

## 温针灸治疗腰椎间盘突出症临床观察

朵雄, 巴晓霞

民乐县中医医院, 甘肃 民乐 734500

**[摘要]** 目的: 观察温针灸治疗腰椎间盘突出症的临床疗效。方法: 选取本院收治的 280 例腰椎间盘突出症患者作为研究对象, 并将入选对象按照随机数字表法分为治疗组与对照组各 140 例, 治疗组采用温针灸治疗, 对照组采用牵引治疗, 对 2 组患者的临床疗效及治疗前后的腰椎功能和疼痛程度进行观察比较。结果: 经 2~3 疗程治疗后, 治疗组总有效率达到 93.57%, 与对照组 (82.14%) 相比, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗前, 2 组视觉模拟评分法 (VAS) 评分、日本骨科学会 (JOA) 评分比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗后, 2 组的 VAS 评分均较治疗前降低, JOA 评分均较治疗前升高, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗组 VAS 评分低于对照组, JOA 评分高于对照组, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 采用温针灸治疗 LIDP 具有显著疗效, 可迅速缓解患者的疼痛感, 促进腰椎生理功能恢复。

**[关键词]** 腰椎间盘突出症 (LIDP); 温针灸; 临床疗效

**[中图分类号]** R681.5 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 10-0099-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.10.041

腰椎间盘突出症(Lumbar Intervertebral Disc Protrusion, LIDP)主要因椎间盘出现退行性病变, 并引发纤维环、髓核中的角化硫酸盐、水以及透明质酸等含量明显下降, 影响并减弱髓核张力, 以致椎间盘变薄, 同时大量增加低分子糖含量而导致原纤维变性物大量沉积, 而致其压迫纤维环破裂或者刺激硬膜囊、神经根, 由此引发的一系列腰部疼痛及神经功能障碍等临床症状<sup>[1]</sup>。主要表现为腰腿疼痛、行动受限等, 对患者的日常生活、工作产生严重影响, 给家庭及社会带来一定的经济负担。目前, 临床治疗 LIDP 的方式较多, 但普遍存在易复发现象, 笔者所在医院长期致力于研究中医针灸治疗 LIDP, 取得了显著成效。本研究对随机选取的 280 例 LIDP 患者的临床资料进行回顾性分析, 旨在分析温针灸治疗 LIDP 的疗效, 现将研究过程及结论报道如下。

### 1 临床资料

**1.1 一般资料** 研究对象选取自本院 2013 年 1 月—2014 年 12 月收治的 280 例 LIDP 患者, 按随机数字表法分为治疗组与对照组各 140 例。治疗组男 78 例, 女 62 例; 年龄 32~65 岁, 平均(45.6±3.1)岁; 病程 2 月~8 年, 平均(5.2±1.6)年; 病理类型: 28 例为 L<sub>3-4</sub> 突出, 67 例为 L<sub>4-5</sub> 突出, 45 例为 L<sub>5</sub>~S<sub>1</sub> 突出。对照组男 72 例, 女 68 例; 年龄 34~63 岁, 平均(44.1±2.7)岁; 病程 3 月~10 年, 平均(5.8±0.9)年; 病理类型: 23 例为 L<sub>3-4</sub> 突出, 74 例为 L<sub>4-5</sub> 突出, 43 例为 L<sub>5</sub>~S<sub>1</sub>

突出。2 组一般资料比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 诊断标准** 参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[2]</sup>相关标准拟定: ①脊柱侧弯。腰椎部的生理弧度完全消失, 腰椎间盘椎体有明显压痛感且向下肢放射性疼痛, 腰部活动幅度受限; 抬腿试验显示呈阳性, 膝腱、跟腱生理条件反射明显减弱或者完全消失; ②下肢受累区域神经感觉迟钝或者过敏, 病程较长者可能出现下肢肌肉萎缩; ③有受寒湿、慢性腰椎劳损或腰部损伤等病史; ④X 线检查: 结果显示腰椎生理前凸、脊柱侧弯消失, 病变部位的腰椎间盘变窄且周围椎间盘有骨质增生; ⑤腰部疼痛向臀部、下肢方向呈放射性疼痛; ⑥发病患者主要为青壮年人群。

