

康复治疗技术在老年性腰椎间盘突出症的临床治疗意义研究

涂赢赢

黄石市第二医院，湖北黄石，435000；

摘要：目的：将老年性腰椎间盘突出症患者的临床治疗作为研究切入点，探讨康复治疗技术的实践价值。方法：筛选我院 2024.03-2025.03 收治的老年性腰椎间盘突出症患者为研究对象，根据随机数字表法分为观察组（康复治疗技术，n=36）和参照组（常规治疗技术，n=36），整理资料并比较临床疗效、椎体活动度及腰椎功能状态。结果：观察组经康复治疗技术干预后的总有效率高达 97.22%，远高于参照组（ $P<0.05$ ）；观察组腰椎屈曲、伸展、侧曲活动度均高于参照组（ $P<0.05$ ）；观察组 Oswestry 功能障碍指数（ODI）、Roland-Morris 功能障碍问卷（RMDQ）评分均低于参照组（ $P<0.05$ ）；观察组日本骨科学会腰背痛评分（JOA）高于参照组（ $P<0.05$ ）。结论：在老年性腰椎间盘突出症患者诊疗期间加强康复治疗技术干预，有助于改善腰椎活动度，进一步优化腰椎功能状态，整体疗效确切，值得推广。

关键词：康复治疗技术；老年性腰椎间盘突出症；临床疗效；椎体活动度

DOI：10.69979/3029-2808.25.01.058

老年性腰椎间盘突出症的发病机制与机械压迫、神经根炎症有关，同时身体机能下降、骨质疏松等因素，亦可加速腰椎间盘退变或突出^[1]。其临床症状因个体差异而有所不同，主要表现为腰部疼痛、下肢麻木、间歇性跛行等，严重影响患病群体生活质量。由于老年性腰椎间盘突出症疼痛范围广、反复发作风险高，加之患病群体机体抵抗能力弱，临床多建议患者开展保守治疗。其中，热敷、按摩等保守治疗可缓解肌肉痉挛，加快血液循环，但存在疗效持续时间短的局限性。为此，如何提高老年性腰椎间盘突出症患者临床疗效已成为康复医学科重点关注课题。康复治疗技术是在康复医学理论指导下，利用个性化、综合性、渐进性干预手段，帮助功能障碍患者提高生活质量的治疗途径^[2]。基于此背景，本文旨在探讨康复治疗技术在老年性腰椎间盘突出症患者的实际应用效果，具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

经院内伦理委员会审核批准，从试验节点筛选 72 例老年性腰椎间盘突出症患者开展分组试验，基础信息如下：参照组男性：女性=19：17（单位：例），最大年龄 79 岁，最小年龄 65 岁，均值（ 72.39 ± 4.82 ）岁，均值病程（ 3.29 ± 1.92 ）年，椎间盘膨出型 15 例，占比 41.67%，椎间盘突出型 10 例，占比 27.78%，其余患者均为椎间盘脱出。观察组男性：女性=5：4（单位：例），最大年龄 80 岁，最小年龄 66 岁，均值（ 72.46 ± 4.79 ）岁，均值病程（ 3.34 ± 1.81 ）年，椎间盘膨出

型 16 例，占比 44.44%，椎间盘突出型 11 例，占比 30.56%，其余患者均为椎间盘脱出。

纳入标准：（1）符合《腰椎间盘突出症防治指南》诊断标准，且年龄超过 65 岁者；（2）未合并全身性炎症反应、腰椎其他病变者；（3）知情且签署同意书者。

排除标准：（1）因重要脏器病变而影响治疗效果者；（2）腰部侵入性治疗史或外伤史者；（3）因认知或精神障碍而无法参与试验者；（4）合并重症骨质疏松者。

1.2 方法

1.2.1 参照组

常规治疗：（1）热敷，利用热水袋、热毛巾热敷于患病部分，温度控制在 $40\sim50^{\circ}\text{C}$ ，热敷时间 15-20min，热敷频率为 3-4 次/d。（2）药物治疗，硬膜外注射皮质类固醇制剂、2%利多卡因，1 次/周，3 次为 1 个疗程^[3]。（3）运动疗法，医疗工作者根据老年性腰椎间盘突出症患者个体差异开展扩胸运动、左右腿交替锻炼、上下床练习等，具体训练频率、强度根据患者机体、耐力予以调整。

1.2.2 观察组

康复治疗技术：（1）推拿治疗，由医疗工作者根据特定手法（推、拿、提、捏等）予以按摩腰部、臀部相关肌肉，旨在疏通经络，解除局部病变。值得注意的是按摩时间控制在 20-30min，按摩频率为 1 次/d，7d 为 1 疗程^[4]。（2）中药熏蒸疗法，将独活、桑寄生、杜仲、当归、干地黄等中草药，碾碎后装入布袋密闭保存，在熏蒸锅中加入适量水浸泡并加热至沸腾。根据患者耐

