

会释放出类组织胺物质刺激神经根,从而引起化学性神经根炎。在治疗方面目前没有一个较完善的治疗方法。针灸、理疗、牵引、按摩等传统治疗方法作用缓慢,用手术行开窗减压和椎间盘髓核摘除术治疗并发症、后遗症多,同时手术费用较高。近年来兴起的舒针疗法,是一种融合中医传统针刺疗法与现代手术治疗思想的中医微创新技术,在腰椎间盘突出症的治疗中相对其他保守治疗方式具有优势。

笔者采用舒针闭式微创松解术,在“包氏弓弦结构理论”指导下,依据对肌肉(弦)、关节(弓)神经(协调机制)损伤后所引起的肌肉短缩、脊柱僵硬及神经过敏等病理改变,通过行舒胀、舒压、舒挛、舒僵等治疗可以扩张组织间隙的水肿,改善微循环,增加血流量,清除组织间隙水肿,加速组织代谢,松懈周围组织的粘连,使神经根炎性症状得以消除,肌肉缩短、脊柱僵硬、神经过敏的病理得到改善。舒针治疗具有大针刺的良好镇痛效果,更重要的是在病理机制认识上更加严谨,加之多功能舒针针具设计合理,使其闭式微创手术能达到开放手术的效果,且避免了开刀手术的所有并发症。从2组疗效对照来看,观察组治愈率和总有效率及远期疗效等均高于对照组,差异具有统计学意义。

综上所述,舒针闭式微创松解术治疗腰椎间盘突出,可以标本兼治,具有损伤小、近远期疗效肯定的特点,值得临床推

广应用。

#### [参考文献]

- [1] 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,1994:136-137.
- [2] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则:第3辑[S]. 1997:1.
- [3] 包寿乾. 舒针治疗慢性软组织损伤疾病的特定穴选取与治疗方法[J]. 中国针灸,2009,29(5):423-424.
- [4] 包寿乾. 舒针疗法针具设计思想及临床基本操作规程[J]. 中国针灸,2009,29(3):243-245.
- [5] 包寿乾. 舒针疗法的理论基础与临床适应证[J]. 中国针灸,2009,29(4):335-336.
- [6] 包寿乾. 舒针治疗周围神经嵌压症的选型辨证与术式设计[J]. 中国针灸,2009,29(7):597-598.
- [7] Muto M, Avella F. Percutaneous treatment of herniated lumbar disc by intradiscal oxygen- ozone injection[J]. Interven Neuroradiol, 1998, 4(4): 297- 286.

(责任编辑:冯天保)

## 腹针联合体针治疗腰椎间盘突出症疗效观察

关晓芳<sup>1</sup>, 江维<sup>2</sup>, 孙健<sup>2</sup>

1. 广东省中医院大学城医院, 广东 广州 510006; 2. 广东省中医院芳村传统疗法中心, 广东 广州 510370

[摘要] 目的:观察腹针联合体针治疗腰椎间盘突出症的临床疗效。方法:将177例腰椎间盘突出症患者随机分为治疗组90例和对照组87例,对照组采用体针治疗,治疗组在对照组的基础上联合腹针治疗,于1~3疗程后观察比较2组临床疗效。结果:治疗组治愈率为51.11%,总有效率95.56%;对照治愈率34.48%,总有效率88.51%,2组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );痊愈病例中治疗组所需治疗次数比对照组次数少,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论:腹针联合体针治疗腰椎间盘突出症疗效较单纯体针治疗好,且可缩短疗程。

[关键词] 腰椎间盘突出症; 腰椎间盘突出移位; 腹针; 体针

[中图分类号] R681.5\*3 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2016) 01-0095-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.01.043

腰椎间盘突出症是临床常见病、多发病,易发于20~40岁之间,尤以从事体力劳动的中年人多见,男性多于女性。发

病多由于负重劳动或剧烈运动,使腰椎间盘突出挤压或扭转,纤维环破裂,髓核突出压迫神经所致,同时与受寒冷、慢性劳损等

[收稿日期] 2015-09-03

[作者简介] 关晓芳(1985-),女,住院医师,主要从事中医内科临床工作。

[通讯作者] 江维, E-mail: jiangwei520@126.com.

