

# 韦氏脊柱整治手法结合核心肌群训练 治疗非职业高尔夫运动者非特异性腰痛

李展新<sup>1</sup>, 刘建航<sup>2</sup>, 李锦威<sup>3</sup>, 徐志为<sup>2</sup>, 谢桂鑫<sup>2</sup>, 余绍涌<sup>2</sup>, 韦贵康<sup>2</sup>

(1. 惠阳正骨医院, 广东 惠州 516200;

2. 广西中医药大学附属瑞康医院, 广西 南宁 530011;

3. 广西中医药大学, 广西 南宁 530001)

**摘要** **目的:**观察韦氏脊柱整治手法结合核心肌群训练治疗非职业高尔夫运动者非特异性腰痛的临床疗效。**方法:**将 66 例患有非特异性腰痛的非职业高尔夫运动者随机分为推拿综合组、手法综合组和强化训练组, 每组 22 例。推拿综合组采用推拿手法联合场效应治疗, 手法综合组采用韦氏脊柱整治手法联合场效应治疗, 强化训练组采用韦氏脊柱整治手法联合场效应治疗和核心肌群训练; 每周治疗 3 次, 10 次为 1 个疗程, 共 3 个疗程。分别于治疗前、治疗结束后 1 个月和 3 个月记录并比较 3 组患者改良 Oswestry 功能障碍指数 (Oswestry disability index, ODI), 并于治疗结束后 6 个月采用自拟标准评价 3 组患者运动能力恢复情况。**结果:**①改良 ODI。时间因素和分组因素存在交互效应 ( $F=7.803, P=0.000$ ); 3 组患者改良 ODI 比较, 组间差异有统计学意义, 即存在分组效应 ( $F=22.786, P=0.000$ ); 治疗前后不同时间点之间改良 ODI 的差异有统计学意义, 即存在时间效应 ( $F=399.125, P=0.000$ ); 3 组患者改良 ODI 随时间均呈降低趋势, 但 3 组的降低趋势不完全一致 [ $(69.39 \pm 7.35)\%$ ,  $(32.72 \pm 14.58)\%$ ,  $(19.80 \pm 11.43)\%$ ,  $F=191.759, P=0.000$ ;  $(69.09 \pm 10.87)\%$ ,  $(44.34 \pm 11.93)\%$ ,  $(29.80 \pm 7.87)\%$ ,  $F=84.015, P=0.000$ ;  $(73.13 \pm 10.73)\%$ ,  $(55.96 \pm 6.91)\%$ ,  $(37.58 \pm 6.36)\%$ ,  $F=187.706, P=0.000$ ]; 治疗前 3 组患者改良 ODI 比较, 差异无统计学意义 ( $F=1.041, P=0.359$ ); 治疗结束后 1 个月, 3 组患者改良 ODI 比较, 差异有统计学意义 ( $F=22.114, P=0.000$ ); 强化训练组改良 ODI 低于手法综合组和推拿综合组 ( $P=0.001, P=0.000$ ), 手法综合组改良 ODI 低于推拿综合组 ( $P=0.001$ ); 治疗结束后 3 个月, 3 组患者改良 ODI 比较, 差异有统计学意义 ( $F=22.495, P=0.000$ ); 强化训练组改良 ODI 低于手法综合组和推拿综合组 ( $P=0.000, P=0.000$ ), 手法综合组改良 ODI 低于推拿综合组 ( $P=0.005$ )。②运动能力恢复效果。治疗结束后 6 个月, 强化训练组优 4 例、良 8 例、可 8 例、差 2 例, 手法综合组优 1 例、良 4 例、可 6 例、差 11 例, 推拿综合组良 2 例、可 2 例、差 18 例; 强化训练组运动恢复效果优于手法综合组和推拿综合组 ( $\bar{R}_{\text{强化训练组}}=19.73, \bar{R}_{\text{手法综合组}}=35.41, \bar{R}_{\text{推拿综合组}}=45.36, \chi^2=20.497, P=0.000$ )。**结论:**采用韦氏脊柱整治手法联合场效应治疗和核心肌群训练、韦氏脊柱整治手法联合场效应治疗、推拿手法联合场效应治疗, 均能缓解非职业高尔夫运动者的非特异性腰痛, 改善腰椎功能, 提高运动能力, 但前者的疗效优于后两者。

