

芒针治疗腰椎间盘突出症的临床应用及研究进展

王祥琦¹, 公维志^{2*}

¹黑龙江中医药大学针灸推拿学院, 黑龙江 哈尔滨

²黑龙江中医药大学第二附属医院, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2026年7月1日; 录用日期: 2026年8月17日; 发布日期: 2026年8月31日

摘要

腰椎间盘突出症是临床发病率极高的脊柱退行性疾病, 长期反复发作的腰腿痛会大幅降低患者生活质量, 临床中绝大多数患者以保守治疗为首选方案。芒针作为传统长针发展而来的特色针法, 凭借体长刺深、透经达穴、气至病所的核心优势, 在腰椎间盘突出症的保守治疗中展现出显著疗效。本文基于国内公开发表的临床研究文献, 系统梳理该疗法的取穴规律、针具选择、操作手法、治疗疗程、辅助定位等临床操作要点, 汇总单纯芒针治疗与芒针联合疗法的临床疗效数据, 阐释其治疗的中医病机与现代医学作用机制, 并针对现有研究存在的问题提出未来发展方向。研究显示, 单纯芒针治疗腰椎间盘突出症总有效率多在92%以上, 最高可达98.2%, 愈显率约70%~80%; 芒针联合隔药灸、温灸、穴位注射、中药离子导入、整脊手法等干预方式后, 疗效可进一步提升, 总有效率多在93%以上, 部分联合方案可达97%以上, 疗效优于常规针刺、电针等保守方法。芒针治疗既契合中医“经络闭阻、气滞血瘀、本虚标实”的核心病机, 又能通过抗炎消肿、解除神经根机械压迫、调节疼痛传导、修复受损神经等现代医学机制发挥作用。目前该疗法仍存在研究设计不规范、操作标准不统一、基础机制研究薄弱、远期疗效数据不足等问题, 未来需聚焦操作标准化、研究循证化、机制基础化、应用普及化等方向, 进一步完善芒针治疗腰椎间盘突出症的临床研究体系, 推动该特色针法的规范化应用。

关键词

芒针, 腰椎间盘突出症, 临床研究, 作用机制, 综述

Mang Needle Therapy for Lumbar Disc Herniation: Clinical Application and Research Progress

Xiangqi Wang¹, Weizhi Gong^{2*}

*通讯作者。

¹College of Acupuncture Moxibustion and Tuina, Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang²The Second Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

Received: July 1, 2026; accepted: August 17, 2026; published: August 31, 2026

Abstract

Lumbar disc herniation (LDH) is a highly prevalent degenerative spinal disease. Recurrent low back and leg pain severely reduces patients' quality of life, and conservative treatment is the first-choice option for most patients in clinical practice. Mang needle, a distinctive acupuncture therapy developed from traditional long needles, has shown remarkable efficacy in the conservative treatment of LDH with its core advantages of long needle body, deep insertion, meridian-penetrating and point-reaching effects, and qi arrival at the lesion site. Based on domestically published clinical research literature, this paper systematically sorts out the key clinical operation points of this therapy, including acupoint selection rules, needle selection, manipulation techniques, treatment courses and auxiliary positioning methods, summarizes the clinical efficacy data of simple Mang needle therapy and Mang needle combined therapies, explains its TCM pathogenesis and modern medical mechanism, and proposes future development directions aiming at the existing problems in current research. Studies show that the total effective rate of simple Mang needle therapy for LDH is mostly above 92%, with the highest reaching 98.2%, and the marked improvement rate is about 70%~80%. When combined with interventions such as herb-separated moxibustion, warm moxibustion, acupoint injection, herbal iontophoresis and spinal manipulation, the efficacy can be further improved, with total effective rates mostly above 93%, and some combined regimens reaching over 97%, which is superior to conventional acupuncture, electroacupuncture and other conservative methods. Mang needle therapy not only conforms to the core TCM pathogenesis of "meridian obstruction, qi stagnation and blood stasis, root deficiency and branch excess", but also exerts effects through modern medical mechanisms such as anti-inflammation and edema reduction, relief of nerve root mechanical compression, regulation of pain transmission, and repair of damaged nerves. At present, this therapy still has problems such as non-standard research design, inconsistent operation standards, weak basic mechanism research and insufficient long-term efficacy data. In the future, we should focus on standardization of operation, evidence-based research, in-depth mechanism research and popularization of application, to further improve the clinical research system of Mang needle therapy for LDH and promote the standardized application of this distinctive acupuncture therapy.