受程度合理调整熏蒸温度（40-50℃）、时间（20-30min）等相关指标，其熏蒸频率为 2-3 次/周。（3）腰椎牵引，老年性腰椎间盘突出症患者仰卧于牵引床上，利用牵引装置牵拉身体，以此缓解椎间盘对周围组织的压迫。在牵引的同时进行腰椎旋转、侧屈，旨在解除肌肉痉挛，牵引频率为 1 次/d，20-30min/次。（4）针刺治疗，选取肾俞、关元俞、环跳、阳陵泉等穴位予以针刺，进针后采用提插捻转手法，得气后留针 30min，同时点燃艾条插于针柄上方^[5]。其针灸频率为 1 次/d，5 次/周。

（5）电脑中频，医疗工作者辅助患者采取舒适体位，将电极片贴于肾俞、委中、腰阳关等穴位，根据患者差异调整相关参数，1 d/次，15 次为 1 个疗程。（6）超短波治疗，医疗工作者协助患者采取仰卧位或俯卧位，将超短波治疗仪电极板放置于腰部，根据个体差异调控相关参数，治疗时间为 15-20min/次，治疗频率为 1d/次，15 次为 1 个疗程。（7）Bobath 床干预，老年患者平躺或仰卧于 Boath 床，针对性开展腰部肌肉放松训练，如仰卧位训练、俯卧位训练，治疗时间 35min 即可。

1.3 观察指标

（1）临床疗效：根据临床症状、腰部活动范围，评估老年性腰椎间盘突出症患者的治疗效果，将其分为无效（无改善）、有效（症状减轻、腰部活动范围增大）、显效（症状消失、腰部活动恢复正常），比较后两者占比之和^[6]。

（2）功能障碍评估：在治疗前、治疗后 1 周，由医疗工作者利用专业评估工具（ODI、JOA、RMDQ）实时评估老年患者的功能状态。

（3）腰椎活动度：在治疗前、治疗后 1 周，由医疗工作者采用双臂半圆量角器和 Schober 测验腰椎活动范围，取其均值并比较。

1.4 统计学方法

数据利用 SPSS27.0 统计学软件分析，计量资料： $(\bar{x} \pm s)$ /t 检验，计数资料： $[n(\%)]$ /X² 检验，若 $P < 0.05$ 则代表差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 对比临床疗效

相较于参照组而言，观察组经康复治疗技术干预后的总有效率高达 97.22% ($P < 0.05$)，详情见表 1。

表 1 对比临床疗效[n(%)]

组别	例数	无效	有效	显效	总有效率
观察组	36	1 (2.78)	16 (44.44)	19 (52.78)	35 (97.22)
参照组	36	8 (22.22)	15 (41.67)	13 (36.11)	28 (77.78)
X ²					9.375
P					0.002

2.2 对比腰椎功能状态

干预前，老年性腰椎间盘突出症患者的 ODI、JOA、

RMDQ 评分无明显差异 ($P > 0.05$)；干预后，观察组 ODI、RMDQ 评分均低于参照组 ($P < 0.05$)；观察组 JOA 评分高于参照组 ($P < 0.05$)，详情见表 2。

表 2 对比腰椎功能状态 ($\bar{x} \pm s$)

指标	时间点	观察组 (n=36)	参照组 (n=36)	t 值	P
ODI 评分 (分)	治疗前	41.74 ± 8.53	40.25 ± 6.94	0.468	0.823
	治疗后	16.32 ± 5.09	23.58 ± 5.43	18.234	<0.001
JOA 评分 (分)	治疗前	8.02 ± 2.07	8.43 ± 1.64	0.563	0.967
	治疗后	20.68 ± 4.95	16.02 ± 3.77	12.682	<0.001
RMDQ 评分 (分)	治疗前	11.85 ± 2.96	12.01 ± 3.12	0.243	0.731
	治疗后	4.07 ± 1.13	6.08 ± 1.43	11.935	<0.001

2.3 对比腰椎活动度

干预后，观察组屈曲、伸展、侧屈活动度均高于参照组 ($P < 0.05$)，详情见表 3。

表 3 对比腰椎活动度 ($\bar{x} \pm s$)

指标	时间点	观察组 (n=36)	参照组 (n=36)	t 值	P
屈曲 (°)	治疗前	55.54 ± 4.05	54.61 ± 4.18	0.489	0.526
	治疗后	86.03 ± 5.21	81.85 ± 5.03	14.562	<0.001
伸展 (°)	治疗前	21.42 ± 1.95	21.03 ± 2.54	0.574	0.852
	治疗后	26.78 ± 2.65	24.02 ± 2.73	15.834	<0.001

侧屈 (°)	治疗前	25.15±1.65	25.07±1.62	0.235	0.357
	治疗后	28.87±1.47	27.58±1.26	15.532	<0.001

