

# Clinical observation of Li's massage traction reduction method in the treatment of lumbar intervertebral disc herniation

Tao Yang Yongquan Nie\* Li Li

Shucheng County Hospital of Traditional Chinese Medicine, Lu'an, Anhui, 230000, China

## Abstract

**Objective:** To explore the clinical effect of Li's traction reduction in the treatment of lumbar disc herniation. **Methods:** Sixty patients with lumbar disc herniation were divided equally between the two groups. One group of patients received Lee's massage traction reduction method (observation group), while the other group only received conventional massage therapy (control group). The course of both groups was set at 2 weeks, and the changes of the modified low back pain scale, functional impairment index and pain number evaluation scale of the two groups were compared after the end of the last treatment. **Results:** The clinical signs, subjective symptoms, and limitation of daily activities in the observation group were higher than the control group ( $P < 0.05$ ); in the follow-up at 7d and 14d, the observation group was significantly higher in pain, self-care ability, and social life ( $P < 0.05$ ); the pain scale (NRS) in the 7d and 14d of treatment was lower than that of the control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion:** The Li's massage, traction and reduction therapy has a remarkable therapeutic effect on patients with lumbar intervertebral disc protrusion. It improves the protrusion state of the intervertebral disc through a biomechanical reduction mechanism. In terms of pain relief rate and functional recovery index, it is significantly superior to traditional therapies and is worthy of clinical promotion and application.

## Keywords

Li's massage traction reduction method; lumbar intervertebral disc herniation; clinical observation

# 李氏推拿牵引复位法治疗腰椎间盘突出症的临床观察

杨涛 聂永全\* 李丽

舒城县中医院, 中国·安徽 六安 230000

## 摘要

**目的:** 探究李氏推拿牵引复位法在治疗腰椎间盘突出症中的临床效果。**方法:** 采用随机数字分组法, 将60名患有腰椎间盘突出症的患者平均分配到两组中。一组患者接受李氏推拿牵引复位法治疗(观察组), 而另一组仅进行常规推拿治疗(对照组)。两组的疗程均设定为2周, 末次治疗结束后比较两组患者的改良日本骨科学会腰痛评分表、功能障碍指数、疼痛数字评价量表评分变化。**结果:** 治疗后观察组临床体征、主观症状、日常活动受限评分优于对照组( $P < 0.05$ ); 在第7d和第14d的随访中, 观察组在疼痛程度、自理能力以及社会生活方面的评分均显著高于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ); 治疗第7d、治疗第14d观察组疼痛数字评价量表(NRS)评分低于对照组( $P < 0.05$ )。**结论:** 李氏推拿牵引复位法对腰椎间盘突出症患者具有显著疗效, 其通过生物力学复位机制改善椎间盘突出状态, 在疼痛缓解率、功能恢复指数等指标上明显优于传统疗法, 值得临床推广运用。

## 关键词

李氏推拿牵引复位法; 腰椎间盘突出症; 临床观察

## 1 引言

腰椎间盘突出症(Lumbar Disc Herniation, LDH)是一种临床常见的由于椎间盘的纤维环破裂、髓核突出引发的脊

柱退行性疾病, 当突出的椎间盘过大时可能会刺激甚至压迫邻近的神经根, 引发患者出现腰部疼痛、下肢放射性疼痛、感觉麻木以及肌力减弱等一系列临床症状<sup>[1]</sup>。西医治疗腰椎间盘突出症以药物和手术的方式为主, 尽管药物能够迅速缓解疼痛, 但长期使用会导致消化系统、心血管系统等不良反应, 而手术本身存在一定的风险, 如感染、神经损伤、出血等并发症, 严重时甚至可能导致瘫痪。为了有效干预该病, 需要一种具有较低风险、显著疗效、较少痛苦和并发症, 同时费用较为低廉的中医治疗方法。本研究通过应用李氏推拿牵引复位法对自2022年9月至2024年8月就诊于舒城县中医院针灸推拿科的腰椎间盘突出症患者60例进行治疗, 治

