

引用:宋迎迎,唐世技,沈豆丽,黄伟,王雪芹,牛梦雨.舒筋正骨手法结合穴位敷贴在退行性腰椎管狭窄症患者干预中的应用[J].中医药导报,2025,31(7):105-109.

护 理

## 舒筋正骨手法结合穴位敷贴在退行性腰椎管狭窄症患者干预中的应用\*

宋迎迎,唐世技,沈豆丽,黄伟,王雪芹,牛梦雨  
(淮北市中医医院,安徽 淮北 235000)

**[摘要]** 目的:探究舒筋正骨手法结合穴位敷贴在退行性腰椎管狭窄症患者干预中的作用。方法:按随机数字表法将106例气滞血瘀型退行性腰椎管狭窄症患者分为观察组53例和对照组53例。对照组接受常规护理干预,观察组在对照组基础上予以舒筋正骨手法结合穴位敷贴干预。比较干预前和干预后3个月时两组患者的中医证候积分、腰椎功能恢复情况(ODI)、疼痛程度(VAS)、步行距离(SCWD)、腰椎活动度、脊柱生物力学水平[骨盆倾斜角(PT)、骶骨倾斜角(SS)、腰前凸角(LL)]和生活质量(QLS-DSD)。结果:干预后3个月时,两组患者的中医证候积分、ODI评分、VAS评分、PT值和QLS-DSD评分均较干预前显著降低,且观察组显著低于对照组( $P<0.05$ );两组患者的SCWD值,主动直腿抬高角度、屈伸、侧弯、旋转值,SS和LL值均较干预前显著提高,且观察组显著高于对照组( $P<0.05$ )。结论:舒筋正骨手法结合穴位敷贴干预能够有效恢复退行性腰椎管狭窄症患者腰椎功能,显著改善患者疼痛程度、步行距离、腰椎活动度、脊柱生物力学水平和生活质量。

**[关键词]** 退行性腰椎管狭窄症;舒筋正骨手法;穴位敷贴;气滞血瘀;脊柱生物力学

[中图分类号] R248.2 [文献标识码] A [文章编号] 1672-951X(2025)07-0105-05

DOI:10.13862/j.cn43-1446/r.2025.07.017

### Application of Tendon-Soothing and Bone-Setting Manipulation Combined with Acupoint Application in the Intervention of Patients with Degenerative Lumbar Spinal Stenosis

SONG Yingying, TANG Shiji, SHEN Douli, HUANG Wei, WANG Xueqin, NIU Mengyu  
(Huabei Traditional Chinese Medicine Hospital, Huaibei Anhui 235000, China)

**[Abstract]** Objective: To explore the effect of tendon-soothing and bone-setting manipulation combined with acupoint application in the intervention of patients with degenerative lumbar spinal stenosis. Methods: Adopting a prospective study, patients with degenerative lumbar spinal stenosis of qi-stagnation and blood stasis were divided into observation group ( $n=53$ ) and control group ( $n=53$ ) according to the random number table method. The control group received routine nursing intervention, while the observation group was given tendon-soothing and bone-setting manipulation combined with acupoint application in addition to the standard care provided to the control group. The TCM syndromes scores, lumbar function recovery status [Oswestry Disability Index (ODI)], pain degree [Visual Analogue Scale (VAS)], walking distance [Single Continuous Walking Distance (SCWD)], lumbar range of motion (active straight leg elevation angle, flexion and extension, scoliosis, rotation), spinal biomechanics [pelvic tilt angle (PT), sacral slope angle (SS), lumbar lordosis angle (LL)] and quality of life [Quality of Life Scale for Degenerative Spine Disease (QLS-DSD)] were compared between the two groups before intervention and at 3 months after intervention. Results: At 3 months after intervention, the TCM syndromes scores, ODI score, VAS score, PT value and QLS-DSD scores in the two groups were significantly reduced compared with those before intervention, and the above indicators in observation group were significantly lower than those in control group ( $P<0.05$ ). The SCWD value, active straight leg elevation angle, flexion and extension, scoliosis, rotation, SS and LL were significantly enhanced in both groups than those before intervention, and the indicators

\*基金项目:安徽省中医药学会中医药科研项目(2024ZYXXH060)

通信作者:王雪芹,女,副主任护师,研究方向为外科护理

in observation group were significantly higher ( $P<0.05$ ). Conclusion: Tendon-soothing and bone-setting manipulation combined with acupoint application intervention can effectively restore the lumbar function, and significantly improve the pain degree, walking distance, lumbar range of motion, spinal biomechanics and quality of life in patients with degenerative lumbar spinal stenosis.

