

针刺结合运动疗法 治疗腰椎间盘突出症42例临床观察

曹文胜, 钟 蕾, 唐 燕

(湖南省张家界市人民医院, 湖南 张家界, 427000)

[摘要] 目的: 观察针刺结合运动疗法治疗腰椎间盘突出症的临床疗效。方法: 将84例腰椎间盘突出症患者随机分为2组, 对照组42例单纯使用针刺治疗, 治疗组42例采用针刺结合运动疗法治疗, 疗程均为14d, 比较2组治疗前后JOA评分、VAS评分, 评定2组综合疗效。结果: 总有效率治疗组为92.86%, 对照组为85.71%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 2组JOA评分、VAS评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 在治疗腰椎间盘突出症中针刺治疗有效, 但针刺结合运动疗法的疗效优于单纯针刺治疗。

[关键词] 腰椎间盘突出症; 针刺疗法; 运动疗法

[中图分类号] R274.915⁺.3 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.12.031

腰椎间盘突出症是临床多发病, 常见病, 此病主要因为椎间盘退行性变、外伤等诱发的纤维环破裂, 髓核突出以致压迫、刺激神经根, 出现局部组织传导性损害和微循环障碍。临床表现以腰痛、下肢疼痛、麻木为主, 甚则导致神经功能障碍。据数据统计我国腰椎间盘突出症的发病率逐年上升, 目前大约为18%^[1]。临床治疗腰椎间盘突出症的常见手段包括药物治疗、手术治疗、物理治疗等。药物疗法主要以镇痛药物为主, 不良反应较多、复发率高; 手术治疗术程长, 术后并发症多, 恢复慢, 费用高。因此选择疗效更好、创伤更小的综合性疗法治疗腰椎间盘突出症引起了广泛关注。笔者采用针刺配合运动疗法治疗腰椎间盘突出症42例, 取得满意疗效, 并与单纯采用针刺治疗的42例作对照观察, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 84例均来自2012年5月至2017年2月我院门诊及住院的腰椎间盘突出症患者, 根据初诊的时间采用随机数字表法将其分为2组。治疗组42例中, 男24例, 女18例; 平均年龄(48 ± 8)岁; 平均病程(6.93 ± 3.33)个月; 分型: 突出型39例, 脱出型3例; 部位: (L4/L5) 17例, (L5/S1) 15例, (L4/L5 和 L5/S1) 10例。对照组42例中, 男23例, 女19例; 平均年龄(49 ± 9)岁; 平均病程(7.12 ± 3.35)个月; 分型: 突出型37例, 脱出型5例; 部位: (L4/L5) 19例, (L5/S1) 14例,

(L4/L5和L5/S1) 9例。2组性别、年龄、病程、椎间盘突出分型、部位等方面进行比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《腰椎间盘突出症(4版)》^[2]《骨科疾病诊断标准》^[3]及《中医病证诊断疗效标准》^[4]中腰椎间盘突出症的诊断标准综合制定。(1) 年龄30~65岁, 有慢性腰痛史; (2) 劳累后症状加重, 腹压增加时易诱发; (3) 坐骨神经分布区有疼痛、麻木等症状; (4) 腰部活动受限, 直腿抬高试验及加强试验阳性; (5) 经CT、MRI检查有腰椎间盘突出症的相关征象。

1.3 纳入标准 (1) 符合上述诊断标准; (2) 病程在1~12个月之间; (3) 排除椎管内肿瘤、强直性脊柱炎、免疫功能紊乱及明显的遗传基因异常; (4) 无严重的心脑血管疾患; (5) 对治疗方案有良好的依从性及耐受性; (6) 排除其他疾病引起的类似症状; (7) 签署知情同意书。

1.4 排除标准 (1) 有严重的马尾神经压迫症状; (2) 有全身感染、发热; (3) 近3个月内有脊柱、椎间盘手术史或脊柱创伤; (4) 1个月内服用过止痛药; (5) 有严重心肺等脏器功能衰竭; (6) 有恶性肿瘤、精神类疾病; (7) 生理期、妊娠期及哺乳期女性。

1.5 剔除和脱落标准 (1) 在治疗期间应用其他治疗方法; (2) 依从性差; (3) 治疗过程中病情进行性加重, 必须采取紧急治疗措施; (4) 中途退出。

2 治疗方法

2.1 对照组 予针刺治疗。主穴取腰痛穴、腰夹脊、腰阳关等;根据椎间盘突出的部位局部取穴:L4/L5 取大肠俞、L5/S1 取关元俞。配穴:根据疼痛所过经脉取患侧环跳、秩边、承扶、风市、阳陵泉、委中、承山、悬钟、昆仑,每次相应部位取 4~6 穴^[5]。患者俯卧位或健侧卧位,针刺区域皮肤常规消毒,根据腧穴部位选用 3 寸或 5 寸针,垂直进针,行平补平泻手法,捻转幅度 180°左右,频率 120 次/min,每穴行针 20min^[6]。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上结合运动疗法,在疼痛可耐受前提下每天早晚进行。(1)双桥运动:患者卧于硬板床上,选取仰卧位,双腿并拢屈曲,以双足双肩上背部为支撑点,挺胸挺腰抬臀,呈“板桥型”,根据患者腰背肌的具体情况,每次维持 5~15s,再恢复至起始位,重复进行 10 次。(2)“小燕飞”训练:患者于硬板床上采取俯卧位,双上肢置于身体两侧,双肩头部、双上肢向上缓慢抬起,同时膝关节保持伸直状态轻轻抬起双下肢,腰骶部肌肉收缩,使腹部为支撑点,保持 3~5s,再恢复至放松起始位,休息数秒后重复进行 3~5 次,以酸胀感、能耐受为度。