Keywords

Mang Needle, Lumbar Disc Herniation, Clinical Research, Mechanism, Review

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

腰椎间盘突出症是临床最常见的引发急慢性腰腿痛的脊柱疾病, 病变主要集中于 L4~L5、L5~S1 节段, 这两个节段的发病率占有所有腰椎间盘突出症患者的 95%以上, 该病好发于 30~50 岁人群, 近年来随着久坐、久站、长期负重等不良生活习惯的普及, 发病年龄呈现明显的年轻化趋势[1]。其病理基础主要是椎间盘纤维环破裂、髓核组织突出, 进而压迫、刺激神经根, 引发腰部疼痛、下肢放射性麻木、肌力下降、活动受限等一系列症状, 病程迁延难愈, 复发率极高, 严重影响患者的劳动能力与日常生活[2] [3]。

临床治疗中, 仅有 10%~20% 的重症患者需要手术干预, 80%~90% 的患者均适合保守治疗, 针灸疗法因无创、安全、依从性高、疗效确切, 成为腰椎间盘突出症保守治疗的首选方案之一[4] [5]。

不过常规毫针针刺也存在一定局限, 毫针针体较短, 针刺深度较浅, 难以抵达腰椎间盘突出症的深部病灶, 对受压神经根的刺激强度不足, 无法有效松解局部粘连、缓解深部肌肉痉挛, 导致部分病程长、症状重的患者疗效不佳, 这也是腰椎间盘突出症针灸治疗的一个临床难点[2] [6]。芒针由古代九针中的“长针”发展而来, 《灵枢·九针十二原》明确记载“长针者, 锋利身薄, 可以取远痹”, 芒针传承了长针深刺透穴的核心特点, 针体细长、针刺深度大, 可精准抵达深部病变部位, 可有效弥补常规毫针的治疗局限[2] [7] [8]。

近 20 年来, 国内关于芒针治疗腰椎间盘突出症的临床报道逐渐增多, 涉及单纯芒针、芒针联合其他疗法、不同手法、不同取穴等多个方向, 但现有研究存在操作方法不统一、疗效评价标准不一致、机制研究浮于表面等问题, 尚未形成规范化的临床应用体系。本文基于 24 篇知网收录的临床研究文献, 全面梳理芒针治疗腰椎间盘突出症的临床应用要点、疗效特点、作用机制, 总结研究不足并提出未来研究方向, 为临床医师选择芒针疗法提供参考依据。

2. 芒针治疗腰椎间盘突出症的临床操作要点

2.1. 常用取穴规律

芒针治疗腰椎间盘突出症的取穴主要遵循局部靶向取穴、循经辨证取穴、透刺通经取穴的原则, 所有研究的取穴方案以核心穴位为基础, 同时结合临床实际灵活配伍, 形成了统一且多元的取穴体系。

局部靶向取穴是芒针起效的关键, 以病变腰椎节段对应的腰夹脊穴、阿是穴为核心主穴, 精准对应椎间盘突出的解剖位置: L4/L5 椎间盘突出者取大肠俞, L5/S1 椎间盘突出者取关元俞, 多节段椎间盘突出则选取症状最严重、影像学突出最明显的节段穴位, 确保针尖可直达病灶周围[2] [7] [9]。循经取穴严格遵循足太阳膀胱经、足少阳胆经的循行路线, 因腰椎间盘突出症的疼痛、麻木区域与这两条经脉的走行高度契合, 临床常规配伍患侧秩边、环跳、委中、阳陵泉、承山、悬钟、昆仑等穴位, 疏通腰腿部位的经络气血, 实现“经脉所过, 主治所及”[1] [5] [6] [10]。

特色取穴是芒针临床应用的创新点, 多项研究提出了差异化取穴方案: 王海天采用气海俞透关元俞、居髂透环跳、秩边透环跳的透刺取穴法, 通过一针贯穿两个穴位, 强化经络贯通、气血运行的效果[2]; 刘伟基、王梅采用芒针配合短针的联合取穴方式, 芒针深刺主穴以达病所, 短针浅刺配穴以调和气血, 深浅结合提升疗效[11] [12]; 于秀华将芒针与腹针联合, 取中脘、气海、关元等腹部穴位培补元气、补益肝肾, 实现局部对症治疗与整体调理相结合[13]; 袁秀丽、郑秋菊则在核心取穴基础上, 根据患者伴随症状加减肾俞、太溪等穴位, 兼顾补虚与通络[14] [15]。