[Keywords] degenerative lumbar spinal stenosis; tendon-soothing and bone-setting manipulation; acupoint application; qi-stagnation and blood stasis; spinal biomechanics

退行性腰椎管狭窄症(degenerative lumbar spinal stenosis, DLSS)是一种常见的脊椎退行性疾病,主要由于腰椎间盘退行性变性、骨质增生和椎间关节滑膜增生等因素引起<sup>[1]</sup>。患者常常会面临腰背疼痛、下肢无力、麻木和行走困难的问题,对患者的生活产生严重影响<sup>[2]</sup>。目前,DLSS护理中常见措施包括根据医嘱使用药物缓解疼痛、物理治疗和康复训练等<sup>[3]</sup>。由于部分患者对特定药物或物理治疗方法反应不佳,难以取得理想效果。近年来国家鼓励中医类别医师加入多学科诊疗团队,共同研究中西医结合治疗方案,这种合作模式有助于发挥中西医各自的优势,提供更全面的护理。在中医理论中,DLSS被归类为“腰痛”和“痹证”的范畴<sup>[4]</sup>。此病的证型多表现为气滞血瘀,意味着气血阻滞不畅,这主要是由内因引起,如年老体弱、经脉失养、气血运行不畅、肝肾功能受损,导致肢体麻木<sup>[5]</sup>。此外,外因也会对退行性腰椎管狭窄症的发生起到促进作用,如肌筋痿软、阳气瘀滞和风寒侵袭督脉等<sup>[6]</sup>。临床上通常采用推拿、功能锻炼、正骨等中医特色护理方法进行干预治疗,在经济实惠方面具有明显优势<sup>[7]</sup>。其中,舒筋正骨手法是一种传统的中医手法,通过手法操作来舒筋活络、正骨复位,以达到缓解症状的目的。而穴位敷贴通过将特制的中药贴敷在人体的相关穴位上用于防病治病,外敷、外贴称贴敷疗法。类似针灸的效应,药物通过穴位渗透皮肤进入经络,导入脏腑直达患处,激发全身的精气,起到沟通表里、调和营卫、调整阴阳的作用。但相关中医特色护理方法的报告和研究相对不足,这可能是由于对这些方法的研究和推广不够,以及现有的临床试验数据支持有限。基于此,我院推行舒筋正骨手法结合穴位敷贴干预护理,旨在验证护理方案的科学性和可靠性,为DLSS患者提供更全面、有效的护理选择。现报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 诊断标准

1.1.1 西医诊断标准 根据《腰椎管狭窄症手术治疗规范中国专家共识(2014年)》<sup>[8]</sup>中的诊断标准,并经影像学检查确诊为DLSS:(1)患者有腰部、臀部及下肢痛,或伴有腰部僵直及马尾神经症状;(2)影像学检查可见椎管狭窄、神经根管狭窄、侧隐窝狭窄等改变。

1.1.2 中医辨证标准 所有患者符合《中药新药临床研究指导原则试行》<sup>[9]</sup>中气滞血瘀型的诊断标准。主症:腰痛缠绵,不耐久坐久行,下肢麻木;次症:面色少华,神疲无力,腰部僵硬;舌脉:舌质瘀紫,舌苔薄,脉涩。

1.2 纳入标准 (1)符合上述中西医诊断标准和中医辨证标

准;(2)年龄>40岁,且病历完整。

1.3 排除标准 (1)存在其他腰椎疾病,包括脊柱侧弯、腰椎滑脱和强直性脊柱炎等;(2)合并严重的基础性疾病;(3)存在皮肤破损,开放性伤口;(4)穴位贴敷过敏者;(5)合并严重认知障碍和既往有其他精神疾病;(6)中途退出研究者。

