

针灸推拿

针刺郄穴为主配合中药介入治疗血瘀型 腰椎间盘突出症 30 例临床研究

庄子齐* 江钢辉*

摘要 目的:观察针刺郄穴为主配合中药介入治疗血瘀型腰椎间盘突出症的临床疗效及作用机理。方法:将 60 例患者随机分为治疗组与对照组各 30 例。治疗组针刺 L4-S1 夹脊穴、外丘、委中、侠溪等特定穴,配合葛根素注射液介入治疗;对照组常规针刺配合阿是穴常规注射葛根素注射液。同时观察两组治疗前后白介素 6(IL-6)及血液动力学变化。结果:治疗组总体疗效明显优于对照组($P < 0.05$),且疗程明显短于对照组($P < 0.01$);两组治疗后积分、疼痛 VAS 法积分、直腿抬高试验积分与治疗前比较均有显著改善,且治疗组直腿抬高试验积分、总积分改善优于对照组($P < 0.05$);两组外周血 IL-6 水平、红细胞比积、血沉方程 K 值、全血比黏度高切均有改善,且治疗组治疗后红细胞比积、血沉方程 K 值、IL-6 水平改善明显优于对照组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。结论:治疗组改善症状体征、日常生活能力,疼痛减轻程度等优于对照组,其作用机理可能与改善 IL-6 水平及血液动力学指标,从而消除神经根炎症有关。

主题词 椎间盘移位/中医药疗法 椎间盘移位/针灸疗法 针药并用

Clinical Study on Acupuncture at Xi Xue(Cleft Points) Combined with Injection of Chinese Medicine for Treatment of 30 Cases of Lumbar Intervertebral Disc Prolapse of Blood Stasis Type

Zhuang Ziqi, Jiang Ganghui

(The First Affiliated Hospital of Guangzhou University of TCM, Guangzhou 510405)

Objective: To observe clinical therapeutic effect and mechanisms of acupuncture at Xi Xue(cleft points) combined with injection of Chinese medicine for treatment of 30 cases of lumbar intervertebral disc prolapse of blood stasis type. **Methods:** 60 cases were randomly divided into a treatment group and a control group, 30 cases in each. Patients of the treatment group were treated with acupuncture at L4-S1 Jiaji points(EX-B2), Waiqiu(GB 36), Weizhong(BL 40), Xiaxi(GB 43), combined with injection of Puerarin Injectio, and the control group were given routine acupuncture combined with injection of Puerarin Injectio into Ashi points. Changes of interleukin-6(IL-6) and hemorheologic indexes before and after treatment were investigated in the two groups. **Results:** In the treatment group, total therapeutic effect was significantly superior to($P < 0.05$) and the therapeutic course was significantly shorter($P < 0.01$) than that in the control group. After treatment the total score, the pain score for VAS, and the cumulative score for straight leg raising test in both groups improved significantly, and the improvement of the score for straight leg raising test and the total score in the treatment group was significantly superior to that in the control group($P < 0.05$). IL-6 level, red blood cell ratio, K value of blood sedimentation equation, whole blood high shearing specific viscosity were improved after treatment in both groups, and improvement of red blood cell ratio, K value of blood sedimentation, IL-6 level in the treatment group was superior to that in the control group($P < 0.05$ or $P < 0.01$). **Conclusion:** The treatment group was superior to the control group in improvement of symptoms and signs, daily living ability, and the degree of pain alleviation, and the mechanism is possibly related with improvement of IL-6 level and hemorheologic indexes leading to elimination of radiculoneuritis.

Key Words Displacement of intervertebral disc/TCM therapy; Displacement of intervertebral disc/acup-mox therapy; Combined use of acupuncture and medicine

腰椎间盘突出症为临床常见病,是引起根性坐骨神经痛的主要病因,目前中医疗法很多,但都存在无辨证分期治疗、疗效标准不统一、无客观评价标准、疗程

长等缺点。介入技术是近年现代医学治疗本病的新方法,为了探讨中西医结合治疗本病的新方法,我们于 2002 年 12 月~2004 年 12 月以针刺郄穴为主结合中药介入治疗血瘀型腰椎间盘突出症 30 例,并随机选取 30 例患者进行对照治疗,取得一定疗效,现报道如下。

1 临床资料

60 例患者均来源于广州中医药大学第一附属医院针灸科病区、门诊,其中男性 48 例,女性 12 例;年龄

基金项目:广东省教育厅自然科学基金(0114)、广东省中医药管理局自然科学基金(101076)

