

“钱铿观井导引法”术式治疗腰椎间盘突出症腰腿痛疗效观察

刘天森 梅郎 甘莹利 黄慧 邹昆 (通讯作者)

眉山市彭山区中医医院 四川 眉山 620860

【摘要】：目的：探讨“钱铿观井导引法”术式治疗腰椎间盘突出症腰腿痛疗效。方法：纳入2024年5月至2025年7月期间眉山市彭山区中医医院门诊、住院部的61例腰椎间盘突出症患者为受试者，随机分为两组。对照组(n=30)行基础康复治疗，治疗组(n=31)在对照组基础上联合“钱铿观井导引法”术式治疗，比较两组治疗效果。结果：治疗组临床总有效率高于对照组(P<0.05)；治疗组治疗第5d、第10d的JOA评分高于对照组，ODI和VAS评分低于对照组(P<0.05)；两组不良反应发生率比较(P>0.05)。结论：“钱铿观井导引法”联合基础康复治疗腰椎间盘突出症患者临床确切，可有效改善腰椎功能，缓解功能障碍，减轻疼痛，且安全性良好。

【关键词】：腰椎间盘突出症；腰腿痛；钱铿观井导引法；临床疗效；疼痛程度

DOI:10.12417/2705-098X.26.10.036

腰椎间盘突出症是临床常见的脊柱退行性疾病，其病理基础为纤维环破裂、髓核突出压迫神经根或马尾神经，引发以腰腿放射性疼痛、感觉异常及运动功能障碍为主要表现的综合征，该病程迁延，易反复发作，不仅影响患者日常活动能力，还可能导致慢性疼痛综合征及心理社会功能受损^[1]。目前，临床治疗多采用药物、物理疗法、针灸及康复训练等综合手段，虽能在一定程度上缓解症状，但部分患者疗效有限，且存在药物副作用或依从性不足等问题^[2]。近年来，中医导引术作为传统非药物干预方法，因其强调整体调节、动静结合及个体化施术，在慢性肌肉骨骼疾病康复中的应用价值逐渐受到关注。彭祖养生导引术源远流长，其中“钱铿观井导引法”通过特定体位与呼吸配合，旨在疏通经络、调和气血、强筋健骨，理论上契合腰椎间盘突出症“不通则痛、不荣则痛”的病机特点，但是该术式在现代康复体系中的定位尚缺乏高质量临床证据支持，其具体操作规范、作用机制及与常规疗法的协同效应亟待系统验证。因此，本研究旨在评估“钱铿观井导引法”联合基础康复治疗对腰椎间盘突出症患者功能恢复的实际效果，为丰富中西医结合康复路径提供科学依据，报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入2024年5月至2025年7月期间眉山市彭山区中医医院门诊、住院部的61例腰椎间盘突出症患者为受试者，随机分为两组。治疗组(n=31)男/女=15/16，年龄22~64(46.94±10.28)岁；对照组(n=30)男/女=8/22，年龄33~64(49.47±8.44)岁。两组一般资料对比(P>0.05)，有可比性。

纳入标准：①符合腰椎间盘突出症诊断标准；②年龄18~65岁；③入组前1周内未接受药物或理疗干预；④无严重心血

管、呼吸系统或骨骼肌肉系统疾病；⑤具备基本运动能力，心理及认知功能正常，能理解并配合完成评估与治疗。

排除标准：①合并严重器质性疾病或处于急性发作期；②生活完全不能自理；③妊娠期女性；④依从性差、拒绝签署知情同意书或可能中途退出；⑤正在参与其他临床试验。

1.2 方法

1.2.1 对照组

对照组行基础康复治疗，(1)针灸治疗依据辨证循经取穴原则：主穴为肾俞、关元俞、小肠俞、腰夹脊、阿是穴；循经配穴按疼痛部位选择，前侧痛配伏兔、足三里，外侧痛配环跳、阳陵泉、悬钟，后外侧痛配秩边、承扶、委中、承山、昆仑；随证配穴：风寒湿阻配关元、腰阳关，血瘀气滞配血海，肝肾亏虚配三阴交、太溪。操作时患者取俯卧或侧卧位，穴位常规消毒后施针，急性期以泻法为主，缓解期及康复期采用补泻结合。针刺方法：腰夹脊、肾俞、关元俞直刺并微向椎体斜刺，深度1.5~2.0寸，得气感向臀腿放射；秩边、环跳直刺3~4寸，局部酸胀伴麻电感向下肢传导。随后于腰部及臀腿部各接一对电极，连接G6805型电针仪，采用连续波，频率40Hz，强度以患者耐受为限。留针时间：急性期20~30分钟，缓解期及康复期30~40分钟。每日1次，7次为1疗程，疗程间休息1日。(2)药物治疗：蔡丁美酮胶囊1.0g口服，每日1次，连用6日；甲钴胺片0.5mg口服，每日3次，连用10日；麝香追风膏外贴患处，每日1贴，连用10日。