1.4 研究对象 将2021年1月至2023年6月在淮北市中医院就诊的气滞血瘀型退行性腰椎管狭窄症患者106例,按随机数字表法分为观察组53例和对照组53例。患者及家属知情同意,并经过医院伦理委员会批准[伦理号:(淮中医)伦申(12)号]。

### 1.5 方法

1.5.1 对照组 予以常规护理干预。护理人员定期进行患者的腰椎管狭窄症状评估,及时了解疾病的进展情况,调整护理计划和干预措施,以便更好地帮助患者缓解病痛。根据患者疼痛的特点和程度,合理使用非甾体抗炎药(如布洛芬缓释胶囊、依托考昔片等)来减轻疼痛,在疼痛较为明显且非甾体抗炎药效果不佳时,根据医嘱使用盐酸曲马多缓释片、盐酸哌替啶片等,缓解后停止服药。同时,嘱患者无论站、坐、行走或卧床时均采用屈曲位姿势,帮助患者减轻腰椎管的压力,缓解疼痛症状。干预共3个月,每周定期对入选患者进行随访。

1.5.2 观察组 在对照组基础上予以舒筋正骨手法结合穴位敷贴干预。症状严重需要手术治疗的患者在术后一周后开始,根据患者的个体差异,量力而行,非手术患者入院检查后即可开始操作,所有操作均是护理人员在同一医师指导下进行,具体操作如下。(1)舒筋正骨手法。①按揉点压:患者体位呈俯卧位,先运用适当的力度和技巧按揉腰背部,促进血液循环,舒缓肌肉紧张。利用指压的手法由上到下按摩华佗夹脊穴,弹拨二侧骶棘肌,并依次采取适度的力度和频率来按压肾俞穴、环跳穴、命门穴、膀胱俞穴,持续约10 min后,再次放松患者的腰背部,以结束按揉点压的疗程。②坐骨神经牵拉:患者更换体位呈仰卧位,并将一侧下肢的膝关节固定住。让患者尽量抬举下肢,尽可能地背伸踝关节,每组重复进行这个动作20次,双侧交替进行,共3组。③正骨整脊手法:患者再次更换体位呈侧卧位,并将趋于下方的下肢伸直,趋于上方的下肢屈膝,护理人员左手扳住患者的肩膀,右手则扶住后腰部。用力向相反的方向旋转患者的腰部,可听到轻微的关节弹响声从患者的部位传出,一侧完成后更换另一侧。④患者完成手法后,患者可平卧休息15 min,然后护理人员引导患者进行一些特殊的腰背肌锻炼,如“飞燕”和“拱桥”动作。所有舒筋正骨手法1~2次/d,其中每次“飞燕”和“拱桥”动作各

5~10次,持续12周。(2)穴位敷贴。①穴位选择:复溜穴、肾俞穴、京门穴、肝俞穴、期门穴、阿是穴。②贴敷药方:生地黄、当归、延胡索、赤小豆各15g,赤芍、姜黄、鳖甲、大黄、红花、葛根、没药、乳香、红柚各10g,血竭6g。所有药材按方打磨成粉,并用黄酒进行调和。③具体操作:在进行操作之前,护理人员需要密切关注患者的皮肤健康状况,确认是否存在任何皮肤疾病或皮肤破溃。协助患者取得坐位,并使用含有75%乙醇的棉球擦拭穴位周围的局部皮肤。针对乙醇过敏的患者,选择使用生理盐水浸湿棉球来擦拭皮肤,然后将预先准备好的穴位敷贴固定在相应的穴位上,并同时贴敷在双侧。操作完成后,护理人员帮助患者调整至舒适的体位。同时,整理好所使用的工具和材料,以确保整个环境的整洁和卫生。洗手后记录贴敷的时间及患者在贴敷过程中的反应。持续约5h后取下,1次/d,5次/周,持续12周。患者出院后,由患者自行每周选择时间到医院进行手法操作和更换贴敷,更换结束后可离开,达5h后自行取下。由医生和康复医师进行每周的随访和评估,随访内容包括询问患者的病情和生活质量,提供健康教育,以确保康复进程的良好进行。

