

# 火针疗法联合电针治疗寒湿阻络型腰椎间盘突出症的疗效观察

关艳君<sup>1</sup>, 田欢<sup>1</sup>, 邱菁菁<sup>1</sup>, 冯明明<sup>2</sup>, 薛宏<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 联勤保障部队第九八二医院中医科, 河北 唐山

<sup>2</sup> 联勤保障部队第九八二医院麻醉科, 河北 唐山

收稿日期: 2026年1月12日; 录用日期: 2026年4月20日; 发布日期: 2026年4月28日

## 摘要

目的: 探讨火针疗法联合电针治疗寒湿阻络型腰椎间盘突出症的临床疗效及安全性。方法: 选取2025年1月至2025年12月期间, 在本院中医科门诊就诊的寒湿阻络型腰椎间盘突出症患者70例为研究对象。采用随机数字表分为治疗组和对照组各35例。对照组给予常规针刺治疗, 治疗组给予火针疗法联合电针治疗, 2组患者均隔日治疗1次, 治疗1周为1个疗程, 每个疗程之间休息2 d, 对比两组在治疗3周后、6周后的疗效差异。结果: 治疗3周后, 治疗组VAS评分(3.2±1.1)分、ODI评分(20.5±5.2)分, 对照组分别为(4.5±1.3)分、(25.8±6.1)分, 两组差异均有统计学意义(P<0.05)。治疗6周后, 治疗组VAS评分(2.1±0.8)分、ODI评分(15.3±4.5)分, 对照组分别为(3.8±1.2)分、(22.6±5.8)分, 差异仍有统计学意义(P<0.05)。治疗3周、6周后, 治疗组病灶区温度回升值、温度分布均匀性评分均显著高于对照组(P<0.05)。两组治疗6周后红外热成像指标均优于3周(P<0.05), 且治疗组6周较3周的提升幅度大于对照组。安全性结果比较, 治疗组不良反应发生率8.57% (3/35), 含2例局部皮肤红肿、1例头晕; 对照组11.43% (4/35), 含3例局部疼痛、1例皮下瘀血, 经处理均缓解。两组不良反应差异无统计学意义(P>0.05), 联合治疗安全性高。结论: 火针疗法联合电针治疗寒湿阻络型腰椎间盘突出症可显著改善患者临床症状, 安全有效, 不良反应轻微可控。

## 关键词

火针疗法, 电针治疗, 寒湿阻络型, 腰椎间盘突出, 临床疗效

## Clinical Observation on the Efficacy of Fire Needle Therapy Combined with Electroacupuncture in the Treatment of Lumbar Disc Herniation of Cold-Dampness Obstruction Collateral Type

Yan Jun Guan<sup>1</sup>, Huan Tian<sup>1</sup>, Jingjing Qiu<sup>1</sup>, Mingming Feng<sup>2</sup>, Hong Xue<sup>1</sup>

文章引用: 关艳君, 田欢, 邱菁菁, 冯明明, 薛宏. 火针疗法联合电针治疗寒湿阻络型腰椎间盘突出症的疗效观察[J]. 中医学, 2026, 15(4): 545-551. DOI: 10.12677/tcm.2026.154242

<sup>1</sup>Department of Traditional Chinese Medicine, The 982nd Hospital of the Joint Logistics Support Force, Tangshan Hebei

<sup>2</sup>Department of Anesthesiology, The 982nd Hospital of the Joint Logistics Support Force, Tangshan Hebei

