

# 针灸配合推拿治疗腰椎间盘突出症的临床分析

黄承善

田东县中医医院壮医科 531500

**〔摘要〕**目的 研究针灸配合推拿治疗腰椎间盘突出症的临床疗效,为临床提供指导。方法 选择从2018年1月至2018年12月收治的120例腰椎间盘突出症患者纳入此次研究工作,按照数字随机分方式将其划分成2组,命名为实验组与对照组,各有60例。对照组接受推拿治疗,实验组接受针灸配合推拿治疗,对比两组患者临床治疗效果、疼痛评分、TNF- $\alpha$ 水平、IL-1 $\beta$ 水平。结果 经比较,实验组临床治疗总有效率高于对照组,疼痛评分、TNF- $\alpha$ 水平、IL-1 $\beta$ 水平均低于对照组,差异具备统计学研究意义( $P < 0.05$ )。结论 针灸配合推拿治疗腰椎间盘突出症的效果明显,能够使患者腰椎疼痛感缓解,且炎症反应下降,临床推广应用价值明显。

**〔关键词〕** 针灸;推拿;联合治疗;腰椎间盘突出症;临床疗效

**〔中图分类号〕** R246.9 **〔文献标识码〕** A **〔文章编号〕** 2095-7165 (2019) 02-077-02

腰椎间盘突出症属于针灸推拿科疾病类型,各年龄层均有发生的可能,特别是青壮年,以腰腿麻木和疼痛为主要表现,会使患者的生存质量受到直接影响,严重的还会出现双下肢瘫痪的问题<sup>[1]</sup>。为此,科学合理地采用治疗方法十分关键。目前阶段,针灸与推拿是常见的治疗方式,疗效显著。由此可见,深入研究并分析针灸配合推拿治疗腰椎间盘突出症的临床疗效具有一定的现实意义。

## 1 临床资料和方法

### 1.1 临床资料

经患者家属知情同意后开展研究,随机将2018年1月至2018年12月我院120例腰椎间盘突出症患者分为实验组(60例)、对照组(60例)。

实验组60例患者年龄为27-56(44.75 $\pm$ 5.73)岁,男女分别为30(50%)、30(50%)例;病程为1至6年,平均为(4.24 $\pm$ 0.61)年。

对照组20例患者年龄为24-58(44.80 $\pm$ 5.69)岁,男女分别为24(40%)、36(60%)例;病程为2至6年,平均为(4.30 $\pm$ 0.58)年。

纳入依据:①自愿参与研究;②经临床检查确诊为腰椎间盘突出症。

排除依据:①临床资料不完整;②不配合治疗。

实验组和对照组患者的资料,如年龄、性别、病程,经对比显示统计值 $P > 0.05$ ,结果未见明显差异性。

### 1.2 方法

对照组接受推拿治疗,选择夹脊、环跳、肾俞、大肠俞、委中、秩边穴、腰眼、阿是(与阳陵泉穴位),患者需选择俯卧位,以保证其患肢与腰部可以充分暴露<sup>[2]</sup>。对以上穴位的皮肤进行消毒处理,针刺后要得气,确保针感准确且能够沿患者经络向下肢传递。与电针仪器相互连接,合理调节仪器的疏密波。留针的时间控制半小时,并且连续5天针灸治疗,将其确定为一个疗程。期间,应休息两天,并接受两个疗程治疗。

实验组接受针灸配合推拿治疗,针灸治疗方法同对照组,以此为基础采用推拿治疗。应指导患者选择侧卧位且健侧在下,而患侧的下肢要屈膝且屈髋。操作人员的一肘部、和前臂要抵住患者肩前部位,另一肘部则要按压患者臀部,两

侧肘部需向相反的方向乏力,使得患者腰部可以旋转<sup>[3]</sup>。通过反复旋转,使患者在无力抵抗的情况下,最大程度地旋转腰部,操作人员两肘要向相反的方向用力并扳动,在听到“咯”的声响后,需采用相同方法对健侧进行扳动。

### 1.3 评价指标

比较分析实验组、对照组临床治疗效果、疼痛评分、TNF- $\alpha$ 水平、IL-1 $\beta$ 水平。

### 1.4 统计学分析

采用统计学软件SPSS21.0对两组腰椎间盘突出症患者临床治疗效果、疼痛评分、TNF- $\alpha$ 水平、IL-1 $\beta$ 水平进行检验,当计数、计量资料行 $\chi^2$ 检验和t检验后显示 $P < 0.05$ ,表示同一观察指标的差异符合统计学判定标准。

