

# 浮针疗法治疗不同证型腰椎间盘突出症临床观察

钟敏莹<sup>1,4</sup>, 张熹煜<sup>2,4</sup>, 贺青涛<sup>3,4</sup>

1. 广东省中医院理疗科, 广东 广州 510120
2. 广东省中医院大学城分院综合三科, 广东 广州 510006
3. 广东省第二中医院康复科, 广东 广州 510095
4. 广东省中医院符仲华浮针医学名中医药专家传承工作室, 广东 广州 510120

**[摘要]** 目的: 观察浮针疗法治疗不同证型腰椎间盘突出症患者的临床疗效。方法: 将腰椎间盘突出症的患者 76 例给予浮针治疗, 根据中医辨证分为 3 型, 其中寒湿型 20 例、血瘀型 33 例、肾虚型 23 例。治疗前后应用日本下腰痛 JOA 评分量表评定, 并在治疗结束后观察 3 组的临床疗效。结果: 治疗前, 3 组 JOA 评分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 治疗后, 3 组 JOA 评分均较治疗前升高 ( $P < 0.01$ ); 治疗后 3 组间两两比较, 血瘀型组与寒湿型组比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 肾虚型组与其他 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。总有效率寒湿型组为 90.00%, 血瘀型组为 87.88%, 肾虚型组为 87.00%, 3 组总有效率比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。结论: 浮针疗法治疗不同证型腰椎间盘突出症具有确切疗效, 对于寒湿型及血瘀型腰椎间盘突出症患者疗效更显著。

**[关键词]** 腰椎间盘突出症; 浮针疗法; 证型

**[中图分类号]** R681.5\*5 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 06-0116-03

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2016.06.050

腰椎间盘突出症是由于椎间盘发生退变与外力损伤等因素, 使纤维环部分破裂, 髓核从纤维环的缺损处向外膨出, 压迫脊神经而引起腰痛及一系列神经根症状为特点的病症。该病临床治疗除对出现下肢神经运动功能障碍、马尾神经功能障碍或骨性椎管狭窄等采用手术疗法以外, 其他以保守治疗为首选。浮针疗法是符仲华教授在传统针灸学理论上发明创造的新型针法, 操作简便, 无毒副作用, 以安全性高、效果立竿见影为其突出优势。据文献报道浮针治疗腰椎间盘突出症总体效果良好, 但对于浮针治疗本病疗效是否有证型相关性尚无报道<sup>[1-2]</sup>。本研究浮针治疗腰椎间盘突出症不同证型的临床疗效, 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 10 月—2015 年 10 月广东省中医院理疗科及广东省第二中医院康复科诊治的患者共 76 例。寒湿型组 20 例, 血瘀型组 33 例, 肾虚组 23 例。寒湿型组女 7 例, 男 13 例; 年龄  $(50.10 \pm 11.72)$  岁, 病程  $(11.90 \pm 8.37)$  月。血瘀型组女 13 例, 男 20 例; 年龄  $(48.88 \pm 11.83)$  岁, 病程  $(13.09 \pm 8.14)$  月。肾虚型组女 10 例, 男 13 例; 年龄  $(53.13 \pm 12.22)$  岁, 病程  $(11.22 \pm 6.36)$  月。3 组年龄、

性别、病程经统计学处理, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 病例选择** 参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[3]</sup> 中腰椎间盘突出症的诊断标准。有腰部外伤、慢性劳损或受寒湿史; 大部分患者在发病前有慢性腰痛史; 腰痛向臀部及下肢放射, 腹压增加(如咳嗽、喷嚏)时疼痛加重; 脊柱侧弯, 腰椎生理弧度消失, 病变部位椎旁有压痛, 并向下肢放射, 腰部活动受限; 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(+), 膝、跟腱反射减弱或消失, 拇趾背伸肌力减弱; X 线摄片检查示脊柱侧弯, 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。CT 检查可显示椎间盘突出部位和程度。中医证型标准: 《针灸学》<sup>[4]</sup> 腰痛的分型分为寒湿型、血瘀型、肾虚型 3 型。