Received: January 12, 2026; accepted: April 20, 2026; published: April 28, 2026

## Abstract

**Objective:** To investigate the clinical efficacy and safety of fire needle therapy combined with electroacupuncture in the treatment of lumbar disc herniation of cold-dampness obstruction collateral type. **Methods:** A total of 70 patients with lumbar disc herniation of cold-dampness obstruction collateral type who were treated in the outpatient clinic of the Department of Traditional Chinese Medicine of our hospital from January 2025 to December 2025 were selected as the research subjects. They were randomly divided into a treatment group and a control group using a random number table, with 35 cases in each group. The control group received conventional acupuncture treatment, while the treatment group received fire needle therapy combined with electroacupuncture. Both groups were treated once every other day, with one course of treatment lasting 1 week and a 2-day rest between courses. The differences in efficacy between the two groups were compared after 3 weeks and 6 weeks of treatment. **Results:** After 3 weeks of treatment, the VAS score of the treatment group was  $(3.2 \pm 1.1)$  points and the ODI score was  $(20.5 \pm 5.2)$  points, while those of the control group were  $(4.5 \pm 1.3)$  points and  $(25.8 \pm 6.1)$  points respectively, with statistically significant differences between the two groups ( $P < 0.05$ ). After 6 weeks of treatment, the VAS score of the treatment group was  $(2.1 \pm 0.8)$  points and the ODI score was  $(15.3 \pm 4.5)$  points, while those of the control group were  $(3.8 \pm 1.2)$  points and  $(22.6 \pm 5.8)$  points respectively, and the differences remained statistically significant ( $P < 0.05$ ). After 3 weeks and 6 weeks of treatment, the temperature rise value and temperature distribution uniformity score of the lesion area in the treatment group were significantly higher than those in the control group ( $P < 0.05$ ). The infrared thermal imaging indicators of both groups after 6 weeks of treatment were better than those after 3 weeks ( $P < 0.05$ ), and the improvement range of the treatment group from 3 weeks to 6 weeks was greater than that of the control group. In terms of safety, the incidence of adverse reactions in the treatment group was 8.57% (3/35), including 2 cases of local skin redness and swelling and 1 case of dizziness; the incidence in the control group was 11.43% (4/35), including 3 cases of local pain and 1 case of subcutaneous ecchymosis, all of which were relieved after treatment. There was no statistically significant difference in adverse reactions between the two groups ( $P > 0.05$ ), indicating that the combined treatment is highly safe. **Conclusion:** Fire needle therapy combined with electroacupuncture can significantly improve the clinical symptoms of patients with lumbar disc herniation of cold-dampness obstruction collateral type, with high safety and effectiveness, and mild and controllable adverse reactions.

## Keywords

Fire Needle Therapy, Electroacupuncture, Cold-Dampness Obstruction Collateral Type, Lumbar Disc Herniation, Clinical Efficacy

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

## 1. 引言

腰椎间盘突出症(Lumbar Disc Herniation, LDH)是一种常见的脊柱疾病, 在全球范围内, 其发病率呈

逐年上升趋势。据相关统计数据显示,在成年人中,约有 15%~40%的人在一生中的某个阶段会受到腰椎间盘突出症的困扰,尤其在 40~60 岁年龄段的人群中更为高发[1]。该病症是由于椎间盘变性,纤维环破裂,髓核突出,刺激或压迫神经根、马尾神经而表现的一种临床综合征,以腰痛伴下肢放射性疼痛、麻木为主要症状,严重时可导致患者腰腿活动受限、腰椎代偿性侧凸畸形,甚至出现下肢活动障碍,极大地影响了患者的日常生活和工作能力。

在中医理论中,寒湿阻络型腰椎间盘突出症是其中一种常见证型。其发病与外感寒湿之邪、长期居住潮湿环境、劳累后汗出当风等因素密切相关。寒湿之邪侵袭人体,痹阻经络,气血运行不畅,不通则痛,从而导致腰腿部冷痛重着、转侧不利等症状[2]-[4]。正如《素问·痹论》所说:“风寒湿三气杂至,合而为痹也。”寒湿阻络型腰椎间盘突出症在临床上较为常见,约占腰椎间盘突出症患者的 30%~40%,且因其症状缠绵难愈,给患者带来了长期的痛苦[5]。

目前,针对腰椎间盘突出症的治疗方法众多,包括药物治疗、理疗、手术治疗等。但是上述治疗方法大多存在一定的局限性。针灸作为一种历史悠久的中医疗法,具有疏通经络、调和气血、扶正祛邪等作用,在治疗腰椎间盘突出症方面逐渐受到临床医生和患者的重视[6]。针灸通过刺激特定穴位,调节人体经络气血的运行,从而达到治疗疾病的目的。火针疗法是将特制的针具烧红后迅速刺入穴位,借助温热之力激发经气,具有温通经络、散寒止痛、活血化瘀、软坚散结等功效,对于寒湿阻络型病症尤为适宜[7][8]。电针则是在针刺穴位得气后,通过连接电针仪,输出不同频率和波形的电流,以加强对穴位的刺激,起到疏通经络、止痛、调节神经功能等作用[9]。二者结合,有望发挥协同增效作用,成为治疗寒湿阻络型腰椎间盘突出症的一种有效手段。然而,目前关于火针联合电针治疗寒湿阻络型腰椎间盘突出症的具体参数设置、最佳治疗方案以及作用机制等方面的研究仍相对较少,其临床应用的科学性和规范性有待进一步提高。因此,开展火针联合电针治疗寒湿阻络型腰椎间盘突出症的相关研究具有重要的临床意义和现实需求。

