

诊疗指南

核嘎尹(腰椎间盘突出症)壮医诊疗指南

广西民族医药协会壮医经筋疗法专业委员会,核嘎尹(腰椎间盘突出症)壮医诊疗指南制定工作组

摘要:核嘎尹(腰椎间盘突出症,LDH)的发病率逐年升高,已成为影响人民健康和造成社会经济负担的主要因素。制定LDH壮医诊疗指南有助于规范壮医临床诊疗技术,提高临床疗效。该指南基于专家共识、专家论证、同行征求意见、临床评价等,按照临床诊疗指南编写规则编写,体现了壮医外治法和壮药内服治疗的特色和优势;从术语和定义、流行病学、壮医诊断、壮医外治法、壮医内治法及护理调摄等方面对LDH的壮医诊疗流程进行了规范,旨在为中医科、壮医科、针灸科、推拿科、康复科、痛症科等相关临床医师提供诊疗指导和参考,具有较好的临床适用性、安全性及有效性。

关键词:腰椎间盘突出症;核嘎尹;腰痛;壮医诊断;壮医内治法;壮医外治法;护理;指南

中图分类号:R29

文献标识码:A

文章编号:2095-4441(2024)05-0001-06

引文格式:广西民族医药协会壮医经筋疗法专业委员会,核嘎尹(腰椎间盘突出症)壮医诊疗指南制定工作组.核嘎尹(腰椎间盘突出症)壮医诊疗指南[J].广西中医药大学学报,2024,27(5):1-6.

Diagnosis and Treatment Guideline in Zhuang Medicine for HeGayin (Lumbardisc Herniation)

Committee of Zhuang Medicine Meridian Tendon Therapy of Guangxi Ethnic Medicine Association, Team of Diagnosis and Treatment Guideline Development for HeGayin (Lumbardisc Herniation) in Zhuang Medicine

Abstract: The incidence rates of *HeGayin* (lumbardisc herniation, LDH) gradually appears an upward trend, which has become a major factor affecting people's health and causing socio-economic burden. Developing diagnosis and treatment guideline in *Zhuang* medicine for LDH is conducive to standardizing clinical techniques and improving clinical efficacy. This guideline is formulated in accordance with the rules of clinical diagnosis and treatment guidelines, based on expert consensus, expert deliberation, peer consultation, clinical evaluation. It embodies the unique features and advantages of external treatment and oral administration in *Zhuang* medicine. The guideline standardizes the diagnosis and treatment process of LDH in *Zhuang* medicine from aspects such as terminology and definitions, epidemiology, diagnosis of *Zhuang* medicine, external and internal treatment in *Zhuang* medicine, nursing and health maintenance. It aims to provide diagnosis and treatment guidance and reference for clinical practitioner in the specialties such as Traditional Chinese medicine, *Zhuang* medicine, Acupuncture and Moxibustion, *Tuina*, Rehabilitation, and Pains, offering great clinical applicability, safety and effectiveness.

Keywords: lumbardisc herniation; *HeGayin*; lumbago; diagnose of *zhuang* medicine; internal therapy of *zhuang* medicine; external therapy of *zhuang* medicine; nursing; guideline

收稿日期:2024-07-30

基金项目:广西科技计划项目(编号:桂科AB21196035)

*通信作者:韦英才(1966—),壮族,大学本科,主任医师,研究方向:民族(壮瑶)医学理论、诊疗技法与方药研究;E-mail:gxmysweiy-
ingcai@163.com

