

前后配穴法治疗腰椎间盘突出症 34 例临床观察

蔡仲逊¹ 刘云霞²

(1. 中国中医药出版社, 北京市朝阳区北三环东路 28 号易亨大厦 1606, 100013; 2. 北京中医药大学东直门医院针灸科)

[摘要] **目的** 观察前后配穴法治疗腰椎间盘突出症的临床疗效。**方法** 将 64 例腰椎间盘突出症患者进行随机分为两组, 治疗组 34 例采用前后配穴法, 对照组 30 例采用常规取穴法。观察两组临床疗效和视觉模拟评分(VAS) 与日本矫形外科学会腰椎疾患综合评分(JOA) 改善情况。**结果** 治疗组治疗后治愈率与愈显率均优于对照组($P < 0.05$)。两组的 VAS 评分与 JOA 评分均有显著改善($P < 0.01$), 且治疗组改善程度大于对照组($P < 0.05$)。**结论** 前后配穴法治疗腰椎间盘突出症疗效显著。

[关键词] 前后配穴法; 腰椎间盘突出症; 疗效评价; 腹部穴位; 针刺疗法

Clinical Observation on 34 Cases of Lumbar Disc Herniation Treated by Acupuncture with Combination of Front and Back Points

CAI Zhongxun¹, LIU Yunxia²

(1. China Press of Traditional Chinese Medicine, Beijing 100013; 2. Dongzhimen Hospital of Beijing University of Chinese medicine)

ABSTRACT **Objective** To observe effect of acupuncture with combination of front and back points in the treatment of lumbar disc herniation (LDH). **Methods** The 64 LDH cases were randomized into the treatment group (34 cases) which was treated with the combination of front and back points and control group (30 cases) which was treated with the routine selection of points. The effect of two groups was compared to observe the Visual Analogue Scale (VAS) scores and the improvement in Japan Orthopedics Association (JOA) scores. **Results** After treatment the curative and remarkably effective rates in the treatment group were higher than those in the control group ($P < 0.05$). The VAS and JOA scores of two groups were improved ($P < 0.01$), and the degree of in the improvement treatment group was higher than that of the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** The effect of acupuncture with the combination of front and back points was significant in the treatment of LDH.

Key Words Combination of front and back points; Lumbar disc herniation (LDH); Effect evaluation; Abdominal points; Acupuncture therapy

前后配穴法是采用腹背经穴前后相配的配穴方法, 源于《灵枢·官针》。该法取穴时, 阴阳对偶, 加之施以不同手法, 能达到调节阴阳、畅通经络、调和脏腑的目的。我们采用前后配穴法治疗腰椎间盘突出症(腹部取关元、气海、水分、气穴, 背部取肾俞、大肠俞、腰阳关), 临床上获得较为满意的疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

参照《中医病证诊断疗效标准》^[1]中腰椎间盘突出症的诊断标准。

1.2 纳入标准

符合以上诊断标准; 经 CT 或 MRI 检查确诊为腰椎间盘突出症的患者; 年龄 20~70 岁, 性别不限; 最后一次治疗距离本次治疗 ≥ 1 个月; 自愿接受针刺治疗。

1.3 排除标准

经 CT 或 MRI 确诊为游离型腰椎间盘突出症的患者; 曾因腰椎间盘突出症行手术治疗的; 正在或预计使用其他药物或方法治疗者; 合并心、肝、肾和其他脏器严重疾病及精神病患者; 妊娠或哺乳期患者; 根据研究者的判断, 具有降低入组可能性或使研究复杂化

的其他情况, 如工作环境经常变动等易造成失访的情况。

1.4 一般资料

所有病例均来自 2007 年 3 月~2008 年 3 月北京中医药大学东直门医院针灸科门诊。采用平行对照、组间随机的设计方法, 借助 SPSS 13.0 统计分析系统产生随机安排, 以前后配穴组为治疗组, 常规取穴组为对照组, 共入组 64 例。治疗组 34 例中, 男 17 例, 女 17 例; 年龄 35~70 岁, 平均(47.62±8.75) 岁; 病程 12~240 个月, 平均(57.97±51.82) 个月。对照组 30 例中, 男 13 例, 女 17 例; 年龄 37~69 岁, 平均(47.90±8.57) 岁; 病程 12~240 个月, 平均(58.47±52.04) 个月。两组性别经 χ^2 检验, 两组年龄、病程经 t 检验, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

治疗组: 腹部取气海、关元、水分、气穴; 背部取肾俞、大肠俞、腰阳关; 合并坐骨神经痛者加环跳(患侧)、阳陵泉(患侧)。常规皮肤消毒, 选用 0.25mm×40mm 毫针, 取侧卧位, 先针刺腹部穴位, 再针刺其他穴位, 得气后, 留针 20min。留针过程中, 腰部加用 TDP 神灯照射 20min。环跳穴使用 75mm 毫针, 使针感放射至足部。