## 1.6 观察指标

1.6.1 中医证候积分 于干预前和干预后3个月时,采用中医证候积分评估两组患者的症状。基于中医诊断标准中的患者主症(3项)、次症(3项)对每个症状按0~3分4档评估严重程度。症状分值越高,意味着病情更加严重。

1.6.2 腰椎功能恢复情况 于干预前和干预后3个月时,采用Oswestry功能障碍指数表(ODI)<sup>[10]</sup>评估两组患者的腰椎功能恢复情况。此量表共有10个问题,每个问题均有6个备选回答,计0~5分,总分范围0~50分,分值越高意味着患者腰椎功能恢复越差。

1.6.3 疼痛程度 于干预前和干预后3个月时,采用疼痛视觉模拟评分法(VAS)<sup>[11]</sup>评估两组患者的疼痛程度。此量表总分范围0~10分,分值越高意味着患者疼痛程度越严重。

1.6.4 步行距离 于干预前和干预后3个月时,记录患者单次步行的最远距离,即为单次连续步行距(SCWD),距离越远意味着患者腰椎恢复越好。

1.6.5 腰椎活动度 于干预前和干预后3个月时,采用量角器测量两组患者主动直腿抬高角度、屈伸、侧弯、旋转的活动度,记录3次测量,取平均值。

1.6.6 脊柱生物力学水平 于干预前和干预后3个月时,拍摄脊柱全长正侧位片,测定骨盆倾斜角(PT)、骶骨倾斜角(SS)、腰前凸角(LL),记录3次测量,取平均值。

1.6.7 生活质量 于干预前和干预后3个月时,采用脊柱生活质量表(QLS-DSD)<sup>[12]</sup>评估两组患者的生活质量。此量表具有4个维度,分别是躯体功能领域(7个条目)、生理功能领域(8个条目)、心理功能领域(4个条目)、社会功能领域(4个条目),每个条目计1~5分,总分115分,分值越高意味着患者生活质量越差。总Cronbach $\alpha$ 系数为0.891,总分半信度系数为0.908。

1.7 统计学方法 采用SPSS 25.0软件分析,计量资料符合正态分布时用“均数 $\pm$ 标准差”( $\bar{x}\pm s$ )表示,组间比较使用独立样本 $t$ 检验,组内不同时间点比较使用配对样本 $t$ 检验。计数资料用“ $n(\%)$ ”表示,组间比较使用 $\chi^2$ 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

## 2 结 果

2.1 基线资料 两组患者基线资料比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。(见表1)

2.2 两组患者中医证候积分比较 干预后3个月时,两组患者的中医证候积分较干预前明显降低,且观察组低于对照组( $P<0.05$ )。(见表2)

表2 两组患者中医证候积分比较 ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	n	主症		次症	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	53	7.60 $\pm$ 1.26	4.38 $\pm$ 0.85 <sup>a</sup>	6.91 $\pm$ 1.17	3.93 $\pm$ 0.79 <sup>a</sup>
对照组	53	7.25 $\pm$ 1.39	5.75 $\pm$ 1.14 <sup>a</sup>	7.03 $\pm$ 1.11	4.79 $\pm$ 0.95 <sup>a</sup>
$t$		1.358	7.014	0.542	5.067
$P$		1.177	0.000	0.589	0.000

注:与本组干预前比较,<sup>a</sup> $P<0.05$ 。

2.3 两组患者腰椎功能恢复情况、疼痛程度及步行距离比较 干预后3个月时,两组患者的ODI和VAS评分均较干预前显著降低,且观察组显著低于对照组( $P<0.05$ );两组患者的SCWD