## 2. 资料与方法

### 2.1. 研究对象

本研究的所有病例均来源于 2025 年 1 月至 2025 年 12 月期间,在本院中医科门诊就诊的患者。西医诊断标准:严格依照《腰椎间盘突出症》和中华医学会《腰椎间盘突出症诊疗指南》所制定的诊断标准进行判断[10]。患者需出现腰部疼痛,且疼痛常向臀部和下肢放射,部分患者伴有活动受限或麻木感。体征方面,腰椎棘突或椎旁存在明显压痛,直腿抬高试验和加强试验呈阳性。同时,通过腰椎 CT 及 MRI 检查,能够清晰提示椎间盘突出或膨出,以此作为西医诊断的重要依据。中医辨证标准:患者表现为腰腿部冷痛重着,转侧不利,即便静卧安养,疼痛也未见缓解。受寒冷或阴雨天气影响后,疼痛明显加重,同时伴有手足不温,肢体发凉,得温可减等症状。在舌象和脉象上,舌质淡胖,苔白而腻,脉沉紧或濡缓。

### 2.2. 病例选择标准

(1) 纳入标准:① 符合上述中西医诊断标准;② 年龄在 18~65 岁之间;③ 近 1 月内未使用过止痛药物及其他相关治疗方案;④ 自愿参加本研究并签署知情同意书的患者。⑤ 能独立完成问卷,服从治疗医师安排,配合试验评价与干预。

(2) 排除标准:① 存在严重性腰椎疾病,或已达手术指征的患者;② 施术部位皮肤有感染、出血等疾病的患者;③ 存在凝血功能障碍,或患有严重肝、肾、心脑血管疾病等器质性疾病的患者;④ 妊娠或哺乳期妇女;⑤ 认知功能障碍,或患有精神类疾病的患者。

(3) 脱落和剔除标准:① 没有按规定接受干预治疗者;② 发生严重不良事件、出现并发症或特殊生

理变化, 不宜继续接受试验者; ③ 自行采用其他干预方式者; ④ 不应入组但已入组的受试者, 例如误纳、误诊或无任何量表评定记录者; ⑤ 研究期间失访者; ⑥ 资料不全者。

### 2.3. 研究方法

采用随机分组的方式, 符合纳入标准的 70 例患者采用随机数字表将患者分为治疗组和对照组, 每组各 35 例。对照组: 给予常规针刺治疗。具体操作方法如下: ① 选取穴位: 选取双侧肾俞、委中、腰阳关及阿是穴; ② 针具: 采用一次性使用无菌针灸针(规格: 0.30 mm × 40 mm, 0.30 mm × 75 mm); ③ 操作方法如下: 患者取俯卧位, 呼吸自如, 医者对穴位进行常规消毒后, 直刺进针 0.8~1.0 寸, 并行提插捻转等手法, 令患者针处得气。