**【基金项目】**安徽省红十字会中医药传承创新发展研究项目(项目编号: 2022ZYD23)。

**【作者简介】**杨涛(1993-), 男, 中国安徽六安人, 硕士, 主治医师, 从事针灸推拿临床应用及机理研究。

**【通信作者】**聂永全, 男, 主任医师, 从事针灸推拿临床应用及研究。

疗效果理想，患者承担痛苦较小，且安全性良好，现报道如下。

## 2 临床资料

### 2.1 一般资料

本研究中的患者均招募于自2022年9月至2024年8

月于舒城县中医院针灸推拿科门诊及住院部，确诊为LDH患者共60例，年龄范围在25-65岁，病程在2月-10年。运用随机数字表法将60例患者随机分为两组，一组为李氏推拿牵引复位法，一组为传统推拿法，每组各30例。两组患者基线资料进行比较，不具统计学意义( $P > 0.05$ )，具备可比性。(详见表1)

表1 对比两组患者一般资料

组别	例数	性别(例)		年龄(岁)			病程(月)		
		男	女	最小	最大	平均( $\bar{x} \pm s$ )	最短	最长	平均( $\bar{x} \pm s$ )
观察组	30	17	13	30	70	45.93 ± 10.35	18	38	27.90 ± 4.62
对照组	30	19	11	29	63	45.86 ± 9.05	14	41	28.16 ± 5.36

### 2.2 诊断标准

#### 2.2.1 中医诊断标准

依据《中医病症诊断疗效标准》<sup>[2]</sup>所规定的腰椎间盘突出症的诊断准则：①腰部慢性损伤、外伤史或感受寒湿邪史；②腰痛向臀部及下肢放射，腹压升高时疼痛加剧；③腰部僵硬，疼痛局限于一处，腰痛如被刺扎，疼痛部位拒绝按压，白天疼痛较轻，夜晚加剧，活动时弯腰和转身受限。④支配相关区域的神经可能导致下肢感觉异常，包括过敏或迟钝。⑤病程较长的患者可能会出现下肢肌肉萎缩，膝关节和跟腱的反射活动减弱甚至消失，以及大脚趾背伸的力量减弱。

#### 2.2.2 西医诊断标准

参照《腰椎间盘突出症诊疗中国疼痛专家共识》和《腰椎间盘突出症诊疗与康复管理指南》中腰椎间盘突出症的相关诊断标准制定<sup>[3-4]</sup>。①下肢放射性痛觉传导路径与对应病变神经根的皮节支配区存在精确的解剖对应关系。②下肢感觉障碍综合征特征性表现为相应皮节区域浅表感觉阈值显著升高。③直腿抬高试验、直腿抬高加强试验和股神经牵拉试验均可显示阳性反应。④腱反射检查时，患侧所呈现的反射强度明显低于健侧。⑤患侧肌力下降，健侧可见正常或稍下降。⑥腰椎MRI或CT扫描揭示了椎间盘突出的情况，且患者所表现出的症状和体征与所突出的部分对神经造成压迫的表现相吻合。

### 2.3 纳入标准

本研究纳入标准如下：①经影像学及临床表现确诊为腰椎间盘突出症，符合中西医结合临床诊断指南；②无同期参与其他干预性临床试验记录；③年龄25-65周岁，性别不限；④入组前4周内未接受针对本病的特异性治疗；⑤自愿加入本项研究方案，承诺全程配合治疗及随访观察。

### 2.4 排除标准

若存在以下任一情况，则必须予以排除：①虽经影像学检查符合腰椎间盘突出症诊断特点，但没有相关症状者；②具有手术适应症或既往接受过腰椎手术的患者；③脊柱结核或肿瘤；④患有严重功能障碍的心脏、肝脏、肾脏等关键器官者；⑤皮肤病、恶性肿瘤、皮肤损伤、急慢性感染等；⑥对针具感到恐惧、晕针的人群；⑦患有严重骨质疏松症者。

