

# 三痹汤联合温针灸治疗腰椎间盘突出症 60 例临床观察

姜林峰<sup>1</sup>, 姜利军<sup>2</sup>

1. 江山市淤头医院骨科, 浙江 江山 324100; 2. 江山市中医院骨科, 浙江 江山 324100

[摘要] 目的: 观察三痹汤联合温针灸治疗腰椎间盘突出症的临床疗效。方法: 将 120 例患者随机分为 2 组各 60 例, 对照组口服西乐葆; 治疗组采用先温针灸配合三痹汤治疗。观察治疗前后 2 组患者的腰痛情况, 检测治疗前后患者血清肿瘤坏死因子- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ )、白细胞介素-1 $\beta$  (IL-1 $\beta$ )。结果: 愈显率治疗组为 71.7%, 对照组为 51.7%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后 10、20 天, 2 组患者腰痛视觉模拟评分法 (VAS) 评分均较治疗前降低 ( $P < 0.01$ ); 且在治疗后 20 天, 治疗组 VAS 评分明显低于对照组 ( $P < 0.01$ )。治疗后 2 组血清 TNF- $\alpha$ 、IL-1 $\beta$  水平均较治疗前显著降低 ( $P < 0.05$ ); 且治疗组上述指标降低较对照组更显著 ( $P < 0.05$ )。结论: 应用三痹汤联合温针灸治疗腰椎间盘突出症疗效显著, 其作用机制可能与降低血清 TNF- $\alpha$ 、IL-1 $\beta$  水平有关。

[关键词] 腰椎间盘突出症; 三痹汤; 温针灸; TNF- $\alpha$ ; IL-1 $\beta$

[中图分类号] R681.5\*3 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 06-0250-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.06.119

腰椎间盘突出症(LDH)是临床常见病、多发病。由于脊髓位于椎间盘的后方, 突出的椎间盘容易压迫到脊神经或马尾神经引起大小便失禁或腰腿痛、甚至导致瘫痪, 因此给患者的生活质量带来极大不便。现代医学常通过手术方法治疗本病, 但手术治疗存在一定风险, 且费用高、易复发、副作用明显, 加上部分患者害怕手术治疗, 因此目前绝大多数患者选择保守治疗。中医学多以中药、针灸、牵引、推拿等内外治疗法为主, 报道显示 80%~90%患者可获得缓解甚至痊愈<sup>[1]</sup>。本研究中, 笔者采用三痹汤配合温针灸疗法治疗 LDH, 取得了较好的临床疗效, 结果报道如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 120 例 LDH 患者均来自江山市淤头医院骨科和江山市中医院骨科门诊, 按照就诊先后顺序随机分为 2 组各 60 例。治疗组男 26 例, 女 34 例; 年龄 29~70 岁, 平均(43.7 $\pm$ 6.1)岁; 病程 25 天~12 年, 平均(10.7 $\pm$ 2.1)月。对照组男 29 例, 女 31 例; 年龄 31~67 岁, 平均(40.7 $\pm$ 5.2)岁; 病程 21 天~13 年, 平均(12.3 $\pm$ 2.5)月。2 组患者一般资料经统计学处理, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[2]</sup>制定: ①明显腰腿疼痛者; ②直腿抬高试验阳性, L<sub>3</sub>~S<sub>1</sub> 棘突旁压痛; 挺腹试验阳性, 并伴有显著神经根压迫症状; ③CT 或 MRI 扫描确诊为椎间盘突出。

1.3 纳入标准 ①符合上述诊断标准者; ②年龄小于 75 岁,

近 1 周内未用使用消炎镇痛药或其他相关治疗药物者; ③非妊娠或哺乳期患者; ④无肿瘤、中风、严重肝肾和造血系统疾病或其他精神疾病者; ⑤签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①严重椎管狭窄或钙化、脊髓肿瘤、马尾神经综合征、严重椎体滑脱、精神病、神经官能症及其他严重器质性疾病; ②月经期、妊娠期或哺乳期妇女; ③不愿意接受针灸治疗者; ④严重内科疾病、传染病或精神疾病者。