1.2.2 治疗组

治疗组在对照组基础上联合“钱铿观井导引法”术式治疗：患者取自然站立位，双足分开与肩同宽，身体保持中正，双目轻闭，口唇闭合，呼吸调匀。双手握拳，拇指置于掌心内，其

余四指紧握拇指。随后身体缓慢向前弯腰呈鞠躬状，动作过程中双膝关节保持伸直不可屈曲，两拳尽量向下触及地面，以自身柔韧性为度，不可强行用力或猛然下压，维持此姿势5秒钟。继而缓慢起身，同时两拳随身体抬起逐渐向上举，直至双臂伸直举过头顶，整个过程保持闭口状态，以鼻呼吸。当双拳举至头顶最高点时，用鼻缓慢呼气，持续5秒钟。术毕，双足保持与肩同宽，双手自然下垂置于身体两侧，静立休息5秒钟。以上全部动作构成1个完整术式。每次练习完成10个完整术式，每日治疗1次。治疗期间注意动作的连贯性与呼吸的配合，强调缓慢、柔和、自然，避免用力过猛或屏气。治疗周期为10日。

1.3 观察指标

(1) 临床疗效：痊愈为腰腿痛消失，腰椎活动恢复正常，可从事日常劳动；好转为症状及体征明显缓解，腰椎功能改善；无效为症状、体征及功能无改善或加重。

(2) 腰椎功能：日本骨科协会（JOA）评分（29分制）评估，分值越高功能越好。

(3) 功能障碍程度：Oswestry 功能障碍指数（ODI）评估，含9个条目（如自理、提物、步行等），每项0~5分，总分越高功能障碍越重。

(4) 疼痛程度：视觉模拟评分（VAS）评估，0分（无痛）至10分（剧痛），由患者在10cm直线上标记疼痛程度。

(5) 不良反应：包括头晕、胃肠道不适、针刺部位血肿等情况。

1.4 统计学处理

采用SPSS 21.00软件，计数资料以[n(%)]表示，采用 χ^2 检验，等级资料行秩和检验，计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，组间采用独立样本t检验，组内采用配对样本t检验，以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效比较

治疗组临床总有效率高于对照组（ $P < 0.05$ ），见表1。

表1 临床疗效比较[n(%)]

组别	治疗组(n=31)	对照组(n=30)	χ^2 值	P值
痊愈	17(54.84)	12(40.00)		
好转	12(38.71)	10(33.33)		
无效	2(6.45)	8(26.67)		
总有效率	29(93.55)	22(73.33)		

2.2 腰椎功能比较

治疗组治疗第5d、第10d的JOA评分高于对照组（ $P < 0.05$ ），见表2。

表2 腰椎功能比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	治疗组(n=31)	对照组(n=30)	t值	P值
治疗前	12.45±3.32	13.40±3.75	1.048	0.299
治疗第5d	19.48±2.51	18.13±2.58	2.071	0.043
治疗10d	26.16±2.42	22.63±3.23	4.841	<0.001

2.3 功能障碍程度比较

治疗组治疗第5d、第10d的ODI评分低于对照组（ $P < 0.05$ ），见表3。

表3 功能障碍程度比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	治疗组(n=31)	对照组(n=30)	t值	P值
治疗前	20.68±5.83	20.60±5.35	0.056	0.956
治疗第5d	10.52±2.56	14.57±4.44	4.382	<0.001
治疗10d	2.74±1.78	8.60±2.33	11.098	<0.001

2.4 疼痛程度比较

治疗组治疗第5d、第10d的VAS评分低于对照组（ $P < 0.05$ ），见表4。

表4 疼痛程度比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	治疗组(n=31)	对照组(n=30)	t值	P值
治疗前	6.94±1.24	6.37±1.03	1.950	0.056
治疗第5d	3.97±1.02	4.57±0.82	2.527	0.014
治疗10d	1.13±0.32	3.00±0.84	11.561	<0.001

2.5 不良反应比较

两组不良反应发生率比较（ $P > 0.05$ ），见表5。

表5 不良反应比较[n(%)]

组别	治疗组(n=31)	对照组(n=30)	χ^2 值	P值
头晕	1(3.23)	0(0.00)		
胃肠道不适	0(0.00)	2(6.67)		
针刺部位血肿	1(3.23)	1(3.33)		
合计	2(6.45)	3(10.00)	0.255	0.614