## 3 治疗方法

### 3.1 对照组

应用传统推拿法：

患者采取俯卧姿势，术者首先利用肘尖或拇指对相关穴位进行点压，以缓解疼痛和解除肌肉痉挛。随后，在拔伸牵引的过程中，同时持续采用肘尖按压或拇指顶推患处。患者调整至侧卧姿势，术者采用腰部斜扳技术，对患者进行左右两侧各一次的矫正。患者接着转为俯卧位，医生在患者的脊柱两侧膀胱经以及臀部和下肢的后外侧区域，运用按揉手法进行推拿治疗，尤其关注腰部区域。之后，医生在腰骶部采用双手重叠的方式，由上至下进行推拿。最后，患者维持俯卧姿势，术者沿着腰部和坐骨神经的分布区域，运用拿捏、揉按、弹拨等推拿手法，对患处进行擦热处理。上述推拿治疗每次持续30分钟。

### 3.2 观察组

传统推拿法基础上再加用李业甫国医大师牵引复位法，操作如下：

①俯卧牵引法。患者俯卧位，皮腰带包裹腰部，胸部固定于床头，并通过钢丝牵引绳与床架相连，以施加牵引力。牵引力应逐渐增强，通常建议超过患者体重的10~20公斤。牵引力的调整应根据患者的体质强度和耐受程度灵活掌握。时间为15至20分钟。

②俯卧牵引悬吊下肢压腰法。两位助手分别将患者的双腿向后提起，与床面形成30度角，使腹部悬空，距离床面6~12厘米。此时，助手开始左右摇晃患者的双腿。术者站在患者受影响的神经一侧，双手掌相叠，利用掌根对腰部病变区域施加压力。进行30至60次有弹性的、断续的按压。

③俯卧牵引踩跷法。乘上势，将2-3个枕头分别置于患者的胸部、小腹以及大腿前根部，确保其腹部与床面保持6~12厘米的悬空距离，进行对抗牵引。术者一只手握住横杆同时使用单脚或双脚的前脚掌或脚跟对准腰部病变部位施加踩跷力。通过膝关节的屈伸动作，使身体上下起伏，踩跷时着力部位需持续接触病患区域。同时，指导患者在进行踩跷弹跳运动时，应与呼吸相协调，即在身体向上弹起的过

程中吸气，在身体回落时呼气，务必避免屏住呼吸。每次踩跷弹跳次数应控制在300~700次之间。

④背牵法。医生与患者背对背紧贴站立，各自用两肘勾住对方的肘弯。随后，医生弯腰用臀部顶住患者腰骶部将患者反向背起，使患者的双脚脱离地面。这样做可以让患者的腰部和下肢在自身体重的作用下得到牵引和伸展。同时，术者进行5~10次的屈膝挺臀震颤动作以及5~10次的左右摇摆动作。

疗程：两组治疗每日1次，每周6次（周日除外），1周为一个疗程，共计2个疗程。

## 4 疗效观察

### 4.1 观察指标

#### 4.1.1 JOA 评分法

应用腰痛评分表（M-JOA 评分法）<sup>[6]</sup>，在治疗前后，对两组患者进行临床体征、主观症状以及日常活动受限程度等腰椎功能的评估。每个方面的评分分别设定为6分、9分和14分。评分愈高，表明患者的腰椎功能状况愈佳。

#### 4.1.2 ODI 评分法

在治疗前、治疗的第7天及第14天，采用 Oswestry 指数（ODI）<sup>[6]</sup> 评估腰椎功能障碍，涉及10个方面包括疼痛、自理能力、社会生活等，评分范围在0至50分之间，分数越低，意味着腰椎功能障碍的程度越轻。

#### 4.1.3 NRS 评分法

使用疼痛数字评价量表（Numerical Rating Scale, NRS）<sup>[7]</sup> 在治疗前、治疗的第7天及第14天对两组患者的腰腿疼痛程度进行评估，分值越高表示腰腿疼痛的程度越重，满分10分。

### 4.2 疗效判定标准

依据 M-JOA 评分改善率对疗效进行评估<sup>[8]</sup>，在最后一次治疗结束后进行。临床治愈的标准是腰腿疼痛几乎完全消退，患者能够恢复到正常的日常工作和生活状态，且改善率

达到100%。显效的标志是腰腿疼痛显著减轻，日常基本活动几乎不受影响，改善率在60%~100%的范围内。有效意味着腰腿疼痛有所减轻，腰部功能部分得到恢复，改善率介于25%~60%。若腰腿疼痛及腰部功能几乎没有改善，且改善率低于25%，则被判定为无效。

