

- 人民军医出版社, 1991.
- [4] 郭世绂. 临床骨科解剖学[M]. 天津: 天津科学技术出版社, 1988.
- [5] 韦以宗. 中国整脊学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006.
- [6] 韦以宗, 王秀光, 潘东华, 等. 调曲整脊法治疗腰椎管狭窄症 90 例疗效报告[J]. 中华中医药杂志, 2012, 27(2): 498-503.
- [7] 顾云伍, 韩慧, 韦以宗, 等. 牵引斜扳整脊法治疗腰椎间盘突出症的力学测试[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2004, 12(1): 13-16.
- [8] 张东奎, 周玉梅, 丁兰平. DXH-2000C 型三维正脊仪治疗腰椎间盘突出症[J]. 长春中医学院学报, 2002, 18(3): 29.

(责任编辑: 骆欢欢, 李海霞)

金钩钓鱼针刺法联合补肾活血汤治疗腰椎间盘突出引发疼痛临床研究

吴珏灿¹, 石焱²

1. 杭州市肿瘤医院, 浙江 杭州 310002; 2. 杭州市第一人民医院, 浙江 杭州 310002

[摘要] 目的: 观察金钩钓鱼针刺法联合补肾活血汤治疗腰椎间盘突出引发疼痛的临床效果。方法: 依据治疗方法不同将 160 例腰椎间盘突出症患者随机分为 2 组。针刺联合中药组 80 例, 行金钩钓鱼针刺法联合补肾活血汤剂口服治疗; 常规方法联合中药组 80 例, 行常规方法联合补肾活血汤剂口服治疗。观察 2 组患者治疗前、治疗后的 JOA 评分、ODI 指数、疼痛视觉模拟评分法 (VAS) 评分及临床疗效评估。结果: 2 组治疗后疼痛 VAS 评分均低于治疗前, 针刺联合中药组患者治疗 2 周后、1 月后、2 月后的疼痛 VAS 评分低于常规方法联合中药组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 2 组治疗后 JOA 评分、ODI 指数分别与治疗前比较, 针灸联合中药组治疗 1 月后、2 月后的 JOA 评分、ODI 指数与常规方法联合中药组比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 针刺联合中药组治疗后 2 月总有效率 (92.50%) 高于常规方法联合中药组总有效率 (83.75%), 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 采用金钩钓鱼针刺法联合补肾活血汤剂治疗腰椎间盘突出症, 临床效果良好, 联合方法可活血通络, 扶正祛邪, 散瘀消结, 对腰部肌肉痉挛的缓解、血液供应的改善作用更佳, 从而降低腰椎及下肢的疼痛症状。

[关键词] 腰椎间盘突出症; 针刺疗法; 金钩钓鱼针刺法; 补肾活血汤

[中图分类号] R681.5+7 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 12-0098-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.12.042

腰椎间盘突出症是较为常见的临床骨科疾病, 是导致腰痛及下肢疼痛的常见原因, 主要机制为神经根和硬膜囊直接受到突出的机械压迫和刺激, 腰椎间盘突出时神经阻滞血液供应受阻或神经根局部炎症反应、免疫反应等。有研究证明^[1], 针刺治疗腰椎间盘突出可使患者疼痛有效改善, 降低神经根出口位置组织疼痛程度, 改善神经受压症状。本研究通过采用金钩钓鱼法针灸联合补肾活血汤治疗腰椎间盘突出症患者, 观察其治疗后临床疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 符合腰椎间盘突出症的诊断标准, 参照《中医病证诊断疗效标准》^[2]: ①腰部均有受伤史; ②腰痛及下肢疼痛; ③脊柱侧凸畸形, 活动受限; ④受累神经根支配肌肉力

量、感觉减弱或消失; ⑤直腿抬高试验和加强试验均呈阳性, 屈髋伸膝试验阳性。

1.2 排除标准 ①脊柱肿瘤、结核、炎性病变及病理性骨折者; ②马尾神经受压症状明显者; ③脊柱失稳者、腰椎管狭窄或关节突关节病变者; ④严重腰椎骨质疏松症者; ⑤伴有严重实质器官功能障碍者; ⑥精神异常者。

1.3 一般资料 观察病例为 2014 年 1 月—2016 年 6 月本院收治的 160 例腰椎间盘突出症患者, 治疗医师根据治疗方法不同将所有患者随机分为 2 组各 80 例, 针灸联合中药组行金钩钓鱼针刺法联合补肾活血汤剂口服治疗, 常规方法联合中药组行常规方法联合补肾活血汤剂口服治疗。2 组性别、年龄、病程、突出位置等基线资料比较, 差异均无统计学意义