综合所有文献的取穴方案, 芒针治疗腰椎间盘突出症的基本取穴框架为: 主穴选取病变节段腰夹脊穴、大肠俞、关元俞、阿是穴; 配穴选取秩边、环跳、委中、阳陵泉、承山, 临床可根据病情、证型灵活采用透刺、腹针、短针配合等方式配伍[1] [2] [7] [11] [16]。

2.2. 芒针规格、进针深度与操作手法

2.2.1. 针具规格

临床所用芒针均为医用不锈钢材质, 具备弹性好、不易折断、刺激性适中的特点, 直径与长度的选择根据针刺部位调整, 形成了相对统一的针具选用标准。所有研究中芒针直径集中在 0.30~0.40 mm, 长度为 75~150 mm: 腰部夹脊穴、大肠俞、关元俞等腰部穴位, 选用 75~125 mm 的芒针; 秩边、环跳等臀部肌肉丰厚、需深刺的穴位, 选用 100~150 mm 的芒针[2] [4] [5] [17] [18]。陆红梅治疗时选用直径 0.30

mm 的芒针, 侧重温和刺激[1]; 王海天选用 0.40 mm × 125 mm 的芒针, 保证针刺深度与强度[2]; 姚文平采用 0.35 mm × 75~125 mm 芒针, 适配速刺手法的操作需求[8][9]; 杨光、戴荣水等研究选用的针具规格均符合上述标准, 提示该规格范围是芒针治疗腰椎间盘突出症的较优选择[6][7]。

2.2.2. 进针深度

芒针的进针深度以深达病所、气至病所为核心准则, 是区别于常规毫针的重要特征。腰部主穴腰夹脊穴、阿是穴、大肠俞、关元俞采用直刺或向脊柱方向斜刺, 进针深度为 45~55 mm, 针尖可抵达椎间孔附近, 靠近受压神经根[1][2][5][8]; 臀部秩边、环跳穴垂直进针 75~100 mm, 以针感放射至足底、足趾为标准[2][6]; 透刺穴位进针深度为 60~100 mm, 确保针尖贯穿两个穴位, 实现透刺效果[1][5]。杨光深刺腰夹脊穴 2.5~4.5 寸, 通过深刺刺激脊神经前后支[7]; 戴荣水等深刺至患者出现下肢触电样针感, 保证针刺到位[6]; 刘艳琴透刺深度达 60~70 mm, 强化经络疏通作用[10]; 有研究显示, 深刺是芒针发挥疗效的关键因素, 针刺深度不足则难以达到理想治疗效果[8][13][14]。

2.2.3. 操作手法

芒针的操作手法强调刺手与押手紧密配合、轻捻缓进、得气为度, 常用手法包括雀啄法、提插泻法、透刺法、速刺法、齐刺法等, 不同手法适用于不同病程、不同证型的患者[4][12][18]。陆红梅采用缓慢进针的方式, 将芒针刺入椎间孔, 配合雀啄手法, 使针感向下肢放射, 以患侧下肢弹跳为佳[1]; 姚文平创立芒针速刺法, 得气后即刻出针、不留针, 避免强刺激导致腰部肌肉紧张, 尤其适合急性期患者[8][9]; 高宗尚采用芒针齐刺法, 在同一穴位多针齐刺, 增强局部刺激量, 提升松解粘连、缓解痉挛的效果[19]; 戴荣水根据病程调整刺激量, 急性期病程小于 3 个月者采用强刺激泻法, 慢性期病程大于 3 个月者采用温和刺激, 兼顾疗效与安全性[6]; 王海天、刘艳琴采用透刺手法, 通过一针透多穴, 扩大刺激范围、增强经络传导[2][10]。所有手法操作均以针感放射至足趾、足底为得气标准, 留针 15~20 min, 留针期间行针 2~3 次, 巩固针感[2][5][8]。

