

## ·经验交流·

## 钩活术与常规针灸治疗腰椎间盘突出症的临床疗效比较

耿 静

(长治市中医医院疼痛科,山西省长治市 046000)

**【摘要】 目的** 比较钩活术与常规针灸治疗腰椎间盘突出症(LDH)的临床疗效。**方法** 选取120例LDH患者作为研究对象,采用随机数字表法将其分为观察组和对照组,每组60例。观察组选取双侧新夹脊穴,采用一次性使用钩活术钩针行钩活术治疗;对照组选取肾俞、大肠俞、环跳、委中、阳陵泉、悬钟等穴位,采用一次性无菌毫针行常规针刺治疗。治疗前后,采用疼痛视觉模拟评分法(VAS)评估腰痛程度,日本骨科协会(JOA)评分和Oswestry功能障碍指数(ODI)评估两组腰椎功能。治疗后比较两组临床疗效,并于治疗期间观察患者治疗处的渗血和愈合情况。**结果** 治疗后,两组患者疼痛VAS评分、ODI较治疗前降低,JOA评分较治疗前升高,且观察组患者疼痛VAS评分、ODI低于对照组,JOA评分高于对照组( $P<0.05$ )。观察组患者临床疗效优于对照组,治疗总有效率高于对照组( $P<0.05$ )。治疗期间,观察组有1例患者在治疗后第2天出现敷料渗血,两组其他患者未出现治疗相关不良反应。**结论** 钩活术治疗LDH患者在减轻疼痛、促进腰椎功能恢复方面优于常规针灸,且操作安全性较高,值得临床推广应用。

**【关键词】** 腰椎间盘突出症;钩活术;针灸;疼痛;腰椎功能

**【文章编号】** 1673-6575(2026)01-0088-04

DOI:10.11864/j.issn.1673.2026.01.13

腰椎间盘突出症(lumbar disc herniation, LDH)是骨科常见的脊柱退行性疾病,以腰痛伴下肢放射性疼痛、麻木为主要症状,严重影响患者脊柱功能与生活质量<sup>[1-2]</sup>。随着久坐、劳损等不良生活方式的普遍化,该病发病年龄呈年轻化趋势。中医针灸疗法因其安全、微创、操作简单等优点,在LDH的临床治疗中受到广泛认可<sup>[3]</sup>。钩活术属于中医适宜技术,采用钩针在特定的新夹脊穴进行钩治、割治、挑治、针刺、放血等操作,可精准松解组织粘连、改善局部微循环,在治疗LDH方面疗效确切,为患者提供了新的治疗选择<sup>[4]</sup>。本研究对比钩活术与常规针灸治疗LDH的临床疗效,为LDH的临床治疗提供参考。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取2023年1月至2024年6月在山西省长治市中医医院就诊的120例LDH患者作为研究对象。诊断标准参照《腰椎间盘突出症诊疗中国疼痛专家共识》<sup>[1]</sup>:(1)腰痛及单侧下肢疼痛伴麻木,且以疼痛为主要症状;(2)腰部活动受限、直腿抬高

试验阳性;(3)经MRI或CT检查证实突出物压迫神经;上述3项均符合即可确诊。纳入标准:(1)符合上述诊断标准,疼痛视觉模拟评分法(Visual Analogue Scale, VAS)评分3~9分;(2)年龄30~70岁;(3)患者对本研究知情并签署知情同意书。排除标准:(1)腰椎MRI或CT提示巨大腰椎间盘突出,合并马尾神经损伤出现大小便功能障碍者;(2)处于妊娠期或哺乳期;(3)伴有椎间盘感染、结核、恶性肿瘤;(4)合并严重认知障碍者。采用随机数字表法将患者分为观察组和对照组,每组60例。其中,观察组男32例、女28例,年龄35~70(45.6±10.2)岁,病程7~26(18.5±6.3)个月;对照组男30例、女30例,年龄32~70(47.1±9.8)岁,病程6~24(17.9±7.1)个月。两组患者一般资料的比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。本研究经长治市中医医院医学伦理委员会审批(伦审号: KYLL-2022-001)。