1 说明

本指南按照GB/T 1.1-2009中的相关规则起草。
本指南由广西国际壮医医院提出并归口。

2 适用范围

本指南提出核嘎尹(腰椎间盘突出症)的定义、流行病学、壮医诊断标准、壮医治疗方法、护理调摄方法。

本指南适用于核嘎尹(腰椎间盘突出症)壮医临床诊断和治疗。本指南适合广西壮族自治区各级医院的中医科、壮医科、针灸科、推拿科、康复科等的临床医师。

3 规范性引用文件

本指南没有规范性引用文件。

4 术语及定义

下列术语和定义适用于本指南。

4.1 壮医 是指壮族人民在长期实践中创造的具有民族性、地域性、传统性的民族医药。

4.2 核嘎尹(腰椎间盘突出症) 壮语为“Hwetgain”,壮医经筋学认为,该病属于壮医火路、龙路病的“吟尹”(筋病)范畴。核嘎尹也称为腰椎纤维环破裂症,是在中老年人群中较为普遍的一种病症,主要由于腰椎退行性变化或是遭受外力影响,导致腰椎间盘内外的压力失衡,引发纤维环破裂和髓核突出压迫腰椎管内的血管、神经根、脊髓或马尾神经,从而产生一系列临床症状^[1-3]。

4.3 壮医经筋疗法 壮医经筋疗法以壮医三道两路为指导,以古典经筋学说为理论,以现代人体解剖为基础,以生物力学为依据,以自然疗法为手段,其内容包括肌肉解剖生理学、横络盛加病因学、因结致痛病理学、摸结查灶定位学、松筋解结治疗学、拉筋排毒养生学等^[4],根据“以痛为腧”的取穴原则,通过手触查灶定穴和采用“经筋手法-经筋针刺-拔罐排毒”疗法来治疗和预防疾病的一种壮医外治法。

5 流行病学

研究显示,西方国家腰椎间盘突出症(LDH)患病率为15%,中国为18%^[5];LDH好发于25~55岁人群^[6-7];LDH发病率呈逐年上升趋势^[8],且发病趋于年轻化^[9]。LDH发病率一般男性多于女性,这可能与运动强度大及外伤劳损等有关。

6 壮医诊断标准^[10-13]

6.1 症状 主症为腰部疼痛伴下肢放射性疼痛,活动时疼痛加剧,可伴活动受限;次症为腰部酸胀,下肢麻木或感觉异常。

6.2 体征 目诊可见“勒答”(白睛)12点位脉络增粗或曲张、瘀点或瘀斑。根据“痛在太阳、麻在少阳、瘫在阳明”的辨筋思路,结合“以痛为腧”的思想,在足太阳经筋、足少阳经筋、足阳明经筋的体表循行路线上行经筋摸结查灶术,可查出阳性筋结^[14]:足太阳经筋体现在腰点(L_{4/5}、L₅/S₁神经根点),臀点(梨状肌点、盆腔出口点),胭点,腓点(腓肠肌肌点)等;足少阳经筋体现在腰点(L_{4/5}、L₅/S₁外侧点),臀(尻)点(梨状肌点、盆腔出口点),伏兔点,小腿外侧点(腓神经点)等;足阳明经筋体现在腰点(L_{4/5}点),腰大肌点,腹股沟点,隐神经点,胫神经点。

6.3 辅助检查

①X线:显示脊柱骨结构及序列变化,可提示椎间盘突出间接征象有局部不稳,椎间隙狭窄、代偿性侧凸、牵张性骨赘等,但不能直接显示椎间盘突出。

②CT:能较好地观察骨性结构,也可以显示椎间盘突出及神经根。

③MRI:是诊断腰椎间盘突出症首选的影像学检查手段,无放射性损害风险,可以较好地评估观察椎间盘退变突出与神经根的关系。

④脊髓、椎间盘造影:对于体内有特殊金属内植物无法行MRI检查的患者,可以选择脊髓造影间接观察神经受压情况。对有腰椎手术史的患者更有优势。

⑤神经根造影、神经根阻滞:对于不典型的坐骨神经痛、影像学检查结果与临床症状体征不符的患者,或是存在多节段椎间盘突出时,可通过该检查以明确责任间隙;同时可辅助腰椎手术失败后治疗计划的制定等。