3 讨论

腰椎间盘突出症属于机械性神经根病变，其核心病理在于

神经组织受压及局部炎症反应所引发的疼痛与功能障碍，不仅造成腰部稳定性下降和下肢运动控制能力减弱，还可能因长期活动受限导致肌肉萎缩、关节僵硬及代偿性姿势异常，进一步加重功能损害^[3]。若未及时进行有效干预，病情可能进展为慢性失能状态，显著降低患者生活质量并增加社会医疗负担，所以采取能够同时缓解疼痛、改善神经功能、增强脊柱稳定性的综合治疗策略具有重要临床意义。传统康复手段虽广泛应用，但在促进患者主动参与、调动自身修复潜能方面存在局限。而基于中医整体观和“治未病”理念的导引疗法，强调通过自主运动与意念调控实现身心协同康复，为突破现有治疗瓶颈提供了新的思路。

治疗组临床总有效率高于对照组 ($P < 0.05$)。临床疗效的确切性源于干预策略对腰椎间盘突出症多维病理机制的协同调控。基础康复治疗通过针灸调节神经传导与局部血流、药物抑制炎症介质释放，可有效缓解急性期症状；而“钱铿观井导引法”作为一种主动式导引术，通过节律性的前屈-上举动作，在不增加椎间盘后方剪切力的前提下，诱导脊柱节段产生微小动态位移，可能有助于调整突出物与神经结构的相对位置并促进椎管内代谢产物清除^[4]。两者结合从外周抗炎、神经调节与生物力学优化三个层面同步干预，形成叠加效应，提升整体治疗响应。治疗组治疗第5d、第10d的JOA评分高于对照组，ODI和VAS评分低于对照组 ($P < 0.05$)。腰椎功能改善、功能障碍恢复及疼痛减轻的内在机制在于神经肌肉控制重建与

疼痛调控通路的双重调节。导引术要求患者在保持下肢伸直状态下完成缓慢、连贯的躯干屈伸与上举动作，此过程需核心肌群（如腹横肌、多裂肌）与下肢后侧链协同激活以维持姿势稳定，实质上构成一种低负荷的核心稳定性训练，有助于恢复脊柱动态平衡，减少异常微动对神经根的反复刺激^[5]。动作过程中强调鼻呼吸与意念专注，可增强副交感神经活性，抑制交感亢进并通过激活内源性下行抑制系统（如中脑导水管周围灰质-延髓头端腹内侧区通路）提高痛阈；加之肌肉泵效应改善局部微循环，加速致痛物质的清除，从外周敏化与中枢敏化两个维度共同实现疼痛缓解与功能恢复^[6]。两组不良反应发生率比较 ($P > 0.05$)。安全性较高与其动作设计严格遵循脊柱生物力学保护原则密切相关。术式限定双膝关节保持伸直但允许根据个体柔韧性自主控制前屈幅度，避免强制过屈导致椎间盘后方压力急剧升高；全程强调“缓慢、柔和、自然”的运动节奏，杜绝爆发力或扭转动作，有效规避了剪切力与旋扭力对纤维环的二次损伤风险^[7]。呼吸与动作同步的设计防止屏气所致的腹内压骤升，减少轴向负荷冲击；且每日仅10次、单次耗时短的训练强度，既满足神经肌肉适应所需的重复刺激，又避免肌肉疲劳引发代偿性姿势代偿或软组织劳损，使其在有效干预的同时维持良好的生物力学安全性。

综上所述，“钱铿观井导引法”联合基础康复治疗腰椎间盘突出症患者临床确切，可有效改善腰椎功能，缓解功能障碍，减轻疼痛，且安全性良好。

参考文献:

- [1] 刘吉. 盘龙七片联合蔡丁美酮治疗腰椎间盘突出症对患者疼痛及血清相关指标的影响[J]. 医学临床研究, 2024, 41(1): 99-101.
- [2] 王承惠, 庞青民, 赵欲晓. 针灸联合推拿治疗腰椎间盘突出症的效果分析[J]. 中国实用医刊, 2022, 49(16): 116-119.
- [3] 张凯莹, 张慧萍, 蒋倩敏. 脊柱矫形体位垫联合中药外敷治疗腰椎间盘突出症的效果观察[J]. 智慧健康, 2025, 11(3): 187-189.
- [4] 朱艳群, 张芸, 张峰. 康复护理干预对腰椎间盘突出症腰腿痛病人的疗效观察[J]. 现代医药卫生, 2022, 38(S02): 157-158.
- [5] 李鹏来, 李涛, 郭玲玲. 针灸联合西药治疗腰椎间盘突出症腰腿痛肾虚血瘀证疗效观察[J]. 西部中医药, 2024, 37(8): 98-101.
- [6] 李长河. 邵氏无痛手法联合骨盆牵引下颤压法, 针灸治疗腰椎间盘突出症[J]. 中医学报, 2023, 38(4): 861-867.
- [7] 宋德明. 元胡葛根汤结合温阳通络针灸法治疗腰椎间盘突出症临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2023, 21(7): 104-106.