**关键词** 腰痛; 推拿; 脊柱; 场效应; 核心肌群训练; 高尔夫球; 临床试验

**Wei's spinal remediation manipulation combined with core muscle training for treatment of nonspecific low back pain in non-professional golfers**

LI Zhanxin<sup>1</sup>, LIU Jianhang<sup>2</sup>, LI Jinwei<sup>3</sup>, XU Zhiwei<sup>2</sup>, XIE Guixin<sup>2</sup>, YU Shaoyong<sup>2</sup>, WEI Guikang<sup>2</sup>

1. Huiyang Orthopedic - Traumatological Hospital, Huizhou 516200, Guangdong, China

2. Ruikang Hospital Affiliated to Guangxi University of Traditional Chinese Medicine, Nanning 530011, Guangxi, China

3. Guangxi University of Traditional Chinese Medicine, Nanning 530001, Guangxi, China

**ABSTRACT** **Objective:** To observe the clinical curative effects of Wei's spinal remediation manipulation combined with core muscle training for treatment of nonspecific low back pain (NLBP) in non-professional golfers. **Methods:** Sixty-six non-professional golfers with NLBP were randomly divided into TUINA comprehensive group, manipulation comprehensive group and intensive training group, 22 cases in each group. The patients in TUINA comprehensive group and manipulation comprehensive group were treated with TUINA manipulation combined with field effect therapy and Wei's spinal remediation manipulation combined with field effect therapy respectively, and the

patients in intensive training group were treated with Wei's spinal remediation manipulation combined with field effect therapy and core muscle training, three times a week for consecutive 3 courses of treatment, ten times for each course. The improved Oswestry disability index (ODI) were recorded and compared between the 3 groups before treatment and at 1 and 3 months after the end of the treatment respectively, and the athletic ability recovery was also evaluated by using self-made evaluation standard at 6 months after the end of the treatment.

**Results:** There was interaction between time factor and group factor in improved ODI ( $F = 7.803, P = 0.000$ ). There was statistical difference in improved ODI between the 3 groups, in other words, there was group effect ( $F = 22.786, P = 0.000$ ). There was statistical difference in improved ODI between different timepoints before and after the treatment, in other words, there was time effect ( $F = 399.125, P = 0.000$ ). The improved ODI presented a time-dependent decreasing trend in the 3 groups, while the 3 groups were inconsistent with each other in the decreasing trend of improved ODI ( $69.39 \pm 7.35, 32.72 \pm 14.58, 19.80 \pm 11.43\%$ ,  $F = 191.759, P = 0.000$ ;  $69.09 \pm 10.87, 44.34 \pm 11.93, 29.80 \pm 7.87\%$ ,  $F = 84.015, P = 0.000$ ;  $73.13 \pm 10.73, 55.96 \pm 6.91, 37.58 \pm 6.36\%$ ,  $F = 187.706, P = 0.000$ ). There was no statistical difference in improved ODI between the 3 groups before the treatment ( $F = 1.041, P = 0.359$ ). There was statistical difference in improved ODI between the 3 groups at 1 month after the end of the treatment ( $F = 22.114, P = 0.000$ ). The improved ODI was lower in intensive training group compared to manipulation comprehensive group and TUINA comprehensive group ( $P = 0.001, P = 0.000$ ), and was lower in manipulation comprehensive group compared to TUINA comprehensive group ( $P = 0.001$ ). There was statistical difference in improved ODI between the 3 groups at 3 months after the end of the treatment ( $F = 22.495, P = 0.000$ ). The improved ODI was lower in intensive training group compared to manipulation comprehensive group and TUINA comprehensive group ( $P = 0.000, P = 0.000$ ), and was lower in manipulation comprehensive group compared to TUINA comprehensive group ( $P = 0.005$ ). At 6 months after the end of the treatment, 4 patients obtained an excellent result of athletic ability recovery, 8 good, 8 fair and 2 poor in intensive training group; 1 patient obtained an excellent result of athletic ability recovery, 4 good, 6 fair and 11 poor in manipulation comprehensive group; and 2 patients obtained a good result of athletic ability recovery, 2 fair and 18 poor in TUINA comprehensive group. The intensive training group surpassed the manipulation comprehensive group and the TUINA comprehensive group in the result of athletic ability recovery ( $\bar{R}_{\text{intensive training group}} = 19.73, \bar{R}_{\text{manipulation comprehensive group}} = 35.41, \bar{R}_{\text{TUINA comprehensive group}} = 45.36, \chi^2 = 20.497, P = 0.000$ ).