表1 两组患者基线资料比较

组别	n	性别(例,%)		年龄( $\bar{x}\pm s$ ,岁)	病程( $\bar{x}\pm s$ ,年)	病情严重程度[例(%)]			接受手术治疗[例(%)]
		男	女			轻度	中度	重度	
观察组	53	30(56.6)	23(43.4)	58.01 $\pm$ 10.51	6.31 $\pm$ 1.15	22(41.5)	20(37.7)	11(20.8)	17(32.1)
对照组	53	28(52.8)	25(47.2)	57.97 $\pm$ 11.47	5.89 $\pm$ 1.31	19(35.9)	21(39.6)	13(34.5)	19(35.9)
检验统计量		$\chi^2=0.152$		$t=0.019$	$t=1.754$		$\chi^2=0.411$		$\chi^2=0.168$
$P$		0.696		0.985	0.082		0.814		0.682

表4 两组患者腰椎活动度比较 ( $\bar{x}\pm s$ , $^{\circ}$ )

组别	n	主动直腿抬高角度		屈伸		侧弯		旋转	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	53	33.71 $\pm$ 5.63	78.61 $\pm$ 10.03 <sup>a</sup>	51.16 $\pm$ 4.29	75.83 $\pm$ 9.23 <sup>a</sup>	41.12 $\pm$ 8.21	55.08 $\pm$ 10.31 <sup>a</sup>	30.96 $\pm$ 3.16	38.08 $\pm$ 4.13 <sup>a</sup>
对照组	53	32.69 $\pm$ 6.57	72.58 $\pm$ 8.84 <sup>a</sup>	50.87 $\pm$ 5.02	70.59 $\pm$ 7.27 <sup>a</sup>	42.09 $\pm$ 7.68	49.84 $\pm$ 9.23 <sup>a</sup>	31.18 $\pm$ 4.12	36.15 $\pm$ 4.11 <sup>a</sup>
$t$		0.873	3.283	0.320	3.247	0.628	2.757	0.308	2.411
$P$		0.384	0.001	0.750	0.001	0.531	0.007	0.758	0.018

注:与本组干预前比较,<sup>a</sup> $P<0.05$ 。

值均较干预前明显提高,且观察组明显高于对照组( $P<0.05$ )。(见表3)

表3 两组患者 ODI、VAS 评分和 SCWD 比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	ODI/分		VAS/分		SCWD/m	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	53	40.79±5.87	20.17±3.48 <sup>a</sup>	7.99±1.10	4.29±0.76 <sup>a</sup>	58.26±9.45	411.33±20.24 <sup>a</sup>
对照组	53	41.91±4.49	25.78±3.83 <sup>a</sup>	8.22±1.07	5.65±1.03 <sup>a</sup>	60.41±7.34	389.41±19.51 <sup>a</sup>
t		1.103	7.892	1.091	7.735	1.308	5.677
P		0.272	0.000	0.278	0.000	0.194	0.000

注:与本组干预前比较,<sup>a</sup> $P<0.05$ 。

2.4 两组患者腰椎活动度比较 干预后3个月时,两组患者的主动直腿抬高角度、屈伸、侧弯、旋转值均较干预前显著提高,且观察组明显高于对照组( $P<0.05$ )。(见表4)

2.5 两组患者脊柱生物力学水平比较 干预后3个月时,两组患者的PT值均较干预前明显降低,且观察组明显低于对照组( $P<0.05$ );两组患者的SS和LL值均较干预前明显提高,观察组明显高于对照组( $P<0.05$ )。(见表5)

表5 两组患者脊柱生物力学水平比较 ( $\bar{x}\pm s, ^\circ$ )

组别	n	PT		SS		LL	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	53	21.97±4.57	16.61±3.61 <sup>a</sup>	28.11±4.54	34.68±4.76 <sup>a</sup>	37.33±4.84	46.01±5.17 <sup>a</sup>
对照组	53	20.54±5.69	18.39±3.87 <sup>a</sup>	27.95±4.51	31.33±4.71 <sup>a</sup>	36.97±4.91	43.29±5.34 <sup>a</sup>
t		1.426	2.449	0.182	3.642	0.380	2.664
P		0.157	0.016	0.856	0.000	0.705	0.009

注:与本组干预前比较,<sup>a</sup> $P<0.05$ 。

2.6 两组患者生活质量比较 干预后3个月时,两组患者的QLS-DSD评分均较干预前明显降低,且观察组明显低于对照组( $P<0.05$ )。(见表6)