## 2 结果

### 2.1 比较两组患者临床治疗效果

根据两组患者临床治疗效果对比结果发现,实验组临床治疗总有效率高于对照组,两组比较存在统计学意义( $P < 0.05$ )。(表1)

表1: 两组患者临床治疗效果对比(n/%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
实验组	60	30	28	2	96.67
对照组	60	20	28	12	80.00
$\chi^2$					8.0863
P					0.0044

### 2.2 两组患者疼痛评分、TNF- $\alpha$ 水平、IL-1 $\beta$ 水平对比

通过对两组患者疼痛评分、TNF- $\alpha$ 水平、IL-1 $\beta$ 水平的比较可知,实验组三项指标均优于对照组,组间比较存在显著差异性( $P < 0.05$ )。(表2)

表2: 两组患者疼痛评分、TNF- $\alpha$ 水平、IL-1 $\beta$ 水平对比

组别	例数(n)	疼痛评分(分)	TNF- $\alpha$ 水平( $\mu$ g/ml)	IL-1 $\beta$ 水平( $\mu$ g/ml)
实验组	60	1.43 $\pm$ 0.03	1.01 $\pm$ 0.01	0.24 $\pm$ 0.03
对照组	60	3.76 $\pm$ 1.13	1.45 $\pm$ 0.34	0.48 $\pm$ 0.12
T值		15.9661	10.0198	15.0293
P值		0.0000	0.0000	0.0000

### 3 讨论

腰椎间盘突出症属于常见临床疾病,以腰腿疼痛和腰部活动存在障碍为主要临床症状,如果病情严重,甚至会出现脊柱侧弯或者是肢体感觉障碍等问题。在中医学角度,腰椎间盘突出症隶属腿腿痛痹症,也属于腰痛范畴,病因就是腰肌劳损,但同样和遗传因素、个人免疫情况等诸多因素存在紧密联系,进而导致腰椎发生退行性的变化<sup>[4]</sup>。

中医推拿的方法能够使患者腰椎间盘突出部位的的压力明显缓解,使其腰间盘部位的负压吸引力得到改善,使已经突出的椎间盘有效回缩,神经根压迫也随之改变。所以,推拿可以保证肌肉痉挛松解,以实现行气活血的目的,使患者的腰部疼痛感得以缓解。

针刺穴位的治疗方式则可以使血管对组织渗出物进行有效吸收,尽量规避渗出物对神经细胞造成的压迫感。在刺激突出局部穴位的基础上,使得神经细胞兴奋性不断提高,加快神经细胞的再次恢复速度<sup>[5]</sup>。以针刺为基础,加行推拿治疗方法,可以更好地达到椎间盘复位的效果,确保腰部和肢体活动更正常。而且,推拿治疗前进行针灸操作,可以使患者的肌肉紧张感降低,帮助其局部炎症刺激的有效解除,而且能够规避神经根压迫刺激所引起的肌肉痉挛问题。由此可见,针灸与推拿相互配合,解痉与镇痛的作用十分明显,且针灸也为后期的推拿治疗提供了必要前提,使患者发生不良

反应的几率明显下降。

在此次研究中,实验组接受针灸配合推拿治疗,临床治疗效果、疼痛评分、TNF- $\alpha$ 水平、IL-1 $\beta$ 水平均优于对照组,组间对比差异性显著( $P < 0.05$ )。由此证实,针灸与推拿配合治疗腰椎间盘突出症,效果明显,推广可行性显著。

综上所述,临床治疗腰椎间盘突出症的过程中,配合使用针灸与推拿手法,能够使患者的临床症状得以改善,在互补的前提下,短时间内恢复患者的功能,值得推广。

#### [参考文献]

- [1] 何飞军.老年肾虚型腰椎间盘突出患者应用针灸推拿的效果观察及对患者VAS评分的影响[J].中国急救医学, 2017, 37(z1):174-175.
- [2] 赵燕, 妥玲, 许丹等.腰椎间盘突出患者实施中医护理联合针灸推拿的临床效果分析[J].中国保健营养, 2017, 27(36):384.
- [3] 陈秀娟.腰椎间盘突出患者实施中医护理联合针灸推拿的临床效果分析[J].中外女性健康研究, 2016(6):53-54.
- [4] 孙冬梅, 孙冬霞.针灸推拿结合康复治疗对腰椎间盘突出疾病患者的临床治疗效果分析[J].中国保健营养, 2018, 28(27):305.
- [5] 姜鹏勇.中医针灸推拿结合牵引在腰椎间盘突出症患者中的治疗效果观察[J].养生保健指南, 2018(2):317.