2 组均以治疗 7d 为 1 个疗程,疗程之间间隔 1d,连续治疗 2 个疗程后观察疗效。

3 疗效观察

3.1 观察指标 (1)日本骨科学会腰痛评分表(JOA 评分):包括症状、体征、日常生活能力 3 部分,其中主观症状:腰痛、下肢痛或麻木、步行能力,每项 3 分,共计 9 分;临床体征:直腿抬高试验、感觉障碍、运动障碍,每项 2 分,共计 6 分;日常活动能力:卧位翻身、站立、身体前倾站立、洗漱、坐 1h、行走、举物持物,每项 2 分,共计 14 分。评分越高,说明腰部功能越好。(2)疼痛视觉模拟量表评分(VAS 评分):0 端代表“无痛”,10 端代表“最剧烈的疼痛”。患者移动尺标定位自己疼痛强度的位置,再由医师核对刻度并记录 VAS 评分。

3.2 疗效标准 符合《中医病证诊断疗效标准》^[4]中的有关标准。治愈:腰腿痛等自觉症状消失,直腿抬高试验 70°以上,恢复正常工作;显效:腰腿痛等自觉症状基本消失,直腿抬高试验接近 70°,基本恢复工作;有效:症状部分消失,活动轻度受限,可

担任较轻工作;无效:症状、体征无改善,不能胜任工作。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 22.0 软件进行统计学处理。计数资料采用 χ^2 检验,等级资料采用秩和检验;计量资料采用 t 检验; $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组综合疗效比较 总有效率治疗组为 92.86%,对照组为 85.71%,2 组比较,差异有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较(n)

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	42	6	20	13	3	92.86 ^a
对照组	42	4	17	15	6	85.71

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.2 2 组治疗前后 JOA 评分及 VAS 评分比较 2 组治疗后 JOA 评分均较治疗前增高,VAS 评分较治疗前降低,且治疗组改善优于对照组,差异均有统计学意义。(见表 2)

表 2 2 组治疗前后 JOA 评分及 VAS 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	时间	JOA 评分	VAS 评分
治疗组	42	治疗前	10.48 ± 3.44	6.55 ± 2.03
		治疗后	21.98 ± 4.23 ^{ab}	3.07 ± 1.37 ^{ab}
对照组	42	治疗前	9.10 ± 3.40	5.86 ± 1.66
		治疗后	17.81 ± 6.01 ^a	3.62 ± 1.94 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.05$ 。

4 讨 论

腰椎间盘突出症属中医学“腰痹”范畴,中医学认为不通则痛,不荣则痛,寒湿、瘀血阻络致不通,肝肾亏虚则不荣,外伤损伤经脉,血溢脉外为瘀,外感寒湿均可进一步使筋脉不通,诱发腰痛。针刺治疗可疏通筋脉,活血化瘀,改善症状。现代医学研究发现纤维环破坏、髓核外漏可导致无菌性炎症反应,对神经根、神经末梢痛觉纤维产生刺激,进一步发展成疼痛症状^[7]。针刺疗法能减轻椎间盘对神经根的机械压迫,促进炎性水肿的减轻及炎性递质吸收,改善神经根血液循环及营养供应,阻断进一步损伤,改善、消除疼痛及麻木等症状^[8]。

腰椎间盘突出与久坐、缺少锻炼等生活方式有关。研究显示,早期腰背肌肉锻炼可加强椎体、椎间盘、关节等受力,加强外部结构的(下转第 79 页)

长于清心火,散头面鼻窍之风热;薄荷辛凉,入肺经,长于疏散头面之风热;荆芥辛散香气,长于发表散头面之风,且微温不烈,药性和缓,为发散风寒药中最为平和之品;淡豆豉辛散轻浮,善疏散表邪,解表之力颇为平稳,以利鼻窍之恢复;炒牛蒡子味辛苦,长于疏散表邪,宣肺通鼻窍;桔梗辛散苦泄,开宣肺气,载诸药上行于头面;炒苍耳子、辛夷、白芷、薄荷共为苍耳子散。其中,炒苍耳子温和疏达,辛味散风,功外散风热,又可宣通鼻窍;辛夷辛温发散,芳香通窍,其性上达,外可祛风热邪气,内可升达肺胃清气,为治鼻塞流涕之要药;白芷辛散温通,祛风解表散邪之力较温和;鱼腥草味辛性寒,主入肺经,以清解肺热见长,又可排脓,以利黄涕排出。诸药合用,共启疏风清热、宣肺通窍之功。首诊3剂尽,黄涕消,故二诊去清热解毒排脓之鱼腥草。