所有穴位均采用提插捻转补泻手法,气海、关元、气穴、肾俞、腰阳关用补法,水分、大肠俞用平补平泻法,环跳、阳陵泉用泻法。每周治疗 3 次,10 次为 1 个疗程,1 个疗程后做疗效统计。

对照组:不针刺气海、关元、水分、气穴,其余取穴、体位、器械、操作手法、疗程均同治疗组。

治疗期间嘱两组患者注意休息,卧硬板床,避风寒,不久行、久坐、久立,不提重物。

2.2 观察指标及方法

采用视觉模拟评分法(VAS 评分)测量受试者主观疼痛程度。采用日本矫形外科学会制定的腰椎疾患综合评分标准^[2](JOA 评分)观察主观症状、临床体征和日常生活受限度等。疗程开始前及结束后各评分 1 次,对治疗前后及组间评分变化进行比较。

2.3 疗效判定标准

根据文献^[3]和《常见疾病的诊断与疗效判定(标准)》^[4]制定。治愈:腰腿痛等自觉症状消失,直腿抬高试验阴性,恢复正常工作;显效:腰腿痛等自觉症状基本消失,直腿抬高试验接近 70°,基本恢复工作;有效:症状部分消失,活动轻度受限,直腿抬高试验较治疗前改善,可担任较轻工作;无效:症状、体征无明显改善,不能胜任工作。

2.4 统计学方法

应用 SPSS 13.0 统计学软件进行数据处理。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)来表示,采用配对 t 检验比较组内前后差异,采用 t 检验比较组间差异;计数资料采用 χ^2 检验;等级资料采用 Mann-Whitney U 检验。

3 结果

3.1 两组患者疗效比较

治疗组 34 例,治愈 21 例(61.76%),显效 9 例(26.47%),有效 3 例(8.82%),无效 1 例(2.94%),愈显 30 例(88.24%),总有效 33 例(97.05%)。对照组 30 例,治愈 11 例(36.67%),显效 9 例(30.00%),有效 8 例(26.67%),无效 2 例(6.67%),愈显 20 例(66.67%),总有效 28 例(93.33%)。治疗组痊愈率及愈显率明显优于对照组($P < 0.05$),两组总有效率差异无统计学意义($P > 0.05$)。说明两组都有确切的临床疗效,并且治疗组可以显著提高腰椎间盘突出症的治愈率及愈显率。

3.2 两组患者 VAS 评分比较

表 1 示,两组患者治疗后 VAS 评分与治疗前相比均有显著下降($P < 0.01$),治疗前后 VAS 评分差值组间比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。说明两组均能有效减轻患者疼痛,并且治疗组优于对照组。

3.3 两组患者 JOA 评分比较

表 2 示,治疗后两组患者的 JOA 评分与治疗前比

较均显著上升($P < 0.01$),治疗前后 JOA 评分差值组间比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。说明两组方法在改善腰椎间盘突出症患者的主观症状、临床体征和日常生活能力等方面均有显著效果,并且治疗组优于对照组。

表 1 两组患者治疗前后 VAS 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	治疗前后差值
治疗组	34	6.35±1.495	1.41±1.844*	4.94±2.335△
对照组	30	6.43±1.104	2.87±2.360*	3.57±2.622

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.01$;与对照组治疗前后差值比较,△ $P < 0.05$

表 2 两组患者治疗前后 JOA 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	治疗前后差值
治疗组	34	13.76±5.533	27.06±2.763*	13.29±6.118△
对照组	30	14.13±3.919	24.43±4.368*	10.30±4.836

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.01$;与对照组治疗前后差值比较,△ $P < 0.05$

4 讨论

腰椎间盘突出症属中医“腰痛”、“痹证”范畴,多与肾虚、外邪、瘀血密切相关。明代王肯堂在《证治准绳·腰痛》中提出,腰痛“有风、有湿、有寒、有热、有挫闪、有瘀血、有滞气、有痰积,皆标也。肾虚,其本也”。这是对腰腿痛病因病机较为全面的概括。腰为肾之府,肾主骨而生髓,骨为肾精所化生,本病其病位在腰脊,其本在肾。腰椎间盘突出退行性病变是腰椎间盘突出症的病理基础;先天不足、后天失养、久病以及劳损致使肾精亏虚,骨及经脉失养而加剧椎间盘及脊柱的退变。因此,肾精亏虚是病之本,是内因,属“本虚”;寒湿邪淫、跌仆闪挫等作为诱因致经络痹阻、气血滞瘀,引发腰腿痛,此为外因,属“标实”。本虚标实是腰椎间盘突出症的病机特点。