### 4.3 统计学处理

①数据管理：指定专门人员负责数据的收集与录入工作。治疗结束后，确保所有录入的数据文件及CRF表格得到妥善保存，便于后续的监控与核查。②数据分析：使用SPSS 25.0统计软件进行数据分析，计量资料以（ $\bar{x}$  false  $\pm$  s）表示，组间比较采用t检验；计数资料采用卡方检验（ $\chi^2$ ）； $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

### 4.4 治疗结果

#### 4.4.1 治疗前、后两组患者的 JOA 评分比较

治疗前，两组的 JOA 评分无显著差异（ $P > 0.05$ ）。治疗后，观察组的评分优于对照组，差异具有显著性（ $P < 0.05$ ）。见表2

#### 4.4.2 治疗前、第7d、第14d时两组患者的 ODI 评分比较

治疗前，两组患者的 ODI 评分无显著差异（ $P > 0.05$ ）。治疗后，观察组在第7天和第14天的评分均显著优于对照组，差异具有显著性（ $P < 0.05$ ）。见表3。

#### 4.4.3 治疗前、第7d、第14d时两组患者的 NRS 评分比较

治疗前，两组患者的 NRS 评分无显著差异（ $P > 0.05$ ），治疗后第7d、第14d观察组的 NRS 评分普遍优于对照组，这一差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表4。

#### 4.4.4 临床疗效判定

经过两周的治疗，观察组的总有效率达到90%（27/30），显著高于对照组的80%（24/30）。对比两组的疗效，差异在统计学上具有显著性（ $P < 0.05$ ）。详见表5。

表2 观察组和对照组患者治疗前后患者腰椎功能比较（ $\bar{x} \pm S$ ）

组别	例数	临床体征		主观症状		日常活动受限	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	30	2.17 $\pm$ 0.83	4.37 $\pm$ 1.2* <sup>#</sup>	4.23 $\pm$ 0.73	6.37 $\pm$ 1.52* <sup>#</sup>	8.43 $\pm$ 1.71	11.37 $\pm$ 1.81* <sup>#</sup>
对照组	30	2.43 $\pm$ 0.62	3.30 $\pm$ 0.92*	4.10 $\pm$ 0.84	5.70 $\pm$ 0.99*	8.03 $\pm$ 1.49	9.70 $\pm$ 1.70*
t		1.40	4.23	0.65	2.01	0.96	3.67
P		0.17	$P < 0.01$	0.51	$P < 0.01$	0.33	$P < 0.01$

注：与同组治疗前组内相比较，\* $P < 0.05$ ；与对照组治疗后组间相比较，<sup>#</sup> $P < 0.05$ 。

表3 观察组和对照组患者治疗前后腰腿疼痛程度比较（ $\bar{x} \pm S$ ）

组别	例数	治疗前	治疗第7d	治疗第14d
观察组	30	31.83 $\pm$ 2.10	15.40 $\pm$ 2.41* <sup>#</sup>	11.37 $\pm$ 2.43* <sup>#</sup>
对照组	30	31.33 $\pm$ 2.52	22.03 $\pm$ 3.06*	18.40 $\pm$ 2.1*
t 值		0.83	9.30	10.37
p 值		0.40	$P < 0.01$	$P < 0.01$

注：与同组治疗前组内相比较，\* $P < 0.05$ ；与对照组治疗后组间相比较，<sup>#</sup> $P < 0.05$ 。

表4 观察组和对照组患者治疗前后患者腰椎功能比较 ( $\bar{x} \pm S$ )

组别	例数	治疗前	治疗第7d	治疗第14d
观察组	30	7.53 ± 0.93	5.20 ± 0.76* <sup>#</sup>	3.96 ± 0.71* <sup>#</sup>
对照组	30	7.46 ± 1.22	5.90 ± 1.51*	5.13 ± 0.81*
t 值		0.23	2.25	5.86
p 值		0.81	P < 0.01	P < 0.01

注：与同组治疗前组内相比较，\*P < 0.05；与对照组治疗后组间相比较，<sup>#</sup>P < 0.05。

表5 观察组和对照组患者治疗前后患者临床疗效比较 ( $\bar{x} \pm S$ )