## 1.2 方法

**1.2.1 观察组** 患者取俯卧位,腹下垫高约5 cm软枕,暴露腰部,根据“钩活术”专用361法则(3组穴位

+6个部位+1个平面)完成选穴、择针、施术。术者采用钩活术专用定位尺准确定位病变节段相应的双侧新夹脊穴,包括双侧L<sub>1</sub>穴+L<sub>2</sub>穴+L<sub>3</sub>穴(L<sub>1</sub>穴定位为第5腰椎下关节突和骶1椎上关节突形成的小关节上端部位体表投影;L<sub>2</sub>穴定位为第4腰椎下关节突和第5腰椎上关节突形成的小关节上端部位体表投影;L<sub>3</sub>穴定位为第3腰椎下关节突和第4腰椎上关节突形成的小关节上端部位体表投影),共6个穴位点。术者穿戴无菌手术衣及一次性手套,在符合手术室标准的无菌操作环境中完成治疗。局部皮肤常规消毒后,采用一次性使用钩活术钩鍍针钩针(厂家:河北真仁钩活术医学技术发展有限公司,型号:JL-03、JL-05、WL-07)进行钩活术治疗。先行局部浸润麻醉,于选定的6个新夹脊穴各注射4 mL 0.5%盐酸利多卡因注射液,注射针进针至指定深度后,回抽确认无回血,边缓慢退针边推注药物,局部浸润麻醉起效3 min后开始操作。操作遵循钩活术腰椎进针角度的标准(进针角度85°,针柄抬起角-15°),一次性进针至目标深度,使钩弧与竖脊肌纤维方向垂直,依次行强刺、分离、钩治、挑治、割治、放血,达到钩活术预设钩度,以松解粘连、挛缩的筋膜及韧带等软组织。操作全程要求稳、准、轻、快,注意避开重要神经血管。出针后按压针孔3 min,覆盖无菌敷料。治疗后7 d评估患者症状改善情况,根据361法则重新拟定选针、施术及钩度方案,在无菌条件下选取6个新夹脊穴,按上述方法完成局部浸润麻醉后,根据评估结果调整操作力度至相应钩度,操作注意事项同前,完成操作后无菌包扎。共治疗2次,每次间隔7 d。

1.2.2 对照组 参照《针灸学》<sup>[5]</sup>选取肾俞、大肠俞、环跳、委中、阳陵泉、悬钟等穴位。选用一次性无菌毫针[厂家:卫材(中国)药业有限公司,规格:0.35 mm×40 mm或0.35 mm×60 mm],局部皮肤常规消毒后进针,行针得气后行平补平泻手法,留针30 min。每周治疗5次,第1周治疗结束后休息2 d再行第2周治疗,共治疗2周。

### 1.3 观察指标

1.3.1 疼痛程度 治疗前后,采用疼痛VAS<sup>[6]</sup>评估腰痛程度,0分为无痛,10分为剧痛。评分越高提示疼痛程度越明显。

1.3.2 腰椎功能 治疗前后,采用日本骨科协会(Japanese Orthopaedic Association, JOA)评分<sup>[7]</sup>和 Oswestry功能障碍指数(Oswestry Disability Index, ODI)<sup>[8]</sup>评估腰椎功能。JOA评分选取主观症状(9分)、日常活动受限度(14分)、临床体征(6分)3个模块对患者进行评估,总分为0~29分,分数越高提示功能障碍越轻。ODI包括疼痛程度、生活自理、提物、步行、坐位、站立、干扰睡眠、性生活、社会活动、旅游等10项内容,每项得分0~5分,0分为无任何功能障碍,5分为功能障碍最明显;ODI=实际得分/50分×100%,ODI越低提示腰椎功能越好。

1.3.3 临床疗效 治疗后,参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[9]</sup>评估疗效。治愈为腰腿痛消失,直腿抬高试验阴性,可以恢复正常工作;显效为腰腿痛基本消失,特殊体征改善,工作生活基本不受影响;有效为腰腿痛减轻,腰部活动功能改善;无效为症状无明显改善甚至加重。总有效率=(治愈+显效+有效)例数/总例数×100%。治疗期间观察患者治疗处的渗血和愈合情况。