3 急喉痹

郭某,女,5岁。初诊:2017年12月12日。主诉:咽痛1d,胃纳可,夜寐安,二便调。检查:咽黏膜急性充血,咽后壁淋巴滤泡增生。舌红,苔薄黄,脉浮数。西医诊断:急性咽炎。中医诊断:急喉痹,风热外袭证。治法:疏风清热,利咽消肿。选方:银翘散加减。处方:金银花10g,连翘10g,薄荷(后下)6g,芦根10g,炒牛蒡子10g,生石膏(先煎)15g,板蓝根15g,大青叶15g,麦冬10g,赤芍10g,牡丹皮10g,炙甘草6g。3剂,每天1剂,水煎300ml,分2次服用,每次150ml。12月15日二诊:咽痛消失,现咽部无明显不适,胃纳可,夜寐安,二便调。检查:咽黏膜淡红,舌淡红,苔薄白,脉细。嘱患者中病即止,变化随诊。

按:急性咽炎属中医学之“急喉痹”。“喉痹”一

(上接第73页)稳定性,使椎间盘受力更稳定,减少腰椎间盘突出发作及复发率^[8]。有研究证明,本病患者神经根的缺血、炎性、水肿、粘连反应十分常见,突出部位血液循环差,而循环差则进一步导致椎体、椎间盘退变。运动疗法可加强肌群活动,有效改善血液循环,一定程度减轻粘连和水肿,从而修复变性的组织,减少炎性因子和代谢产物,改善腰椎间盘突出症症状^[9]。

本研究按纳入标准、排除标准选择病例,随机分组,观察针刺治疗及针刺结合运动疗法对2组患者的疗效。结果表明针刺对腰椎间盘突出症有治疗作用,针刺结合运动疗法的效果优于单纯针刺治疗。

参考文献

[1] 付勇,章海凤. 腰椎间盘突出症患者不同敏化类型施术方法选择临床观察[J]. 中国针灸,2015(12):12-14.

词首见于长沙汉墓马王堆帛书《阴阳十一经脉》,《内经》也曾多次论述喉痹,如《素问·阴阳别论》载:“一阴一阳结,谓之喉痹。”咽喉是十二经脉循行交汇之要冲,宜空宜通。气候骤变,寒暖不调,风热之邪壅遏肺系,肺失宣降,邪热上壅咽喉,发为喉痹,故治以疏风清热,解毒利咽。方选银翘散加减。方中金银花甘寒,芳香疏散,善散咽喉之热邪;连翘苦能清泄,寒能清热,入心、肺二经,长于清心火,散咽喉部之风热;薄荷辛凉,辛以发散,凉以清热,其辛散之性较强,为疏散风热之常用药;芦根入肺经善清透肺热,又可生津止渴;炒牛蒡子辛散苦泄,升散之中具有清降之性,发散之力虽不及薄荷,但长于清利咽喉;生石膏味辛甘寒,性寒可清咽喉之火,辛寒可解肌透热,甘寒可清肺热、解烦渴;板蓝根、大青叶均为清热解毒之品,其中,板蓝根苦寒,善清解实热火毒,长于解毒利咽;大青叶苦寒,既可清心胃实火,又善解瘟疫时毒,有解毒利咽、凉血消肿之功;麦冬味甘柔润,性偏苦寒,长于滋养胃阴,生津止渴,防热病伤阴;赤芍、牡丹皮均可清热凉血,其中,赤芍味苦性寒,善清咽喉之火,清血分郁热而奏凉血之功;牡丹皮苦寒,功清热凉血,以消咽喉之热;炙甘草调和诸药。诸药合用,共奏疏风清热、解毒利咽之功。

第一作者:郑妍妍,女,2016级硕士研究生,研究方向:中医耳鼻咽喉科学

通讯作者:譙凤英,女,主任医师,研究方向:中医耳鼻咽喉科学,E-mail:18332590209@163.com

(收稿日期:2018-02-01)

- [2] 胡有谷. 腰椎间盘突出症(4版)[M]. 北京:人民卫生出版社,2011:52-68.
- [3] 李锋. 骨科疾病诊断标准[S]. 北京:科学技术文献出版社,2009.
- [4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:202.
- [5] 王启才. 针灸治疗学[M]. 北京:中国中医药出版社,2011:60-61.
- [6] 陆寿康. 刺灸法灸学[M]. 北京:中国中医药出版社,2010:30-31.
- [7] 尹晓萍,张德元,伍智红,等. 腰椎间盘突出症的疼痛机制与非手术治疗[J]. 临床军医杂志,2003,31(3):94.
- [8] 王增凤,范淑玉. 腰背肌锻炼的依从性对青年早期腰椎间盘突出症的影响[J]. 国际医药卫生导报,2013,19(16):2594-2596.
- [9] 郑吉元,姜劲挺. 腰背肌肉锻炼联合TDP照射腰痹痛贴治疗腰椎间盘突出症37例[J]. 中医研究,2014,27(11):47-49.
- (收稿日期:2018-04-08)