## 2 治疗方法

2.1 对照组 口服西乐葆(辉瑞制药有限公司)200 mg, 每天 1 次, 饭后口服, 连续治疗 20 天。

2.2 治疗组 行温针灸治疗。选肾俞、大肠俞、L<sub>4-5</sub> 华佗夹脊、环跳、委中、阳陵泉、殷门、昆仑作为针灸穴位。方法: 在大肠俞、L<sub>4-5</sub> 华佗夹脊、环跳穴用毫针深刺, 其中大肠俞和环跳穴的针刺方向斜向内刺, 其他与皮肤垂直进针, 针尖刺入约 3 寸, 施提插捻转泻法, 余穴常规操作; 得气后在上述穴位的针柄搓上清艾绒点燃, 待艾团燃尽后除去灰烬, 留针 30 min 后将针取出。隔天治疗 1 次, 共治疗 10 次。联合三痹汤治疗。处方: 当归、杜仲、川牛膝、秦艽、鬼箭羽、甘草各 10 g, 白芍、延胡索、续断、山楂、鸡内金各 20 g, 制川乌、制草乌各 5 g, 细辛 3 g, 全蝎 4 g。每天 1 剂, 水煎, 分上、下午餐后服。10 天为 1 疗程, 连续治疗 2 疗程。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①腰部疼痛评分采用视觉模拟评分法(VAS)评

[收稿日期] 2014-10-26

[作者简介] 姜林峰 (1974-), 男, 主治医师, 主要从事中医骨伤的临床工作。

分<sup>③</sup>，分别在治疗前和治疗后10、20天评估疼痛情况。②治疗前、后检测血清肿瘤坏死因子- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ )、白细胞介素-1 $\beta$  (IL-1 $\beta$ )。具体方法采用放免法，试剂购买与上海普林斯顿生物科技发展有限公司提供，严格按照试剂说明书进行操作。

3.2 统计学方法 采用SPSS16.0统计分析软件，计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，比较采用 $t$ 检验，计数资料比较采用 $\chi^2$ 检验。

#### 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[2]</sup>拟定。基本痊愈：腰痛和下肢放射症状完全消失，椎间隙压痛完全消失，脊柱活动正常，直腿抬高大于70°；显效：腰痛显著减轻，下肢放射症状基本消失，椎间隙压痛基本消失，脊柱活动有所改善，直腿抬高60~70°，不影响日常工作；有效：腰腿痛症状有所改善，能直立行走，直腿抬高45°以上；无效：症状体征无改善或甚至加重。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。愈显率治疗组为71.7%，对照组为51.7%，2组比较，差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表1 2组临床疗效比较

组别	$n$	基本痊愈	显效	有效	无效	愈显率(%)
治疗组	60	26	17	16	1	71.7 <sup>①</sup>
对照组	60	18	13	22	7	51.7

与对照组比较，① $P < 0.05$

4.3 2组治疗前后VAS评分比较 见表2。治疗后10、20天，2组患者VAS评分均较治疗前降低( $P < 0.01$ )。治疗10天后，2组VAS评分比较无统计学意义( $P > 0.05$ )；治疗后20天，治疗组VAS评分明显低于对照组，差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。

表2 2组治疗前后VAS评分比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	$n$	治疗前	治疗10d	治疗20d
治疗组	60	6.25 $\pm$ 2.33	2.63 $\pm$ 0.85 <sup>①</sup>	1.10 $\pm$ 0.22 <sup>②</sup>
对照组	60	6.19 $\pm$ 2.70	2.89 $\pm$ 0.91 <sup>①</sup>	2.34 $\pm$ 0.59 <sup>①</sup>

与同组治疗前比较，① $P < 0.01$ ；与对照组同时间比较，② $P < 0.01$

4.4 2组治疗前后血清TNF- $\alpha$ 、IL-1 $\beta$ 水平比较 见表3。治疗后2组血清TNF- $\alpha$ 、IL-1 $\beta$ 水平均较治疗前显著降低( $P < 0.05$ )；且治疗组上述指标较对照组降低更显著( $P < 0.05$ )。

