

五步复位法治疗气滞血瘀型腰椎间盘突出症的临床疗效

陈家正¹ 吕立江^{1▲} 韩笑¹ 李景虎² 杨超² 朱永涛¹ 张潮¹ 沈肖奋^{3▲}

1.浙江中医药大学第三临床医学院,浙江杭州 310053;2.浙江中医药大学附属第三医院,浙江杭州 310005;

3.浙江中医药大学附属第二医院,浙江杭州 310005

[摘要] 目的 评价五步复位法治疗气滞血瘀型腰椎间盘突出症的临床疗效。方法 将 2018 年 8 月至 2019 年 12 月入组的 70 例气滞血瘀型腰椎间盘突出症患者随机分为两组,每组各 35 例。治疗组采用五步复位法治疗,对照组采用传统推拿法治疗,分别比较两组患者疗效及治疗前后疼痛评分、ODI 功能障碍指数。结果 治疗 1 个疗程后,治疗组临床总有效率为 91.43%,明显高于对照组的 85.72%,差异有统计学意义($P<0.05$),治疗组临床疗效明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后两组 VAS 疼痛评分及 ODI 功能障碍指数均较治疗前降低,差异有统计学意义($P<0.01$),且治疗后治疗组 ODI 指数较对照组降低更为显著,差异有统计学意义($P<0.01$)。结论 五步复位法能明显提高气滞血瘀型腰椎间盘突出症临床疗效,更好改善腰椎功能,且方法简便验廉,值得临床推广应用。

[关键词] 腰椎间盘突出症;五步复位法;推拿;气滞血瘀;临床疗效

[中图分类号] R285.6;R681.53

[文献标识码] B

[文章编号] 1673-9701(2021)08-0123-04

Clinical efficacy of five-step reduction method for treatment of qi stagnation and blood stasis type lumbar disc herniation

CHEN Jiazheng¹ LV Lijiang¹ HAN Xiao¹ LI Jinghu² YANG Chao² ZHU Yongtao¹ ZHANG Chao¹ SHEN Xiaofen³

1.The Third Clinical College of Zhejiang Chinese Medicine University, Hangzhou 310053, China; 2.The Third Affiliated Hospital of Zhejiang Chinese Medicine University, Hangzhou 310005, China; 3.The Second Affiliated Hospital of Zhejiang Chinese Medicine University, Hangzhou 310005, China

[Abstract] **Objective** To evaluate the clinical efficacy of the five-step reduction method in treating qi stagnation and blood stasis type lumbar disc herniation. **Methods** A total of 70 patients with qi stagnation and blood stasis type lumbar disc herniation who were enrolled from August 2018 to December 2019 were randomly divided into two groups, with 35 cases in each group. The treatment group was treated with the five-step reduction method, and the control group was treated with traditional Tuina therapy. The efficacy, pain scores before and after treatment, and ODI dysfunction index were compared between the two groups. **Results** After one course of treatment, the total effect rate in the treatment group was 91.43% which was higher than that of 85.72% in the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). The clinical efficacy in the treatment group was better than that in the control group, and the difference was statistically significant ($P<0.05$). After treatment, the VAS pain score and ODI dysfunction index between the two groups were lower than those before treatment, and the differences were statistically significant ($P<0.01$). After treatment, the ODI dysfunction index in the treatment group was lower than that in the control group, and the differences were statistically significant ($P<0.01$). **Conclusion** The five-step reduction method can significantly improve the clinical efficacy of qi stagnation and blood stasis type lumbar disc herniation, and better improve the lumbar spine function. The method is simple and inexpensive, and is worthy of clinical application.