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率
观察组	30	7	13	7	3	90%
对照组	30	3	9	12	6	80%

#### 4.4.5 安全性观察

在治疗过程中，未发现头晕、恶心、晕厥等不良反应。

## 5 讨论

在传统中医学理论体系中，腰椎间盘突出症归属于筋痹阻证候与腰腿痛证范畴，其病机核心可溯源至外感六淫侵袭与内生五邪交攻双重机制。外感致病要素以风寒湿三邪合侵为要，内生致病因子则涵盖情志失畅所致气机逆乱、先天肾精亏虚引发的骨空髓减，以及跌扑损伤致气血瘀滞等。在治疗方面，祖国医学强调辨证施治，通过综合运用针灸、推拿、中药等多种疗法，旨在调和气血、疏通经络，缓解疼痛。李老通过四十年的临床研究并借鉴《内经》“痹……在于脉，则血凝不流”“肝脉微涩，为瘰疬筋痹”“经脉者，所以行血气而营阴阳，濡筋骨，利关节也”所言，提出腰椎间盘突出症早期瘀血痹阻经脉，血气不能通达肢体濡养筋骨肌肉者为筋痹。李老认为，在治疗该病发病中，人体处于“瘀血痹阻经脉，血气不能通达肢体”所致“筋骨错乱”的状态，即筋的位置、形态及功能失衡可引起骨骼间隙或相对位置的轻微变化，从而导致局部小关节的紊乱或关节活动受限，进而引发疼痛。因此，李氏推拿牵引复位法才具有“病证合参，筋骨并举”的特点，先辨病位，后将软组织病灶松解，然后进行关节微调、纠错骨缝，三步手法核心有机结合，使脊柱内外平衡，令其恢复“骨正筋柔”的状态。其提出的“病证合参，筋骨并举”学术思想，拓宽了中医推拿治疗脊柱相关性疾病的治疗视野，为临床实践提供了更为系统化的治疗思路。这一理论的提出，不仅促进了推拿疗法在脊柱疾病治疗中的应用，同时也为推拿疗法在常见疾病的临床治疗提供了宝贵的理论依据和实践指导，推动了该领域的进一步发展。

李氏推拿牵引复位法作为传统中医推拿手法的组合创新，不仅在理论上有其独到之处，在临床应用中也显示出其显著的疗效，该法显效快、过程简单、患者痛苦小、操作安

全且起效迅速。患者在接受该法治疗后，其疼痛症状得到了明显缓解，关节活动范围也有所增加。此外，患者的整体生活质量有了显著提升，这表明李老的治疗方法在改善患者日常生活能力方面具有积极的作用。李老还强调了辨证施治的重要性，他认为每位患者的身体状况和病情发展都有其特殊性，因此在治疗时必须根据个体差异进行个性化调整。这种灵活运用中医理论与实践相结合的方法，不仅提高了治疗的针对性，也增强了患者的治疗信心。与其他有创性治疗相比，患者接受度与治疗依从性明显更高，这对于治疗效果的提高无疑是积极正向的，值得推广。

#### 参考文献

- [1] 张玉飞,张向阳,魏薇,等.薛氏三步调衡法治疗腰椎间盘突出症及对炎症因子的影响[J/OL].颈腰痛杂志,1-10.
- [2] 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,1994:227.
- [3] 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.
- [4] 中国康复医学会脊柱脊髓专业委员会基础研究与转化学组.腰椎间盘突出症诊治与康复管理指南[J].中华外科杂志,2022,60(5):401-408.
- [5] 鲁宝光,史文强,刘海洲,等.齐刺法结合循经弹拨法治疗腰椎间盘突出症的疗效观察[J].中国中医急症,2019,28(2):308-310.
- [6] 张燕珍,梁超,陈少萍.温针灸治疗寒湿痹阻型腰椎间盘突出症的临床观察[J].广州中医药大学学报,2023,40(12):3084-3090.
- [7] 高元,贺银波,成玲芳.循经按摩联合火龙罐综合灸在腰椎间盘突出症患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2021,27(13):115-118.
- [8] 朱荣光,朱小俊,何卫东,等.通络活血汤热敷联合电针治疗腰椎间盘突出症疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2022,31(09):1263-1266+1270.