DOI:10.19893/j.cnki.ydyxb.2025-0012

搓飞针刺手法联合益肾活血壮筋汤治疗肾虚血瘀型腰椎管狭窄症的临床研究

高根建[1],王权亮[2*],宋亮亮[2],张强坤[2]

(1. 新郑市公立人民医院中医科,河南 郑州 451100;2.河南省中西医结合医院针灸推拿科,河南 郑州 450003)

摘 要:目的 探讨搓飞针刺手法联合益肾活血壮筋汤对腰椎管狭窄症(肾虚血瘀型)的临床效果。**方法** 将77例腰椎管狭窄症患者随机分为试验组(n=39例)和对照组(n=38例)。对照组采用西药(塞来昔布胶囊和甲钴胺片)治疗,试验组采用搓飞针刺手法+益肾活血壮筋汤治疗,两组连续治疗4周,观察两组中医证候积分、步行距离、疼痛程度、腰椎功能和血清炎症因子指标,并比较两组治疗效果。**结果** 试验组总有效率94.87%,高于对照组76.32%(P<0.01)。两组患者治疗后中医证候单项积分(腰腿刺痛、下肢麻木、腰膝酸软、间歇性跛行等)、总积分和视觉模拟评分(visual analog scale,VAS)均较治疗前下降,步行距离较治疗前增加,日本骨科协会评分(Japanese Orthopaedic Association Score,JOA)较治疗前提升,炎症因子指标(白细胞介素-1α、白细胞介素-6和肿瘤坏死因子-α)较治疗前下降(P<0.05),试验组各项指标改善水平均优于对照组(P<0.05);且两组患者均未见不良事件发生。**结论** 搓飞针刺手法联合益肾活血壮筋汤对腰椎管狭窄症患者的效果确切,可减轻炎症反应,改善腰腿疼痛、下肢麻木等症状,促进腰椎功能恢复,提高步行能力。

关键词:腰椎管狭窄症;肾虚血瘀型;搓飞针刺;益肾活血壮筋汤;疼痛;炎症因子

中图分类号:R246.9 **文献标识码:**A **文章编号:**1672-2639(2025)03-0045-06

Clinical research on the treatment of lumbar spinal stenosis of kidney deficiency and blood stasis type by Cuofei Acupuncture technique combined with Yishen Huoxue Zhuangjin Decoction

GAO Genjian[1], *WANG Quanliang*[2*], *SONG Liangliang*[2], *ZHANG Qiangkun*[2]

(1. Department of Traditional Chinese Medicine, Xinzheng Public People's Hospital, Zhengzhou 451100, China; 2. Department of Acupuncture and Moxibustion Massage, Henan Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Zhengzhou 450003, China)

Abstract: Objective To explore the clinical effect of Cuofei Acupuncture technique combined with Yishen Huoxue Zhuangjin Decoction on lumbar spinal stenosis (kidney deficiency and blood stasis type). **Methods** 77 patients with lumbar spinal stenosis were randomly divided into the treatment group (n=39 cases) and the control group (n=38 cases). The control group was treated with Western medicine (celecoxib capsules and methyldrills tablets), while the treatment group was treated with Cuofei acupuncture manipulation + Yishen Huoxue Zhuangjin Decoction. Both groups were treated continuously for 4 weeks. The traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores, walking distance, pain degree, lumbar function and serum inflammatory factor indicators of the two groups were observed, and the therapeutic effects of the two groups were compared. **Results** The total effective rate of the treatment

基金项目:河南省中医药科学研究专项课题(2022ZY1141)

作者简介:高根建(1986—),男,河南新郑人,主治医师。研究方向:疑难杂症的中医外治。

* **通信作者:**王权亮(1985—),男,河南周口人,硕士,副主任医师。研究方向:针刺镇痛及疑难杂症的针刺治疗。E-mail:xunzhen219968@163.com

group was 94.87%, which was higher than that of the control group 76.32% (P<0.01). After treatment, the TCM syndrome single scores (such as stabbing pain in the waist and legs, numbness in the lower extremities, soreness and weakness in the waist and knees, intermittent claudication, etc.)、total integral and visual analog scale (VAS) scores of both groups of patients decreased compared with those before treatment. The walking distance increased compared with that before treatment, and the Japanese Orthopaedic Association Score (JOA) score improved compared with that before treatment. The inflammatory factor indicators (interleukin-1 α, interleukin-6 and tumor necrosis factor-α) decreased compared with those before treatment (P<0.05), and the improvement levels of each indicator in the treatment group were better than those in the control group (P<0.05). Moreover, no adverse events occurred in either group of patients. **Conclusion** The Cuofei Acupuncture technique combined with the Yishen Huoxue Zhuangjin Decoction has a definite effect on patients with lumbar spinal stenosis. It can reduce inflammatory responses, improve symptoms such as low back and leg pain and numbness in the lower extremities, promote the recovery of lumbar function, and enhance walking ability.