[Key words] Lumbar intervertebral disc herniation; Five-step reduction method; Massage; Qi stagnation and blood stasis; Clinical efficacy

腰椎间盘突出症(Lumbar disc herniation, LDH)是腰椎间盘退变,腰椎生物力学改变,在外力作用下致

[基金项目] 国家自然科学基金项目(81774442);国家临床重点专科建设项目(国卫医发 2013-42 号)

▲通讯作者

使腰椎间盘突出产生腰腿痛等疾病,以腰痛下肢放射痛为主症^[1]。临床治疗 LDH 有手术和非手术疗法,但手术并发症发生率较高,胡祖等^[2]研究发现,椎间孔镜技术的术后翻修时间明显短于传统开放手术。目前手术方法有待改进,保守疗法仍是治疗 LDH 的首选方法。

五步复位法^[9]是吕立江教授基于腰椎解剖学特征,在前人正骨手法基础上,结合三十余年腰椎间盘突出症治疗经验,优化组合而形成治疗LDH的一种保守方法。笔者师从吕立江教授采用五步复位法治疗气滞血瘀型腰椎间盘突出症取得良好疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2018年8月至2019年12月在浙江中医药大学附属第三医院推拿科住院的腰椎间盘突出症患者共70例,采用随机数字表法将其随机分为对照组与治疗组,每组各35例。对照组男17例,女18例,平均年龄(37.66±8.22)岁,病程1~40 d,其中脱出型1例,突出型27例,膨出型7例;治疗组男19例,女16例,平均年龄(34.97±5.67)岁,病程1~30 d,其中脱出型1例,突出型28例,膨出型6例。两组患者在性别、年龄、病程、突出类型方面比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表1。

1.2 诊断标准、纳入及排除标准

1.2.1 诊断标准^[4] 西医诊断标准:①腰痛疼痛,腹压增加(咳嗽、喷嚏)时疼痛加重或诱发下肢放射痛,可有下肢感觉异常及肌力减退;②突出节段棘突旁叩击痛阳性,可放射下肢,直腿抬高或加强试验阳性;③CT影像学扫描结果提示有腰椎间盘突出。气滞血瘀证的中医辨证标准:有近期腰部外伤史,疼痛明显,刺痛,痛有定处,痛处拒按,腰部活动受限,舌质紫黯或有瘀斑,脉弦紧或涩。

1.2.2 纳入标准 ①符合上述腰椎间盘突出症诊断标准者;②符合上述气滞血瘀证的中医诊断标准者;③VAS评分 ≥ 4 分者;④发病后未行手术治疗者;⑤年龄25~50岁,自愿加入本研究并签署“知情同意书”者。

1.2.3 排除标准 ①不能明确诊断者;②VAS评分 ≤ 4 分者;③合并有胸腰椎骨折、严重骨质疏松、腰椎结核性疾病者;④合并严重心、脑血管、肝、肾、凝血功能障碍、恶性肿瘤、精神病等原发疾病者;⑤腰部溃疡性皮肤病者;⑥妊娠期患者;⑦顺应性较差、不能按规定治疗、无法判断疗效或资料不全等影响判断者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 采用牵引与推拿放松法。先用腰椎治疗

牵引床(RXPC-500A型)持续牵引腰椎30 min,牵引重量控制在体重的1/3至1/5,以患者耐受及舒适度为度。然后采用揉法、一指禅、弹拨等手法放松患侧腰部及下肢15~20 min。操作结束后用腰带固定,嘱患者卧位休息1 h,隔日治疗1次,3次为1个疗程。