⑥神经电生理检查:可在影像学证据的基础上进一步证实神经根损害的存在。

6.4 诊断要点 腰椎间盘突出症的诊断需要综合考虑患者的病史、临床症状、体征以及影像学检查结果,且影像学表现与神经定位相符。

6.5 鉴别诊断 LDH主要与腰椎管狭窄症、梨状肌综合征、坐骨神经盆腔出口综合征、腰椎骶椎肿瘤等疾病进行鉴别。

6.6 辨证分型

6.6.1 阴证

①寒凝湿毒型:腰腿冷痛重着,转侧不利,静卧疼

痛不缓解,受寒及阴雨疼痛加重,四肢不温。舌质淡,苔白腻,脉沉紧或濡缓。目诊:“勒答”12点位脊柱反射区脉络瘀阻、混浊不清。甲诊:甲色青紫或甲床苍白,月痕暴露过少,可见竹笋甲或鹰爪甲。

②龙路瘀阻型:腰腿痛如刺,痛有定处,日轻夜重,痛处拒按,腰部板硬,腰部或四肢麻木不仁,活动受限。舌质暗紫,或有瘀斑,脉弦紧或涩。目诊:“勒答”12点位脊柱反射区脉络有瘀点或瘀斑。甲诊:甲色青紫或甲床苍白,月痕暴露过少,可见竹笋甲或鹰爪甲。

③肝肾亏损型:腰酸痛,腿膝乏力,劳累更甚,卧则减轻,咽干,口面色潮红。舌红少苔,脉弦细数。目诊:“勒答”12点位脊柱反射区脉络细小、颜色浅淡。甲诊:甲色青紫或甲床苍白,月痕暴露过少,可见竹笋甲或圆风甲。

6.6.2 阳证

火热湿毒型:腰部酸楚重着疼痛,痛处伴有热感,遇热或雨天痛增,活动后痛减,恶热口渴,小便短赤。舌苔黄腻,脉濡数或弦数。目诊:“勒答”12点位脊柱反射区脉络增粗、红活。甲诊:甲色过深,月痕暴露过多,可见竹笋甲或鹰爪甲。

7 治疗

7.1 壮医外治法

7.1.1 壮医经筋疗法

适应证:适用于急性期、缓解期及康复期的治疗。

治疗步骤:壮医经筋疗法包括经筋手法、经筋针刺、拔罐排毒三个方面的内容,步骤分为经筋摸结、经筋解结、拔罐排毒。

(1)经筋摸结。在足太阳经筋、足少阳经筋、足阳明经筋的体表循行部位查找筋结点,在不同部位的筋结点呈现不同的反应。①足太阳经筋:跟腱(跟点)、腓肠肌(腓点)、腓绳肌(腓点)、股二头肌(股点)、突出病变部位棘突旁(棘点)等筋结呈压痛、放射性疼痛,患侧骶棘肌痉挛;直腿抬高试验阳性。②足少阳经筋:腓骨长肌(腓骨点)、股四头肌外侧肌(股外点)、阔筋膜张肌(阔点)、梨状肌(梨点)、臀大肌(臀点)、髂肋肌(髂点)等筋结呈压痛或放射性疼痛。③足阳明经筋:足趾长伸肌(足趾长点)、股四头肌内侧肌(股内点)、腹股沟(沟点)、腰大肌(腰点)等筋结压痛明显,股神经牵拉试验阳性。