Key words: Lumbar spinal stenosis; Kidney deficiency and blood stasis type; Cuofei acupuncture technique; Yishen Huoxue Zhuangjin Decoction; Pain; Inflammatory factors

腰椎管狭窄症是由于腰椎间盘突出、关节突骨质增生、黄韧带肥厚增生等因素导致腰椎管或神经根管狭窄,使马尾神经通路的移动范围缩小,导致马尾或脊神经根受压,进而造成椎管内的血液循环障碍,最终出现腰腿痛、坐骨神经痛、下肢麻木无力、间歇性跛行、感觉异常等。好发于中老年人群,随着年龄增长发病趋势不断上升,目前,腰椎管狭窄症发病率为3.9%~11.0%,已成为仅次于腰椎间盘突出症的第二大腰椎疾病[1]。病程较长,易反复发作,且呈慢性持续性进展,若不进行积极有效的治疗,随着时间的推移,病情逐渐加重,会出现下肢肌肉萎缩,严重者卧床不起,甚至大小便功能障碍,影响患者生活质量。目前,西医尚无特效疗法,主要采取手术治疗和非手术治疗,手术治疗创伤较大,风险系数较高,且老年患者耐受力有限,多数患者不愿接受手术,故非甾体抗炎镇痛、激素类、营养神经等药物治疗应用较为广泛,虽可缓解症状,但长期服药易产生耐药性,且不良反应较多[2]。中医在治疗腰椎管狭窄症方面既强调整体观念,又重视个体化辨证施治,二者的不断融合表现出中医疗法的独特优势。研究[3]表明,中药汤剂、针灸、推拿等治疗方式对轻、中度腰椎管狭窄症患者疗效较好,可有效地改善腰椎局部血液循环障碍,改善肌肉紧张与血管痉挛状态。搓飞针刺手法是传统针刺手法的改良与创新,可加强催气、行气、增强针感。本研究采用搓飞针刺手法联合益肾活血壮筋汤治疗腰椎管狭窄症(肾虚血瘀型)患者,旨在通过改善炎症反应、缓解腰腿疼痛及下肢麻木症状、促进腰椎功能恢复,验证其在提高临床疗效、改善患者生活质量方面的作用。

1　资料与方法

1.1　一般资料

选取2023年8月1日至2024年8月30日新郑市公立人民医院就诊的腰椎管狭窄症患者77例,按照随机数字表法分为对照组与试验组。两组患者年龄、性别、狭窄部位等基线资料比较,差异无统计学意义(P>0.05,表1)。

表1　两组患者基线资料比较

组别	n	男/女(n)	年龄($\bar{x}\pm s$,岁)	病程($\bar{x}\pm s$,年)	狭窄部位(n)		
					L3-4	L4-5	L5-S1
试验组	39	23/16	54.92±6.53	4.15±0.84	6	28	5
对照组	38	20/18	53.87±6.44	4.08±0.59	7	27	4
χ^2/t		0.314	0.713	0.451		0.193	
P		0.575	0.478	0.653		0.908	

1.2　病例选择

1.2.1　纳入标准　① 符合《腰椎管狭窄症中西医结合诊疗专家共识》[4]的西医诊断标准;② 符合《中医病证诊断疗效标准》[5]中肾虚血瘀型的分型标准;③ 无手术指征且愿意接受保守治疗;④ 年龄40~72岁;⑤ 依从性良好,自愿参与并签署知情同意书。

1.2.2 排除标准 ① 先天发育型腰椎管狭窄、骨性椎管狭窄、椎体骨折、腰椎Ⅱ度以上滑脱、重度骨质疏松或严重脊柱外伤；② 腰椎椎弓根峡部断裂，重度椎管狭窄需行手术治疗者；③ 脊柱有占位病变、腰椎结核或患有其他恶性肿瘤；④ 合并严重的肝肾功能异常或心肺功能不全者；⑤ 合并有老年痴呆、精神疾病或认知功能低下者；⑥ 针刺局部皮肤破溃、红肿或感染者。