1.3.2 治疗组 ①松解法:患者俯卧,医者用揉法、一指禅手法沿腰背部足太阳膀胱经自上而下往返进行手法操作5~8 min。②牵拉法:用腰椎治疗牵引床(RXPC-500A型)持续牵引腰椎30 min,牵引重量控制在体重的1/3至1/5,以患者耐受及舒适度为度。如患者疼痛剧烈难以耐受牵引床机械牵引,则医者徒手牵引,患者仰卧,医者立于患者下肢端,助手双手放于患者腋下固定,医者双手握住患者两踝关节,向下持续牵引,3~5 min为1次,如此连续操作3次。③后伸扳法:患者俯卧,身体放松(忌屏气),屈膝交叉双下肢,使两踝关节重叠,医者立于患者右侧,双手握住患者踝部,用右手肘部定于腰椎间盘突出节段腰椎正中线旁约1.0 cm处,然后双手发力缓慢向上提拉患者下肢,使腰椎卷曲后伸,重复2~3次。④旋转法:患者仰卧,双下肢并拢,被动屈髋屈膝,医者双手抱住患者双下肢膝盖处,向外侧(棘突偏歪方向)用力旋转1~2次,以患者耐受为度。⑤理筋法:患者仰卧,医者在患侧腰部及下肢大腿前、外侧、小腿外侧、足背依次由上至下往返采用推、揉等手法治疗3~5遍,着重点按环跳、殷门、委中、承山等穴各1~2 min,最后使用拿法梳理下肢经脉,理筋法总时间为5~8 min。操作结束后用护腰捆绑固定,嘱患者卧位休息1 h,隔日治疗1次,3次为1个疗程。

两组患者治疗后指导其行飞燕式、拱桥式等腰背肌锻炼,并嘱其1个月内避免弯腰负重、突然扭转身体和久坐等。为了避免不同操作者间的手法熟练度差异和操作习惯不同,所有患者推拿治疗均由同一位医生完成,五步复位法操作均由同一组医生完成。1个疗程后观察两组患者的整体疗效、VAS评分及ODI指数。

1.4 观察指标及评价标准

1.4.1 疗效评价标准 参照国家中医药管理局制定的疗效标准^[4],痊愈:临床症状消失,直腿抬高 70° 以上,ODI改善率 $\geq 75\%$;显效:腰腿痛症状基本消失,尚有较轻的腰腿部不适感残留,可恢复原工作, $75\%>DI$ 改

表1 两组腰椎间盘突出症患者一般资料比较

组别	n	年龄 ($\bar{x}\pm s$,岁)	性别		病程 [M(P_{25} , P_{75}),d]	分型		
			男	女		脱出	突出	膨出
对照组	35	37.66±8.22	17	18	8(4,11)	1	27	7
治疗组	35	34.97±5.67	19	16	10(7,15)	1	28	6
$t/\chi^2/Z$ 值		1.591		0.229	1.370		0.095	
P值		0.116		0.632	0.171		0.954	

善率≥50%;有效:腰腿痛症状体征较前改善,腰腿功能障碍影响工作生活但仍可担任较轻工作,50%>ODI改善率≥25%;无效:腰腿痛症状无改善或基本症状加重,不能恢复工作,ODI改善率<25%。ODI改善率^[6]=[(治疗后评分-治疗前评分)/治疗前评分]×100%。总有效率=(痊愈+显效+有效)例数/总例数×100%。

1.4.2 视觉模拟评分法(Visual analogue scale, VAS)^[6] 治疗前后让患者自行在疼痛标度上指出疼痛程度,分值为 0~10 分,分值越低表示疼痛程度越轻。0 分,无痛;1~3 分,轻微疼痛、不影响日常工作及生活;4~6 分,可以忍受,对工作有影响,但不影响生活;7~9 分,强烈疼痛,难以忍受,影响睡眠;10 分,剧痛无法忍受。

1.4.3 改良 Oswestry 功能障碍指数^[7](Oswestry disability index, ODI) 治疗前后由医者依据患者症状体征进行评分,评分量表包括疼痛程度、下肢麻木轻重、平卧翻身能力、坐位站起能力、坐、立、行、睡眠、家务劳动、工作情况 10 项内容,每项有 6 个备选答案,分值为 0~5 分,0 分表示无任何功能障碍,5 分表示功能障碍最明显。10 个项目的相应得分累加后,计算其所占总分的百分比,即为改良 ODI 指数。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 25.0 统计学软件对数据进行分析。符合正态分布的计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组内比较采用配对 *t* 检验,组间比较采用 *t* 检验,不符合正态分布的计量资料以中位数[M(P₂₅, P₇₅)]表示,组内比较采用配对秩和检验,组间比较采用秩和检验;计数资料以[n(%)]表示,组间比较采用 χ^2 检验,有序等级资料采用秩和检验, *P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较