有关,临床症状以腰痛伴有下肢放射性疼痛为主要表现<sup>[1]</sup>,患侧腰腿疼痛、麻木,咳嗽、喷嚏及用力大便时可使疼痛加重。目前,治疗腰椎间盘突出症分手术治疗和非手术治疗,有文献报道,本病需手术者仅10%<sup>[2]</sup>,而80%~90%患者可经非手术疗法得到缓解甚至痊愈<sup>[3]</sup>。非手术疗法包括卧床休息、药物治疗、牵引治疗、推拿治疗、针灸治疗等。其中针灸疗法对腰椎间盘突出症的疗效确切。近年来,笔者采用腹针联合体征治疗腰椎间盘突出症,疗效满意,结果报道如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例均为2014年1月—2015年10月在本院诊治的患者,共177例,按照患者就诊顺序编号,随机分为治疗组90例,对照组87例。治疗组男48例,女42例;年龄21~63岁,平均(42.7±13.6)岁;病程4天~10年,平均(31.0±35.8)天;所有患者均作常规X线检查和腰椎CT扫描确诊:其中L<sub>3</sub>/L<sub>4</sub>椎间盘突出13例,L<sub>4</sub>/L<sub>5</sub>椎间盘突出28例,L<sub>2</sub>/S<sub>1</sub>椎间盘突出32例,L<sub>3</sub>/L<sub>4</sub>、L<sub>4</sub>/L<sub>5</sub>同时突出9例,L<sub>4</sub>/L<sub>5</sub>、L<sub>2</sub>/S<sub>1</sub>同时突出8例。针灸治疗前曾应用推拿、中药、局封、牵引等治疗而症状未减轻者60例,手术后复发13例,之前未作任何治疗17例。对照组男44例,女43例;年龄22~64岁,平均(42.5±13.1)岁;病程3天~14年,平均(30.2±34.6)天;所有患者均作常规X线检查和腰椎CT扫描确诊:其中L<sub>3</sub>/L<sub>4</sub>椎间盘突出8例,L<sub>4</sub>/L<sub>5</sub>椎间盘突出30例,L<sub>2</sub>/S<sub>1</sub>椎间盘突出24例,L<sub>3</sub>/L<sub>4</sub>、L<sub>4</sub>/L<sub>5</sub>同时突出13例,L<sub>4</sub>/L<sub>5</sub>、L<sub>2</sub>/S<sub>1</sub>同时突出12例。针灸治疗前曾应用推拿、中药、局封、牵引等治疗而症状未减轻者58例,手术后复发15例,之前未作任何治疗14例。2组病例在性别、年龄、病程、病情等临床资料比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

1.2 诊断标准 根据《中医病证诊断疗效标准》<sup>[6]</sup>中相关标准拟定。①有腰部外伤、慢性劳损或受寒湿史,大部分患者在发病期有慢性腰痛史;②常发于青壮年;③疼痛向臀部及下肢放射,腹压增加时(如咳嗽、喷嚏)时疼痛加重;④脊柱侧弯,腰椎生理弯曲度消失,病变部位椎旁有压痛,并向下肢放射,腰部活动受限;⑤下肢受累神经支配区有感觉过敏或迟钝,病程长者可出现肌肉萎缩,直腿抬高或加强试验阳性,跟、膝腱反射减弱或消失、拇趾背伸力减弱;⑥X线摄片检查:脊柱侧弯,腰椎生理前凸消失,病变椎间隙可能变窄,相邻边缘有骨赘增生;⑦CT检查可显示椎间盘突出部位及程度。

1.3 排除标准 ①不符合上述诊断标准者;②合并有严重原发性疾病者;③精神病患者;④合并严重感染者;⑤妇女妊娠期及哺乳期;⑥腰椎椎管狭窄及肿瘤压迫、椎间小关节紊乱、脊神经炎、腰部筋膜炎;⑦强直性脊柱炎、腰椎结核、椎体滑脱及腰肌劳损等疾患;⑧有手术指征者。