**1.3 纳入标准** 符合上述腰椎间盘突出症的诊断标准。发病年龄 30~70 岁, 男女不限。按要求完成治疗者。

**1.4 排除标准** 巨大椎间盘突出、伴有马尾神经压迫症状、严重椎管狭窄、有较大的骨赘者; 合并严重心脑血管、肝、肾、造血系统、精神系统等疾病者及孕妇; 局部软组织存在炎症反应有感染倾向者。

**[收稿日期]** 2015-12-17

**[作者简介]** 钟敏莹 (1981-), 女, 医学硕士, 主治医师, 研究方向: 浮针的机制及临床应用。

## 2 治疗方法

3组均采用浮针疗法治疗。

腰椎各节段均可发生腰椎间盘突出症,但由于腰骶部活动度较大,且处于活动的脊柱与甚少活动的骨盆交界处,承受的压力大、应力多,椎间盘容易发生退变和损伤,故L<sub>4-5</sub>、L<sub>5</sub>~S<sub>1</sub>椎间盘突出症发病率最高,据国内外文献报道占90%~95%<sup>[6]</sup>,其典型临床表现为腰痛及下腰部向臀部、大腿后方、小腿外侧出现下肢放射痛。浮针的临证诊治中,首要对肌筋膜触发点(myofascial trigger point, MTrP)所在患肌进行触查,以确定进针部位。取穴参照《浮针疗法治疗疼痛手册》<sup>[6]</sup>:腰椎间盘突出症主要有以下MTrP,见图1所示:①L<sub>4</sub>、L<sub>5</sub>、S<sub>1</sub>棘突旁凹陷中,手下明显紧涩,触诊引发的局部颤搐明显。②同侧梨状肌投影处。与健侧比较,手下明显紧涩。③同侧小腿腓肠肌中央上下或外侧,多为条索,紧涩明显。

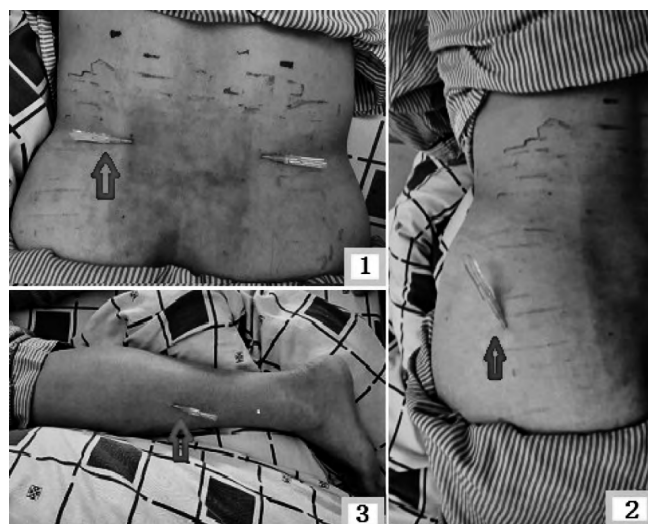


图1 浮针治疗腰椎间盘突出症的进针位置

操作方法:患者取俯卧位,医者用食指及中指的指腹触摸患者腰部及患侧下肢,确定MTrP后做一标记,常规消毒医者手指及进针点皮肤,针具选择一次性使用浮针(国家发明专利申请号:97-1-143188,公开号:CN-1186653A,直径1.5mm,长度3.2cm),主要由软套管和不锈钢针芯组成。确定MTrP后在距离MTrP约5cm处皮下水平进针,针尖指向病灶,针体在皮下疏松结缔组织中向前推进,皮肤表面可见线状隆起,运针深度一般以软套管全部埋入皮下为度。进针后以拇指为支点,食指和无名指一前一后作扇形扫散,每部位扫散时间约2min。在进行腰部浮针扫散过程中,边治疗边让患者进行一上一下双腿飞燕动作,以使相关肌肉轮番收缩和舒张,加强局部血液循环。在操作完毕后抽出不锈钢针芯,将塑料软套管留置皮下用胶布固定,嘱患者留置6min后将软套管拔出,注意起管后勿立即湿水,在留管期间患者可照常活动。每周治疗2次,6次为1疗程。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 采用日本骨科学会(JOA)下腰痛评分表<sup>[7]</sup>对治疗前后患者的自觉症状、临床体征、日常活动等方面进行评定。评价3组治疗1疗程后的临床疗效。

3.2 统计学方法 采用PEMS3.1统计软件包进行统计分析,3组样本的均值比较采用方差分析,同组治疗前后比较采用配对t检验,等级资料采用秩和检验。

## 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》<sup>[8]</sup>。治愈:腰腿痛消失,直腿抬高70°以上,能恢复原工作。好转:腰腿痛减轻,腰部活动功能改善。未愈:症状、体征无改善。

4.2 3组治疗前后JOA评分比较 见表1。治疗前,3组JOA评分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );治疗后,3组JOA评分均较治疗前升高( $P < 0.01$ );治疗后3组间两两比较,血瘀型组与寒湿型组比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );肾虚型组与其他2组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

组别	n	治疗前	治疗后
寒湿型组	20	15.30±2.75	24.45±3.19 <sup>①②</sup>
血瘀型组	33	15.00±2.41	23.79±2.90 <sup>①②</sup>
肾虚型组	23	16.22±2.02	22.17±2.82 <sup>①</sup>

与本组治疗前比较,① $P < 0.01$ ;与肾虚型组比较,② $P < 0.05$

4.3 3组临床疗效比较 见表2。总有效率寒湿型组为90.00%,血瘀型组为87.88%,肾虚型组为87.00%,3组总有效率比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