治疗后,治疗组临床总有效率为 91.43%,明显高于对照组的 85.72%,差异有统计学意义(*P*<0.05),治疗组临床疗效明显优于对照组,差异有统计学意义(*P*<0.05)。见表 2。

表 2 两组临床疗效比较[n(%)]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	35	11(31.43)	11(31.43)	8(22.86)	5(14.28)	85.72
治疗组	35	22(62.86)	8(22.86)	2(5.71)	3(8.57)	91.43
Z χ^2 值			6.937			8.240
P 值			0.008			0.041

2.2 两组患者治疗前后的疼痛评分比较

两组患者治疗前疼痛评分比较,差异无统计学意义(*P*>0.05);治疗 1 个疗程后,两组疼痛评分较治疗

前均有明显下降,差异有统计学意义(*P*<0.01),两组治疗后疼痛评分比较,差异无统计学意义(*P*>0.05)。见表 3。

表 3 两组患者治疗前后 VAS 评分比较[M(P₂₅, P₇₅), 分]

组别	n	治疗前	治疗后	Z 值	P 值
对照组	35	6(6,7)	3(1,4)	5.113	0.000
治疗组	35	6(6,7)	1(1,3)	5.212	0.000
Z 值		0.318	1.940		
P 值		0.750	0.052		

2.3 两组患者治疗前后腰椎功能障碍指数比较

两组患者治疗前 ODI 指数比较,差异无统计学意义(*P*>0.05);治疗 1 个疗程后,两组 ODI 指数均较治疗前明显降低,差异有统计学意义(*P*<0.05),治疗后治疗组 ODI 指数明显低于对照组,差异有统计学意义(*P*<0.01)。见表 4。

表 4 两组患者治疗前后 ODI 指数比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后	t 值	P 值
对照组	35	47.14±8.21	20.34±11.57	14.082	0.000
治疗组	35	45.26±6.49	12.91±10.41	17.562	0.000
t 值		1.066	2.825		
P 值		0.290	0.006		

3 讨论

腰椎间盘突出症是腰腿痛的最常见病因,约 1/5 腰腿痛患者有腰椎间盘突出病史,在我国其发病率高达 20%~30%^[8-9]。本病患者常因弯腰负重、姿势不当、剧烈咳嗽、用力排便等增加腹压的动作,导致髓核突出或突出位置改变,压迫神经根,产生急性炎症水肿,出现腰部疼痛、活动受限等症。根据 LDH 发病特征及典型症状,中医将急性期腰椎间盘突出症归属于“腰痛病”“痹症”气滞血瘀证范畴。《景岳全书·腰痛》言:“跌仆伤而腰痛者,此伤在筋骨而血脉凝滞”,《金匱翼》载:“瘀血腰痛者,闪挫及强力举重得之。盖腰者,一身之要,屈伸俯仰,无不由之。若一有损伤,则血脉凝涩,经络壅滞,令人率痛不能转侧,其脉涩,日轻夜重者是也”。《杂病源流犀烛》曰:“腰痛……气滞血瘀闪挫其标也”,提示患者跌扑外伤,或腰部发力不当,经脉受损,致使气血阻滞,不通则痛,跌扑闪挫导致经络受损,络破血溢,离经之血渗入肌肉腠理而成瘀血,导致气血运行不畅,出现下肢疼痛麻木,当以活血消除行气、通络止痛为治则^[10-11]。中医推拿作为祖国医学的重要组成部分,可舒筋活络,消除肿胀,改善肌张力及局部组织血液循环,消除炎症,促进病变组织快速修复,已作为一种常规疗法在 LDH 的临床上普及应用,