1.3 治疗方法

对照组给予西药治疗，塞来昔布胶囊（石药集团欧意药业有限公司，国药准字H20203297），200 mg/次，1次/d，口服；甲钴胺片（海南斯达制药有限公司，国药准字H20050997）0.5 mg/次，3次/d，口服。

试验组给予搓飞针刺+益肾活血壮筋汤治疗。① 搓飞针刺治疗操作方法：选取腰阳关、双侧L3-L5华佗夹脊穴、肾俞、环跳、委中、悬钟和阳陵泉，对穴位周围皮肤先行常规消毒，再以一次性无菌针灸针（规格0.30 mm×40 mm）分别刺入除环跳穴外的其他所选穴位，进针后行上下提插、捻转手法，得气后留针30 min。同时选用针灸针（规格0.30 mm×75 mm）直刺患侧环跳穴50~75 mm，进针后先行提插以得气，再行搓针手法，用拇指、食指捏持针柄，搓时两指内屈，针在顺时针方向上连续搓针720°，以使激发起的经气吸针，针体滞动，然后行飞针手法，放时两指外伸，夹住针柄使针逆转，两指一搓一放，针颤动时呈飞鸟展翅状，当患者有强烈麻电感时，将针体慢慢提至皮下，搓飞手法重复2~3次，每日治疗1次，每周6次，连续治疗4周。② 益肾活血壮筋汤药方组成：熟地黄20 g、醋龟甲18 g、菟丝子15 g、补骨脂15 g、枸杞20 g、川芎12 g、当归10 g、赤芍10 g、黄芪25 g、党参18 g、秦艽12 g、独活15 g、地龙10 g、牛膝12 g，随证加减：疼痛甚者加延胡索15 g；乏力甚者加白术15 g；肾阴虚甚者女贞子15 g；肾阳虚甚者加淫羊藿15 g。由本院煎药房统一煎煮，1剂/d，分早晚2次温服，200 mL/次。

两组连续治疗4周。

1.4 观测指标

1.4.1 中医证候积分 两组患者治疗前后参照《中药新药临床研究指导原则》[6]制定评分量表，将腰腿刺痛、下肢麻木、腰膝酸软、间歇性跛行、形羸气短、神疲懒言等按无、轻、中、重依次赋以0、1、2、3分。

1.4.2 疼痛程度和腰椎功能 两组患者治疗前后以疼痛视觉模拟表评分（Visual Analog Scale，VAS）评估患者疼痛程度，计分范围0~10分（0表示无痛，10表示剧烈疼痛），分值越高表示患者痛感愈强烈。采用日本骨科协会评估治疗分数（Japanese Orthopaedic Association Score，JOA）对腰椎功能进行评分，涵盖主观症状、临床体征、膀胱功能与日常生活能力，总分29分，分值越高表示腰椎功能恢复越好[7]。

1.4.3 步行距离 先测量患者正常步态的步距，嘱患者携带手机计步器，以平时的步速平地自然行走，当患者行走过程中出现疼痛无法继续行走时记录手机计步器上的步数，步行距离=步距×步数。

1.4.4 炎症因子指标 以酶联免疫吸附法检测血清肿瘤坏死因子-α（Tumor Necrosis Factor-alpha，TNF-α）、白细胞介素-1α（Interleukin-1 alpha，IL-1α）和白细胞介素-6（Interleukin-6，IL-6）含量。

1.4.5 不良反应 记录两组患者药物不良反应，晕针、滞针现象，针刺部位皮肤反应。

1.5 疗效判定标准

临床治愈：腰腿疼痛、下肢麻木、腰膝酸软、间歇性跛行等临床症状基本或全部消失，可以正常生活及工作，中医证候总积分改善率≥90%，直腿抬高试验阴性；显效：上述症状明显改善，稍有活动受限，但不影响日常生活，可基本正常工作，70%≤中医证候总积分改善率<90%，直腿抬高试验阴性；有效：上述症状有所减轻，活动受限稍有减轻，30%≤中医证候总积分改善率<70%，可胜任部分工作，直腿抬高试验阴性或弱阳性；无效：未达到上述标准，甚至加重者。