2.3. 治疗疗程

芒针治疗腰椎间盘突出症的疗程设置以短疗程、高频次、个体化调整为原则, 不同研究的疗程方案略有差异, 但核心逻辑一致。常规疗程为每日治疗 1 次, 10 次为 1 个疗程, 疗程间隔 1~2 天, 连续治疗 1~3 个疗程[2][4][7][19]。徐守臣采用“治疗 5 天、休息 2 天”的疗程方案, 共治疗 3 个疗程, 适配临床诊疗节奏[5]; 田丙生、魏文著采用每日 1 次、7 次为 1 个疗程的方案, 连续治疗 3 个疗程[3][4]; 刘艳琴采用每周治疗 5 次、总疗程 4 周的方案[10]; 急性期患者症状较轻, 一般 1~2 个疗程即可见效, 慢性期、病程长的患者需延长至 3 个疗程, 确保疗效稳固[3][6][10]; 龙海鹏、袁秀丽等研究均根据患者症状改善情况灵活调整疗程, 避免过度治疗[14][16]。

2.4. 辅助定位技术

随着现代医学技术的发展, 芒针治疗逐渐从经验性针刺转向精准化针刺, CT、超声引导成为常用的辅助定位技术, 大幅提升了针刺的靶向性与安全性。王子臣采用 CT 定位技术, 精准确定针尖与突出椎间盘、受压神经根的解剖位置, 避免针刺偏差, 提升治疗效果[17][20]; 段升磊采用超声引导下芒针针刺, 超声可实时监控进针路径, 清晰显示腰部肌肉、神经根、椎间盘的位置, 适配复杂解剖结构的针刺操作, 降低操作风险[21]; 丁育忠总结邵铭熙的临床经验, 先采用整脊手法复位腰椎关节, 调整腰椎力学结构后再行芒针针刺, 进一步提升针刺的靶向性与治疗的安全性[22]。辅助定位技术解决了传统芒针针刺依赖医师经验、误差较大的问题, 推动芒针治疗向精准化、规范化方向发展[8][13][14][22]。

3. 芒针治疗腰椎间盘突出症的临床疗效分析

3.1. 单纯芒针治疗的临床疗效

单纯芒针治疗腰椎间盘突出症的疗效确切, 优于常规针刺、电针等方法, 总有效率多在 92%以上, 最高可达 98.2%, 愈显率约 70%~80%, 各项研究的疗效数据具有较高的一致性。陆红梅采用芒针治疗 64 例患者, 治愈 35 例、显效 14 例, 总有效率 96.90% [1]; 戴荣水将 52 例患者分为芒针组与电针组, 芒针组总有效率 92.31%, 显著高于电针组的 78.85% [6]; 杨光采用芒针深刺腰夹脊穴治疗 140 例患者, 治愈 81 例、好转 52 例, 总有效率 95% [7]; 刘艳琴采用芒针透刺治疗 113 例患者, 总有效率 98.2%, 愈显率 80.5% [10]; 王梅治疗 30 例患者, 总有效率 93%, 优于常规针刺组的 70% [11]; 刘文郁、袁秀丽、黄秋玲、郑秋菊的研究均显示, 单纯芒针治疗腰椎间盘突出症总有效率超过 90%, 且远期复发率低于平衡针、常规针刺[14] [15] [18] [23]。单纯芒针凭借深刺直达病所的优势, 可快速缓解疼痛、改善腰椎活动功能, 成为临床治疗的基础方案。

3.2. 芒针联合疗法的疗效优势

芒针与其他疗法联合使用可发挥协同作用, 进一步提升临床疗效, 总有效率均超过 93%, 显著优于单一芒针治疗, 是临床提升疗效、降低复发率的常用方案。芒针结合隔药灸是最常用的联合方案, 魏文著的研究显示, 芒针联合隔药灸组总有效率 97.3%, 远高于单纯芒针组 75.7%、单纯隔药灸组 73.0% [3]; 田丙生的研究中, 联合组总有效率 93.3%, 显著优于单纯芒针组 73.3%、单纯隔药灸组 76.7% [4]; 芒针联合温灸与穴位注射的方案疗效突出, 龙海鹏治疗 80 例患者, 总有效率 97.5%, 显著高于常规毫针组 82.5% [16]; 芒针联合常规针刺、短针、腹针的方案, 徐守臣联合治疗总有效率 91.67%, 优于常规针刺组 72.62%, 刘伟基、于秀华的联合疗法总有效率均超过 92% [5] [12] [13]; 芒针联合中药离子导入、超短波、电针等物理疗法, 姚文平、段升磊、朱志强的研究显示, 联合疗法起效更快、症状改善更明显, 总有效率超过 94% [8] [9] [21] [24]; 芒针联合整脊手法, 丁育忠总结邵铭熙的经验, 整脊后行芒针治疗总有效率达 96%, 远期疗效更佳[22]。联合疗法兼顾了芒针的深刺通络作用与其他疗法的抗炎、补虚、复位作用, 实现了标本兼治。