[收稿日期] 2016-07-28

[作者简介] 吴珏灿 (1984-), 男, 住院医师, 研究方向: 治疗腰间盘突出引发的疼痛。

($P>0.05$), 见表1。本研究内容经医院医学伦理委员会批准并全程监督。

表1 2组基线资料比较

类别	针灸联合中药组(80例)	常规方法联合中药组(80例)	t/χ^2 值	P
男[n(%)]	47(58.75)	44(55.00)	0.473 8	>0.05
女[n(%)]	33(41.25)	36(45.00)	0.638 2	>0.05
年龄(岁)	43.29±8.74(27~71)	45.03±7.62(26~72)	0.728 4	>0.05
病程(月)	7.68±1.39(3~13)	8.03±2.11(4~14)	0.773 1	>0.05
椎间盘突出位置				
L ₅ ~L ₄ [n(%)]	22(27.50)	23(28.75)	0.329 5	>0.05
L ₄ ~L ₃ [n(%)]	39(48.75)	26(32.50)	0.559 3	>0.05
L ₅ ~S ₁ [n(%)]	19(23.75)	21(26.25)	0.602 7	>0.05

2 治疗方法

2.1 常规方法联合中药组 患者行常规方法联合补肾活血汤剂治疗, 包括牵引按摩推拿、硬膜外腔或骶管注射方法, 治疗有效后2周可再进行1次药物注射, 但需≤3次。补肾活血汤剂^[3]: 丹参15g, 黄芪20g, 炙甘草8g, 杜仲、牛膝各10g, 泽泻、茯苓各6g, 枸杞11g, 山茱萸9g, 白术、当归、党参、续断各12g, 每天1剂, 水煎分2次, 每次100mL, 口服, 治疗14天为1疗程。

2.2 针灸联合中药组 行金钩钓鱼针刺法联合补肾活血汤剂口服治疗, 补肾活血汤剂用法与常规方法联合中药组相同。金钩钓鱼针刺法, 主穴为阿是穴、腰阳关、腰夹脊。另可按照突出位置选取相应穴位, 包括肾俞、承山、关元俞、大肠俞、委中、环跳等。单次穴位可选用2~5个。金钩钓鱼针刺法: 患者取俯卧位, 两手指揣穴, 穴位按照患者疼痛、肌肉下方伴有索状物位置, 消毒后开始针刺, 左手食指按针刺穴位, 右手捻转逐渐进针, 候气并得气后向前捻转针体4次, 针尖下沉紧后, 抖动针尖3~4次, 像鱼吞入鱼钩, 维持针下沉感, 所针部位肌肉松弛以后缓慢起针并不按压针孔, 肾孟穴位行平补、平泻针刺方法, 消毒后针刺, 按照穴位位置选取合适的针刺深度, 留针30min。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察2组患者治疗前、治疗1月后、治疗2月后JOA评分和ODI指数; 治疗前、治疗2周后、治疗1月后、治疗2月后疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分; 治疗后临床疗效评估。

3.2 统计学方法 采用SPSS19.0数据统计软件建立数据库并进行统计分析, 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 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 疗效评估参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]标准, 痊愈: 患者治疗前的临床相关症状完全消失, 腰部活动正常, 专科检查试验结果均为阳性。显效: 治疗前临

床相关症状基本消失, 腰部活动度增加, 但过度运动后可伴有疼痛感, 休息后减轻。有效: 治疗前临床相关症状大部分消失, 腰部或下肢伴有轻度疼痛或活动障碍。无效: 症状无改善或加重。

4.2 2组治疗前后VAS评分比较 见表2。2组治疗前疼痛VAS评分比较, 差异无统计学意义($P>0.05$); 2组治疗后疼痛VAS评分均低于治疗前, 且针刺联合中药组患者治疗2周后、治疗1月后、治疗2月后的疼痛VAS评分低于常规方法联合中药组, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表2 2组治疗前后VAS评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	治疗前	治疗2周后	治疗1月后	治疗2月后
针刺联合中药组	7.12±0.82	4.03±0.92	2.43±0.81	1.73±0.86
常规方法联合中药组	7.03±0.95	5.91±0.63	3.86±0.64	2.98±0.75
t 值	0.839 5	2.263 1	4.194 6	3.294 8
P	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05

4.3 2组治疗前后JOA评分及ODI指数比较 见表3, 表4。2组治疗前JOA评分、ODI指数分别比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$); 2组治疗后JOA评分、ODI指数分别与治疗前比较, 且针刺联合中药组治疗1月后、治疗2月后JOA评分、ODI指数分别与常规方法联合中药组比较, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表3 2组治疗前后JOA评分比较 分

组别	治疗前	治疗1月后	治疗2月后
针刺联合中药组	10.92±1.63	18.39±1.42	20.05±1.78
常规方法联合中药组	10.85±1.77	13.96±1.43	15.28±1.56
t 值	0.970 2	4.308 7	5.591 1
P	>0.05	<0.05	<0.05

表4 2组治疗前后ODI指数比较

组别	治疗前	治疗1月后	治疗2月后
针刺联合中药组	44.21±1.96	30.27±1.46	23.79±1.86
常规方法联合中药组	43.89±1.75	35.06±1.24	27.05±1.62
t 值	0.527 8	3.229 5	4.028 8
P	>0.05	<0.05	<0.05