80%~90%的LDH症患者可以通过保守治疗使症状缓解甚至痊愈^[12-14]。但传统推拿手法遵循急则治标^[15]原则,尤其关注外伤局部气滞血瘀,使用推、拿、揉等手法快速达到活血化瘀止痛之效,却忽略其筋骨内外失衡的根本原因,使得LDH患者症状好转的同时难以稳固持久的疗效。范志勇等^[16]认为气滞血瘀型腰椎间盘突出症根本在于筋骨内外平衡失调,即所谓“筋出槽,骨错缝”,针对急性期患者需要行正骨手法纠正筋骨失衡状态,使其达到《素问·生气通天论》所谓“骨正筋柔,气血以流”的良好生理状态。

本研究中五步复位法立足于腰椎解剖结构,根据腰椎筋骨失衡的不同机制,应用生物力学分析腰椎间盘突出应力应变结构改变,辨证施法,有重点的选用五步复位法不同步骤进行治疗,以达到较好疗效。针对气滞血瘀型腰椎间盘突出症,五步复位法首先采用松解法行气活血化瘀,其施术时,手法持续作用于病变区域皮部、经络及腧穴,其应力刺激使治疗部位产生生物物理和化学变化,促使毛细血管扩张,促进静脉血液和淋巴液回流,增强局部肌肉组织营养供应,削弱局部免疫反应,促进免疫代谢产物和致痛物质分解,抑制神经元痛觉过敏,缓解疼痛而增强腰椎活动度,松解组织粘连,缓解受累脊神经分布区域肌肉疲劳和痉挛^[17-18]。再行牵引扩展腰椎椎间隙,增加椎间盘盘内负压。后伸扳法则直接作用于突出的椎间盘,应用杠杆原理,在不扩大损伤情况下,使椎间盘前中部内压增大,髓核向前中部靠拢,回纳髓核^[19],有效解除突出物对神经根的压迫,消除突出物与神经摩擦导致的炎症刺激。从脊柱整体结构看,后伸扳法使腰椎生理曲度得到重塑^[20],以纠正腰椎的“筋骨失衡”。而对于腰椎突出物较大者,选用仰卧旋转法^[21],通过手法的旋转作用,改变突出物与神经根之间位置关系,松解神经根压迫,以达到治疗效果。最后行理筋法,为恢复神经功能起到良好作用。腰脊旁肌的肌力特性与脊柱的整体功能密切相关,腰椎间盘突出症患者神经根受压,可引起相应节段的神经肌肉功能受损,腰脊旁肌的功能减退,使躯干不能很好地控制其协调运动,直接影响腰部脊柱的结构稳定性^[22]。理筋法在整复后调整腰椎周围肌肉,使之适应整复后的腰椎结构,达到新的相对平衡,防止复发。

综上所述,五步复位法对于气滞血瘀型腰椎间盘突出症,在行气活血的同时,更重视筋骨失衡的根本病机,行气活血化瘀止痛的同时,纠正筋骨失衡的本因,标本兼治。从结果看,五步复位法治疗气滞血瘀型LDH较传统推拿法对腰椎功能障碍指数改善更明显,且总体疗效更好,为治疗气滞血瘀型LDH提供有