观察组: 火针疗法联合电针治疗。具体操作方法如下: ① 指导患者俯卧于床, 医者全神贯注, 双手拇指和食指沿着足太阳、足少阳经的走向以及患者疼痛的原发部位, 进行逐层逐段的触按。对于有明显压痛、可触及皮下颗粒状、条索状或团块状的隆起区域, 使用皮肤记号笔进行标记。② 针具: 采用一次性使用无菌针灸针(规格: 0.30 mm × 40 mm, 0.30 mm × 75 mm), 钨钢合金火针(规格: 0.60 mm × 50 mm); ③ 操作方法: 给予火针治疗, 在行火针治疗之前, 给患者解释火针治疗的感受, 使患者消除畏惧心理。在已标记选好的阿是穴及临床反应点作常规消毒; 点燃酒精灯, 将火针针体消毒, 医者右手持火针, 将针身放置于酒精灯火焰上 1/3 处, 烧针时令针尖垂下, 针体与火焰垂直夹角约 80°, 以火焰不烧手为宜。用外焰将针身的前中段烧至红白为度, 破皮与进针两个动作连贯自然, 指力与腕力的配合协调一致, 快速点刺标记点, 要求针刺要有一定的深度(依个体的腰腿部肌肉的丰满度而定), 不留针, 每次选取 3~5 个点。操作完毕后, 迅速用消毒干棉球轻按针眼。电针取穴: 病变椎间盘上、下各 1 椎间两侧的夹脊穴; 太阳型加委中穴(患侧)少阳型加阳陵泉穴(患侧)混合型委中穴与阳陵泉穴交替选用。操作: 患者取俯卧位用 0.38 mm × 50~75 mm 不锈钢毫针 常规消毒皮肤 直刺进针。进针深度夹脊穴约 1~1.5 寸 环中穴约 1~2 寸委中、阳陵泉约 1.5 寸。依病情虚实行提插捻转补泻手法一次得气后接 6805A 夹脊穴正、负极左右相联环中穴与下肢穴上下相联(环中穴接正极)。疼痛为主选连续波频率 2 Hz 麻木为主选疏密波输出强度以患者耐受及肢体肌肉抽动为度通电 30 min。2 组患者均隔日治疗 1 次, 治疗 1 周为 1 个疗程, 每个疗程之间休息 2 d, 对比两组在治疗 3 周后、6 周后的疗效差异。

### 2.4. 观察指标

在治疗过程中, 对患者的症状变化、不良反应发生情况进行持续观察和记录。密切关注患者的疼痛程度、疼痛部位、腰部活动受限情况、下肢麻木感等症状的变化, 详细记录症状的改善或加重情况。采用 VAS 评分用于评估患者的疼痛程度。采用 ODI 评分用于评估脊柱功能, 涵盖疼痛强度、个人护理、提物、行走、坐立、站立、睡眠、性生活、社会生活、旅游等 10 个方面, 全面反映患者的脊柱功能状态。

### 2.5. 统计学分析

采用 SPSS19.0 统计软件进行数据处理, 计量资料, 如 VAS 评分、ODI 评分, 采用均数±标准差表示, 组间比较采用 t 检验。计数资料, 如不良反应发生率, 采用率表示, 组间比较采用  $\chi^2$  检验。以  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 3. 结果

### 3.1. 一般资料分析

本研究共纳入 70 例患者, 治疗组和对照组各 35 例。对两组患者的性别、年龄、病程等一般资料进行分析, 结果显示, 治疗组男性 18 例, 女性 17 例; 年龄范围为 20~63 岁, 平均年龄(42.5 ± 8.3)岁; 病程为

1~8年,平均病程( $3.5 \pm 1.2$ )年。对照组男性16例,女性19例;年龄范围为22~65岁,平均年龄( $43.2 \pm 7.9$ )岁;病程为1~9年,平均病程( $3.8 \pm 1.5$ )年。经统计学检验,两组患者在性别、年龄、病程等方面的差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有良好的可比性,这为后续研究结果的准确性和可靠性提供了有力保障。