* 广州中医药大学第一附属医院针灸科 广东省广州市机场路 16 号(510405)

收稿日期:2005-04-20;修回日期:2005-11-04

Electronic Publishing House. All rights reserved. <http://www.cnki.net>

20~65 岁。均符合腰椎间盘突出症诊断标准^[1],并做腰椎 CT 或 MRI 确诊。中医辨证均属血瘀证^[1]。排除标准:(1)起病或病情发作超过 2 个月者;(2)年龄大于 70 岁者;(3)合并腰椎肿瘤、结核、骨折者;(4)严重中央型腰椎间盘突出者;(5)其他原因引起坐骨神经痛者;(6)严重心、肺、肾功能不全者;(7)对葛根素注射液有过敏反应者。采用单盲随机对照研究,以计算器数字随机分成治疗组与对照组,每组 30 例。两组病情经症状体征量化积分及疼痛、直腿抬高试验积分比较,差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗及观察方法

2.1 治疗方法:治疗组以针刺配合葛根素注射液(广东燕塘生物化学药业有限公司生产,粤卫药准字 1996 第 161006 号)改良介入注射。患者健侧卧位,常规皮肤消毒,铺巾,进针点(病变椎间盘棘突旁开 6~8cm)2%普鲁卡因 2ml 常规局部麻醉(皮肤过敏者以利多卡因 2~3ml 局部麻醉)后,以 7 号腰穿针从进针点与躯干矢状面成 50~60 度角进针,缓慢进针至病变椎间孔附近,不要刺及神经根(触及神经根时有触电感,此时应变换针尖角度和深度),患者无触电感、疼痛加重等不良反应,抽出针芯,回抽无血,缓慢注入葛根素注射液 4ml,注药后留针 1 分钟,缓慢出针。术后嘱患者卧床休息 1~2 天,10 天后症状改善不明显者可进行第 2 次,3 次为 1 个疗程。同时配合针刺治疗。穴位:委中、外丘、侠溪、腰 4~骶 1 夹脊穴。操作方法:夹脊穴深刺 2~3 寸,侠溪第 1 次针刺点刺出血 3~5 滴,其后用 1~2 寸毫针针刺委中、外丘,得气后,行导气法 1~2 分钟后,以 G6805 型电针仪(沪药管械准字 2001 第 2260600 号)加电疏密波(频率 10~20 次/分)15 分钟,然后改用密波(频率 80~100 次/分)5 分钟(此两种波型有消炎止痛作用)。强度以患者能耐受为度,治疗仪强度以 1~2 档为宜,15 分钟出针,治疗第 1~3 次出针后委中刺络拔罐,留罐 3~5 分钟,以上操作隔日 1 次,治疗 15 次,30 日为 1 个疗程。

对照组以常规针刺配合穴位注射治疗。穴位注射药物、剂量同治疗组。操作方法:常规皮肤消毒,以 7 号注射针头从病变椎间盘旁阿是穴进针 1~2cm,回抽无血,缓慢注入葛根素注射液 4ml。每 10 日 1 次,3 次为 1 个疗程。常规针刺取穴及操作参照《针灸治疗学》^[2]中针刺治疗血瘀型腰椎间盘突出症(腰痛)中的方法。穴位:阿是穴、大肠俞、次髎、环跳、委中、阳陵泉、膈俞。操作方法:委中刺络拔罐,环跳深刺,其他穴位常规针刺,得气后加电针仪,方法同治疗组,15 分钟出针,治疗第 1~3 次出针后委中刺络拔罐,留罐 3~5 分钟,隔

日 1 次,治疗 15 次,30 日为 1 个疗程。

2.2 观察指标与方法:临床症状、体征由专人于治疗前后各评价 1 次。疼痛评估采用视觉模拟评分法(VAS 法)^[3]。白介素 6(IL-6)、血液动力学指标(红细胞比积、血沉方程 K 值、全血比黏度高切、全血比黏度低切、红细胞聚集指数)由广州中医药大学第一附属医院实验中心检测,治疗前后各检测 1 次。