效新方法,从而更好地解决患者腰椎功能障碍,缩短患者回归日常工作时间,具有社会价值,且本法简便验廉,治疗后无不良反应,是临床值得推广的治疗方法。

【参考文献】

- [1] 刘屹林,杨浩,张敏,等.Isobar动态稳定系统固定联合腰椎间盘切除术治疗腰椎间盘突出症患者的近期疗效[J].中华医学杂志,2019,99(3):188-192.
- [2] 胡祖,郑超,伍骥,等.内窥镜下椎间盘切除术治疗腰椎间盘突出症术后复发的影响因素分析[J].中国脊柱脊髓杂志,2015,25(10):899-903.
- [3] 吕立江.五步复位法治疗腰椎间盘突出症[J].浙江中医药大学学报,2011,35(1):88-89.
- [4] 国家中医药管理局.中医病症诊断疗效标准[S].北京:中国医药科技出版社,2012:214.
- [5] 郭耀斌,占茂林,陈亚锋.疏密波电针大肠俞、环跳穴结合推拿治疗气滞血瘀型腰椎间盘突出症疗效观察[J].中国中医急症,2018,27(6):1033-1036.
- [6] 汪利凤,肖萍,徐森胤.超声引导下射频损毁腰脊神经后内侧支治疗对腰椎小关节综合征患者的效果[J].中国现代医生,2019,57(29):9-12.
- [7] 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.
- [8] 李华南,王金贵,丛德毓,等.中医综合治疗方案治疗腰椎间盘突出症多中心随机对照研究[J].中医杂志,2015,56(21):1840-1844.
- [9] 沈忠伟,汪海东,王胜.针灸联合推拿牵引治疗腰椎间盘突出症的临床疗效与安全性[J].中国现代医生,2019,57(3):57-60.
- [10] 陈锐鸿,葛鸿庆,陈文治,等.浮针治疗气滞血瘀型腰椎间盘突出症的随机对照研究[J].广州中医药大学学报,2020,37(3):448-452.
- [11] 林晓光,傅强,杨洁仪.骨一方治疗急性期腰椎间盘突出症(气滞血瘀证)的临床观察[J].中国中医急症,2020,29(6):1085-1087.
- [12] 杨蓓蓓,景政,王博,等.中医推拿联合中药外敷治疗腰椎间盘突出症临床疗效的Meta分析[J].广西中医药大学学报,2019,22(3):112-116.
- [13] 黄裕,姚文凤,李哲琳,等.中药蜡疗护理对气滞血瘀型腰椎间盘突出症患者生活质量的影响[J].中华全科医学,2017,15(1):163-166.
- [14] 戚晴雪,刘华,甄朋超,等.夏氏六步手法对血瘀气滞型腰椎间盘突出症患者下肢神经传导的影响[J].中国中医骨伤科杂志,2020,28(4):24-28.

(下转第130页)