**Conclusion:** The combination therapy of Wei's spinal remediation manipulation and field effect therapy and core muscle training, the combination therapy of Wei's spinal remediation manipulation and field effect therapy and the combination therapy of TUINA manipulation and field effect therapy can relieve the NLBP of non-professional golfers, and can improve their lumbar function and promote the athletic ability. However, the curative effect of the former is better than that of the latter two.

**Keywords** low back pain; manipulation, spinal; field effect; core muscle training; golf; clinical trial

随着我国社会经济的发展,高尔夫运动逐渐走进中国普通老百姓的生活。该项运动对身体的柔韧性、力量的控制度等均有非常高的要求<sup>[1-2]</sup>,但我国高尔夫运动起步晚,总体水平低,在尚未普及的情况下,一些运动者缺乏正确的认识和学习过程,因此运动损伤的几率就会大大增加。目前,我国临床上尚缺乏针对该项运动损伤的具体治疗方案。2013 年 6 月至 2017 年 6 月,我们分别采用推拿手法联合场效应治疗、韦氏脊柱整治手法联合场效应治疗和韦氏脊柱整治手法联合场效应治疗和核心肌训练,治疗非职业高尔夫运动非特异性腰痛患者 66 例,并对其疗效进行比较,现报告如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 纳入研究的患者共 66 例,男 45 例、女 21 例。年龄 30~55 岁,中位数 44 岁。病程 3~48

个月,中位数 13 个月。均为惠阳正骨医院和广西中医药大学附属瑞康医院韦贵康名老中医传承工作室的门诊患者。所有患者均为非职业的高尔夫运动爱好者。试验方案经医学伦理委员会审查通过。

**1.2 诊断标准** 参照 Hirschberg 等<sup>[3]</sup>提出的非特异性腰痛概念及《物理疗法治疗手册》中腰痛<sup>[4]</sup>的相关定义,拟定以下诊断标准<sup>[5]</sup>:①疼痛区位于  $L_4 \sim S_2$  椎体旁及骶髂关节区域,骶棘肌下部附着区域,双侧髂骨翼及第 3 腰椎横突之间区域,双侧髂骨翼及腰骶和骶髂关节之间区域,臀部臀上皮神经及臀中皮神经支配区域,  $L_4 \sim S_2$  棘上韧带处;②临床诊断属腰背肌筋膜炎、腰肌劳损、棘上韧带损伤、第三腰椎横突综合征、骶髂关节损伤;③疼痛  $\geq 3$  个月。

**1.3 纳入标准** ①符合上述诊断标准;②年龄 30~55 岁;③非职业高尔夫球员;④因腰痛不适未进行高

尔夫运动 $\geq 2$ 个月;⑤运动年限 1~5 年;⑥自愿参与本研究,并签署知情同意书。

**1.4 排除标准** ①经 X 线、CT 或 MRI 检查确诊为腰部感染性炎症及骨折者;②合并严重心脑血管、肝肾、造血系统等疾病者及肿瘤、结核、精神病患者;③合并腹部或盆腔炎症者;④合并局部软组织破溃或感染性炎性病变者;⑤合并腰椎间盘突出髓核脱垂或严重马尾综合征者。

## 2 方法

**2.1 分组方法** 采用随机数字表将符合要求的 66 例患有非特异性腰痛的非职业高尔夫运动者分为推拿综合组、手法综合组和强化训练组,每组 22 例。

**2.2 治疗方法** 嘱患者卧硬床休息,避免风寒、劳累和剧烈运动,注意保暖,治疗期间不进行高尔夫运动。

**2.2.1 推拿综合组** 采用推拿手法联合场效应治疗。①推拿手法:采用按、揉、滚、弹拨法等推拿手法放松腰部两侧骶髂肌及对应紧张肌群,每次 25 min。②场效应治疗:患者俯卧位,于痛点处放置十一方药酒(广西中医药大学附属瑞康医院制备,桂药制字 Z01060087)棉垫,再贴上场效应治疗仪(广东羊城电子有限公司)的电极(输出强度以患者感觉舒适为宜,调制强度前将调制开关置于最低值,以防突然通电造成患者不适),每次 30 min。每周治疗 3 次,10 次为 1 个疗程,共 3 个疗程。

