于常见腰腿痛，LDH影响因素多，包括外伤、年龄等，手术治疗风险大，临床首选保守疗法^[6]。腰椎牵引是常用疗法，对腰椎施加牵引力，同时利用反牵引力，能减轻疼痛，促进腰背部肌肉放松^[7]。康复后部分患者生活习惯不佳，同时受劳累、天气等干扰，复发率高，另外反复、长时间牵引，有韧带松弛、腰椎骨关节等出现风险^[8]。

中医提出LDH病因主要有痹阻经脉、肾气虚损等，进行治疗时主张活络止痛和活血化瘀^[9]。采取针灸法能够补髓益经、化瘀止痛、强腰健膝、改善脏腑功能，实施推拿法，可以活血行气、通痹止痛，两种方式合用，能起到强腰健背和化瘀止痛等功能^[10]。同时加强康复护理，营造良好环境，调节心理状态，加强疾病认知，结合患者病情，制定功能训练方案，持续进行，缩短病程康复时间。研究结果显示观察组的腰椎前屈活动度、β-EP和IL-10均明显高于对照组，ODI、VAS评分、PGE2、SP、hs-CRP、IL-6和IL-1β均明显低于对照组（*P* < 0.05），表示联合针灸、推拿能减少炎症因子和疼痛因子，可缓解疼痛，改善腰椎功能，提升腰椎活动度。说明联合针灸、推拿可以加强LDH疗效，能提升康复质量。

综上所述，给予LDH患者康复护理时，联合针灸、推拿疗法能有效减轻疼痛，改善功能，降低炎症/疼痛因子含量，具有推广价值。

参考文献

[1]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.

[2]陈璇, 宁振振, 赵情行, 王浩. 夹脊穴温针灸联合推拿疗法治疗腰椎间盘突出症的回顾性分析[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2024, 32(4): 73-76.

[3]魏礼红, 雷雪, 杨希, 袁强. 基于CiteSpace对近10年中医药技术干预腰椎间盘突出症研究热点可视化分析[J]. 中华养生保健, 2024, 42(7): 60-64.

[4]周辉, 王楠, 袁光辉. 温针灸与三步七法推拿单独及联合用于腰椎间盘突出症患者的效果观察[J]. 中国民族医药杂志, 2024, 30(3): 26-31.

[5]颜蕊, 吴伊冰, 孙小花, 倪江涛, 冶尕西. 中医疗法治疗腰椎间盘突出症研究进展[J]. 中国民间疗法, 2024, 32(6): 118-122.

[6]蔡万德. 活血通络汤联合温针灸治疗腰椎间盘突出症的临床观察[J]. 中国民间疗法, 2024, 32(5): 51-54.

[7]蔡肇程, 冯大刚. 基于CiteSpace分析针刺治疗腰椎间盘突出症的研究热点和趋势[J]. 中医临床研究, 2024, 16(7): 101-106.

[8]艾木盛. 正骨推拿联合针灸治疗对于单纯性腰椎间盘突出症患者的价值[J]. 基层医学论坛, 2024, 28(7): 135-138.

[9]马凯, 马丽, 朱金凤. 温针灸疗法联合正骨推拿对寒湿型腰椎间盘突出症患者疼痛及腰椎功能的影响分析[J]. 基层医学论坛, 2024, 28(4): 143-145+156.

[10]邓丽娟. 针灸、推拿联合身痛逐瘀汤加减治疗腰椎间盘突出症的效果分析[J]. 中国社区医师, 2024, 40(2): 70-72.