### 3 讨论

针对DLSS患者的护理需求,传统的护理方法往往只能缓解症状,无法根本解决问题。为改善患者的生活质量并提供长期的效果,我院引入舒筋正骨手法和穴位敷贴的中医特色方案。

在本研究中发现,采用舒筋正骨手法联合穴位敷贴干预的观察组患者的腰椎功能恢复情况和腰椎活动度均显著优于对照组,这可能归因于舒筋正骨手法和穴位敷贴的综合效应。舒筋正骨手法是一种传统的中医疗法,通过手法的施加来缓解肌肉和骨骼的不适,促进血液循环和气血畅通,从而加速恢复。其中,华佗夹脊穴位于人体背部的脊柱两侧,通过按压和推拿该穴位可以改善腰椎的血液循环,促进腰椎软组织的修复和功能恢复<sup>[13]</sup>。肾俞穴位于腰部脊柱的两侧,按摩该穴位可以增强与腰椎相关的肾脏功能,进而提高腰椎的固有

稳定性<sup>[14]</sup>。环跳穴位于腰部的两侧,按摩该穴位有助于缓解腰椎周围的肌肉紧张和疼痛,促进腰椎的舒张和拉伸<sup>[15]</sup>。命门穴位于腰椎尾骨的下方,通过按压该穴位可以调节腰椎的骨骼结构,减轻腰椎的压力,促进腰椎的恢复和功能改善<sup>[16]</sup>。膀胱俞穴归位于身体骶部,按摩该穴位可缓解腰脊僵痛<sup>[17]</sup>。通过手法技巧和穴位按压,能够减轻腰椎管狭窄症患者的痛苦,并帮助他们恢复正常的运动功能。此外,在舒筋正骨手法的基础上,还结合穴位敷贴的干预方法。穴位敷贴是一种传统的中医疗法,通过在特定的穴位上贴上草药贴膏方法刺激穴位,来调和平衡人体的气血流动。在本次研究中,复溜穴、肾俞穴、京门穴、肝俞穴、期门穴、阿是穴等穴位被选用,这些穴位与腰椎相关的经络相连,刺激这些穴位可以促进血液循环,增加脊柱周围的氧气供应,加速患者的康复过程<sup>[18]</sup>。此外,穴位敷贴中所使用的药方也起到重要的辅助作用<sup>[19]</sup>。生地黄、当归、延胡索等药材是常见的中药材,具有活血化瘀、消肿止痛、温经活络等功效。这些中药材与穴位敷贴结合使用,通过皮肤渗透将药效传递到穴位,起到协同治疗的效果。

本研究还存在一定的局限性,包括研究中只包含106患者,这限制结果的普遍性和统计显著性。且随访时间较短,可能无法全面评估治疗效果的持久性,也无法观察到可能的长期并发症。未来的研究可以通过增加样本量和延长随访时间来提高研究的质量和可靠性,从而更准确地评估舒筋正骨手法结合穴位敷贴的长期疗效和安全性。

本研究还发现,这两种手法可以全面地改善患者的疼痛症状,并恢复身体的正常运动功能。究其原因在于通过舒筋正骨手法的操作对人体骨骼和软组织进行调整,能够减轻骨骼和关节的压力,并提升身体的柔韧度和运动范围。这种手法可以改善患者的脊柱曲度和偏位,恢复正常的生物力学水平,从而减轻患者的疼痛感<sup>[20]</sup>。同时,穴位敷贴的药物能够促进组织修复和再生,调节人体的气血运行,有助于恢复肌肉和骨骼结构的健康状况<sup>[21]</sup>。同时,穴位敷贴中所使用的药物还具有抗炎、镇痛和舒筋活络的作用,有效缓解疼痛。这种综合疗法的应用可以帮助患者逐渐恢复正常步行功能,提高脊柱的稳定性和力学效能。这些症状的缓解进而提高患者的生活质量。