表3 2组治疗前后血清TNF- $\alpha$ 、IL-1 $\beta$ 水平比较 $(\bar{x} \pm s)$   $\mu\text{g/mL}$

组别	$n$	时间	TNF- $\alpha$	IL-1 $\beta$
治疗组	60	治疗前	1.92 $\pm$ 0.31	0.42 $\pm$ 0.17
		治疗后	1.15 $\pm$ 0.29 <sup>②</sup>	0.21 $\pm$ 0.08 <sup>②</sup>
对照组	60	治疗前	1.99 $\pm$ 0.44	0.41 $\pm$ 0.13
		治疗后	1.52 $\pm$ 0.30 <sup>①</sup>	0.33 $\pm$ 0.11 <sup>①</sup>

与对照组比较，① $P < 0.05$ ；与对照组比较，② $P < 0.05$

#### 5 讨论

椎间盘突出以腰腿疼痛为其主要临床主要症状，归属于中医学腰痛、痹证等范畴。腰椎间盘突出症的病因病机，目前国内学者认为是风、寒、湿、热等邪气流注经络，或气滞血瘀阻络，或肾气不足，精气衰微，筋脉失养<sup>[4]</sup>。因此痹证与风寒湿密切相关，风寒湿邪侵袭是本病的外在因素，而肾气亏虚是腰痛的内在根本。

三痹汤是笔者多年来治疗椎间盘突出症等病症的经验方。方中当归、白芍补血养血，行血通经；延胡索、全蝎、鬼箭羽祛瘀止痛；续断、杜仲、牛膝补肝肾，养筋骨，此外牛膝还有散瘀血、治痹痛的功效；细辛、草乌、秦艽祛风除湿，散寒止痛，其中细辛还可温通肾经、通阳化气；山楂、鸡内金消食健脾，其中山楂的选用，既考虑到脾胃为后天之本，又起到活血化瘀之效。诸药共用，标本兼顾，共奏祛风散寒除湿、补益肝肾止痛之功效，使气血足而邪气除，肝肾强而痹痛止，从而达到有效治疗LDH目的。

根据正虚寒凝的发病机制，针灸治疗当以温阳通络为宜。本研究采用温针灸治疗，能发挥针刺配合艾灸的协同作用，激发人体经气，收到祛风除湿、温阳通络、散瘀开痹之功。中医学理论认为，“腧穴所在，主治所及”，本研究选用夹脊穴为主穴，结合了现代医学的神经解剖学神经配布理论(即腰夹脊邻近神经根)，因此从腰夹脊穴进针，针尖可达腰神经根。肾俞为肾的背俞穴，功能温补肝肾；环跳、阳陵泉、昆仑等穴位于坐骨神经走向上，具有疏经通络、行气活血止痛的作用；根据中医学“腰背委中求”的理论，委中为膀胱经的合穴，此穴进温针灸可以激发膀胱经的经气。此外，将艾绒置于针柄上，使艾灸的热力迅速透达穴位，能够起到温通经络、散寒止痛的效果。因此，温针灸能够通过扩张患者局部血管，促进组织血液流量增加，消除组织间隙的瘀肿，改善患处微循环，松解周围组织的粘连，减轻神经根周围炎症，从而达到治病的目的<sup>[5]</sup>。

研究表明，细胞因子是参与椎间盘突出症发生发展的重要介质之一，其中尤以TNF- $\alpha$ 、IL-1 $\beta$ 的影响显著<sup>[6]</sup>。TNF- $\alpha$ 、IL-1 $\beta$ 可刺激炎症细胞聚集、激活，并促进炎症递质释放，直接刺激脊神经，导致下腰痛及下肢放射痛<sup>[7]</sup>。本组资料显示，治疗组治疗后IL-1 $\beta$ 、TNF- $\alpha$ 水平较对照组明显下降，这可能是的本方联合温针灸治疗腰椎间盘突出症的作用机制之一。

#### [参考文献]

- [1] 陈新用, 王振飞, 梁裕. 腰椎间盘突出症非手术治疗效果系统评价综述[J]. 中国循证医学杂志, 2012, 12(7): 861.
- [2] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 201.