**2.2.2 手法综合组** 采用韦氏脊柱整治手法联合场效应治疗,其中韦氏脊柱整治手法包括理筋手法、正骨手法和对症拉伸手法。①理筋手法:采用按、揉、滚、弹拨法等推拿手法放松腰部两侧骶髂肌及对应紧张肌群后,点按韦氏奇穴中双侧的腰下穴,其穴位于 L<sub>4-5</sub> 椎间隙旁开 2~3 cm<sup>[6]</sup>;②正骨手法:患者端坐于治疗椅上,双手交叉置于枕后;术者坐于患者背后。施术者一手拇指置于患椎棘突旁,其余 4 指自然置于腰部,另一手由后向前穿过患者腋下经胸前向后上方绕至患者后颈部,并将手置于其对侧肩颈部,嘱患者身体前屈并向医者引导的方向旋转,当遇到阻力时,医者突然加大力量,此时可听到“咯噔”声,证明复位成功。然后再给予对侧腰椎进行同样操作<sup>[7]</sup>。③对症拉伸手法:先嘱患者双脚合并站立,保持膝关节伸直位,弯腰,双手自然下垂,以手指碰及地板,拉伸腰背、髋膝部后侧肌肉;再嘱患者俯卧于治疗床上,双手置于腹部两侧,用力撑起上半身,同时后伸腰背部并

尽量抬头看天花板,以拉伸腹部肌肉,每个部位拉伸 5 次,每次 10~15 s。④场效应治疗:同推拿综合组。每周治疗 3 次,每次约 60 min,10 次为 1 个疗程,共 3 个疗程。

**2.2.3 强化训练组** 采用韦氏脊柱整治手法联合场效应治疗和核心肌群训练。①韦氏脊柱整治手法及场效应治疗:方法同手法综合组。②核心肌群训练<sup>[8]</sup>:韦氏脊柱整治手法治疗 2 周后开始指导患者进行核心肌训练:动作一,患者仰卧位,双小腿置于瑞士球上,抬起骨盆,肩部、骨盆与双足成一条直线,使瑞士球在小腿下保持平衡并且维持 30 s,再回到起始部位,重复 10 次。动作二,在动作一的基础上缓慢抬起一侧下肢,维持 15 s,再回到起始位置,换另一腿做同样的动作,重复 10 次。动作三,在动作一的基础上用双足把瑞士球拉向臀部,逐渐屈曲膝关节,使膝关节、骨盆与肩部成一条直线,维持该姿势 15 s,再回到起始位置,重复 10 次。动作四,仰卧位,瑞士球置于双肩下,双脚与肩同宽平放在地面上,膝关节屈曲 90°,维持该姿势 60 s,重复 10 次。动作五,在动作四的基础上屈曲一侧髋关节尽可能至 90°,维持 10 s,返回起始位置换另一侧腿,重复 10 次。动作六:在动作四的基础上伸直一侧膝关节,维持 10 s,返回起始位置换另一侧腿,重复 10 次。注意患者训练时遵循先易后难、安全及保持脊柱中立位的原则。每周治疗 3 次,每次 45 min,10 次为 1 个疗程,共 3 个疗程。

**2.3 疗效评价方法** 分别于治疗前、治疗结束后 1 个月和 3 个月记录并比较 3 组患者改良 Oswestry 功能障碍指数<sup>[9-10]</sup> (Oswestry disability index, ODI),并于治疗结束后 6 个月采用自拟标准评价 3 组患者运动能力恢复情况。改良 ODI 量表包括疼痛的程度、日常生活自理能力、提物、行走、坐位、站立、睡眠、社会活动、旅行和职业/家务 10 个方面,每个问题 6 个选项;每个项目最低分为 0 分,最高分为 5 分。改良 ODI = 实际得分/45 (最高可能得分) × 100%,得分越高表明功能障碍越严重。参照日本骨科学会腰背痛疾病治疗成绩标准<sup>[11]</sup> 自拟运动能力恢复效果评价标准。优:腰痛症状明显消失,能恢复日常工作和生活,进行高尔夫运动挥杆次数和运动频率恢复至原来的 75%~100%;良:腰痛症状基本消失,一般腰部功能尚可,不影响正常工作和生活,进行高尔夫运动挥杆次数和运动频率恢复至原来的 50%~74%;可:腰痛