3 讨论

老年性腰椎间盘突出症为脊柱外科多发常见病,其致病因素与腰椎退行性病变、长期腰椎劳损、先天腰椎结构异常、风寒湿邪侵袭等密切相关^[7]。患者多表现为腰部疼痛、下肢放射痛、肢体麻木等,常因活动受限、神经损害、感觉异常而影响日常生活^[8]。若老年患者未及时采取科学干预手段,将因腰椎滑脱、腰椎骨刺等并发症,进一步增加治疗难度系数。由于老年患者多合并慢性基础性疾病,外科手术耐受性明显较低,临床主张根据个体差异开展保守治疗,其治疗措施多为西药干预、热敷等手段,长期用药存在副作用风险,并且无法长时间发挥治疗效果,因而整体干预效果达不到患者预期。

本次研究发现,相较于参照组而言,观察组经康复治疗技术干预后的总有效率高达 97.22% ($P<0.05$),提示康复治疗可全面提高老年患者临床疗效。笔者查询相关文献,结合自身工作经验,试分析原因如下:(1)减轻疼痛症状,电脑中频、中药熏蒸等物理治疗,有助于加快血液循环,消除炎症物质。(2)改善身体功能,根据患者个体差异开展运动疗法、作业疗法,有助于增强患病群体肢体运动能力,从而改善身体协调功能。(3)促进组织修复,中药熏蒸的温热效应、药力作用加快血液循环,为受损组织提供所需的营养取值,进而加快修复、再生速度,临床疗效由此提高。

根据表 2 腰椎功能状态可知,观察组 ODI、RMDQ 评分均低于参照组 ($P<0.05$);观察组 JOA 评分高于参照组 ($P<0.05$),提示康复治疗技术有助于改善腰椎功能状态。总结相关原因在于:(1)减轻神经压迫,医疗工作者根据老年患者个体差异开展牵引治疗、运动疗法,有助于缓解椎间盘对神经的压迫症状。(2)增强腰部肌肉功能,医疗工作者指导患者开展 Bobath 床干预、腰椎牵引等康复训练,有助于锻炼核心肌群,减少外界因素对于腰椎功能的不良影响,以此维持腰椎的正常功能。(3)协同作用,推拿有助于提高新陈代谢,中药熏蒸可通过温热效应、热力直接作用于病灶,而腰椎牵引有助于增加椎间隙、扩大椎间孔,从而缓解神经根压迫。此外,超短波、电脑中频等物理治疗可加快局部血液循环,将上述康复治疗技术予以协同应用,有助于改善腰椎功能状态。

根据表 3 腰椎活动度可知,观察组屈曲、伸展、侧屈活动度均高于参照组 ($P<0.05$),提示康复治疗技术

有助于改善腰椎活动度。究其原因可能在于:(1)减轻肌肉紧张,按摩、中频电疗等物理因子治疗,有助于缓解肌肉痉挛,同时减少活动阻力,以此提高腰椎活动度。(2)增加关节灵活性,医疗工作者根据老年性腰椎间盘突出症患者个体差异开展中药熏蒸、物理治疗等训练,有助于逐步拉伸软组织,进而改善腰椎活动度。

(3)增加肌肉力量,医疗工作者指导患者开展运动训练,有助于增强核心肌群对于腰椎的支撑作用。在其基础上开展作业疗法,有助于发挥协同功效,增强肌肉力量,进而提高腰椎活动度。

综上所述,根据老年性腰椎间盘突出症患者的个体差异开展康复治疗技术,有助于改善腰椎功能状态,提高腰椎活动度,整体疗效确切,值得大力推广。

参考文献

- [1] 姚嘉敏,黄成怡,张梦超,等.针刺董氏奇穴联合中频脉冲电治疗腰椎间盘突出症的临床疗效观察[J].海军医学杂志,2024,45(12):1292-1295.
- [2] 毛厚政,杜家彬,郭志芳.附子汤结合电针治疗腰椎间盘突出症寒湿型临床观察[J].实用中医药杂志,2024,40(12):2380-2381.
- [3] 张先累,段智霞,池红万,等.温经通督法推拿辅治腰椎间盘突出症临床观察[J].实用中医药杂志,2024,40(12):2533-2535.
- [4] 邹静奎,曾柳苑,管癸芬,等.火龙罐治疗寒湿痹阻型腰椎间盘突出症的效果观察[J].中外医药研究,2024,3(35):82-84.
- [5] 苏铁柱,袁江涛,周烁.干扰电疗法联合牵引推拿对腰椎间盘突出症康复研究[J].商洛学院学报,2024,38(06):84-88. DOI: 10.13440/j.slxy.1674-0033.2024.06.015.
- [6] 廖醒龙,郑应群.平衡针、电针联合常规西药治疗腰椎间盘突出症的效果分析[J].中国社区医师,2024,40(35):101-103.
- [7] 董金峰,叶潇彬,许志方.黄帝内针联合冲击波疗法治疗腰椎间盘突出症的效果分析[J].基层医学论坛,2024,28(35):146-149. DOI: 10.19435/j.1672-1721.2024.35.042.
- [8] 方险峰.活血通络汤结合电针治疗腰椎间盘突出症(血瘀证)的效果及对疼痛程度的影响[J].实用中西医结合临床,2024,24(24):28-30+85. DOI: 10.13638/j.issn.1671-4040.2024.24.008.