组别	n	治愈	好转	未愈	总有效率(%)
寒湿型组	20	8(40.00)	10(50.00)	2(10.00)	90.00
血瘀型组	33	13(39.39)	16(48.48)	4(12.12)	87.88
肾虚型组	23	4(17.39)	16(69.57)	3(13.04)	87.00

## 5 讨论

腰椎间盘突出症属中医学腰痛、痹症范畴。中医学认为,腰椎间盘突出症是多因肾气不足,感受风寒湿邪、或劳累外伤,劳伤筋骨,致气血运行不畅、经脉瘀阻而成。现代医学认为,当椎间盘退变或外力损伤,使纤维环发生破裂,髓核突出刺激或压迫神经根,导致周围组织炎症水肿、微循环障碍,继而出现以腰痛及下肢坐骨神经放射痛等症状。

对于本病的治疗,大多数患者可通过非手术途径获得缓解或痊愈,目前保守治疗方法众多,但见效较慢。浮针疗法治疗软组织疾病疗效立杆见影,且操作安全无副作用。浮针的作用层面在病痛周围皮下疏松结缔组织,相当于传统经络的皮部层

面。研究表明传统针刺起作用的正是浅筋膜中的主要组织,即皮下疏松结缔组织,当用浮针直接挤压、牵拉该组织,特别是在扫散时,可导致液晶状态的疏松结缔组织的空间结构发生改变,由于压电效应,释放出生物电,具有良好半导体导电性能的疏松结缔组织高效率的传导生物电,当生物电到达病变组织时,产生反压电效应,改善微循环,调动人体内在抗病、修复功能<sup>[6]</sup>。与传统针刺相比较,浮针作用部位在皮下浅筋膜,浮针操作角度方向为皮下水平扫散,大大增加了刺激面积,力专效宏。此外,皮下进针,不深入肌层是浮针的操作特点,《素问·刺齐论》曰:“所谓刺皮者无伤肉者,病在皮中,针入皮下,无伤肉也”,因而浮针操作安全性好,可避免肌纤维缠腰针身所导致的断针、滞针现象,患者易于接受。

本病依照中医辨证类型,可分为瘀血型、寒湿型、肾虚型3型。瘀血腰痛系由闪挫跌仆,经筋络脉受损,致气滞血瘀,脉络受阻,发为腰痛。浮针根据传统针灸学中“以痛为输”及“近治原理”,根据患肌所在位置,通过浮针水平扫散能大面积疏通经脉瘀阻,蠲痹治痛。寒湿腰痛系由感受风寒或久居寒冷湿地,涉水冒寒,风寒水湿之邪浸渍经络,经络阻滞,气血运行不畅,发为腰痛。寒为阴邪,易伤阳气。皮部居于人体最外层,是机体的卫外屏障,浮针疗法作用于皮下,能够振奋皮部阳气,促进气血运行,加之针后留管时间长,寒湿之邪得以驱散。若素体禀赋不足,或年老精血亏衰,房劳伤肾,可致肾虚腰痛。《灵枢·本脏》曰:“血和则经脉流行,营复阴阳,筋骨劲强,关节清利矣。”浮针通过皮下扫散,大力促动气血运行,血脉通畅则痹痛得以缓解。

本研究结果显示,不同证型腰椎间盘突出症患者治疗后JOA评分有均较治疗前提高( $P < 0.05$ ),说明浮针治疗腰椎间

盘突出疾病证可有效改善不同证型患者的腰腿疼痛症状。疗程结束后3组总有效率无明显差异( $P > 0.05$ ),说明浮针治疗本病各证型总体疗效相似。但在治疗后3组JOA评分组间两两比较,寒湿型与血瘀型优于肾虚型,可见浮针疗法对实证腰痛患者比虚证患者功能改善更有优势,因而肾虚型患者可配合其他壮腰健肾之法合用以固其本。浮针疗法治疗腰椎间盘突出症不同证型具有确切疗效,且操作简便,安全性好,值得临床中推广应用。

#### [参考文献]

- [1] 黄郑昆. 浮针治疗腰椎间盘突出症 100 例[J]. 实用中医药杂志, 2014, 30(3): 217.
- [2] 黄赛芝. 浮针治疗腰椎间盘突出症 51 例疗效观察[J]. 湖南中医杂志, 2015, 31(6): 89-90.
- [3] 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: 214.
- [4] 孙国杰. 针灸学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1997: 242.
- [5] 鲁玉来, 刘晓光. 腰椎间盘突出症[M]. 北京: 人民军医出版社, 2014: 150.
- [6] 符仲华. 浮针疗法治疗疼痛手册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 167.
- [7] 蒋协远, 王大伟. 骨科临床疗效评价标准[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 107-108.
- [8] 李桂凤, 符仲华. 浅谈浮针对疼痛医学发展的启示[J]. 中国针灸, 2014, 34(6): 5981-5983.

(责任编辑: 骆欢欢, 李海霞)