1.6 统计学方法

利用SPSS 26.0统计软件分析数据，计量资料数据以（$\bar{x}\pm s$）表示，采用t检验；计数资料用[n(%)]表示，采用χ^2检验，等级资料采用秩和检验，以P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较

试验组临床总有效率94.87%明显优于对照组76.32%，经秩和检验分析，Z=0.268，P<0.01（表2）。

表2 两组临床疗效比较[n(%)]

组别	n	临床治愈	显效	有效	无效	总有效
试验组	39	9(23.08)	18(46.15)	10(25.64)	2(5.13)	37(94.87)
对照组	38	5(13.16)	10(26.32)	14(36.84)	9(23.68)	29(76.32)

2.2　两组患者步行距离和中医症候总积分比较

治疗后两组患者的步行距离较治疗前明显增加,中医症候总积分较治疗前明显下降,(P<0.05),且试验组优于对照组(P<0.05,表3)。

表3　两组患者中医症候总积分和步行距离比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	腰腿刺痛(分)		下肢麻木(分)		腰膝酸软(分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
试验组	39	2.52±0.21	1.13±0.16$^{\#\triangle}$	2.29±0.26	0.97±0.22$^{\#\triangle}$	2.49±0.19	0.71±0.20$^{\#\triangle}$
对照组	38	2.43±0.19	1.72±0.24$^{\#}$	2.15±0.13	1.52±0.17$^{\#}$	2.46±0.15	1.68±0.29$^{\#}$
组别	n	间歇性跛行(分)		形羸气短(分)		神疲懒言(分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
试验组	39	2.05±0.16	0.61±0.11$^{\#\triangle}$	2.16±0.14	0.66±0.26$^{\#\triangle}$	2.15±0.28	0.82±0.33$^{\#\triangle}$
对照组	38	2.09±0.15	1.32±0.34$^{\#}$	2.13±0.21	1.67±0.23$^{\#}$	2.26±0.31	1.61±0.36$^{\#}$
组别	n	中医症候总积分(分)		步行距离(m)			
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后		
试验组	39	13.69±1.62	4.64±3.44$^{\#\triangle}$	335.31±29.63	615.72±72.05$^{\#\triangle}$		
对照组	38	13.58±1.35	6.87±3.93$^{\#}$	340.26±27.88	520.42±89.29$^{\#}$		

注:#表示与治疗前比较P<0.05;△表示与对照组治疗后比较P<0.05。

2.3　两组患者疼痛程度(VSA评分)和腰椎功能(JOA评分)比较

治疗后两组患者的VSA评分较治疗前下降,JOA评分较治疗前升高(P<0.05),试验组VSA评分(3.18±2.16)分低于对照组,JOA评分(23.26±3.57)分高于对照组(P<0.05,表4)。

表4　两组患者VSA评分和JOA评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	VSA评分		JOA评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
试验组	39	6.69±0.69	3.18±2.16$^{\#\triangle}$	15.46±2.10	23.26±3.57$^{\#\triangle}$
对照组	38	6.63±0.71	4.29±2.23$^{\#}$	15.58±1.91	19.68±3.19$^{\#}$

注:#表示与治疗前比较P<0.05;△表示与对照组治疗后比较P<0.05。

2.4　两组患者血清炎症因子指标比较

治疗后两组患者的血清TNF-α、IL-1α和IL-6含量较治疗前均下降(P<0.05),试验组血清IL-1α(10.56±2.11)ng/L、血清IL-6(26.72±4.49)ng/L、血清TNF-α(9.83±2.66)ng/L明显低于对照组(P<0.05,表5)。

表5　两组患者血清炎症因子指标比较($\bar{x}\pm s$,ng/L)

级别	n	IL-1α		IL-6		TNF-α	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
试验组	39	16.17±2.75	10.56±2.11$^{\#\triangle}$	38.38±5.64	26.72±4.49$^{\#\triangle}$	17.63±3.56	9.83±2.66$^{\#\triangle}$
对照组	38	16.20±2.49	12.62±2.77$^{\#}$	38.62±5.15	29.55±3.98$^{\#}$	17.50±3.63	12.23±2.94$^{\#}$