**1.3 纳入标准** ①符合诊断标准; ②经 MRI 或 CT 检查确诊为 LIDP, 突出物在 7 mm 以内; ③病程在 3 月以上; ④可积极配合治疗者; ⑤对本次研究知情同意, 并签署知情同意书。

**1.4 排除标准** ①不符合上述诊断标准; ②有大块髓核突出; ③有手术指征者; ④合并严重原发性疾病, 如肝、肾及造血系统疾病等; ⑤患有严重神经功能障碍或精神疾病的患者; ⑥妊娠或哺乳期妇女。

### 2 治疗方法

**2.1 对照组** 采用牵引治疗。采用多功能牵引床行牵引, 选择胸部及骨盆等部位为主要牵引部位, 牵引重量根据患者体

**[收稿日期]** 2016-06-12

**[作者简介]** 朵雄 (1964-), 男, 副主任医师, 研究方向: 针灸。

重、体质决定,每天1次,每次30 min,以10次为1疗程,连续治疗2~3疗程。

2.2 治疗组 采用温针灸治疗。患者取俯卧位或侧卧位,腰带解松;针灸师根据治疗前拍摄的影像学资料及临床症状确定腰椎间盘突出位置,取针灸穴位。主穴:选取椎间盘段及以上、下阶段的夹脊穴;辅助穴位:依据下肢情况选取承山、环跳、秩边、悬钟、殷门、昆仑、承扶、风市、阳陵泉;与此同时,选取阿是穴:若患者下肢疼痛感比较明显,可选取骶骨边缘、患侧椎旁穴位。选定穴位后对穴位点进行常规消毒,针刺点选择夹脊穴时,取毫针呈垂直角度缓慢进针,进针后,毫针顺沿椎板外侧边缘向横突间韧带部位缓慢进入,以针尖进入到椎弓板且患者感觉到有明显麻木感、酸胀感或者触电感时为宜;在阿是穴进针时,进针深度一般以能向下放射时为宜。所选取穴位全部进针后,取一段艾条(长度以3 cm为宜)点燃后插在各个穴位的毫针柄上<sup>[9]</sup>。温针灸治疗每次30 min,每天1次,15天为1疗程,连续治疗2~3疗程。

### 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①观察2组的临床疗效;②视觉模拟评分法(VAS):用该方法评定治疗前后的腰腿痛程度,基本方法是用一条长10 cm的游动标尺,两端分别为“0”分端和“10”分端,一面标有10个刻度,即共10分,无痛:0分,微痛:1分,轻度疼痛:2~4分,中度疼痛:5~7分,重度疼痛:8~9分,剧痛:10分。让患者根据自觉的疼痛程度在尺上标注。评分越高表示疼痛程度越高;③腰椎日本骨科学会(JOA)评分:治疗前后评定患者的功能障碍,包括主观症状(9分)、临床体征(6分)及日常活动受限度(14分),最低分0分,最高分29分,分数越低则表示功能障碍越明显。

3.2 统计学方法 研究所得数据采用SPSS19.0统计学软件进行统计分析。计数资料以率(%)表示,采用 $\chi^2$ 检验;计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 $t$ 检验。以 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

### 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》拟定。①治愈:治疗后,临床症状、体征完全消失,抬高下肢可至70°以上,恢复正常生活、工作;②显效:治疗后,临床症状、体征基本消失,抬高下肢可至50~70°,腰部可自由活动;③有效:治疗后,临床症状、体征及抬腿试验与治疗前相比有一定改善,对日常生活、工作无明显影响;④无效:与治疗前相比无明显改善或情况更为严重,对日常生活、工作产生严重影响。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。经2~3疗程治疗后,治疗组总有效率达到93.57%,与对照组相比,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

4.3 2组治疗前后VAS评分比较 见表2。治疗前,2组VAS评分无统计学差异( $P > 0.05$ )。治疗后,2组的VAS评分

均较治疗前降低,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ );治疗组VAS评分低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	例(%)			总有效
		治愈	好转	无效	
治疗组	140	58(41.43)	73(52.14)	9(6.43)	131(93.57) <sup>①</sup>
对照组	140	26(18.57)	89(63.57)	25(17.86)	115(82.14)

与对照组比较,① $P < 0.05$

表2 2组治疗前后VAS评分比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	分	
		治疗前	治疗后
治疗组	140	8.95 $\pm$ 1.24	3.57 $\pm$ 0.92 <sup>②</sup>
对照组	140	8.87 $\pm$ 2.03	6.49 $\pm$ 1.35 <sup>①</sup>

与治疗前比较,① $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,② $P < 0.05$

4.4 2组治疗前后JOA评分比较 见表3。治疗前,2组JOA评分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后,2组JOA评分均高于治疗前,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ );治疗组JOA评分高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表3 2组治疗前后JOA评分比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	分	
		治疗前	治疗后
治疗组	140	7.27 $\pm$ 2.36	23.14 $\pm$ 1.48 <sup>②</sup>
对照组	140	7.25 $\pm$ 2.11	12.33 $\pm$ 1.24 <sup>①</sup>

与治疗前比较,① $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,② $P < 0.05$

### 5 讨论

LIDP属于中医学痹证、腰腿痛等范畴,患者多因肾气亏虚、寒湿侵袭或腰部闪扭挫伤、慢性过度操劳及体位不正导致经络闭阻不通而发病,故临床治疗应以舒筋通络、活血化瘀、行气止痛为原则。针灸是临床治疗LIDP的主要方法之一,局部针刺能促进周围血管收缩并对机体神经具有刺激作用,使患者应激反应增强,不仅能使局部血液循环得到改善,还能促进局部炎性渗出物的吸收,使纤维环得到修复<sup>[9]</sup>。温针灸法是一种将艾灸与针刺结合的治疗方法,插入针柄的艾条在燃烧时释放出的温和热力,可改善局部微循环,达到驱逐风、寒、湿之邪,调节阴阳、活血化瘀、温通经络、温肾健脾及减轻神经根周围炎症反应等效果<sup>[9]</sup>。