4.4 2组治疗2月后临床疗效比较 见表5。针刺联合中药组治疗2月后总有效率高于常规方法联合中药组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。

5 讨论

腰椎间盘突出症是临床较为常见的疾病, 大多数腰腿疼痛合并坐骨神经痛是由腰椎间盘突出症引起的。本病多发于青壮年, 其发生机制尚不能完全明确。当腰部受到外部作用力时, 椎间盘纤维环发生破裂^[5], 髓核随之突出, 压迫周围神经根、脊髓组织, 促进局部炎症因子的释放, 患者逐渐出现腰部疼痛

表5 2组治疗2月后临床疗效比较 例

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
针灸联合中药组	80	62	8	4	6	92.50
常规方法联合中药组	80	51	11	5	13	83.75
χ^2 值						3.382 9
P						<0.05

及下肢放射痛。马尾神经受压者二便功能可出现异常,临床治疗方法主要为非手术或手术治疗^[6]。

中西医结合方法联合治疗已广泛应用于临床疾病,推拿按摩、药物敷用、针灸等方法应用率较高,针刺方法以经筋理论为基础,治疗效果较好,经筋为十二经脉之气输布于筋肉骨节,中医学认为,经筋痛症是因“上实下虚而不通者,横络盛必加于大经,令之不通”,经筋“中无有空”“无阴无阳”,靠经脉及络脉运行气血滋养。当经筋受损时,筋伤络阻,经脉气血运行手足,“不通则痛”。因此,治疗时运用中医方法治疗原则为止痛理筋,活血行气。金钩钓鱼针灸法是按照经筋理论,根据提插和鱼吞钩状上下浮沉的手法,治疗气血瘀滞证^[7]。手法针灸时采用针刺下气之后,将针捻转向前,令针向下沉且紧,并应用针尖微抖牵拉肌肉纤维、韧带组织,加强针感并增加传导范围,微抖牵拉穴位时使该处肌肉及周围组织处于张力状态,肌肉持续张力状态疲劳后其张力逐渐下降,降低肌肉痉挛程度,使神经根受压情况改善,恢复腰椎正常生物力学状态。针灸方法有效的重要因素在于守气及牵拉至针尖松滑,针灸处肌肉松解。另外,金钩钓鱼针灸法可按照交感肾上腺髓质系统使病灶区炎症反应血管通透性下降,降低炎症反应物的释放量,减轻区域性炎症血管充盈。

补肾活血汤主治症见筋骨酸痛无力,腰椎间盘突出者筋骨失养,瘦软作痛,腰膝无力虚中有实,瘀滞湿阳,经脉不畅。本方有补益肝肾、强筋壮骨、活血止痛之功,方中熟地黄、杜仲、菟子丝、补骨脂、山茱萸可补精血、强骨补肾。

本研究通过对腰椎间盘突出症患者分别行金钩钓鱼针灸法联合补肾活血汤剂和常规方法联合补肾活血汤剂治疗,结果显示,2组治疗后疼痛VAS评分均低于治疗前,针灸联合中药

组治疗2周后、1月后、2月后的疼痛VAS评分低于常规方法联合中药组,差异有统计学意义($P<0.05$);2组治疗后JOA评分、ODI指数均高于治疗前,针灸联合中药组治疗1月后、2月后的JOA评分、ODI指数与常规方法联合中药组比较,差异有统计学意义($P<0.05$);针灸联合中药组治疗2月后的临床疗效总有效率(92.50%)高于常规方法联合中药组总有效率(83.75%)($P<0.05$)。

综上所述,采用金钩钓鱼针灸法联合补肾活血汤剂治疗腰椎间盘突出症临床疗效良好,联合方法可活血通络、散瘀消结、醒脾强肾,对腰部肌肉痉挛的缓解、血液供应的改善作用更佳,从而降低腰椎及下肢的疼痛症状,适合临床医师应用。

[参考文献]

- [1] 梁永瑛,郭艳明,顾钧青.电针深刺夹脊穴治疗腰椎间盘突出症临床疗效观察[J].中华中医药学刊,2012,30(6):1352-1353.
- [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.
- [3] 方芳,邱守芳,朱旭贞.补肾活血汤治疗腰椎间盘突出引起疼痛的临床研究[J].中华中医药学刊,2014,32(5):1209-1211.
- [4] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:145-146.
- [5] 李胜吾,戴国钢,秦雪飞,等.动气针法治疗中老年腰椎间盘突出症坐骨神经痛33例[J].南京中医药大学学报,2016,32(2):138-141.
- [6] 赵福江,陈仲强,李危石,等.腰椎间盘突出症术后腰椎再手术的疗效及其影响因素分析[J].中国脊柱脊髓杂志,2012,22(7):594-599.
- [7] 孙力,徐彦龙,金钰红,等.温阳通络针灸法治疗腰椎间盘突出症临床研究[J].新中医,2015,47(11):183-185.

(责任编辑:刘淑婷)