## 2 治疗方法

2.1 对照组 采用体针治疗。取穴:采用循经取穴与局部取

穴相结合,腰骶部以大肠俞、气海俞、关元俞、八髎和夹脊穴为主,臀腿部以秩边、环跳、承山、殷门、委中、合阳、悬中、阳陵泉、风市和昆仑为主。以上穴位均取患侧。操作方法:根据针刺部位分别选取直径0.45 mm,长度75 mm、40 mm或25 mm毫针,针刺完毕后接G6805-2型电针治疗仪,频率用疏密波(5/45 Hz),强度以患者能耐受为度,留针30 min。每天1次,治疗10次为1疗程。1疗程结束后,休息3天,继续行第2个疗程。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上加用腹针治疗。腹针取穴:主穴取水分、气海、关元。配穴:急性腰椎间盘突出者加水沟、印堂;陈旧性腰椎间盘突出者加气穴(双);以腰痛为主者加滑肉门(双)、外陵(双)、四满(双);合并下肢疼痛者加气旁(健侧)、外陵(患侧)、下风湿点(患侧)、下风湿下点(患侧)。操作方法:患者平卧,腹部暴露,针刺前对准备施治的部位从上而下地进行触压,检查肝、脾大小,有无包块、触痛,无阳性体征方可施治。常规消毒后,根据针刺部位分别选取直径0.45 mm,长度75 mm、40 mm或25 mm毫针,避开毛孔、血管,对准穴位直刺,采用只捻转不提插或轻捻转、慢提插的手法。针刺分3步进行:①候气:进针后停留3~5 min;②行气:候气后3~5 min再捻转或提插使局部产生针感;③催气:再隔5 min行针1次,加强针感使之向四周或远处扩散。留针30 min后起针,每天1次,10次为1疗程。1疗程结束后,休息3天,继续行第2个疗程。

以上均接受1~3个疗程治疗,疗程间休息3天,3疗程后统计临床疗效。2组患者在治疗期间均嘱咐卧硬板床休息,配带护腰,不可搬提重物及久坐、久行。

## 3 统计学方法

采用SPSS11.5统计学软件进行统计学处理,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用 $t$ 检验;计数资料以率(%)表示,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>[6]</sup>中相关标准拟定。痊愈:症状完全或基本消失,阳性体征转阴,直腿抬高70°以上,恢复工作;好转:症状大部分消失,仍有阳性体征,直腿抬高50°~70°,可以从事一般性工作;无效:治疗后症状、体征无明显改善,直腿抬高30°以下。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率、痊愈率治疗组分别为95.56%、51.11%,对照组分别为88.51%、34.48%,2组比较,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。

组别	n	例(%)		
		痊愈	好转	未愈
治疗组	90	46(51.11) <sup>①</sup>	40(44.44)	4(4.44)
对照组	87	30(34.48)	47(54.02)	10(11.49)

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.3 2组不同疗程痊愈情况比较 见表2。在痊愈病例中,治疗1疗程痊愈率治疗组为56.52%,对照组为26.67%。2组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表2 2组不同疗程痊愈情况比较 例(%)

组别	n	第1疗程	第2疗程	第3疗程
治疗组	46	26(56.52) <sup>①</sup>	12(26.09)	8(17.39)
对照组	30	8(26.67)	15(50.00)	7(23.33)

与对照组比较, <sup>①</sup> $P < 0.05$

## 5 讨论

腰椎间盘突出症属中医学痹证、腰腿痛等范畴,辨证多与脾肾精血亏虚、督脉失养有关;加之机体感受风、寒、湿邪或跌仆挫伤,以致脉络闭阻,气血失和,不通则痛。病机为风、寒、湿邪痹阻经络,不通则痛;或气血虚弱,经脉失养,不荣则痛。以神阙经络系统为核心,脏腑经络学说为指导的腹针疗法,具有向全身输布气血的功能与对机体宏观调控的作用。本病理是椎间盘纤维环破裂,髓核突出,压迫脊神经根及周围组织,致其水肿、炎性浸润、充血、粘连,由此继发坐骨神经痛。故治疗关键是消除神经根及周围组织充血、水肿、粘连等无菌性炎症,缓解肌紧张状态,降低椎间盘内压力,使髓核借助负压回纳,减轻神经根压迫症状<sup>[7]</sup>。