现代临床研究证实,针刺可起到良好的解痉、镇痛、免疫刺激、脱敏、消炎等效果,针刺时直接深入到椎间盘压迫的神经根,可明显缓解神经根水肿或无菌性炎症反应,进而改善患处局部的血液循环,最终达到解除神经根缺血、瘀血等状况,且可促使炎性介质吸收而阻断对软组织的损伤<sup>[6]</sup>。本临床研究中,笔者选取承山、环跳、秩边、悬钟、殷门、昆仑、承扶、风市、阳陵泉等穴位,这些穴位分布于坐骨神经走向上,借助燃烧艾条的热力经针身传至病灶部位,并扩散至周围病变

组织,可进一步提升综合功效。

本研究结果显示,治疗后,治疗组VAS评分低于对照组,JOA评分高于对照组,疗效优于对照组。由此可见,温针灸在临床应用中具有双重作用,可显著改善患者全身、局部的血流状态,减轻腰椎神经根及周围组织的水肿、充血,减少炎症反应区域,最终改善LIDP临床症状、体征,减弱腰椎、下肢疼痛感,恢复腰椎、下肢活动能力,临床疗效显著,因此值得在临床推广应用。

#### [参考文献]

- [1] 王富明,孙华,张亚敏. 腰椎间盘突出症针灸干预临床研究进展[J]. 针灸临床杂志, 2014, 30(3): 68-70.  
[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: 201-202.

- [3] 宋明霞,沈友虎,胡长顺. 温针灸治疗腰椎间盘突出症临床疗效观察[J]. 中国中医急症, 2016, 25(2): 326-327.  
[4] 陈栋,王义智,陈大典. 针挑整脊治疗腰椎间盘突出症的临床观察及机理研究[J]. 江苏中医药, 2001, 22(6): 31-32.  
[5] 郭奋进,林金村. 温针灸治疗腰椎间盘突出症的临床观察[J]. 光明中医, 2012, 27(4): 757-758.  
[6] 谢松林,廖小艳,刘绍梅. 温针灸治疗腰椎间盘突出症疗效观察[J]. 针灸临床杂志, 2010, 26(1): 599-600.

(责任编辑:吴凌)

## 舒筋活血洗剂配合关节松动术治疗骨折后关节僵硬临床观察

王炜

德清县人民医院骨科,浙江 德清 313200

[摘要] 目的:观察舒筋活血洗剂联合关节松动术治疗骨折后关节僵硬的临床疗效。方法:57例骨折后关节僵硬的患者,随机分为2组。对照组28例给予关节松动术治疗;实验组29例采用舒筋活血洗剂联合关节松动术治疗。结果:总有效率实验组93.10%,对照组75.00%,2组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。关节活动优良率实验组89.65%,对照组75.00%,2组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论:舒筋活血洗剂联合关节松动术治疗骨折后关节僵硬,临床疗效显著,并能较快的恢复关节活动功能。

[关键词] 骨折后关节僵硬;关节松动术;舒筋活血洗剂

[中图分类号] R683 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2016) 10-0101-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.10.042

骨折后经夹板外固定、骨牵引及石膏托等治疗方法通常会引起不同程度的关节僵硬。骨折后的患肢长时间处于一种活动受限的状态,导致肌腱、肌肉与关节组织粘连;骨关节不可自由屈伸;严重甚至可致患者丧失关节活动能力,造成不可逆的严重伤害<sup>[1]</sup>。对此,临床上通常应用关节松动术为患者进行理疗、功能锻炼等治疗。本院采用舒筋活血洗剂联合关节松动术治疗骨折后关节僵硬,收到较好的疗效,现报道如下。

### 1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例为2013年7月—2014年8月本院骨折后关节僵硬患者,共57例,随机分为2组。实验组29

例,男18例,女11例;年龄41~73岁,平均(57.0±1.0)岁;伤后~就诊时间≤96h;发病部位:膝关节17例,肘关节12例;关节屈伸:<30°7例,30°~60°16例,<60°~70°6例。对照组28例,男16例,女12例;年龄42~74岁,平均(58.0±1.2)岁;伤后~就诊时间≤96h;发病部位:膝关节18例,肘关节10例;关节屈伸:<30°6例,30°~60°15例,<60°~70°7例。2组年龄、受伤时间、性别、发病部位及关节屈伸度经统计学处理,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

1.2 纳入标准 经X线片检查证实;年龄≤75岁;患者均自

[收稿日期] 2016-05-10

[作者简介] 王炜(1974-),男,主治医师,研究方向:关节、脊柱、创伤等骨科疾病的诊治。