注:#表示与治疗前比较P<0.05;△表示与对照组治疗后比较P<0.05。

2.5　两组患者安全性比较

两组患者均未发生明显的药物不良反应,试验组局部皮肤无红肿、疼痛、瘙痒等反应,且未出现晕针、滞针等现象。

3　讨论

腰椎管狭窄症归属于中医学“腰腿痛”“腰痹”“痹症”范畴。患者先天禀赋不足,年老体弱,肝肾日衰,久病耗损致肾气亏虚,精血不足,筋骨失于濡养则骨萎髓枯,筋脉挛急[8]。加之长期慢性劳损,或风寒湿邪留滞腰膝筋脉,致气血运行不畅,气滞血瘀,脉道滞涩,瘀积日久不散,不通则痛,导致腰部疼痛不移。正如《医宗必读·腰痛》所言:“腰痛有寒湿……有闪挫、有瘀血、有滞气……皆标也。肾虚其本也。”由此可见,肾虚是内在病因,血瘀是外在表现,属于本虚标实之证,以肝肾亏虚为本,以筋络血瘀为标,治疗宜采用活血止痛、祛瘀通督、补肝益肾、壮筋活络之法[9]。

针灸是中医最常见的外治疗法,针刺经络腧穴可促进局部血液循环,调节椎体附近韧带肌肉紧张

状态，缓解马尾神经和脊神经根的受压状况。搓飞针刺疗法是在传统针刺手法基础上结合西医解剖学创新的一种强刺激针刺手法，先以搓针法取热快速增强针感，催动循经感传，使经气加速传动，再应用飞针法取凉以行气，进而达到气至病所，实现“搓飞以祛其病”之目的，具有靶点明确、精准发力、针对性强之优势[10]。王权亮等[11]研究表明，搓飞针刺手法结合提插手法治疗急性腰椎间盘突出症效果显著，可降低急性疼痛相关的趋化因子，缓解腿痛和腰痛。本研究穴位选取参考“针灸治疗腰椎管狭窄症的选穴规律”，以局部取穴、循经取穴为原则[12]。华佗夹脊穴位于膀胱经和督脉之间，系沟通两经的枢纽，该穴附近有相应脊神经后支通行，其深层有交感神干与脊神经相连，针刺患节段夹脊穴，可直达局部病灶，同时激发调节二经经气，缓解腰部肌肉挛缩状态，疏通腰背部气血，催动全身之阳气，鼓动全身气血津液流动，促使正气恢复[13]。肾俞、腰阳关均位于腰骶部，肾俞属于足太阳膀胱经，刺之既可疏通腰背部之经气、强壮腰膝，又可调整肾脏功能；腰阳关又名脊阳关隶属督脉，刺之可壮腰补肾、舒筋壮筋、祛寒除湿；委中为膀胱经之郄穴，具有舒筋通络、行气止痛的作用，系治疗腰椎管狭窄症使用频次最高的穴位；阳陵泉和悬钟既属足少阳胆经之腧穴，又为八会穴之一，髓会悬钟，筋会阳陵泉，二者皆为治疗骨骼系统疾病之要穴，针刺二穴具有壮筋舒筋、理气止痛、益精填髓之功效；环跳穴为胆经与膀胱经的交会穴，穴下深层有坐骨神经、股后皮神经、臀下神经，是下肢神经传导、气血运行的关键部位，通过搓飞手法对环跳穴进行重刺激，可疏通整个下肢经气，活血化瘀、温阳健脾、止痛强筋，从而减轻关节疼痛与僵硬感，调节神经传导功能，促进受损神经功能恢复，改善关节功能[14]。

中医治疗疾病强调整体协调与局部对症治疗并重，针灸和中药汤剂联合使用，内外兼施，标本兼治。益肾活血壮筋汤方中熟地黄、龟甲旨在益肾强骨、滋阴潜阳、填精补髓；补骨脂、菟丝子、枸杞可补益肝肾、温肾助阳、强壮筋骨；黄芪配党参重在补气升阳、健脾补中、生津养血，培补后天生化之源；秦艽、独活可通痹止痛、祛风除湿、舒筋活络；川芎、赤芍及当归三味药合用旨在增强活血化瘀、补血调经、行气止痛之力；地龙性善走窜，可搜剔入络，使关节利、血脉通，通则不痛，牛膝不仅可补益肝肾，还可引诸药下行，纵观全方，组方严谨，配伍得当，诸药联用，相得益彰，共同发挥活血化瘀、补益肝肾、填精益髓之功效[15]。本研究结果显示，试验组的临床总有效率显著高于对照组，表明在肾虚血瘀型腰椎管狭窄症患者的治疗方面，搓飞针刺手法与益肾活血壮筋汤联合使用，其治疗效果较西药治疗更佳。试验组的腰腿刺痛、下肢麻木、腰膝酸软、间歇性跛行、形羸气短、神疲懒言核心症候积分、中医症候总积分、VAS评分较对照组更低，患者的步行距离较对照组更长，JOA评分较对照组更高（$P<0.05$），可见搓飞针刺手法联合益肾活血壮筋汤可更好地改善腰椎管狭窄症患者的腰腿疼痛、下肢麻木、间歇性跛行等临床症状，促进其腰椎功能恢复，提高患者的步行能力。