2.3 统计学方法:疗效经 *Ridit* 分析,平均疗程及症状、体征量化积分用 *t* 检验,采用 SPSS 10.0 统计软件计算。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:参照《中医病证诊断疗效标准》^[1]、《腰椎间盘突出症的评分法疗效评定标准》^[4]及 Fairbank JC 腰痛病情计分表^[5],选择与腰椎间盘突出症关系最为密切的症状、下肢功能活动、临床体征、日常生活能力等进行量化评分,各项评分相加即总分。项目合计 60 分,称为“可能全分”。评分得分为“实得总分”,最后以患者的积分(积分=实得总分/可能全分 $\times 100\%$)表示其病情及功能状况,百分率愈高功能愈差,病情愈重,即:0~10%表示正常或轻度功能减退,定为功能 V 级;11%~40%表示轻、中度功能减退,定为功能 IV 级;41%~60%表示重度功能减退,定为功能 III 级;61%~80%表示丧失活动能力,定为功能 II 级;81%~100%表示卧床不起,定为功能 I 级。治愈:症状、体征消失,治疗后功能定级可达 V 级者;显效:症状、体征基本消失,功能进步 2 级以上者;有效:症状、体征改善,功能进步 1 级者;无效:症状、体征无改善,功能无进步者。

3.2 两组总体疗效比较:1 个疗程后根据疗效评分标准进行量化评分。表 1 示,治疗组总体疗效明显优于对照组($P<0.05$),且治疗组平均疗程(23.93 ± 3.08)天明显短于对照组(28.23 ± 3.48)天($P<0.01$)。

表 1 两组总体疗效比较[例(%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	30	13(43.33)	10(33.33)	6(20.00)	1(3.33)	29(96.67)
对照组	30	6(20.00)	10(33.33)	10(33.33)	4(13.33)	26(86.67)

3.3 两组治疗前后血液动力学主要指标、外周血 IL-6 变化比较:表 2 示,治疗后两组红细胞比积、血沉方程 K 值、全血比黏度高切、IL-6 均有显著改善($P<0.05$ 或 $P<0.01$),且对照组治疗后全血比黏度低切水平明显升高。两组比较,治疗组治疗后红细胞比积、血沉方程 K 值、IL-6 改善程度优于对照组($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。

3.4 两组治疗前后疼痛 VAS 法积分及直腿抬高试

表 2 两组治疗前后血液动力学指标、IL-6 变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	红细胞比积(L/L)	血沉方程 K 值	全血比黏度 高切(mPa/s)	全血比黏度 低切(mPa/s)	红细胞聚集指数	IL-6(pg/ml)
治疗组	治疗前	30	45.47±2.33	50.13±9.86	5.82±0.51	10.11±1.10	3.12±1.02	70.00±12.80
	治疗后	30	41.70±0.91**△△	38.20±5.56**△	3.86±0.55**	9.85±1.26	2.61±1.06	37.28±10.81**△
对照组	治疗前	30	44.67±2.55	49.30±10.68	5.86±0.45	9.56±0.98	3.23±0.96	66.92±12.20
	治疗后	30	43.40±1.83*	42.27±8.56**	4.01±0.45**	10.46±1.12**	2.89±1.21	44.15±10.06**

与本组治疗前比较, * $P<0.05$, ** $P<0.01$; 与对照组治疗后比较, △ $P<0.05$, △△ $P<0.01$ 。下表同

验积分、总积分比较:表 3 示,两组治疗后总积分、疼痛 VAS 法积分、直腿抬高试验积分与治疗前比较差异均有显著性($P<0.01$),且两组间比较,治疗组直腿抬高试验积分及总积分改善优于对照组($P<0.05$)。

表 3 两组治疗前后疼痛 VAS 法积分、直腿抬高试验积分、总积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	VAS 积分	直腿抬高试验积分	总积分
治疗组	治疗前	30	8.07±0.94	4.05±0.95	45.73±3.09
	治疗后	30	3.97±1.83**	2.12±1.20**△	18.33±9.17**△
对照组	治疗前	30	8.03±1.13	4.11±0.89	45.68±3.15
	治疗后	30	4.90±2.01*	2.85±1.25**	23.87±10.63**

4 讨论

腰椎间盘突出症属中医学“腰痛”、“痹证”、“伤筋”范畴,病因主要为劳损、外伤、闪挫。因此急性期腰痛中医辨证多为气滞血瘀证,治宜活血通络,行气止痛。有关腰椎间盘突出症腰腿痛症状产生的机理,目前主要有三种学说^[6],即机械受压学说、化学性神经根炎学说、自身免疫学说。化学性神经根炎学说为本病非手术治疗提供了理论依据,而治疗本病特别是急性期的关键是消除神经根炎症。具有活血化瘀作用的中药对消除模拟神经根炎有显著作用^[7,8]。葛根素是中药葛根的提取物,有扩张血管、改善微循环、抑制血小板中 5-HT 释放等作用^[9]。实验表明,葛根注射液可消除模拟神经根炎^[8],有活血通络、舒筋止痛之功,在介入下注射药物直达病变椎间孔神经根附近,更能发挥药物作用。本研究显示,在常规穴位注射基础上,应用介入技术将药物介入至病变椎间孔附近,比只在阿是穴注射疗效要好。这与介入法较好地使药至病所有关,以此可知穴位注射可以借助现代介入技术寻找更有效的进针点。