- [3] 吴艳荣, 张海山, 高希言, 等. 温针齐刺法治疗腰椎间盘突出症 93 例临床研究[J]. 中医杂志, 2009, 50(12): 1096-1099.
- [4] 李文豪. 中医对腰椎间盘突出症的认识[J]. 甘肃中医, 2009, 22(11): 10-11.
- [5] 赵学田, 张喜娟. 温针灸治疗腰椎间盘突出症 50 例对照研究[J]. 福建中医药, 2008, 39(1): 30-31.
- [6] 滕加文, 张世华. 补肾壮骨胶囊对骨性关节炎患者关节液 IL-1 $\beta$  和 TNF- $\alpha$  水平的影响[J]. 山东中医杂志, 2011, 30(1): 9-10.
- [7] 赵太茂, 刘森, 赵文. TNF- $\alpha$ 、IL-1 $\beta$  在腰椎间盘突出症中致痛作用的研究[J]. 颈腰痛杂志, 2010, 31(3): 174-175.

(责任编辑: 冯天保)

## 推拿联合针灸治疗梨状肌综合征 120 例疗效研究

寿可可

诸暨市人民医院中医推拿科, 浙江 诸暨 311800

[摘要] 目的: 观察推拿联合针灸治疗梨状肌综合征的治疗效果。方法: 将 120 例梨状肌综合征患者随机分为 2 组各 60 例。观察组患者采用推拿联合针灸进行治疗, 对照组仅采用针灸进行治疗。观察比较 2 组患者治疗 1 疗程后痛阈改善情况、综合疗效、治愈时间、不良反应和复发率等指标以评价两种疗法的治疗效果。结果: 治疗 1 疗程后, 2 组痛阈水平改善情况比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ ), 观察组患者痛阈升高水平优于对照组; 2 组患者综合疗效情况比较, 总有效率观察组 91.67%, 对照组 88.33%, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 平均治愈时间观察组 (2.37 $\pm$ 0.95) 疗程, 对照组 (3.29 $\pm$ 0.98) 疗程, 观察组患者平均治愈时间短于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ ); 2 组患者均未观察到不良反应发生。复发情况观察组 2 例 (7.41%), 对照组 2 例 (8.33%), 2 组患者复发率比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。结论: 推拿联合针灸疗法和单纯推拿疗法对梨状肌综合征均有效, 且较为安全可靠。其中推拿联合针灸疗法起效更快、患者平均治愈时间更短, 疗效更佳。

[关键词] 梨状肌综合征; 推拿; 针灸; 痛阈; 治愈时间

[中图分类号] R685 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 06-0252-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.06.120

梨状肌综合征是由于梨状肌解剖变异或外伤、劳损后痉挛、肥厚、充血、水肿压迫坐骨神经引起的以患侧臀部、大腿和小腿后外侧感觉和运动异常为主要表现的临床综合征<sup>[1]</sup>。近年来, 关于该病中医治疗的研究较多, 但观测指标大多较简单, 实验设计也不甚合理, 影响了研究结果的可靠性。笔者采用随机对照设计观察了推拿联合针灸治疗梨状肌综合征的治疗效果, 结果报道如下。

### 1 临床资料

1.1 诊断标准 采用《中医骨伤科学》<sup>[2]</sup>所列诊断标准对患者进行诊断: ①有外伤、慢性劳损及感受风寒等诱因; ②患侧臀部疼痛和下肢坐骨神经走行区的放射痛, 伴或不伴肌力减退;

③查体梨状肌体表投影区有深压痛, 可触及痉挛的肌肉, 或条索状隆起的坚韧肌束, 臀肌可有萎缩, 坐骨神经体表投影区可有深压痛, 直腿抬高试验和梨状肌紧张试验阳性; ④B 超检查提示: 梨状肌横径增大、外膜增厚、回声不均匀, 梨状肌下孔狭窄或消失, 坐骨神经变异或显示不清; MRI 检查提示<sup>[3]</sup>: 双侧梨状肌下孔明显不对称, 卡压部位的坐骨神经变细或水肿增粗, 外周神经条纹状结构消失, 患侧与检测坐骨神经信号不一致。

1.2 一般资料 观察病例为 2012 年 1 月—2013 年 11 月本院住院治疗的 120 例梨状肌综合征患者。男 74 例, 女 46 例; 年龄 27~65 岁, 平均(47.38 $\pm$  16.38)岁; 病程 21~172 天, 平均

[收稿日期] 2015-01-07

[作者简介] 寿可可 (1968-), 男, 副主任中医师, 主要从事中医推拿临床工作。