症状减轻,腰部活动功能得以改善,对日常工作和生活有一定影响,进行高尔夫运动挥杆次数和运动频率恢复至原来的 25% ~ 49%;差:症状、体征无改善,进行高尔夫运动挥杆次数和运动频率改善率 0 ~ 24%。挥杆次数指患者当日运动开始至诱发腰部疼痛或不适而无法继续运动的挥杆次数,且需满足改良 ODI 疼痛评分不超过 2 分;运动频率为能坚持的每月运动次数。

**2.4 统计学方法** 采用 SPSS16.0 统计软件对所得数据进行统计学分析,3 组患者性别的比较采用  $\chi^2$  检验,年龄、病程的组间比较采用单因素方差分析,改良 ODI 指数的比较采用重复测量资料的方差分析,组间两两比较采用 LSD- $t$  检验,运动能力恢复效果的比较采用秩和检验,检验水准  $\alpha = 0.05$ 。

### 3 结果

**3.1 分组结果** 3 组患者基线资料比较,组间差异

表 1 3 组非特异性腰痛非职业高尔夫运动者基线资料比较

组别	样本量(例)	性别(例)		年龄( $\bar{x} \pm s$ , 岁)	病程( $\bar{x} \pm s$ , 月)
		男	女		
强化训练组	22	18	4	43.36 $\pm$ 6.45	13.64 $\pm$ 8.89
手法综合组	22	15	7	46.36 $\pm$ 5.53	15.23 $\pm$ 8.64
推拿综合组	22	12	10	43.55 $\pm$ 5.89	14.72 $\pm$ 7.40
检验统计量		$\chi^2 = 3.771$		$F = 1.748$	$F = 0.210$
P 值		0.152		0.183	0.812

表 2 3 组非特异性腰痛非职业高尔夫运动者改良 Oswestry 功能障碍指数  $\bar{x} \pm s$

组别	样本量(例)	改良 Oswestry 功能障碍指数				F 值	P 值
		治疗前	治疗结束后 1 个月	治疗结束后 3 个月	合计		
强化训练组	22	(69.39 $\pm$ 7.35)%	(32.72 $\pm$ 14.58)%	(19.80 $\pm$ 11.43)%	(40.64 $\pm$ 1.93)%	191.759	0.000
手法综合组	22	(69.09 $\pm$ 10.87)%	(44.34 $\pm$ 11.93)%	(29.80 $\pm$ 7.87)%	(47.88 $\pm$ 1.30)%	84.015	0.000
推拿综合组	22	(73.13 $\pm$ 10.73)%	(55.96 $\pm$ 6.91)%	(37.58 $\pm$ 6.36)%	(55.56 $\pm$ 1.39)%	187.706	0.000
合计	66	(70.67 $\pm$ 9.79)%	(44.34 $\pm$ 14.88)%	(29.06 $\pm$ 11.36)%	(48.03 $\pm$ 21.08)%	399.125 <sup>1)</sup>	0.000 <sup>1)</sup>
F 值		1.041	22.114	22.495	22.786 <sup>1)</sup>	$F = 7.803^{2)}$ ,	
P 值		0.359	0.000	0.000	0.000 <sup>1)</sup>	$P = 0.000^{2)}$	

1) 主效应的 F 值和 P 值; 2) 交互效应的 F 值和 P 值

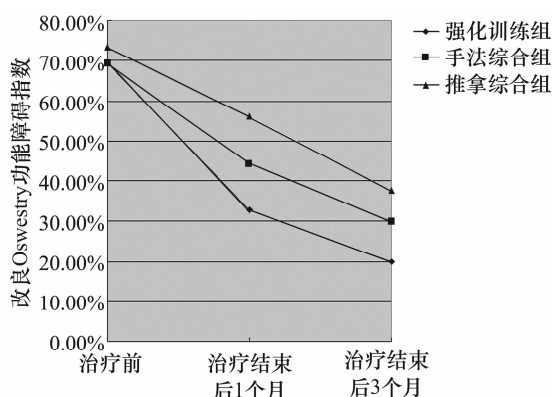


图 1 3 组非特异性腰痛非职业高尔夫运动者改良 Oswestry 功能障碍指数变化趋势图

无统计学意义,有可比性(表 1)。

### 3.2 疗效评价结果

**3.2.1 改良 ODI** 时间因素和分组因素存在交互效应;3 组患者改良 ODI 比较,组间差异有统计学意义,即存在分组效应;治疗前后不同时间点之间改良 ODI 的差异有统计学意义,即存在时间效应;3 组患者改良 ODI 随时间均呈降低趋势,但 3 组的降低趋势不完全一致;治疗前 3 组患者改良 ODI 比较,差异无统计学意义;治疗结束后 1 个月,强化训练组改良 ODI 低于手法综合组和推拿综合组( $P = 0.001, P = 0.000$ ),手法综合组改良 ODI 低于推拿综合组( $P = 0.001$ );治疗结束后 3 个月,强化训练组改良 ODI 低于手法综合组和推拿综合组( $P = 0.000, P = 0.000$ ),手法综合组改良 ODI 低于推拿综合组( $P = 0.005$ )。见表 2、图 1。