(2)经筋解结。①手法松筋解结。足太阳经筋:患者取俯卧位,医者运用肘部尖(鹰嘴)、钝(肱骨内髁)、硬(前臂尺骨面)、软(前臂内侧面)四个部位以按、揉、

点、推、弹拔手法沿足太阳经筋从足底至头部方向进行全线松筋理筋,重点松解足跟筋结、腓外筋结(腓肠肌)、腓内筋结(腓绳肌)、大腿后筋结(股二头肌)、臀部筋结(臀大肌)、髂后筋结(髂肋肌)、华佗夹脊筋结(骶棘肌、腰三横突点、L_{4/5}或L_{5/S}₁之间的棘突旁)等筋结点,施术时间3~5 min。足少阳经筋^[15]:患者取侧卧位,双膝间垫一只小枕,医者用肘部尖、钝、硬、软四个部位沿足少阳经筋由足部至头部进行全线松筋理筋,重点松解足次趾筋结(足趾长伸肌)、腓侧筋结(腓骨长肌、腓神经)、膝外筋结(股四头外侧肌)、伏兔筋结(缝匠肌)、髂上筋结(髂胫束、阔筋膜张肌)、尻筋结(梨状肌)等筋结点,施术时配合腰椎侧扳复位法,左右各1次,施术时间约3~5 min。足阳明经筋:患者取仰卧位,医者用肘部及拇指指腹沿足阳明经筋由足部至头部进行全线松筋理筋,重点松解足背筋结(中三趾)、髂内筋结(股四头内侧肌)、气冲筋结(腹股沟股神经、股动脉点)、腹后筋结(腰大肌)等筋结点。点按股动脉时,以患者下肢有热流冲击感为佳,最后以直腿抬高加强手法和“4字征”强化手法结束,施术时间约3~5 min。②壮医经筋针刺解结。壮医经筋针刺分为壮医火针和固结行针两种。壮医火针^[16]:发病在足太阳经筋者取俯卧位,发病在足少阳经筋者取侧卧位,发病在足阳明经筋者取仰卧位,根据患者病情严重程度选择3~10个筋结点,常规消毒,选用直径0.35~0.45 mm、长度40~150 mm的针灸针,将针尖烧红后迅速刺入筋结点,得气后立即出针。若筋结点为神经出口或是卡压点,行神经触激术,以有针感传导至下肢为佳,立即出针。针刺深度依据患者年龄、体质、病情、针刺部位肌肉厚度及血管和神经的分布调整;根据筋结的大小、形状、深浅选择平刺、直刺、斜刺等手法,每个筋结点针刺3~5次,相同的筋结点隔日治疗1次,不同的筋结点可每日治疗1次,每次治疗5~15 min。固结行针:患者体位及治疗部位的选择、治疗时间及频率、注意事项同壮医火针。治疗部位常规消毒后,医者用左手固定筋结,右手持针,选用直径0.3~0.4 mm、长度40~150 mm的针灸针,在筋结点处进针,可一孔多刺,以有针感传导至下肢为佳,得气后迅速出针。

(3)拔罐排毒。在筋结点实施针刺后,立即选用闪火罐或抽气罐拔罐,留罐10~15 min,以拔出少许黄色液体为佳,取罐后用75%酒精或0.5%碘伏局部消毒皮肤。

疗程:每日治疗1次或隔日治疗1次,治疗10~15次为1个疗程,治疗1~3个疗程。

注意事项:急性期经筋手法宜轻柔缓和,缓解期和康复期可采用重手法;影像学提示中央型、巨大型、游离型的腰椎间盘突出症,经筋手法宜轻柔缓和,可先松健侧再松患侧;合并腰椎滑脱、重度骨质疏松患者慎用扳法。

禁忌证:有严重基础疾病,经医生评估不能进行治疗者;严重心、肝、肺、肾功能不全者;凝血功能障碍者;体表皮肤破损、溃烂等皮肤病者;妊娠期妇女;身体虚弱不能耐受经筋手法和针灸治疗者;急性传染性疾病者;恶性肿瘤、精神病、癫痫、不能自我约束者。

7.1.2 壮医药熨疗法

适应证:适用于急性期、缓解期和康复期的治疗。

治疗步骤:根据患者病情选择相应壮药,将药物装入布袋,加水浸泡至少30 min,加热煮沸20 min,滤出药液备用;或预先制备成浓缩药液,治疗时加入适量热水即可;或将药物粉碎用布药袋装好备用。治疗时将药熨包放入盛有少量米酒的容器中并加热,患者取合适体位,医者用弓钳手法沿足三阳经筋从足至腰背部进行松筋解结5~10 min,然后将药袋放置病变部位进行熨烫,温度以患者耐受为宜。每个部位每次熨烫20~30 min。