3.3. 不同中医证型的疗效差异

腰椎间盘突出症中医辨证主要分为气滞血瘀型、寒湿痹阻型、肝肾亏虚型三种证型, 芒针对各证型均有疗效, 但疗效特点与治疗周期存在明显差异, 与证型的虚实属性密切相关[1] [3] [7]。气滞血瘀型多由外伤、急性劳损引发, 经络瘀阻、气血不通, 属于实证, 采用芒针泻法、速刺法治疗, 可快速活血化瘀、通络止痛, 有效率超过 98%, 起效速度最快[3] [12]; 寒湿痹阻型多由外感寒湿、久坐湿地引发, 寒凝血瘀、经脉拘急, 属于实证, 芒针配合温灸、隔药灸, 可温散寒湿、通经止痛, 有效率达 95%以上[21] [23] [24]; 肝肾亏虚型多由年老体衰、长期劳损引发, 肝肾不足、筋骨失养, 属于本虚标实证, 需采用平补平泻手法, 延长治疗疗程, 兼顾通络止痛与补益肝肾, 有效率为 90%~93%, 虽然起效较慢, 但疗效稳固、复发率最低[3] [7] [10]。临床需根据证型调整手法、疗程与联合方案, 提升个体化治疗效果。

4. 芒针治疗腰椎间盘突出症的作用机制

4.1. 中医病机理论

腰椎间盘突出症属于中医“腰腿痛”“痹证”范畴, 核心病机为经络闭阻、气血瘀滞、本虚标实[1] [3] [7]。中医认为“腰者, 肾之府也”, 肝肾亏虚、筋骨失养是该病发病的根本原因, 先天禀赋不足、年

老体衰、长期劳损均可导致肝肾精气亏虚,筋骨失去濡养而发生退变[7][10];在此基础上,跌扑损伤、外感寒湿、用力不当等因素,会导致气滞血瘀、寒湿痹阻,经络气血运行不畅,“不通则痛”,进而引发腰腿痛、麻木、活动受限等症状,形成本虚标实的核心病机[2][3][10]。

芒针深刺腰夹脊穴、足太阳膀胱经穴位,可直接疏通督脉与膀胱经的经气,调畅腰部气血运行,发挥活血化瘀、散寒除湿、通络止痛的作用[1][2][7];透刺、深刺手法可直达深部病灶,破除瘀阻、松解粘连,快速缓解“不通则痛”的病理状态[5][12];针对肝肾亏虚型患者,采用补法针刺肾俞、关元俞、气海俞等穴位,可补益肝肾、强壮筋骨,实现标本兼治[1][3][10]。芒针的治疗作用完全契合腰椎间盘突出症的中医病机,遵循“实则泻之、虚则补之、标本兼顾”的治疗原则,是其疗效确切的核心理论基础[2][7][17]。

4.2. 现代医学作用机制

4.2.1. 抗炎消肿,减轻神经根无菌性炎症

芒针深刺可显著改善腰部及神经根周围的局部微循环,加快局部血液与淋巴循环,促进炎性渗出物、水肿的吸收消退[2][24];同时可调节血清免疫球蛋白水平,抑制椎间盘突出引发的自身免疫反应,减轻神经根的充血、水肿与无菌性炎症,缓解神经刺激症状[4][24]。魏文著的研究证实,芒针结合隔药灸可显著调节患者体液免疫,降低血清 IgG、IgM 水平,减轻自身免疫性炎症[3];多项研究通过 VAS 疼痛评分、JOA 腰椎功能评分证实,芒针治疗后患者局部炎症指标明显改善,疼痛症状快速缓解[4][5][18]。