- [3] 赖长沙,李学麟.基于治未病思想之理气健脾法治疗亚健康失眠的临床研究[J].光明中医,2018,33(22):3348-3350.
- [4] 李崖雪,刘梦佳,张洋,等."傍刺阿是穴"结合音乐疗法治疗亚健康失眠[J].中医药信息,2019,36(1):29-33.
- [5] 赵娜,胡万华,黄建平,等.中医辨证治疗亚健康失眠临床疗效观察[J].浙江中西医结合杂志,2015,(6):542-546.
- [6] 张锦华,钟延进,杨慧琳,等.中医药干预亚健康失眠的临床研究概况[J].光明中医,2016,31(1):151-152.
- [7] 梁凡.电针联合经颅磁刺激干预肝郁气滞型亚健康失眠的临床疗效观察[D].四川:成都中医药大学,2017.
- [8] 吴霞,于洪丽,丁为国,等.基于互相关方法的磁刺激穴位对亚健康失眠者的脑网络分析[J].中国医疗设备,2018,33(2):27-32.
- [9] 赵彦.失眠亚健康人群抑郁状态因素调查分析及对策[J].中西医结合心血管病电子杂志,2019,7(18):177-178.
- [10] 陈婷.电针联合重复经颅磁刺激对肝郁气滞型亚健康失眠者睡眠指标的影响研究[J].亚太传统医药,2019,15(2):129-131.
- [11] 许军,薛允莲,刘贵浩,等.中国城镇居民亚健康评定量表的常模构建[J].南方医科大学学报,2019,39(3):271-278.
- [12] 高超,张军会.疏肝解郁胶囊联合西药治疗肝郁气滞型失眠对患者睡眠及认知的影响[J].世界中医药,2018,13(5):1127-1130.
- [13] 曾妙麟,陈凌,陈克龙,等.中医综合疗法治疗亚健康失眠的临床观察[J].中国现代医生,2016,54(31):119-121,125.
- [14] 达丽哈,王磊,付玉娜,等.背部推拿法治疗亚健康状态失眠35例[J].中国中医药现代远程教育,2019,17(6):44-46.
- [15] 熊鸣峰,兰琴,吴春红,等.健脾养心疏肝汤对心脾气虚肝郁型亚健康失眠状态的干预[J].南昌大学学报(医学版),2017,57(6):58-61.
- [16] 阿衣努尔·木合买提巴克,刘涛,胡晓灵.柴胡疏肝散化痰治疗亚健康失眠临床观察[J].湖南中医药大学学报,2012,32(9):57-59.
- [17] 侯杰军,路亚娥,吕予,等.中医药治疗失眠临床研究进展[J].陕西中医,2019,40(2):270-272.
- [18] 黄湘岳,胡兆燕,罗宇舟,等.睡眠监测系统监测方式及分类方法研究分析[J].生物医学工程学进展,2019,40(1):16-20,39.
- [19] 王林,薛慧,刘振丽,等.良性阵发性位置性眩晕患者主客观睡眠障碍分析[J].北京医学,2019,41(9):798-800,803.
- [20] 李越峰,司昕蕾,边甜甜,等.四逆散对创伤后应激障碍及睡眠障碍大鼠睡眠潜伏期的影响[J].中国临床药理学杂志,2018,34(9):1089-1091.
- [21] 王莘莉,潘才钰,王永盛,等.慢性失眠患者睡眠结构与记忆受损特点的研究[J].新医学,2019,50(9):704-707.
- [22] 黎斌,陈凌,陈克龙,等.亚健康失眠肝火扰心证与心脾两虚证多导睡眠监测图研究[J].浙江中医杂志,2017,52(12):867.
- [23] 李晓波,王爱惠.疏肝解郁胶囊联合西药治疗肝郁气滞型失眠对患者睡眠及认知的影响分析[J].医学理论与实践,2019,32(11):1675-1676.
- [24] 张若怡,顾锡镇.顾锡镇教授辨证治疗失眠经验研究[J].浙江中医药大学学报,2019,43(5):453-456,459.
- [25] 杨鹏,刘志勇,吴怡曼,等.失眠发病机制的理论浅析[J].江西中医药,2019,50(8):14-16.
- [26] 吴桐,金曦,张轶丹.肝郁气滞型失眠多导睡眠图特点及药物干预后参数变化的研究[J].世界睡眠医学杂志,2019,6(2):131-133.
- [27] 张良芝,常学辉,杜萌萌.安神汤治疗痰热内扰型失眠症临床疗效[J].辽宁中医杂志,2016,43(7):1422-1424.

(收稿日期:2020-08-14)

(上接第126页)

- [15] 王福,王锡友,刘焰刚."松、正、理"三步法分期治疗腰椎间盘突出症[J].现代中医临床,2018,25(6):45-48.
- [16] 范志勇,吴山,李振宝,等.基于筋骨力学平衡探讨提拉旋转斜扳治疗急性腰椎间盘突出症的相关临床思考[J].中国中医急症,2016,25(4):642-643,681.
- [17] 李金虎,胡世莲,朱燕蓉,等.推拿联合针刺和红外线治疗气滞血瘀型神经根型颈椎病的效果[J].中国临床保健杂志,2020,23(4):535-538.
- [18] 郭光昕,朱清广,孙武权,等.推拿干预腰椎间盘突出症的免疫机制研究进展[J].中华中医药杂志,2019,34(7):3132-3135.
- [19] 吕立江,冯喆,廖胜辉,等.杠杆定位手法对椎间盘影响的有限元分析[J].中华中医药学刊,2014,32(5):971-973.
- [20] 吕立江,陆森伟,王晓东,等.杠杆定位手法对正常腰椎影响的生物力学实时测试[J].中华中医药学刊,2015,33(1):15-17,23.
- [21] 吕立江,王晓东,陆森伟,等.仰卧旋转法治疗椎间盘突出症的病例对照研究[J].中国骨伤,2012,25(8):674-677.
- [22] 顾非,房敏.等速测试表面肌电图在推拿治疗椎间盘突出症临床研究中的应用[J].时珍国医国药,2010,21(12):3225-3227.

(收稿日期:2020-09-02)