现代医学研究认为，腰椎管狭窄症发病机制与神经压迫、椎管退变、血液循环障碍、炎性反应等密切相关，血清IL-1α、IL-6和TNF-α等炎性因子参与该病的发生与持续进展，炎症细胞因子水平与患者腰腿疼痛、神经功能障碍息息相关[16]。本研究结果表明，试验组血清中的炎症因子（IL-1α、TNF-α和IL-6）含量明显低于对照组（$P<0.05$），提示搓飞针刺手法联合益肾活血壮筋汤可降低炎症因子水平，消除炎症反应。分析原因，一方面针灸可促进局部血液循环，改善狭窄管腔的周围环境，缓解肌肉痉挛，减轻机械性压迫，缓解周围软组织的水肿，减轻炎症反应；另一方面杜仲中的活性成分可激活调节细胞炎症反应的关键性因子，抑制炎性细胞因子的产生和释放；当归之藁本内酯可减少IL-6与前列腺素E2的生成，阻断炎症介质信号通路的传导，发挥抗炎作用。独活、秦艽、川芎等可调节椎管血液循环，具有抗炎镇痛、神经保护等作用[17]。搓飞针刺手法联合益肾活血壮筋汤治疗腰椎管狭窄症的作用机理，可能是通过减少相关炎症刺激反应而发挥治疗作用。

综上所述，搓飞针刺手法联合益肾活血壮筋汤对腰椎管狭窄症患者的效果确切，可明显改善临床症状，缓解腰腿疼痛，减轻炎症反应，促进腰椎功能恢复，提高步行能力，且安全可靠。

参考文献：

[1]赵永. 补肾活血汤治疗肾虚血瘀型腰椎管狭窄症50例[J]. 河南中医，2023，43(6)：901-905.

[2]董唐博，廖承友，赵光辉，等. 地龙舒腰汤治疗退行性腰椎管狭窄症（肾虚血瘀型）临床疗效观察[J]. 中医药临床杂志，2024，36(2)：338-342.

[3]郑铁牛,黄岩石,王文斌,等. 针刺联合益肾活血汤治疗肝肾亏虚型腰椎管狭窄症疗效及对炎症因子、疼痛介质的影响[J]. 新中医,2023,55(3):180-184.
[4]崔学军,朱越峰,姚敏. 腰椎管狭窄症中西医结合诊疗专家共识[J]. 世界中医药,2023,18(7):936-944.
[5]国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京:南京大学出版社,1994:201-202.
[6]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,2002:349-353.
[7]刘志雄. 常用骨科分类法和功能评定[M]. 北京:北京科学技术出版社,2010:316-317.
[8]王庆敏,沈毅弘,胡冬平,等. 复方杜仲汤用于腰椎管狭窄症椎间融合术的疗效分析[J]. 中外医疗,2023,42(30):1-4.
[9]李鸿,王志伟,刘艳玲. 针刺联合活血通督汤治疗腰椎管狭窄症的临床效果观察[J]. 贵州医药,2022,46(5):743-744.
[10]张然,苏云海,阿木拉. 搓、飞针刺手法治疗短暂性脑缺血发作的疗效观察[J]. 中国中医药科技,2023,30(2):374-375.
[11]王权亮,高根建,杨勇. 搓飞针刺手法治疗急性腰椎间盘突出症疗效评价及机制研究[J]. 陕西中医,2019,40(1):116-118.
[12]李晓阳,陈扬,贺书萌,等. 针刺治疗腰椎管狭窄症的取穴规律研究[J]. 陕西中医药大学学报,2021,44(5):91-97.
[13]贾海鹏,贺宏,潘冠文. 夹脊穴温针结合刺血治疗退行性腰椎管狭窄症疗效观察[J]. 针灸临床杂志,2016,32(7):4-6.
[14]王权亮,梁爽. 搓飞针刺手法联合常规针刺手法治疗腰椎间盘突出症的临床研究[J]. 中医正骨,2019,31(3):9-13.
[15]樊帆. 通络蠲痹汤配合针刺治疗腰椎管狭窄57例疗效观察[J]. 中国民族民间医药,2018,27(12):92-94.
[16]张琰,孟阳,赵卫东,等. 腰椎管内静脉血清中炎性因子与腰椎管狭窄的关系[J]. 中国组织工程研究,2014,18(26):4229-4235.
[17]余宜春,金诚久,黄茂. 固本除痹汤对退行性腰椎管狭窄症患者腰腿疼痛、腰椎功能及日常活动的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2021,30(22):2432-2435.