疗程:每天治疗1~2次,7~14天为1个疗程,治疗1~3个疗程。

注意事项:药熨包的温度不能过高,以免烫伤皮肤;皮肤化脓感染者,不宜行此疗法。

7.1.3 壮医药物竹罐疗法

适应证:适用于急性期、缓解期和康复期的治疗。

药物组成:红杜仲、当归藤、海风藤、宽筋藤、鸡血藤、伸筋草、肿节风、大风艾、丢了棒、两面针等。

治疗步骤:①煮罐:将竹罐投入煮好的药液中,煮沸5 min,备用。②拔罐:根据拔罐部位选定大小合适的竹罐,捞出甩尽水珠(也可以迅速用折叠的消毒毛巾放至罐口处吸去药液,降低罐口的温度和保持罐内的热气),然后迅速扣拔于选定的部位或穴位上,根据病情及部位确定拔罐数量,距离适当,留罐5~10 min后取罐,其间注意询问患者的耐受情况。③壮医药物热敷:用消毒毛巾浸于热药液中,捞出拧干,待热度合适时在拔罐部位热敷约5 min(如果需要行壮医刺血及再次拔罐者,最后再行壮医药物热敷)。如急性期,或缓解期体质较好者,拔罐部位瘀血较重的,可执行以下步骤。④壮医刺血:根据病情选择相应罐印部位或穴位,常规消毒皮肤,用一次性注射针头在选定部位上迅速浅刺1~3针,以局部少量渗血为度。⑤再次拔罐:另取煮热的竹罐在刺血部位再次拔

罐,5~10 min后取下竹罐,用消毒干棉球擦净针刺部位的血迹,常规消毒皮肤。

疗程:急性期每日治疗1次,缓解期、康复期隔1~2天治疗1次,5~7次为1个疗程,治疗1~3个疗程。

注意事项:拔罐时应尽量甩净水珠,以免烫伤皮肤。拔罐后如皮肤起水泡,面积较小者可用万花油涂擦,面积较大者用消毒针具挑破,挤干水后涂抹万花油或龙胆紫药水。

禁忌证:有自发性出血或损伤后不易止血者,合并严重心脑血管、肝、肾等脏器及造血系统等疾病者,精神病患者,身体极度虚弱者,对上述药物过敏者均不宜拔药罐。

7.1.4 壮医针刀筋结松解术

适应证:适用于急性期、缓解期的治疗。

治疗步骤:先根据病变部位探查筋结点,局部常规消毒后,医者手持一次性针刀,快速刺入筋结点,顺着肌束方向做切、摆、铲等手法,筋结松解后取出针刀,无菌方纱按压止血后用创可贴覆盖针口。