综上所述,舒筋正骨手法结合穴位敷贴干预是一种科学、可靠的中医特色方案,为DLSS患者提供更加全面、有效的护理选择,帮助他们重拾健康与幸福。但也要明确指出,舒筋正骨手法结合穴位敷贴干预并非适用于所有患者,对于一些严重病情的患者可能需要其他更加强力的治疗方式。此外,这种综合治疗方法需要专业医护人员的指导和操作,以确保治疗的安全性和有效性。

表6 两组患者 QLS-DSD 评分比较 ( $\bar{x}\pm s, \text{分}$ )

组别	n	躯体功能		生理功能		心理功能		社会功能	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	53	30.21±2.33	14.61±1.93 <sup>a</sup>	33.75±3.29	16.43±2.23 <sup>a</sup>	15.62±2.57	7.18±1.21 <sup>a</sup>	16.54±2.56	6.51±1.23 <sup>a</sup>
对照组	53	29.19±3.47	17.58±2.44 <sup>a</sup>	32.69±4.11	20.24±2.57 <sup>a</sup>	15.29±2.50	9.84±1.83 <sup>a</sup>	17.20±1.72	8.39±1.41 <sup>a</sup>
t		1.777	6.950	1.466	8.152	0.670	8.827	1.558	7.315
P		0.079	0.000	0.146	0.000	0.504	0.000	0.122	0.000