**3.2.2 运动能力恢复效果** 治疗结束后 6 个月,强化训练组运动恢复效果优于手法综合组和推拿综合组( $\bar{R}_{\text{强化训练组}} = 19.73, \bar{R}_{\text{手法综合组}} = 35.41, \bar{R}_{\text{推拿综合组}} = 45.36, \chi^2 = 20.497, P = 0.000$ ),见表 3。

表 3 3 组非特异性腰痛非职业高尔夫运动者运动能力恢复效果

组别	例数	运动能力恢复效果(例)			
		优	良	可	差
强化训练组	22	4	8	8	2
手法综合组	22	1	4	6	11
推拿综合组	22	0	2	2	18
合计	66	5	14	16	31

## 4 讨 论

随着我国高尔夫运动的普及,高尔夫运动损伤逐年增多。无论是专业高尔夫运动员还是业余爱好者,腰部均是最常见的受伤部位<sup>[12]</sup>。腰痛易造成深层核心肌群功能被抑制及动作控制异常,进而失去稳定和保护脊柱的功能,而且核心肌群的功能并不随腰痛症状的消失而恢复,如此恶性循环成为腰痛反复发作的重要原因之一<sup>[5]</sup>。治疗此类患者的关键在于调整骨的杠杆平衡和肌肉力量的平衡<sup>[13]</sup>。腰部反复出现慢性劳损,就会在腰部特定部位出现压痛点<sup>[14]</sup>,而通过手法操作可以解除痉挛和消除疼痛,阻断病理发展环节,达到矫正脊柱生物力学结构、改善神经和血管压迫状态的目的<sup>[15]</sup>。

韦氏脊柱整治手法是在长期的临床实践过程中总结出的治疗脊柱软组织损伤与脊柱相关疾病的方法<sup>[16]</sup>。采用该手法治疗非特异性腰痛,可以调理脊柱关节突关节及椎间关系,调整腰椎正常生理曲度,恢复脊柱内外生物力学平衡,从而缓解腰痛症状。场效应治疗仪把理疗学中的温热效应、红外线效应、电磁场效应和中草药热敷渗透效应、人体穴位刺激效应等进行有机结合,而达到治疗目的。采用场效应治疗非特异性腰痛,可以活血止痛、舒经散寒、促进血液循环,从而达到缓解腰部疼痛的目的。核心肌群训练强调对脊柱深层、浅层核心肌群进行力量训练、稳定训练与平衡协调,形成相适应的神经-肌肉运动模式<sup>[17-21]</sup>。而所谓“核心”是指肩关节以下、髋关节以上包括骨盆在内的由腰、骨盆、髋关节所形成的一个整体。该部分的肌肉群被称为核心肌群,对人体的姿态、运动技能等起着稳定和支持作用,具有稳定重心、传导力量的作用,对上下肢的活动、用力起着承上启下的枢纽作用。缓解疼痛、早期恢复腰部功能、预防复发、提高应付能力,是治疗高尔夫运动者腰痛的主要策略和目标<sup>[15,22]</sup>。韦氏脊柱整治手法联合场效应治疗和核心肌群训练,能增加腰背部局部肌肉的力量和协调性,为躯干运动提供安全的稳定性基础,能更快、更好、更长时间地改善腰部功能。但非职业高尔夫运动者腰痛发病机制复杂、个体差异大,采用个性化的训练方式、专职教练指导训练,并结合数据分析,将更有助于防止该病的发生<sup>[23-25]</sup>。