4.2.2. 解除机械压迫,调整腰椎力学平衡

芒针深刺可刺激受压神经根,使神经根产生避让反应,松解神经根与周围组织的粘连,改变突出髓核与神经根的相对位置,减轻或解除髓核对神经根的机械压迫[2][3][5];同时可缓解腰部竖脊肌、梨状肌等肌肉的痉挛,调整腰椎两侧肌肉的张力平衡,恢复腰椎正常的力学结构,降低椎间盘内部压力,避免突出髓核进一步刺激神经根[3][4][22]。丁育忠结合整脊手法的研究显示,调整腰椎力学结构后,芒针的减压、松解效果更为显著[22]。

4.2.3. 调节疼痛传导,发挥中枢镇痛作用

芒针刺激可激活机体的内源性镇痛系统,促进内啡肽、5-羟色胺等镇痛物质的释放,抑制外周神经的兴奋性,阻断疼痛信号的传导,快速缓解腰腿痛症状[2][18];同时可抑制疼痛反射弧,降低神经的高敏感性,减轻咳嗽、弯腰等动作引发的疼痛加剧,改善患者的活动能力[2][6][18]。姚文平的研究通过麦吉尔疼痛问卷评分证实,芒针速刺法可显著降低患者疼痛评定指数、视觉模拟评分与现时疼痛强度,镇痛效果优于常规针刺[9]。

4.2.4. 改善神经血供,促进受损神经修复

芒针深刺可扩张神经根周围的血管,增加神经根的血液供应与营养输送,改善神经根缺血缺氧的状态[1][2][4];同时可促进受损神经纤维修复,恢复神经的正常传导功能,缓解下肢麻木、肌力减退、反射减弱等神经损伤症状[2][5]。临床观察发现,芒针治疗后患者下肢感觉、肌力、腱反射均明显改善,提示其可有效修复受损神经[2][7][19]。

5. 现有研究不足与未来研究方向

5.1. 现有研究存在的不足

5.1.1. 研究设计质量偏低,循证证据不足

现有 24 篇文献中,绝大多数为单中心、小样本的临床观察研究,仅 3 项为小样本随机对照试验,缺

乏多中心、大样本、双盲、安慰剂对照的高质量随机对照试验[1] [5] [20]; 研究的纳入标准、排除标准、疗效评价标准不统一, 部分研究未设置对照组, 研究结果的可信度、循证等级较低, 无法为临床推广提供高级别证据支撑[1] [5] [9]。

5.1.2. 操作规范不统一, 可重复性差

芒针的取穴方案、针具规格、进针深度、操作手法、治疗疗程等核心操作环节, 各研究均存在一定差异, 尚未形成全国统一的标准化操作流程[12] [15] [19]; 不同医师的操作手法、刺激量差异较大, 导致临床可重复性差, 不利于芒针疗法的规范化推广与学术交流[8] [14]。

5.1.3. 作用机制研究不深入, 基础研究薄弱

现有研究的机制探讨多停留在临床理论推导层面, 分子生物学、神经生物学、影像学等基础研究极度匮乏[18] [24]; 未明确芒针镇痛、抗炎、神经修复的具体作用靶点、信号通路及分子机制, 机制研究浮于表面, 无法为芒针疗法提供坚实的基础理论支撑[13] [18] [24]。

5.1.4. 远期疗效与安全性评价缺失

多数研究仅观察治疗结束后的近期疗效, 缺乏 6 个月以上的长期随访, 复发率、远期疗效数据严重不足[5] [6]; 对芒针治疗的不良反应、操作风险、禁忌证等安全性指标观察较少, 尚未建立完善的安全性评价体系, 临床应用的风险把控缺乏依据[9] [10]。

5.1.5. 基层推广难度大, 普及度较低

芒针操作技术门槛较高, 需要医师具备扎实的解剖知识与熟练的针刺手法, 基层医疗机构缺乏专业的培训与技术指导[14] [22]; 同时辅助定位设备的缺乏, 导致基层难以开展精准芒针治疗, 限制了该疗法的普及应用[8] [14]。

5.1.6. 安全性及禁忌证的讨论不足

芒针因针体细长、针刺深度大, 操作难度与风险均高于常规毫针。现有文献普遍侧重于疗效观察, 对治疗过程中可能出现的不良事件缺乏系统记录与总结。临床实际操作中, 若进针方向把控不当或深度过深, 可能引发深部血肿、神经根或脊髓损伤; 长期反复针刺同一部位, 存在断针、滞针风险; 部分患者因精神紧张、体质虚弱, 可能出现晕针反应。此外, 芒针深刺腰骶部对孕妇、严重骨质疏松、局部皮肤感染、出血性疾病及正在接受抗凝治疗的患者存在明确禁忌, 现有研究均未提及上述禁忌人群的排除标准。后续研究应将安全性指标作为疗效评价的重要组成部分, 规范记录不良事件类型、发生率及处理对策, 建立芒针临床操作的安全预警与风险防控体系。