郄穴有舒经活血、通络止痛之功,临床多用于治疗急性病、痛证^[2]。《难经·六十八难》曰:“荥主身热。”临床多用荥穴治疗实证、热证、血瘀证^[2]。故取足少阳之荥穴侠溪、郄穴外丘,配以太阳经之合穴、血之郄穴委中,点刺出血以舒经活血,通络止痛。腰 4~骶 1 夹脊穴下为坐骨神经之神经根,针刺可通络活血止痛。研究表明,针刺郄穴为主治疗可改善腰椎间盘突出症患者

的腰腿痛等临床症状及体征,同时可改善日常生活能力。其疗效优于常规取穴针刺治疗($P<0.05$)。

本研究结果表明,腰椎间盘突出症患者血液动力学多项指标异常,针刺夹脊穴、荥穴侠溪、郄穴外丘、血之郄穴委中及配合葛根素局部注射,可改善血液动力学多项指标,降低外周血 IL-6 等炎症介质水平,作用优于对照组($P<0.05$)。故推测针刺配合中药介入注射治疗腰椎间盘突出症机理之一可能是通过改善患者血液动力学指标,降低 IL-6 等炎性介质水平,从而消除神经根炎症水肿,消除腰腿痛等临床症状。

参考文献

1 国家中医药管理局颁布. 中医病证诊断与疗效标准. 南京:南京大学出版社,1993;246.

2 石学敏. 针灸治疗学. 上海:上海科学技术出版社,1998;83~84.

3 赵英. 疼痛的测量和评估方法. 中国临床康复,2003,16(6):2347~2349.

4 杨占辉,孙建华,丁浩. 腰椎间盘突出症的评分法疗效评定标准. 颈腰痛杂志,1999,20(1):20~21.

5 南登昆节译. 腰痛病情计分表. 国外医学物理医学与运动医学分册,1981,1(2):94~95.

6 胡有谷. 腰椎间盘突出症. 第 2 版. 北京:人民卫生出版社,1995:120~125.

7 蒋位庄,范明,陈燕平,等. 活血化瘀对椎间盘源性腰腿痛的临床和实验研究. 中国骨伤,1991,4(1):3~5.

8 吴兴杰. 脊痛舒治疗腰椎间盘突出症的实验研究. 中医正骨,1997,9(6):3~5.

9 李广勋. 中药药理毒理与临床. 天津:天津科技翻译出版社,1992;14.

首次全国特色医疗名医学术交流会 《当代中国特色医疗名医》(画册) 征稿通知

中国特色医疗学术研究委员会和北京盛世康医药学术交流中心联合主办下列活动,特征稿如下。“首次全国特色医疗名医学术交流会”(2006 年 5 月下旬在厦门市召开):中医、西医、中西医结合、民间医生、乡村医生治疗各科常见病、多发病、疑难杂症等方面的特色疗法及临床经验总结。论文要求打印,每篇论文 2000 字左右,另附 200 字以内的作者简介,论文经评审后择优参加会议交流,并推荐给正式出版的期刊发表或择优入编《中国特色医疗临床经验优秀论文集》。会议将颁发“中国特色疗法证书”、“发民中国特色医疗学术贡献奖”奖杯或奖牌、“中国特色医疗名医证书”、继续教育学分证书,征稿截止 2006 年 4 月 25 日。

《当代中国特色医疗名医》(画册,拟交出版社出版),图文并茂,介绍 400 位特色医疗名医。凡医德医风良好、享誉一方的中医、西医、中西医结合各科名医及乡村医生、民间医生中的名医均可投稿入编。来稿请提供:(1)1 寸彩色像片 2 张(背面写上姓名),彩色工作或生活照 2~3 张(附说明);(2)以第三人称写的医疗特色简介 300 字以内,附联系地址、邮编、电话、手机。截稿日期 2006 年 5 月 30 日。

以上来稿请寄:北京市 100036—98 信箱/海淀区北京盛世康医药学术交流中心江玲主任收。邮编:100036,电话:(010) 87013859,51848355,信封上请注明“会议征文”或“画册征稿”。