

强肾通督针刺+电针对腰椎间盘突出伴坐骨神经痛患者症状的改善评价

周琪

新疆兵团奎屯中医院针灸科 新疆 伊犁 833200

【摘要】：探讨强肾通督针刺联合电针对腰椎间盘突出（LDH）伴坐骨神经痛患者的临床疗效，为优化中医非手术治疗方案提供依据。选取2025年7月至2025年12月期间，在新疆生产建设兵团奎屯中医院收治的50例腰椎间盘突出伴坐骨神经痛患者，依据随机数字表法将其分为研究组与对照组，每组各25例。治疗前，两组患者在视觉模拟评分法、日本骨科协会评估治疗分数、Oswestry功能障碍指数以及健康调查简表各维度的评分对比中，差异并无统计学意义，经过10-15天治疗后，研究组的视觉模拟评分法评分、Oswestry功能障碍指数评分均低于对照组。在研究组的日本骨科协会评估治疗分数评分和健康调查简表各维度评分均高于对照组，两组差异有统计学意义。两组不良反应发生率比较，研究组为4.00%，对照组为8.00%，差异无统计学意义，且不良反应均为轻微头痛、局部酸胀，并未对治疗造成影响。由此得出结论，强肾通督针刺联合电针可有效减轻腰椎间盘突出伴坐骨神经痛患者的疼痛症状，改善腰椎功能以及肢体活动能力，提升生活质量，并且安全性良好，有临床推广价值。

【关键词】：腰椎间盘突出症；坐骨神经痛；强肾通督针刺；电针；临床疗效；视觉模拟评分法

DOI:10.12417/2705-098X.26.10.082

引言

腰椎间盘突出（LDH）伴坐骨神经痛是在骨科当中较为常见的病症，其主要成因是椎间盘出现退变情况，纤维环破裂使得髓核突出，对神经根以及马尾神经造成压迫或者刺激，最终引发腰痛、下肢放射痛以及麻木无力等一系列症状，当病情严重的时候，甚至会对大小便功能以及日常活动能力产生影响^[1]。

流行病学调查显示，我国LDH伴坐骨神经痛年轻化趋势显著（25-50岁占80%）^[2]，而2024年JAMA内科学刊最新RCT证实，针灸（含电针）可使慢性坐骨神经痛患者腿痛VAS评分降低30.8mm（ $P<0.001$ ），疗效持续1年，为保守治疗提供了最高等级证据。

当前临床针对LDH伴坐骨神经痛的治疗方法囊括手术治疗以及保守治疗，手术治疗可迅速解除神经压迫，然而却存在创伤较大、术后恢复较为缓慢、并发症发生率相对较高等一系列问题，多数患者更倾向于选择保守治疗^[3]，在保守治疗过程中，普通针刺、药物镇痛、物理治疗等手段虽然可在一定程度上暂时缓解症状，不过长期疗效并不理想，并且容易复发，对于肝肾亏虚、督脉不通证型的患者而言，常规治疗难以契合“补肾强腰、疏通督脉”的中医病机需求。

中医理论指出，LDH伴坐骨神经痛的发病和“肾”“督脉”关联紧密：肾主管骨骼并生成骨髓，腰部是肾所主的部位，肝肾出现亏虚状况时，筋骨就会失去滋养，容易引发腰椎退变，督脉统管全身阳气，沿着脊柱里面运行，要是督脉不通畅，气

血运行就会受到妨碍，产生疼痛^[4]。本研究将LDH伴坐骨神经痛患者作为对象，剖析强肾通督针刺联合电针的治疗成效，为临床提供更优质的保守治疗方案。

1 研究对象与方法

1.1 研究对象

选取了在2025年7月至2025年12月期间，于新疆生产建设兵团奎屯中医院针灸康复科收治的50例患有腰椎间盘突出症并伴有坐骨神经痛的患者。

纳入标准如下：其一，符合腰椎间盘突出伴坐骨神经痛的诊断标准（2022版：腰椎间盘突出利用CT或MRI即可判断，但不足以诊断临床疾病。腰椎间盘突出伴坐骨神经痛为临床诊断名词，指在椎间盘退变、损伤的病理学基础上发生椎间盘局限性突出，压迫和（或）刺激神经根、马尾神经而出现腰痛、神经根性疼痛、下肢麻木无力、下肢放射痛、大小便功能障碍等症状）中的腰痛、神经根性疼痛、下肢放射痛，中医符合肝肾亏虚证型（腰腿痛缠绵日久，反复发作，乏力，劳则加重，卧则减轻）^[5]。其二，年龄在18至65岁之间，性别不限。其三，患者自愿参与研究，并签署知情同意书。其四，症状持续存在且影响日常生活。其五，之前未接受过强肾通督针刺治疗。

排除标准如下：其一，合并有严重的心、肺、肝、肾等器质性疾病的患者。其二处于妊娠或者哺乳期的妇女，其三合并有脊柱肿瘤、结核、骨折、腰椎滑脱等其他脊柱疾病的患者，其四患有严重精神疾病或者存在认知障碍，无法配合治疗的患