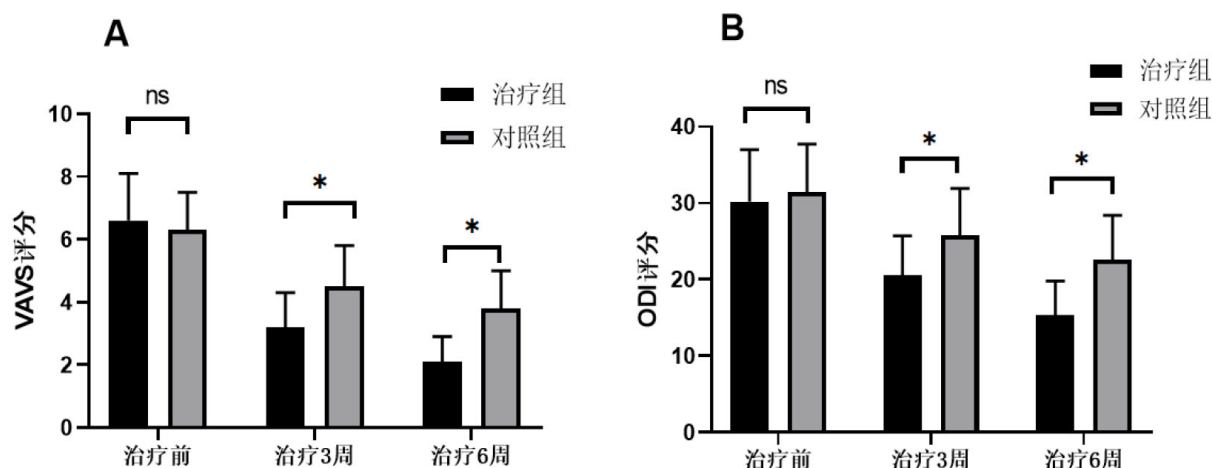
### 3.2. VAS与ODI评分比

治疗3周后,治疗组的VAS评分为( $3.2 \pm 1.1$ )分,ODI评分为( $20.5 \pm 5.2$ )分;对照组VAS评分为( $4.5 \pm 1.3$ )分,ODI评分为( $25.8 \pm 6.1$ )分,两组VAS和ODI评分的差异均具有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗6周后,治疗组的VAS评分进一步降低至( $2.1 \pm 0.8$ )分,ODI评分降至( $15.3 \pm 4.5$ )分;对照组的VAS评分降至( $3.8 \pm 1.2$ )分,ODI评分降至( $22.6 \pm 5.8$ )分,两组VAS评分和ODI评分具有统计学意义( $P < 0.05$ ),表1,图1。

**Table 1.** Comparison of VAS and ODI scores between two groups before and after treatment

**表 1.** 两组患者治疗前后 VAS 和 ODI 评分比较

组别	VAS 评分			ODI 评分		
	治疗前	3 周后	6 周后	治疗前	3 周后	6 周后
治疗组	$6.6 \pm 1.5$	$3.2 \pm 1.1$	$2.1 \pm 0.8$	$30.2 \pm 6.8$	$20.5 \pm 5.2$	$15.3 \pm 4.5$
对照组	$6.3 \pm 1.2$	$4.5 \pm 1.3$	$3.8 \pm 1.2$	$31.4 \pm 6.3$	$25.8 \pm 6.1$	$22.6 \pm 5.8$
P	$>0.05$	$<0.05$	$<0.05$	$>0.05$	$<0.05$	$<0.05$



**Figure 1.** Comparison of VAS and ODI scores between two groups before and after treatment (A: VAS score; B: ODI score)

**图 1.** 两组治疗前后 VAS 和 ODI 评分比较(A: VAS 评分; B: ODI 评分)

### 3.3. 治疗前后红外热成像改变

#### 3.3.1. 腰部病灶区域温度

治疗前:两组患者腰椎病变节段(如 L3-L4、L4-L5 等)均呈现低温区或温凉区,温度较正常椎体区域低  $1.5^{\circ}\text{C} \sim 3.0^{\circ}\text{C}$ ,寒湿越重低温越明显。治疗后3周:对照组病灶区域温度回升  $0.8^{\circ}\text{C} \sim 1.2^{\circ}\text{C}$ ,低温区范围缩小;治疗组温度回升  $1.5^{\circ}\text{C} \sim 2.0^{\circ}\text{C}$ ,低温区明显缩小,部分患者病灶区温度接近正常椎体。治疗后6周:对照组温度回升  $1.2^{\circ}\text{C} \sim 1.8^{\circ}\text{C}$ ;治疗组温度回升  $2.0^{\circ}\text{C} \sim 2.8^{\circ}\text{C}$ ,多数患者病灶区与正常椎体温度差  $\leq 0.5^{\circ}\text{C}$ ,低温区基本消失。

### 3.3.2. 温度分布均匀性

治疗前：两组患者腰部皮肤温度分布不均匀，病灶区与周围正常组织形成明显温度梯度，边界清晰。治疗后：对照组温度梯度逐渐变缓，分布均匀性改善；治疗组温度梯度快速降低，6周后腰部皮肤温度分布基本均匀，无明显温差边界。