(上接第 75 页)

肿瘤效果,对患者恢复有积极作用。血竭可收敛伤口,能够达到消肿抗炎的效果,有效对患者疼痛情况进行消除或改善,具有镇痛性。乳香可达到活血的效果,其可定痛生肌、消肿,让患者身心改善,疼痛降低。上述药物联合应用下不仅能达到止痛的效果,还可起到活血化瘀、通络、解毒的功效<sup>[4]</sup>,对患者治疗有积极作用,且降低患者疼痛性,提升患者生活质量。另外其自身热量能够加强局部血管扩张,帮助药物更好的渗透。两组患者不良反应发生情况对比,差异不显著( $P > 0.05$ )。表明其应用无副作用,对患者治疗无不良影响。其中观察组 2 例不良反应为呕吐,后经相应处理后恢复。

综上所述,中药热奄包治疗癌性疼痛的临床效果显著,对患者生活质量有提升性,无副作用,对患者恢复有积极影响。

#### [参考文献]

- [1] 任志宏, 陈秀红, 白晶晶.中药热奄包治疗痹病关节疼痛的安全性研究[J].山西中医学院学报, 2017, 18(2):72-73.
- [2] 佚名.中药热奄包治疗骨折后肿胀疼痛临床观察[J].光明中医, 2018, 33(21):14-16.
- [3] 任志宏, 陈秀红.中药热奄包治疗痹病关节疼痛的临床观察[J].光明中医, 2017, 32(7):1010-1012.
- [4] 刀琳.药酒涂擦配合中药热奄包治疗老年性腰腿痛 60 例临床疗效观察[J].中国民族民间医药, 2013, 22(16):62-62.

(上接第 76 页)

林师反对所谓的纯中医,认为西医很多检查和治疗是对中医的有效补充,是望闻问切的延伸和辨证用药的参考。鸦片战争后中国固步自封的理念被打破,中医也开始注目世界,探求新知,张锡纯就是中西汇通学派的杰出代表,故林师常教导我们要衷中参西,中西汇通,二观互辨,做到谙熟中西医两种医学体系的诊疗技术,扬长避短。慢性胃炎随着胃镜等的发展,不仅提高了诊断率,也为我们提供了更多的临床资料。林师重视辨证与辨病相结合,并参考中药现代药理研究指导临床,提高了疗效。研究证实Hp感染是慢性胃炎最重要的病因,在组织学上都存在慢性活动性胃炎,故慢性胃炎应常规进行Hp检测<sup>[5]</sup>。但随着耐药率的上升,西医的抗Hp治疗的根除率已开始下降<sup>[6]</sup>。与此同时,林师提出了外邪与内伤并存的邪毒学说,创立了扶正祛毒理论,临床疗效好且有避免耐药的弊端,常选用小柴胡汤加蒲公英、白及等药。

### 3 结语

慢性胃炎为慢性疾患,证候错综复杂。林师认为慢性胃

炎在临床上证型常相互夹杂,不能以一方统领,临床上要灵活加减。其临证之时,强调多靶点宏观整体调治的临床思路,密切联系脾胃之病理、生理特点遣方用药,重视舌诊,在辨证的基础上结合辨病施治,未病先防,临床效果显著。

#### [参考文献]

- [1] 张声生, 唐旭东, 黄穗平, 卞立群.慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J].中华中医药杂志, 2017, 32(07):3060-3064
- [2] 林兰, 郑奎城, 王雯, 等.慢性萎缩性胃炎危险因素病例对照研究[J].海峡预防医学杂志, 2016, 22(4):1-3, 7
- [3] 徐军.慢性萎缩性胃炎患者行综合护理对疗效及心理状态的影响[J].现代消化及介入诊疗, 2016, 21(3):492-494
- [4] 李天心.医学心理学[M].北京:北京医科大学出版社, 1998, 33
- [5] 刘文忠, 谢勇, 陆红, 等.第五次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告[J].胃肠病学, 2017, 22(06):346-360
- [6] 刘文忠.“幽门螺杆菌胃炎京都全球共识”解读[J].胃肠病学, 2015, 20(08):449-456