者，其五对针刺或者电针治疗过敏、不耐受的患者，其六在近3个月内接受过脊柱手术或者有创治疗的患者。

1.2 治疗方法

两组均接受基础治疗：①TDP照射：针刺留针期间，用TDP治疗仪照射腰部及下肢疼痛部位，距离30—40cm，温度以患者耐受为宜；②拔罐：每周2次，在腰部及臀部疼痛部位行留罐法，留罐10分钟；③艾箱灸：每周2次，取肾俞、命门穴位，艾箱灸20分钟；④中药热奄包：药用艾叶、干姜、桂枝、乳香、没药等，制成热奄包热敷腰部，每次20分钟，每日1次。

对照组治疗：采用强肾通督针刺，首先是穴位选择方面，主穴选取命门，其位置在第2腰椎棘突下凹陷之处，肾俞位于第2腰椎棘突下，旁边开1.5寸的地方，委中处于腘横纹中点，在股二头肌腱与半腱肌肌腱两者之间，辅穴有大肠腧，在第4腰椎棘突下，旁开1.5寸，关元俞位于第5腰椎棘突下，旁开同样是1.5寸，环跳在股骨大转子最高点与骶管裂孔连线的中点，后溪在第5掌指关节后尺侧，赤白肉际的地方，秩边平第4骶后孔，骶正中嵴旁开3寸，承山在腓肠肌两肌腹之间凹陷的顶端，悬钟在外踝尖上3寸，腓骨前缘，昆仑在外踝尖与跟腱之间的凹陷处，以及腰3-5双侧夹脊穴。接着是操作方法，穴位先进行常规消毒，之后用0.25mm×40mm、0.35mm×75mm毫针刺，命门、肾俞穴直刺1.0至1.2寸，采用捻转补法，捻转角度为180°，委中穴直刺0.5至1.0寸，采用提插泻法，提插幅度0.3至0.5寸，得气之后留针20至30分钟，每周治疗4至6次，10-15天一个疗程。

研究组在对照组的基础之上，增添了电针治疗这一方式：当强肾通督针刺获得针感后，从穴位基础上选两组穴位，挑选出来连接电针仪，运用疏密波，电流强度把控在让患者产生轻微酸胀感、可承受且不会引发肌肉痉挛的程度，留针时长为20—30分钟，每周进行4—6次治疗，10-15天一个疗程。

1.3 观察指标

疼痛程度借助视觉模拟评分法也就是VAS来评估，其分值范围是0到10分，0分代表无痛，10分表示剧痛。腰椎功能借助日本骨科协会评估治疗分数即JOA来评估，这其中囊括主观症状，像腰痛、下肢痛或者麻木，以及临床体征，包括直腿抬高试验、感觉障碍以及运动障碍，另外以及日常活动受限程度。肢体活动能力运用Oswestry功能障碍指数也就是ODI评估，包含疼痛强度、生活自理、提物、行走、坐位、站立、睡眠、性生活、社会活动、旅行这10个维度，总分0到100分。生活质量采用健康调查简表即SF-36评估，有生理功能、躯体疼痛、社会功能、精神健康这4个核心维度，每个维度分值0到100分。安全性方面记录治疗期间两组患者不良反应的发生情况，比如头痛、恶心、局部皮肤红肿、针刺部位疼痛加

剧等。

1.4 统计学方法

运用SPSS26.0统计学软件对数据展开分析，计量资料借助给予呈现，针对组内治疗前后的情况进行比较时采用配对t检验，而组间比较则采用独立样本t检验，计数资料借助[n]来表示，比较时采用 χ^2 检验，将 $P<0.05$ 作为判断差异有统计学意义的标准。

2 结果

2.1 两组基线资料比较

选取我院2025年7月至2025年12月收治的50例LDH患者。

纳入标准：符合2022版LDH诊断标准，表现为腰痛伴下肢放射痛等症状；中医辨证为肝肾亏虚型；年龄18-65岁；自愿签署知情同意书。

排除标准：合并脊柱肿瘤、结核等器质性疾病；妊娠或哺乳女性；对针刺过敏者；近3个月接受过手术或有创治疗。按随机数字表法分为两组，每组25例。

2.2 两组治疗前后VAS、JOA、ODI评分比较

在治疗之前，对两组患者的VAS、JOA以及ODI评分展开比较，结果显示二者之间的差异并没有达到统计学意义的标准，两组患者的VAS评分以及ODI评分相较于治疗前都出现了降低的情况，而JOA评分则相较于治疗前有所升高，并且研究组的各项评分变化幅度要大于对照组，这种差异有统计学意义。具体数据见表1。

表1 两组治疗前后VAS、JOA、ODI评分比较(x±s, 分)

组别	研究组		对照组	
例数	25		25	
时间	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
VAS评分	6.52±1.13	2.35±0.87	6.48±1.09	3.62±0.95
JOA评分	15.36±2.08	24.68±2.15	15.12±2.15	20.35±2.47
ODI评分	45.28±5.12	21.42±3.56	44.87±5.03	28.75±4.13