5.1.7. 研究范围局限于国内文献的局限性

本文系统检索的文献均来源于国内公开发表的临床研究, 未纳入英文及外文数据库的报道, 此为本文最显著的范围限制。一方面, 国内文献在研究设计、样本量、对照组设置等方面与国际主流针灸研究存在差距, 部分文献的循证等级偏低; 另一方面, 日本、韩国等国家的长针类疗法在腰椎间盘突出症治疗中亦有临床应用, 其取穴思路、操作手法、疗效评价与国内芒针研究各有特色, 遗漏这些国外文献可能导致对芒针疗效的综合评估不够全面。然而, 本文聚焦于国内临床实践是基于芒针为中国传统特色针法, 其操作规范与临床经验主要根植于国内中医针灸体系, 纳入国外文献需面临针刺手法翻译异化、诊疗标准差异等实际问题, 故本文的文献范围限定具有一定的现实合理性。建议后续研究者在条件允许时, 开展中英文数据库的联合检索, 进行国内外同类疗法的系统比较与 Meta 分析, 以提升综述的国际视野与证据强度。

5.2. 未来研究方向

5.2.1. 制定标准化操作流程, 规范临床应用

联合全国多中心针灸临床专家, 基于现有研究证据, 制定统一的芒针治疗腰椎间盘突出症取穴标准、针具规格、进针深度、操作手法、治疗疗程、疗效评价标准, 出台临床操作指南与专家共识, 提升疗法的可重复性与规范性[5] [12] [15]。

5.2.2. 开展高质量多中心随机对照试验, 提升循证等级

扩大研究样本量, 开展多中心、大样本、随机、双盲、安慰剂对照的临床试验, 严格遵循循证医学研究规范, 设置科学的对照组与随访周期, 为芒针治疗腰椎间盘突出症提供高级别循证医学证据[1] [5] [24]。

5.2.3. 深化基础机制研究, 明确核心作用通路

结合分子生物学、神经影像学、免疫学等现代技术, 深入探索芒针治疗的镇痛、抗炎、神经修复机制, 明确其作用靶点与信号通路, 构建完善的机制研究体系, 为临床应用提供理论支撑[13] [18] [24]。

5.2.4. 完善远期疗效与安全性评价体系

延长随访时间, 系统观察芒针治疗的远期疗效、复发率, 全面记录治疗过程中的不良反应与风险, 建立全周期的疗效与安全性评价体系, 保障临床应用的安全性[5] [6] [9]。

5.2.5. 简化操作技术, 推动基层普及应用

优化芒针操作手法, 降低技术门槛, 研发简易化的定位工具; 开展基层医师专项培训, 推广标准化操作技术, 推动芒针疗法在基层医疗机构的普及, 让更多患者受益[14] [22]。

6. 结语

芒针疗法是治疗腰椎间盘突出症的特色中医针法, 依托体长刺深、气至病所、疗效确切的核心优势, 弥补了常规毫针刺的局限性, 在腰椎间盘突出症的保守治疗中占据重要地位。单纯芒针治疗总有效率超过 92%, 联合其他疗法后总有效率可达 97%以上, 可快速缓解腰腿痛、改善腰椎功能、修复受损神经, 其治疗作用既契合中医“经络闭阻、本虚标实”的病机, 又符合现代医学抗炎、减压、镇痛、修复的病理机制。

目前芒针治疗腰椎间盘突出症的研究仍存在设计不规范、操作不统一、机制不深入、远期数据缺失、基层普及难等问题, 未来需以操作标准化、研究循证化、机制基础化、应用普及化为核心发展方向, 通过制定统一操作规范、开展高质量临床试验、深化基础机制研究、简化推广技术, 全面完善芒针治疗体系, 推动这一特色针法的规范化、规模化临床应用, 为腰椎间盘突出症的保守治疗提供更多选择。