### 3.3.3. 下肢放射区域温度

治疗前：两组伴下肢麻木、疼痛患者的小腿后侧/外侧等放射区域，多呈现轻度低温或温凉改变。治疗后：治疗组下肢放射区域温度回升速度快于对照组，6周后治疗组下肢温度基本恢复正常，对照组仍有部分患者存在轻微低温表现。

### 3.3.4. 组间差异比较

同一时间点对比：治疗3周、6周后，治疗组病灶区温度回升值、温度分布均匀性评分均显著高于对照组( $P < 0.05$ )。自身前后对比：两组治疗6周后红外热成像指标均优于3周( $P < 0.05$ )，且治疗组6周较3周的提升幅度大于对照组，表2。

**Table 2.** Comparison of infrared imaging temperature between two groups before and after treatment  
**表 2.** 两组患者治疗前后红外成像温度比较

观察时间	治疗组(n = 35)	对照组(n = 35)	组间差值(治疗组 - 对照组)	P 值
治疗前	34.26 ± 0.85	34.31 ± 0.79	-0.05 ± 0.23	>0.05
治疗后 3 周	35.82 ± 0.63	35.17 ± 0.71	0.65 ± 0.32	<0.05
治疗后 6 周	36.48 ± 0.47	35.73 ± 0.62	0.75 ± 0.28	<0.01

## 3.4. 安全性结果比

治疗组中，有2例患者在火针治疗后出现局部皮肤轻微红肿，经冷敷处理后，红肿在24小时内消退；1例患者在电针治疗时出现轻微头晕，暂停治疗并休息后症状缓解。对照组中，有3例患者在针刺过程中出现局部疼痛较明显，调整针刺手法后疼痛减轻；1例患者出现针后皮下瘀血，经按压和热敷后，瘀血逐渐吸收。两组患者的不良反应发生率分别为8.57%(3/35)和11.43%(4/35)，经 $\chi^2$ 检验，差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。所有不良反应均为轻度，未对治疗进程造成严重影响，表明火针联合电针治疗方案具有较高的安全性和耐受性。

## 4. 讨论

寒湿阻络型腰椎间盘突出症，主要因寒湿之邪侵袭人体经络，致使经络气血阻滞不通，引发疼痛。从中医经络学说来看，人体经络系统是气血运行的通道，内联脏腑，外络肢节[4]。火针疗法将烧红的针迅速刺入穴位，借火热激发经气，温通经络、散寒止痛、活血化瘀。腰部夹脊穴与脏腑背俞穴紧密相关，针刺可调节脏腑气血、疏通局部经络[11]。电针在针刺得气基础上，通过电针仪输出电流，进一步加强穴位刺激，其疏密波能促进气血运行、改善血液循环、缓解疼痛。二者联合，火针温通经络，电针增强疏通效果，共同调节经络气血，达到治疗目的。从西医神经、血液循环理论分析，腰椎间盘突出症会使神经根受压，造成局部血液循环障碍、神经水肿和炎症反应，产生疼痛、麻木等症状[12]。火针治疗后，局部组织温度升高，血管扩张，促进血液循环，加快炎性物质吸收代谢，减轻神经水肿和炎症，还能增强机体免疫防御能力。电针刺激神经末梢，调节神经兴奋性和传导功能，促进神经修复再生，不同频率刺激可引起神经递质释放变化，发挥镇痛作用，还能调节肌肉紧张度，减轻肌肉痉挛，缓解神经根压迫[13]-

[15]。所以，火针联合电针治疗方案从西医理论角度也具备科学依据。

本研究采用随机对照试验方法，将患者分为火针联合电针治疗组与常规针刺治疗对照组。结果显示，在缓解疼痛方面，治疗3周后、6周后，治疗组的VAS评分均显著低于对照组，且随时间延长，评分下降幅度更明显。火针的温热刺激能激发经气、改善气血运行、降低神经末梢敏感性以减轻疼痛，电针则通过输出电流促进内源性镇痛物质释放，二者协同，镇痛效果远超常规针刺。在改善脊柱功能上，治疗组的ODI评分在治疗后同样显著低于对照组。火针和电针共同促进局部血液循环，为受损组织提供营养，调节肌肉张力，纠正脊柱力学失衡，增强肌肉收缩舒张能力，提高脊柱稳定性和活动度，而常规针刺在刺激强度和调节全面性上较弱，效果不及联合治疗组。