2.3 两组治疗前后SF-36各维度评分比较

在治疗之前，对两组SF-36各个维度的评分展开比较，结果显示差异并不具有统计学上的意义，而在进行了10-15天的治疗之后，两组SF-36各个维度的评分相较于治疗之前都出现了升高的情况，并且研究组的评分高于对照组，此时差异有统计学意义，具体情况可见表2。

表2 两组治疗前后 SF-36 各维度评分比较 (x±s, 分)

组别	研究组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
例数	25		25	
生理功能	52.36±6.25	78.52±6.31	51.87±6.13	65.38±6.12
躯体疼痛	50.18±5.94	76.24±5.87	49.75±5.89	62.17±5.94
社会功能	53.25±5.87	80.15±5.23	52.98±5.74	68.42±5.76
精神健康	51.42±5.76	79.36±5.68	50.89±5.63	67.25±5.89

2.4 两组安全性比较

在治疗的这段时间里, 研究组有 1 例出现了轻微头痛的情况, 这种头痛在治疗后 30 分钟便得到了缓解, 其不良反应发生率为 4.00%。对照组有 1 例出现了轻微头痛, 1 例出现了恶心的症状, 这两种情况均在治疗后 1 小时内得到了缓解, 其不良反应发生率为 8.00%。对两组的不良反应发生率进行比较, 发现差异并没有统计学意义, 并且两组均没有出现严重的不良反应, 不需要中断治疗。

3 讨论

LDH 伴坐骨神经痛的关键病理机制为椎间盘突出物对神经根产生压迫, 致使神经根出现水肿、引发炎症反应以及导致神经传导异常, 而中医所强调的“肝肾亏虚、督脉不通”被视作发病的根本所在, 现代医学研究显示, 针刺可借助调节外周

神经递质、改善局部微循环状况、减轻神经根的炎症水肿来发挥镇痛功效, 电针的疏密波则可凭借不同频率的刺激, 提高神经肌肉的兴奋性, 推动局部血液循环, 强化镇痛以及功能修复的效果。

在本研究里, 强肾通督针刺把“补肾强腰、疏通督脉”当作核心, 主穴命门归属于督脉, 是肾阳的根本所在, 可起到温肾壮阳以及强健腰膝的作用, 肾俞作为肾的背俞穴, 可补益肝肾、濡养筋骨, 委中是膀胱经的合穴, 有着“腰背委中求”的说法, 可疏通膀胱经的气血, 缓解腰腿痛。辅穴腰 3 至 5 夹脊穴处在脊柱两侧, 靠近神经根, 针刺可直接对病变部位进行刺激, 调节神经功能, 环跳、昆仑等穴位则可以疏通下肢经络, 缓解放射痛, 联合电针之后, 疏密波的低频成分可促进肌肉产生节律性收缩, 改善局部血液供应, 高频成分则可抑制痛觉信号的传导, 两者协同起来提高镇痛效果。

研究最终得出的结果说明, 在接受治疗之后, 研究组的 VAS 评分以及 ODI 评分相较于对照组而言明显更低, 而 JOA 评分以及 SF-36 评分则较大高于对照组, 这一情况意味着, 采用强肾通督针刺联合电针的治疗方式, 在减轻患者疼痛、改善腰椎功能以及提升生活质量等方面所呈现出的效果, 要优于单纯使用强肾通督针刺的治疗方法。

综合来看, 采用强肾通督针刺联合电针的方式对 LDH 伴坐骨神经痛进行治疗, 可借助“中医辨证施治加上现代电针技术”的协同功效, 切实有效地减轻疼痛症状, 让腰椎功能以及生活质量得到改善, 并且有良好的安全性, 为临床保守治疗给予了一种新的有效办法, 值得加以推广运用。

参考文献:

- [1] 中华中医药学会. 腰椎间盘突出症中医诊疗指南(2022 年版)[J]. 中医杂志, 2022, 63(12): 1129-1135.
- [2] 王艳玲, 张莉, 李岩. 电针联合温针灸治疗腰椎间盘突出症伴坐骨神经痛的临床疗效及对血清 P 物质、β-内啡肽的影响[J]. 针刺研究, 2023, 48(7): 621-626.
- [3] 李明, 赵志强, 王丽娟. 强肾通督针刺法治疗肝肾亏虚型腰椎间盘突出症的临床观察[J]. 中国针灸, 2023, 43(5): 489-493.
- [4] 张欢欢, 刘杰, 孙超. 基于“督脉-肾-脊柱”轴探讨针刺治疗腰椎退行性疾病的机制[J]. 北京中医药大学学报, 2022, 45(9): 889-894.
- [5] 陈晨, 周建伟, 吴明霞. 中西医结合治疗腰椎间盘突出伴坐骨神经痛的 Meta 分析[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2024, 30(1): 56-61.