注:与本组干预前比较,<sup>a</sup> $P<0.05$ 。

## 参考文献

- [1] 阿海, 关炳瑜, 陈海岳, 等. 经椎板间入路脊柱内镜下腰椎融合术治疗退行性腰椎管狭窄症的临床疗效观察[J]. 中国临床医生杂志, 2023, 51(2): 217-219.
- [2] 中国康复医学会骨质疏松预防与康复专业委员会, 中国老年保健协会骨科微创分会. 退行性腰椎管狭窄症诊疗专家共识[J]. 中华骨与关节外科杂志, 2023, 16(2): 97-103.
- [3] 徐薇, 蔡亚萍, 邢娟, 等. 腰椎术后以护士为主导的骨科康复一体化模式的康复效果[J]. 实用临床医药杂志, 2020, 24(3): 118-120.
- [4] 唐汉武, 林一峰, 原超, 等. 温通督脉法治疗退行性腰椎管狭窄症的临床研究[J]. 时珍国医国药, 2016, 27(5): 1148-1150.
- [5] 程明, 吴杨玲, 刘羽, 等. 腰痹逐瘀止痛汤结合调脊通督针法治疗气滞血瘀型腰椎间盘突出症临床疗效及安全性观察[J]. 中华中医药学刊, 2021, 39(11): 236-239.
- [6] 王吉庆, 顾敬东, 郭际, 等. 补阳还五汤结合针刺治疗退变性腰椎管狭窄症的临床研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2023, 32(6): 819-822, 827.
- [7] 周彦吉, 安易, 雷园, 等. 中医综合方案干预退行性腰椎管狭窄症的临床研究[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2023, 25(06): 2188-2195.
- [8] 腰椎管狭窄症手术治疗规范中国专家共识组. 腰椎管狭窄症手术治疗规范中国专家共识(2014年)[J]. 中华医学杂志, 2014, 94(35): 2724-2725.
- [9] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则: 试行[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 380-383.
- [10] 程继伟, 王振林, 刘伟, 等. Oswestry功能障碍指数的改良及信度和效度检验[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2017, 27(3): 235-241.
- [11] 王宁华. 疼痛定量评定的进展[J]. 中国临床康复, 2002, 6(18): 2738-2739.
- [12] 徐宏光, 张敏, 王弘, 等. QLS-DSD与JOA评分量表在脊柱退行性疾病患者评分应用中的比较[J]. 中国骨与关节外科, 2013(6): 482-486.
- [13] 翁煜宏, 李笔锋, 沈祖泓, 等. 化瘀消痛汤联合小针刀治疗气滞血瘀型腰椎间盘突出症的疗效观察[J]. 中华中医药学刊, 2019, 37(1): 162-165.
- [14] 姚重界, 黄瑞信, 汤程, 等. 按揉“肾俞”穴对自然衰老大鼠腰椎间盘突出及相关疼痛的影响[J]. 中华中医药杂志, 2022, 37(8): 4360-4365.
- [15] 胡情, 张天生, 苏嘉琪, 等. 针刺对穴“后溪-环跳”对腰椎间盘突出症大鼠HMGB1/TLR4/NF- $\kappa$ B信号通路的影响[J]. 针灸临床杂志, 2023, 39(8): 64-70.
- [16] 景允南, 胡斯雅, 李洪涛, 等. 基于数据挖掘技术探讨针灸治疗腰椎间盘突出症术后综合征选穴规律[J]. 中国中医药信息杂志, 2021, 28(8): 42-47.
- [17] 罗漫丽, 梁虹. 中药薰蒸联合穴位按压在腰椎间盘突出症术后康复中的应用[J]. 中医正骨, 2022, 34(6): 75-76.
- [18] 蒋玉倩, 陈祖琨, 陈春艳, 等. 子午流注纳支法穴位贴敷在肝肾亏虚型腰椎管狭窄症病人护理中的应用研究[J]. 护理研究, 2021, 35(4): 700-703.
- [19] 李群玉. 中药穴位敷贴联合康复锻炼治疗寒湿痹阻型腰椎间盘突出症临床研究[J]. 新中医, 2021, 53(2): 156-159.
- [20] 杨轶, 姚冰, 刘光锋, 等. 二联法治疗退行性腰椎管狭窄症50例[J]. 山东中医药大学学报, 2017, 41(2): 141-143.
- [21] 马会. 穴位敷贴联合改良五禽戏对骨质疏松性椎体骨折患者腰椎骨密度、疼痛程度及生活质量的影响[J]. 国际护理学杂志, 2020, 39(21): 3936-3939.
- (收稿日期: 2024-09-10 编辑: 李海洋)
- 
- (上接第104页) 免疫功能和肠道菌群调节作用研究[D]. 合肥: 安徽中医药大学, 2020.
- [35] 于洪梁, 刘磊, 曹婧, 等. 茯苓菌丝发酵液粗多糖对肠道益生菌的影响[J]. 中国微生态学杂志, 2021, 33(10): 1147-1150.
- [36] 宋克玉, 江振友, 严群超, 等. 党参及茯苓对小鼠肠道菌群调节作用的实验研究[J]. 中国临床药理学杂志, 2011, 27(2): 142-145.
- [37] 曹恺欣, 武俊瑞, 李默, 等. 甲基化党参多糖对鼠李糖乳杆菌肠道黏附定植作用的影响[J]. 食品科学技术学报, 2022, 40(4): 45-54.
- [38] 张星星, 吴坚, 裴丽霞, 等. 健脾疏肝法对腹泻型肠易激综合征患者疗效观察及对肠道菌群的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2019, 25(13): 79-86.
- [39] 赵志敏. 溃疡性结肠炎常见中医证型调查及其与肠道菌群的相关性研究[J]. 四川中医, 2021, 39(8): 52-55.
- [40] 李敏, 瞿岳云. 齿痕舌形成机理及其与疾病相关性的临床研究概况[J]. 湖南中医杂志, 2005, 21(6): 80-82.
- [41] 任玉杰. 体检人群的齿痕舌与体质的相关性研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2012.
- [42] PARK S S, LEE Y J, SONG S, et al. Lactobacillus acidophilus NS1 attenuates diet-induced obesity and fatty liver[J]. J Endocrinol, 2018, 237(2): 87-100.
- [43] CHOI S I, YOU S, KIM S, et al. Weissellacibaria MG5285 and Lactobacillus reuteri MG5149 attenuated fat accumulation in adipose and hepatic steatosis in high-fat diet-induced C57BL/6J obese mice[J]. Food Nutr Res, 2021, 65: 65.
- [44] CHEN W, WEN L, BAO Y Y, et al. Gut flora disequilibrium promotes the initiation of liver cancer by modulating tryptophan metabolism and up-regulating SREBP2[J]. Proc Natl Acad Sci USA, 2022, 119(52): e22038 94119.
- (收稿日期: 2024-10-17 编辑: 蒋凯彪)