[收稿日期　2025-05-23;责任编辑　徐文梅]

(上接第44页)

[2]刘华茹,顾伟于,潘凌静秀,等."通督调气"法针刺结合温针灸治疗术后尿潴留的临床疗效观察[J]. 中国针灸,2022,42(1):41-44.
[3]马深. 坦索罗辛联合中药热奄包预防老年BPH患者混合痔术后尿潴留的临床观察[D]. 南充:川北医学院,2021.
[4]HERNANDEZ D H, TESOURO R B, CASTRO-DIAZ D. Urinary retention[J]. Urologia Journal,2013,80(4):257-264.
[5]中华人民共和国国家标准GB/T13734-2008耳穴名称与定位[EB/OL].[2025-01-01]. https://openstd.samr.gov.cn/bzgk/gb/newGbInfo?hcno=D6A125ED4011A9A625F8A3ACE425EE09.
[6]刘彦飞,彭煜,朱文静. 彭培初基于抑阳扶阴理论从三焦辨治癃闭经验探析[J]. 时珍国医国药,2025,36(4):764-768.
[7]周建芳,胡丽霞,李海霞. 中医推拿联合产后康复仪治疗产后尿潴留45例[J]. 中国中医药科技,2022,29(3):514-515.
[8]赛媛媛,王燕,樊金宇. 盆底肌功能训练对肛肠良性疾病患者术后康复的意义分析[J]. 中国现代药物应用,2022,16(3):247-249.
[9]葛茂军,俞杭,梅祖兵. 针药复合麻醉对肛门部手术后尿潴留的影响:一项基于电子医疗数据的真实世界研究[J]. 第二军医大学学报,2021,42(11):1260-1266.
[10]王莹莹. 中药盐包循经热熨对混合痔术后尿潴留的效果观察[D]. 哈尔滨:黑龙江中医药大学,2020.
[11]YADAV M,PATEL K,TURRENTINE M A,et al. Postoperative pain and urinary retention after vaginal reconstructive surgery[J]. Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery,2021,27(3):e497-e500.
[12]江洪亮. 前列安栓治疗湿热下注型混合痔术后肛门疼痛及尿潴留的研究[D]. 广州:广州中医药大学,2021.
[13]侯昕玥,王健全,亢泽峰,等. 耳穴贴压联合眼周揿针技术预防假性近视向真性近视进展:多中心随机对照试验[J]. 中国针灸,2024,44(4):405-410.
[14]杨栋,周井义,葛庭瑞. 痔瘘熏洗方熏洗坐浴联合耳穴贴压对急性肛周脓肿术后疗效及疼痛的影响[J]. 河北中医,2025,47(5):726-730.
[15]王关云. 耳穴压豆及腹部艾灸对促进脑卒中术后尿潴留患者膀胱功能恢复的研究[D]. 青岛:青岛大学,2020.
[16]蒋治莉,蔡飞燕,林星镇. 耳穴压豆联合腹部按摩对高龄骨折术后拔除尿管后预防尿潴留的护理研究[J]. 中国医学创新,2022,19(5):112-115.
[17]王平,郁斌,王荣. a1受体阻滞剂、耳穴贴压联合银花泌炎灵片治疗初诊CP/CPPS近期疗效分析[J/OL].辽宁中医杂志,1-9[2025-07-02]. http://kns.cnki.net/kcms/detail/21.1128.R.20250205.1504.021.html.

[收稿日期　2025-06-10;责任编辑　徐文梅]