疗程:每周治疗2次,5~10次为1个疗程,治疗1~3个疗程。

注意事项:治疗过程中注意避开血管,出针后压迫2~3 min以止血。

7.1.5 雷火灸疗法

适应证:适用于核嘎尹阴证各型的治疗。

治疗步骤:将点燃的雷火灸艾条置于灸盒内,并用松紧带固定好灸盒,将灸盒放置于筋结处,灸盒上覆盖浴巾。每次治疗25~30 min。

疗程:每天治疗1次,7~14次为1个疗程,治疗3~5个疗程。

注意事项:灸后4~6 h内不宜洗澡,注意保暖,避免吹风,灸后适量饮用温开水。皮损、皮肤过敏者禁用。

7.1.6 壮医敷贴疗法

适应证:适用于急性期、缓解期的治疗。

治疗步骤:选用壮药(肿节风、忍冬藤、山慈菇、藤杜仲、藤当归、伸筋草等)药粉与姜汁调敷筋结处,每次2~6 h。

疗程:每天治疗1~2次,7~14次为1个疗程,治疗3~5个疗程。

注意事项:皮损、皮肤过敏者禁用。

7.1.7 壮药涂擦疗法

适应证:适用于急性期、缓解期的治疗。

治疗步骤:用壮药制剂武打将军酒或金花跌打酊、

五松肿痛酊、走川骨刺酊涂擦患处并进行按摩、推拿,每次治疗15~30 min。

疗程:每天治疗1次,10~15次为1个疗程,治疗3~5个疗程。

注意事项:皮肤过敏者、孕妇慎用。

7.1.8 壮医刮痧排毒疗法

适应证:适用于缓解期、康复期的治疗。

治疗步骤:将壮医刮痧专用油涂抹在腰背臀部及下肢筋结点分布较多的部位,医者手持刮痧板对每个部位刮20~30次,或以刮痧部位出现痧斑或痧疹为度。刮完后用消毒纸擦净刮痧油,常规消毒筋结病灶点,医者右手持针,左手持一次性手术刀片,先挑皮肤表层,再挑深层和皮下,将皮下纤维挑起,用刀片割断。竹罐煮开20 min后,取出趁热对针挑点、痧斑部位进行吸拔8~10 min,取罐后常规消毒针挑点。

疗程:每周治疗1次,5~10次为1个疗程,治疗1~3个疗程。

注意事项:有严重出血倾向者忌用。

7.1.9 松筋拍打疗法

适应证:适用于缓解期、康复期的治疗和预防。

治疗步骤:患者用实心掌展拍足三阳经筋、足三阴经筋在下肢循行的部位,拍打面积较大时,运用整个手掌拍打;拍打面积较小时,运用手指拍打;拍打时灵活抖动腕关节。拍打力度在患者可耐受范围内越大越好,每次拍打15~30 min。

疗程:每天1次,10~15次为1个疗程,治疗1~3个疗程。

注意事项:皮肤过敏者、孕妇慎用。

7.2 壮医内治法

7.2.1 阴证

①寒凝湿毒型

治法:散寒祛湿,温通两路。

主方:肾着汤加减。

常用药物及剂量:五指毛桃10 g,鸡血藤10 g,牛膝10 g,海风藤10 g,豆豉姜10 g,白术10 g,干姜10 g,茯苓10 g,鹰不扑20 g,甘草10 g。

临证加减:寒重者加附子、细辛以温经通脉;湿重者加苍术、狗脊、威灵仙以祛风通络;兼有血瘀者加当归以补血活血;双下肢麻木者加阿胶、黄芪、当归以补气养血荣筋。

②龙路瘀阻型

治法:活血散瘀,疏通两路。

主方:身痛逐瘀汤加减。

常用药物及剂量:川芎10 g,桃仁10 g,红花10 g,当归10 g,秦艽10 g,羌活10 g,地龙10 g,牛膝10 g,没药10 g,五灵脂10 g,香附10 g,飞龙掌血10 g,麻骨风10 g,延胡索10 g,两面针10 g,甘草10 g。

临证加减:血瘀重者加土鳖虫、丹参以活血祛瘀;兼湿邪者加威灵仙以祛风通络;肢体乏力者加牛大力、山霸王以补肾强骨等。

③肝肾亏损型

治法:补益肝肾,强筋壮骨。

主方:六味地黄丸加减。

常用药物及剂量:熟地黄10 g,山茱萸10 g,山药10 g,泽泻10 g,牡丹皮10 g,茯苓10 g,鸡血藤20 g,牛大力20 g,山霸王20 g,五加皮10 g,黄花倒水莲20 g,五指毛桃20 g。

临证加减:腰膝酸软重者加牛膝、杜仲、狗脊以补肾强骨;兼有血瘀者加丹参、当归以补血活血;下肢畏寒者可加黑顺片、肉桂以温补肾阳。

7.2.2 阳证

火热湿毒型

治法:清利湿热,消肿止痛。

主方:四妙丸加减。

常用药物及剂量:黄柏10 g,苍术10 g,牛膝10 g,薏苡仁20 g,七叶莲10 g,土茯苓10 g,五加皮10 g,宽筋藤20 g,丢了棒10 g,通城虎10 g,救必应10 g,走马胎10 g。