本研究结果显示,采用韦氏脊柱整治手法联合场效应治疗和核心肌群训练、韦氏脊柱整治手法联合场

效应治疗、推拿手法联合场效应治疗,均能缓解非职业高尔夫运动者的非特异性腰痛,改善腰椎功能,提高运动能力,但前者的疗效优于后两者。

## 5 参考文献

- [1] 谭受清. 高尔夫球运动导程[M]. 长沙:国防科技大学出版社,2009:3-7.
- [2] ZOUZIAS IC, HENDRA J, STODELLE J, et al. Golf injuries: epidemiology, pathophysiology, and treatment[J]. J Am Acad Orthop Surg, 2018, 26(4): 116-123.
- [3] HIRSCHBERG GG, FROETSCHER L, NAEIM F. Iliolumbar syndrome as a common cause of low back pain: diagnosis and prognosis[J]. Arch Phys Med Rehabil, 1979, 60(9): 415-419.
- [4] KENT P, MJØSUND HL, PETERSEN DH. Does targeting manual therapy and/or exercise improve patient outcomes in nonspecific low back pain? A systematic review[J]. BMC Med, 2010, 8(1): 22.
- [5] 陈东煜, 何俊, 王翔, 等. 针刀经筋层松解术治疗非特异性下腰痛临床研究[J]. 上海中医药杂志, 2012, 46(6): 52-54.
- [6] 韦贵康, 韦坚, 刘建航, 等. “韦氏奇穴”的分布与应用[J]. 中医正骨, 2013, 25(4): 73-74.
- [7] 贺俊民, 陈忠和, 韦贵康. 双连椅在手法治疗胸腰椎损伤性疾病中的应用研究[J]. 广西中医药, 1999, 22(1): 44-46.
- [8] 王雪强, 戴敏辉, 冯颜, 等. 核心稳定性训练用于慢性腰椎间盘突出症的疗效观察[J]. 中国康复医学杂志, 2010, 25(8): 756-759.
- [9] FUKUI M, CHIBA K, KAWAKAMI M, et al. Japanese orthopaedic association cervical myelopathy evaluation questionnaire (JOACMEQ): part 4. establishment of equations for severity scores. subcommittee on low back pain and cervical myelopathy, evaluation of the clinical outcome committee of the Jap[J]. J Orthop Sci, 2008, 13(1): 25-31.
- [10] FAIRBANK J, COUPER J, DAVIES J, et al. The Oswestry low back pain questionnaire [J]. Physiotherapy, 1980, 66(8): 271-273.
- [11] 中华医学会. 临床诊疗指南-骨科分册[M]. 北京:人民卫生出版社, 2009: 97-99.
- [12] 姚卫光, 罗晨玲, 陈清. 运动与青少年非特异性下背痛关系的 meta 分析[J]. 中国康复医学杂志, 2011, 26(9): 852-854.
- [13] 周同, 陆爱云. 多裂肌与慢性腰痛康复的研究现状[J]. 中国康复医学杂志, 2012, 27(4): 387-390.
- [14] O'YOUNG B, DUBO H, ANDREW A, 等. 肌筋膜痛综合征

- 基于脊髓节段性敏感的诊断和治疗(一)[J]. 中国康复理论与实践, 2009, 15(6): 589-590.
- [15] 戴德纯, 房敏, 严隽陶. 退行性腰椎滑脱症的推拿临床研究进展[J]. 按摩与导引, 2006, 22(7): 42-46.
- [16] 金建军, 徐亚莉. 推拿加腰背肌训练对非特异性下腰痛的疗效及其机制[J]. 中国康复理论与实践, 2005, 11(11): 77-78.
- [17] PANJABI MM. The stabilizing system of the spine. Part I. Function, dysfunction, adaptation, and enhancement [J]. J Spinal Disord, 1992, 5(4): 383-389.
- [18] REED CA, FORD KR, MYER GD, et al. The effects of isolated and integrated 'core stability' training on athletic performance measures: a systematic review [J]. Sports Med, 2012, 42(8): 697-706.
- [19] BI X, ZHAO J, ZHAO L, et al. Pelvic floor muscle exercise for chronic low back pain[J]. J Int Med Res, 2013, 41(1): 146-152.
- [20] 彭小文, 张盘德. 非特异性下腰痛的病因研究进展[J]. 中国康复医学杂志, 2010, 25(10): 1009-1012.
- [21] WANG XQ, ZHENG JJ, BI X, et al. Effect of core stability training on patients with chronic low back pain[J]. Health Med, 2012, 6(3): 754-759.
- [22] PUREVSUREN T, KWON MS, PARK WM, et al. Fatigue injury risk in anterior cruciate ligament of target side knee during golf swing[J]. J Biomech, 2017, 53: 9-14.
- [23] 王雪强, 陈佩杰. 腰痛常见不良姿势及其运动疗法[J]. 中国疼痛医学杂志, 2014, 20(10): 748-751.
- [24] PARZIAL ER. Golf in the United States: an evolution of accessibility[J]. PM R, 2014, 6(9): 825-827.
- [25] WALSH BA, CHOUNTHIRATH T, FRIEDENBERG L, et al. Golf-related injuries treated in United States emergency departments[J]. Am J Emerg Med, 2017, 35(11): 1666-1671.