1.4 统计学方法 应用SPSS 20.0软件进行统计学分析。符合正态分布的计量资料以均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示,组间比较采用两独立样本 $t$ 检验,组内治疗前后比较采用配对 $t$ 检验;计数资料以例数( $n$ )和百分比(%)表示,组间比较采用 $\chi^2$ 检验。以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

2.1 治疗前后两组患者疼痛VAS评分的比较 治疗前,两组患者疼痛VAS评分的比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );治疗后,两组患者疼痛VAS评分较治疗前降低,且观察组患者疼痛VAS评分低于对照组( $P<0.05$ ),见表1。

表1 治疗前后两组患者疼痛VAS评分的比较 ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	$n$	治疗前	治疗后	$t$ 值	$P$ 值
观察组	60	7.52±1.21	2.13±0.89	28.740	<0.001
对照组	60	7.48±1.18	3.45±1.02	22.150	<0.001
$t$ 值		0.185	7.632		
$P$ 值		0.854	<0.001		

2.2 治疗前后两组患者疼痛 JOA 评分及 ODI 的比较 治疗前,两组患者 JOA 评分及 ODI 的比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );治疗后,两组患者 JOA 评

分较治疗前升高,ODI 较治疗前降低,且观察组患者 JOA 评分高于对照组,ODI 低于对照组( $P<0.05$ ),见表 2。

表 2 治疗前后两组患者 JOA 评分及 ODI 的比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	JOA 评分(分)		t 值	P 值	ODI(%)		t 值	P 值
		治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
观察组	60	9.65±1.82	17.33±2.20	33.170	<0.001	51.98±8.49	28.19±4.02	38.147	<0.001
对照组	60	10.11±1.75	15.23±1.96	24.110	<0.001	52.29±7.93	35.83±4.81	29.546	<0.001
t 值		0.213	15.146			0.167	12.471		
P 值		0.747	<0.001			0.875	<0.001		

2.3 两组患者临床疗效的比较 观察组患者临床疗效优于对照组( $u=1.978, P=0.049$ ),治疗总有效率高于对照组( $\chi^2=4.857, P=0.028$ ),见表 3。治疗期间,观察组患者有 1 例患者在治疗后第 2 天出现敷料渗血,

无自觉不适,给予局部消毒更换敷料后无渗血情况,治疗后第 4 天针孔完全愈合。两组其他患者未出现治疗相关不良反应。

表 3 两组患者临床疗效的比较 [n(%)]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	60	25(41.67)	22(36.67)	11(18.33)	2(3.33)	58(96.67)
对照组	60	18(30.00)	20(33.33)	13(21.67)	9(15.00)	51(85.00)

### 3 讨论

LDH 属中医学的“腰痛”“痹证”范畴,多因肝肾亏虚、气血不足,复感外邪或跌打损伤,导致经络阻滞,气血运行不畅,从而引发“不通则痛”“不荣则痛”。该病的核心病理机制是腰椎间盘突出引发纤维环破裂、髓核突出,刺激或压迫相邻脊神经根,进而出现腰痛、下肢放射痛等症状,严重影响患者生活质量。近年来,受久坐、久站等不良生活方式影响,LDH 发病年龄呈年轻化趋势。临床治疗 LDH 常以手术及中医传统外治为主,但手术创伤大、恢复慢,患者接受度不高;而常规针灸等中医传统外治方法起效较慢,对病情较重者的临床疗效有限,因此寻求安全、高效的治疗方案成为临床研究重点。

常规针灸通过刺激特定腧穴,可疏通经络、调和气血、解痉止痛,是治疗 LDH 的常用方法。但其作用多局限于体表腧穴的信号传导与调节,对于病程较长、已形成深层软组织粘连的患者,难以实现精准松解,导致部分患者疗效欠佳。研究发现,常规针灸虽对 LDH 急性期疼痛有一定缓解作用,但针对慢性期软组织粘连引发的顽固性疼痛和功能受限,治疗周期较长且疗效稳定性欠佳<sup>[2]</sup>。钩活术是魏玉锁创立