临证加减:热盛者加淡竹叶以清热利水;兼血瘀者加土鳖虫、鸡血藤以活血祛瘀;筋脉拘挛者加木瓜、伸筋草以舒筋活络等。

8 护理调摄

8.1 情志护理 通过浅显易懂的语言向患者科普疾病相关知识,让患者重视情绪对疾病的影响,有效调节情绪,保持心情舒畅,帮助患者树立战胜病痛的信心。

8.2 生活护理 ①适当运动:选择不损伤腰椎的运动方式为宜,如瑜伽、普拉提、太极拳等,平时多活动腰椎,减轻腰椎压力。②改变不良姿势:在日常生活中应保持良好站姿、坐姿,避免久站久坐、长期弯腰负重等,可采取屈膝下蹲的方式取拿重物,从而减轻腰椎压力。③卧床休息:多卧床休息可以减轻腰椎的压力,促进痊愈。此外,还需保持良好的生活方式,规律作息,注意保暖,避风寒。

8.3 饮食护理 合理安排饮食,少食多餐,多摄入新鲜蔬菜、水果以及含钙高的食物,如牛奶、虾皮、油菜、豆制品等,避免进食辛辣刺激的食物。

本指南起草单位:由广西国际壮医医院负责起草,罗城仫佬族自治县中医医院、靖西市中医医院、田林县中医医院、隆林各族自治县中医医院等参与起草。

本指南主要起草人(按照贡献程度排序):韦英才、梁树勇、谭俊、吕计宝、张芷齐、王凤德、梁子茂、韦达、吴飞、谷振飞、罗珊珊、温勇、朱迎春、黄运福、黄理明、赖威达、黄琳婷、郑春莉、段志刚、李永恒、黄朝连、梁昌盛、许生权。

参考文献

[1] 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.

[2] 孟彧,赵继荣,朱换平.经皮激光汽化减压术与传统开放手术治疗腰椎间盘突出症[J].兰州大学学报(医学版),2014,40(1):41-44.

[3] 秦晓宽,孙凯,徐卫国,等.腰椎间盘突出症中医循证实践指南[J].西部中医药,2024,37(5):1-15.

[4] 韦英才,梁子茂.壮医经筋学说理论浅探[J].新中医,2017,49(12):173-176.

[5] NIE H Y, QI Y B, LI N, et al. Comprehensive comparison of therapeutic efficacy of radiofrequency target discectomy and nucleoplasty for lumbar disc herniation: a five year follow-up[J].Int Orthop,2018,42(4):843-849.

[6] CARLSON B B, ALBERT T J. Lumbar disc herniation: what has the spine patient outcomes research trial taught us[J].Int

Orthop,2019,43(4):853-859.

[7] STRMQVIST F, STRMQVIST B, JNSSON B, et al. Surgical treatment of lumbar disc herniation in different ages-evaluation of 11,237 patients[J].Spine J,2017,17(11):1577-1585.

[8] 余晓艳,史胜苗,刘芳琴.青少年腰椎椎间盘突出症流行病学及危险因素分析[J].湖南师范大学学报(医学版),2018,15(5):101-104.

[9] SPIKER W R, LAWRENCE B D. Lumbar disc herniation[J].Spine Surg Basi,2014,15(7):203-214.

[10] 王岩,相宏飞,海涌,等.老年腰椎间盘突出症诊疗指南[J].中华老年骨科与康复电子杂志,2021,7(3):132-139.

[11] 中华医学会骨科学分会脊柱外科学组,中华医学会骨科学分会骨科康复学组.腰椎间盘突出症诊疗指南[J].中华骨科杂志,2020,40(8):477-487.

[12] 甘霖,钟鸣.常见病证壮医诊疗规范[M].北京:北京大学出版社,2016:78-79.

[13] 王凤德,韦英才,梁树勇,等.壮医经筋疗法治疗腰椎间盘突出症临床研究[J].四川中医,2015,33(12):168-170.

[14] 韦英才.实用壮医筋病学[M].南宁:广西科学技术出版社,2016:180-183.

[15] 夏天,梁栋,唐宏亮,等.壮医经筋综合疗法治疗腰椎间盘突出症的临床观察及理论探讨[J].中华中医药杂志,2019,34(7):3146-3150.

[16] 梁子茂,潘韦情,韦英才.壮医火针配合壮药竹罐治疗腰椎间盘突出症300例临床观察[J].中国民族民间医药,2017,26(17):89-91.

(编辑 李清清)