(收稿日期: 2018-02-14 本文编辑: 时红磊)

## • 通 知 •

## 全国水针刀微创技术及中医筋骨三针法学习班通知

水针刀微创技术、中医筋骨三针疗法是由北京世针联中医微创针法研究院院长吴汉卿教授经过 30 余年潜心研究, 在传统九针、刀针、水针疗法、针挑疗法、运动针法及太极拳法基础上, 根据中医经筋学说及软组织解剖学所总结的融中西医针法于一体的中医微创技术。该技术已被纳入国家中医药管理局“中医医疗适宜技术”, 写入全国高等中医药院校创新教材, 确定为中医药 I 类继续教育推广项目。该技术问世以来, 全国性培训班已成功举办 200 余期, 培训学员数万名, 学员来自国内包括台湾、香港等地区及国外, 如: 马来西亚、新加坡、韩国、俄罗斯、澳大利亚、美国等, 其“短、平、快”的治疗特点受到了国内外专家及广大学员的好评。为满足广大医师要求, 继续举办学习班, 培训内容如下。

**水针刀微创技术、三氧融盘技术** ①水针刀微创技术结合三氧融盘技术治疗软组织损伤病, 如: 颈椎病、肩关节周围炎、肘关节病变、腕管综合征、腰椎间盘突出症、膝关节病变、坐骨神经痛、臀上皮神经痛、风湿类风湿关节炎、腱鞘炎、跟痛症等骨伤疼痛疾病。②水针刀尸体解剖微创入路内容: 该班在医学院解剖馆进行, 结合新鲜尸体全面讲解人体全身三维解剖以及三针法定位、进针方向、针下层次、危险区的划分、常用针法及操作技巧等内容, 学员能自己动手练习。

**中医筋骨三针疗法** 中医筋骨三针疗法分为微型筋骨三针疗法与巨型筋骨三针疗法 2 种, 微型筋骨三针疗法的优点: 该针具针体细如银针, 创伤微、痛苦小, 融合了中医针法和西医刀法, 定位独特, 针法灵活多变, 既有微创针刀的松解分离功能, 又有针灸的补泻候气、疏通经络功能; 该疗法主治: 中风偏瘫、失语症、三叉神经痛、面瘫、肋间神经痛、坐骨神经痛、皮神经卡压症、四肢末端病等。巨型筋骨三针疗法的优点: 该针法有钝性松解、安全可靠、通透力强、松解力度大等特点。其主要针法有: 筋膜扇形撬拨法、筋骨减压术、椎间孔针旋转术等 10 大针法; 该疗法主治: 颈腰椎术后综合征、腰椎管狭窄症、强直性脊柱炎驼背、颈 1 横突综合征、颈 7 棘突综合征等临床疑难病。同时培训水针刀松解埋线技术内容: 脊背九大诊疗区, 应用水针刀松解、注射、磁线留置并配合整脊手法快速治愈颈性心脏病、颈性咽炎、面瘫、癫痫、慢性支气管炎、哮喘、胃炎、胃溃疡、结肠炎、生殖系统疾病等; 并教授三氧自血疗法治疗心脑血管疾病, 乙肝、丙肝、脂肪肝等肝病, 妇科疾病及皮肤病性病等。

**培训时间:** 每月 1 日正式上课, 学期 12 天, 请提前 1 天报到。

**培训方式及待遇:** 学习班由吴汉卿教授主讲, 采用小班授课, 理论结合临床实习和尸体解剖操作, 学期结束后颁发培训证书及 I 类继续教育学分证书。

**培训地址:** ①北京班地址: 北京市东城区广渠门内夕照寺街东玖大厦 B 座 703 室, 北京世针联中医微创针法研究院。②河南南阳班地址: 河南省南阳市仲景路与天山路口, 水针刀研究院。

**联系电话:** 400 8377 618 **联系人:** 黄建老师 13721820657, 0377-63282507

**网址:** www.shuizhendao.com (中华水针刀微创网)