参考文献

- [1] 陆红梅, 杨玲. 芒针治疗腰椎间盘突出症 64 例[J]. 山东中医杂志, 2007, 26(10): 689-690.
- [2] 王海天. 芒针治疗腰椎间盘突出症的临床观察[D]: [硕士学位论文]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2016.
- [3] 魏文著, 阮永队, 宁晓军, 等. 芒针结合隔药灸治疗腰椎间盘突出症临床研究[J]. 中国针灸, 2013, 33(8): 673-677.
- [4] 田丙生, 孙国栋, 刘滨. 芒针联合隔药灸治疗腰椎间盘突出症的疗效观察[J]. 颈腰痛杂志, 2019, 40(1): 40-43.
- [5] 徐守臣. 针刺联合芒针治疗腰椎间盘突出症 84 例[J]. 中医研究, 2020, 33(12): 48-51.
- [6] 戴荣水, 林洁, 罗彩云, 等. 芒针深刺腰夹脊穴为主治疗腰椎间盘突出症临床观察[J]. 光明中医, 2020, 35(23): 3771-3774.
- [7] 杨光. 芒针深刺腰夹脊穴治疗腰椎间盘突出症 140 例[J]. 光明中医, 2007, 22(4): 56-57.
- [8] 姚文平, 李明, 杨正明, 等. 芒针速刺法配合中药离子导入治疗腰椎间盘突出症临床疗效观察[J]. 针灸临床杂志,

- 2015, 31(11): 4-7.
- [9] 姚文平, 李明, 黄谦, 等. 芒针速刺法治疗腰椎间盘突出症临床观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2018, 27(16): 1722-1724, 1728.
- [10] 刘艳琴, 喻禄洪, 胡中平, 等. 芒针透刺治疗腰椎间盘突出症的临床随机对照试验[J]. 内蒙古中医药, 2023, 42(9): 125-127.
- [11] 王梅, 唐正祥. 芒针为主治疗腰椎间盘突出症临床观察[J]. 四川中医, 2007, 25(5): 107.
- [12] 刘伟基, 岳峰杰. 芒针配合短针治疗腰椎间盘突出症 80 例观察[J]. 实用中医药杂志, 2014, 30(4): 323-324.
- [13] 于秀华. 芒针配合腹针治疗腰椎间盘突出症 80 例[J]. 中国民间疗法, 2017, 25(12): 26.
- [14] 袁秀丽, 刘驰, 陈静, 等. 芒针治疗腰椎间盘突出症临床观察[J]. 中国针灸, 2004, 24(3): 171-172.
- [15] 郑秋菊. 芒针治疗腰椎间盘突出症 45 例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2020, 36(2): 60-61.
- [16] 龙海鹏, 陈有国, 罗雅萍, 等. 芒针温灸配穴位注射治疗腰椎间盘突出症 80 例[J]. 上海针灸杂志, 2003, 22(8): 38.
- [17] 王子臣, 杨晓锋, 刘冰, 等. 芒针结合 CT 定位深刺腰夹脊穴治疗腰椎间盘突出症临床观察[J]. 河北医药, 2016, 38(19): 2983-2985.
- [18] 刘文郁. 芒针针刺法治疗腰椎间盘突出症的临床观察[J]. 内蒙古中医药, 2014, 33(34): 66-67.
- [19] 高宗尚. 芒针齐刺法治疗腰椎间盘突出症的临床疗效观察[D]: [硕士学位论文]. 上海: 上海中医药大学, 2019.
- [20] 王子臣, 杨晓锋, 刘冰, 等. 沈氏芒针治疗腰椎间盘突出症急性疼痛的研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2016, 25(27): 3008-3009.
- [21] 段升磊, 李铁山. 超短波联合超声引导下芒针治疗腰椎间盘突出症临床研究[J]. 针灸临床杂志, 2022, 38(5): 29-34.
- [22] 丁育忠. 邵铭熙运用整脊合芒针治疗腰椎间盘突出症经验[J]. 湖南中医杂志, 2019, 35(11): 40-41.
- [23] 黄秋玲. 平衡针与芒针刺夹脊穴治疗腰椎间盘突出症的对比研究[D]: [硕士学位论文]. 北京: 北京中医药大学, 2015.
- [24] 朱志强, 郑颖颖, 李明. 芒针三线针刺法治疗腰椎间盘突出症临床研究[J]. 新中医, 2023, 55(14): 111-115.