的中医微创疗法,其优势在于突破了传统针灸的作用深度限制<sup>[10-11]</sup>,利用特制钩鍤针在新夹脊穴进行钩、割、挑、刺等操作,可直接作用于腰部深层筋膜、韧带等软组织,精准松解软组织的粘连与挛缩,有效缓解长期或慢性疼痛。同时,钩活术操作点与神经血管保持安全距离,不损伤椎体、椎间盘等结构,且全程无菌操作、联合局部浸润麻醉,可有效降低治疗相关不良反应发生率。本研究结果显示,治疗后,两组患者疼痛 VAS 评分、ODI 较治疗前降低,JOA 评分较治疗前升高,且观察组患者疼痛 VAS 评分、ODI 低于对照组,JOA 评分高于对照组( $P<0.05$ ),提示钩活术在快速缓解疼痛、恢复腰椎功能方面的效果优于常规针灸。原因可能是,常规针灸以“通经气”间接调节为主,而钩活术可通过“松粘连”直接解除神经血管的机械性卡压,改善局部淤血状态、促进微循环,加速炎性致痛物质的代谢与吸收,进而形成“去痛致松”的良性循环<sup>[12-13]</sup>。

本研究结果还显示,观察组患者临床疗效优于对照组,治疗总有效率高于对照组( $P<0.05$ ),治疗期间,观察组有 1 例患者在治疗后第 2 天出现敷料渗血,两组其他患者未出现治疗相关不良反应。提示与常规针灸治疗相比,采用一次性使用钩活术钩鍤

针行钩活术治疗LDH,可以有效缓解患者疼痛、恢复腰椎功能,提高疗效。原因可能是,钩活术集合钩治法、割治法、挑治法、针刺法、放血法等多种手法,在松解粘连组织、疏通经络、减压减张方面效果更显著<sup>[4,14]</sup>。

综上所述,钩活术治疗LDH患者在减轻疼痛、促进腰椎功能恢复方面优于常规针灸,且操作安全性较高,值得临床推广应用。但本研究未纳入椎间盘巨大脱垂合并马尾神经损伤等重症病例,钩活术对重度LDH患者的疗效仍需进一步研究。同时,本研究随访周期较短,其长期疗效仍需延长随访时间观察。未来可进一步扩大样本量,纳入重度LDH患者,延长随访周期,明确该疗法的远期疗效。

### 参 考 文 献

- [1] 中华医学会疼痛学分会脊柱源性疼痛学组.腰椎间盘突出症诊疗中国疼痛专家共识[J].中国疼痛医学杂志,2020,26(1):2-6.
- [2] 谢志勇,白金山,见国繁,等.中西医治疗腰椎间盘突出症研究进展[J].中国中医药现代远程教育,2021,19(23):196-198.
- [3] 袁帅,蒋毅.腰椎间盘突出症的临床诊治[J].中国临床医生杂志,2018,46(12):1387-1389.
- [4] 魏玉锁.中华钩活术钩鍍针治疗腰骶椎退变性及软组织疾病[M].北京:中国中医药出版社,2023:518.
- [5] 梁繁荣,王华.针灸学[M].新世纪5版.北京:中国中医药出版社,2012:277-279.
- [6] Aun C, Lam YM, Collett B. Evaluation of the use of visual analogue scale in Chinese patients[J]. Pain, 1986, 25(2): 215-221.
- [7] Haro H, Ebata S, Inoue G, et al. Japanese Orthopaedic Association (JOA) clinical practice guidelines on the management of lumbar disc herniation, third edition - secondary publication[J]. J Orthop Sci, 2022, 27(1): 31-78.
- [8] 郑光新,赵晓鸥,刘广林,等.Oswestry功能障碍指数评定腰痛患者的可信性[J].中国脊柱脊髓杂志,2002,12(1):13-15.
- [9] ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S].
- [10] 魏玉锁.钩针松解术微创治疗腰椎间盘突出症[J].中国临床医生,2004,32(4):43-44.
- [11] 魏玉锁.中华钩活术基础理论与专用钩鍍针[M].北京:中国中医药出版社,2022:242-258.
- [12] 魏玉锁.“钩活术”治疗腰椎间盘突出膨隆型突出症300例临床观察[J].中国社区医师,2005,21(14):40.
- [13] 魏玉锁,魏乐.钩活术技术标准[M].北京:中国中医药出版社,2022:5-12.
- [14] 孙树椿,孙之镐.中医筋伤学[M].北京:人民卫生出版社,1990:3.

(收稿日期:2025-09-21 修回日期:2025-12-05)