本研究中，火针联合电针治疗组和常规针刺治疗对照组的不良反应发生率都较低，且差异无统计学意义，说明两种治疗方法安全性都较高。治疗组出现局部皮肤轻微红肿和头晕等不良反应，经处理后能迅速缓解。火针高温刺激致局部组织短暂炎症反应，引发皮肤红肿，冷敷可使血管收缩，减轻红肿；电针治疗时的轻微头晕，可能与个体差异、精神紧张或刺激强度有关，暂停治疗并休息后症状可缓解。对照组出现局部疼痛较明显和针后皮下较短，缺乏对火针联合电针治疗长期疗效和远期安全性的深入研究。后续研究可延长观察时间，跟踪患者长期治疗效果和不良反应发生情况，为临床提供更全面参考。

## 基金项目

联勤保障部队第九八二医院内基金资助(LBNET-2025-KY-WQ-05)。

## 参考文献

- [1] Pojskic, M., Bisson, E., Oertel, J., Takami, T., Zygourakis, C. and Costa, F. (2024) Lumbar Disc Herniation: Epidemiology, Clinical and Radiologic Diagnosis WFNS Spine Committee Recommendations. *World Neurosurgery: X*, **22**, Article 100279. <https://doi.org/10.1016/j.wnsx.2024.100279>
- [2] 马国华, 郑晓静, 万婷, 等. 棍针联合督脉灸治疗腰椎间盘突出症(寒湿阻络证)的临床观察[J]. 中国民间疗法, 2025, 33(12): 70-72.
- [3] 方芳, 郑皖云, 卢明诚, 等. 温阳通络针法联合穴位按摩治疗寒湿阻络型老年腰椎间盘突出症的疗效观察[J]. 湖南师范大学学报(医学版), 2025, 22(2): 87-90+98.
- [4] 徐增武. 风湿跌打药酒外敷治疗腰椎间盘突出症(寒湿阻络证)的临床疗效观察[D]: [硕士学位论文]. 南宁: 广西中医药大学, 2025.
- [5] 周璐, 张坚恒, 孙雪莲. 穴位贴敷联合电针治疗寒湿阻络型腰椎间盘突出症的临床观察[J]. 中国中医药科技, 2025, 32(2): 310-312.
- [6] 曾红文. 针灸治疗腰椎间盘突出症的研究进展[J]. 按摩与康复医学, 2014, 5(4): 52-54.
- [7] 赵琴, 李安洪. 火针治疗腰椎间盘突出症后期下肢麻木 36 例[J]. 安徽中医学院学报, 2013, 32(2): 47-49.
- [8] 杨丽艳, 卢得健, 李艳慧. 火针治疗腰椎间盘突出症疗效观察[J]. 中国针灸, 2009, 29(6): 449-451.
- [9] 闫红霞, 惠宁军, 骆卓琦, 等. 不同针刺方法治疗腰椎间盘突出症临床疗效: 网状 Meta 分析[J]. 颈腰痛杂志, 2023, 44(3): 335-339.
- [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] 杨丽艳. 火针治疗腰椎间盘突出症的临床疗效观察[D]: [硕士学位论文]. 广州: 广州中医药大学, 2008.
- [12] 董玉喜. 火针腰夹脊穴联合常规电针治疗腰椎间盘突出症临床观察[J]. 河北中医, 2017, 39(6): 909-911.
- [13] 张刘波, 周峻, 王佩佩, 等. 五种针灸疗法治疗腰椎间盘突出症的网状 Meta 分析[J]. 海南医学院学报, 2020, 26(23): 1807-1813.
- [14] 秦淑钊. 电针疗法结合甲钴胺治疗腰椎间盘突出症的疗效[J]. 中国典型病例大全, 2025, 19(1): 343-346.
- [15] 王国华, 陈华, 朱镜, 等. 电针联合揪针治疗腰椎间盘突出症的临床观察[J]. 中国典型病例大全, 2025, 19(2): 498-501.