体针应用于腰椎间盘突出症,根据循经取穴,辨证施治,尤其是通过调整督脉和足太阳膀胱经这两条贯穿腰背部的经脉的气血阴阳,达到治疗目的。

腹针理论认为,以神阙为中心的腹壁浅层存在一个全身缩影的全息影像,是生物全息律的体现,也存在“全息反馈”现象,即人体整体的信息对腹部产生影响、调节和控制作用,反过来腹部的信息也反映整体的状况,对整体产生影响、调节和控制作用<sup>[8]</sup>。通过腹针疗法,促使阴平阳秘,恢复阴阳相对平衡,则“阳得阴助,生化无穷”。腹针治疗腰椎间盘突出症,以水分、关元、气海为主穴,气海是膏之原穴,为气之海,能补肾之先天之气;关元能补肾培元,温阳散寒;气海、关元两穴合用,共奏培肾固本、补肾活血之功;而水分穴是治疗腰部疾病的特定穴,可促进局部水肿吸收,减轻炎性渗出;肾经的四满、气穴能增补肾气。以上诸穴合用可以通调任督脉气血,疏通全身经络,补肾培元。滑肉门、外陵为腹四关,具有通调气血,疏理经气,引脏腑之气布散到肢体的妙用,可以补后天

气血不足;下风湿点、下风湿下点为腹针发明人薄氏经验用穴,可疏通患肢的经气,具有消肿止痛、滑利关节的作用;腹四关及下风湿(下)点合用可以达到补脾肾、疏通经络之功。此外急性期加入中、印堂通调督脉;腰痛甚以四满、气穴来增补肾气。因此,腹针的轻刺激手法,对腰椎间盘突出症能取得立竿见影的效果且疗效稳定,具有疗效好、疗程短、复发率低等优点<sup>[9]</sup>。腹针联合体针协同治疗腰椎间盘突出症,是传统针灸和新针灸法的结合,是传统针灸疗法新的尝试,并收到较好的临床疗效。本次临床观察也证明,腹针治疗腰椎间盘突出症具有处方标准化、操作规范化的特点,在患者无痛或微痛的情况下,也能取得较好疗效,值得临床推广应用。

## 【参考文献】

- [1] 胡有谷. 腰椎间盘突出症[M]. 北京:人民卫生出版社, 1982:112-132.
- [2] 鲁玉来,孙永华. 最新腰腿痛诊断治疗学[M]. 北京:人民军医出版社, 2007:208-232.
- [3] Portas CM, Bjorvatn B, Ursin R. Scrotonin and the sleep/wake cycle: special emphasis on microdialysis studies[J]. Prog Neurobiol, 2000, 60(1): 13-35.
- [4] Lei LM. Clinical Progress of Tuina Treatment for Lumbar Intervertebral Disc Herniation in Recent 10 Years [J]. J Acupuncture Tuina Sci, 2012, 10(2): 128-132.
- [5] Wu YC, Zhang JF. Research Progress of Treatment of Prolapsed Lumbar Intervertebral Disc by Acupuncture and Moxibustion[J]. J Acupuncture Tuina Sci, 2004, 2(5): 53-58.
- [6] 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, 1994:186.
- [7] 杨俊兴,樊粤光,赵京涛. 中医药治疗腰椎间盘突出症的研究进展[J]. 中医正骨, 1999, 11(9): 565.
- [8] 薄智云. 腹针疗法[M]. 北京:中国科学技术出版社, 1999:123.
- [9] 戴力扬. 腰腿痛的流行病学[J]. 颈腰痛杂志, 2000, 21(2): 162-164.

(责任编辑:冯天保)