腹为阴,背为阳,前后配穴法可以起到“从阴引阳,从阳引阴”的作用,以达到调节阴阳,畅通经络,调和脏腑的目的。任冲督三脉同源而三歧,任脉“会足少阴、冲脉于阴交”,冲脉“并少阴之经”,督脉“贯脊属肾”,任冲督三脉与肾都有极其密切的关系。同时,督脉“并于脊里”,冲、任“上循脊里”,肾经亦“贯脊”而行,膀胱经“挟脊抵腰中”,……从腰中下挟脊贯臀”,这些经脉与腰椎息息相关。

所取腧穴中,选用气海、关元、气穴、腰阳关,共奏培元固本、补气益肾之功,此为治本。选用水分主要取其通调水道、理气止痛的功效,有利于减轻疼痛局部的炎性渗出,此为治标。另外,腰阳关位于第四腰椎棘突下,是腰椎间盘突出症的好发部位,针刺该穴可振奋阳气,直达病所以祛邪,使闭阻之气血能畅行,达到以通治痛的目的,此穴可标本同治。肾俞、大肠俞均位于腰

椎两侧,接近病位,补肾益气的同时,又能畅通督脉及太阳经气而调和阴阳,可通利关节,调节腰部气血运行,肾俞治本为主,大肠俞治标为主。环跳、阳陵泉作为针刺腰痛伴随坐骨神经痛时的配穴,为下肢疼痛部位局部取穴;从解剖上看,环跳穴下深部当坐骨神经,阳陵泉穴下当腓总神经分为腓浅神经及腓深神经处;二穴合用,可以疏通经络,使气血得行,筋肉得养,疼痛缓解,此为治标。

本研究结果显示,与常规取穴法相比,前后配穴法在改善腰椎间盘突出症患者的自觉疼痛、主观症状、临床体征和日常生活能力等方面具有优势,且可以显著提高腰椎间盘突出症的治愈率和愈显率。总之,治疗腰椎间盘突出症当祛邪与扶正并举,用背俞穴及腹部穴

位配合使用,加用 TDP 神灯穴位照射,以益气补肾,强身壮骨,活血通络止痛,是治疗本病的有效方法。

参考文献

- [1] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 201.
- [2] Japanese Orthopaedic Association. Assessment of surgical treatment of low back pain[J]. J Jpn Orthop Assoc, 1984, 58(12): 1183-1187.
- [3] 中药新药治疗腰椎间盘突出症的临床研究指导原则(草案)[J]. 中国中医骨伤科杂志, 1995, 3(5): 52-53.
- [4] 吴少祯, 吴敏. 常见疾病的诊断与疗效判定(标准)[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1999: 700.

(收稿日期: 2008-06-02; 修回日期: 2009-03-02)

[编辑: 李春梅]

黄芪建中汤合桃红四物汤加减治疗冠心病心绞痛 72 例

宋 红 郑小伟 王 颖

(浙江中医药大学基础医学院, 杭州市滨江区滨文路 548 号, 310053)

近年来,我们采用黄芪建中汤合桃红四物汤加减治疗冠心病心绞痛,获满意疗效,报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

参照 1979 年国际心脏病学会和协会及世界卫生组织临床命名标准化联合专题组提出的《缺血性心脏病的命名及诊断标准》制定^[1],按劳累时发生心绞痛的情况,将心绞痛的严重程度分为四级^[2]。

1.2 一般资料

72 例患者均符合冠心病、心绞痛诊断标准,其中男 49 例,女 23 例;年龄 30~82 岁,平均 55 岁;平均病程 7.1 年;心绞痛严重程度分级:Ⅰ级 13 例,Ⅱ级 32 例,Ⅲ级 17 例,Ⅳ级 10 例;其中稳定型心绞痛 41 例,不稳定型心绞痛 22 例,变异型心绞痛 9 例;合并心律失常 5 例,高血压病 7 例,糖尿病 2 例,心功能衰竭 5 例,陈旧性心肌梗死 2 例。

2 治疗方法

以黄芪建中汤合桃红四物汤为基本方,药物组成:饴糖 50g (冲服),黄芪 30g,白芍 18g,桂枝 12g,生姜 6g,炙甘草 12g,大枣 9g,桃仁 15g,红花 15g,熟地黄 12g,川芎 12g,当归 15g。加减法:气虚明显者可加重黄芪用量,加人参;阳虚明显者可加重桂枝用量;痰湿盛者可加瓜蒌、茯苓、陈皮;瘀血痹阻重证,胸痛剧烈,可加丹参、檀香、醋延胡索。分两次水煎取药汁 250ml,分早晚两次温服。15 天为 1 个疗程,根据病情可连续服用 2~3 个疗程。治疗期间除个别患者在心绞痛发作时服用复方丹参滴丸、速效救心丸外,均停用其他药物。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

根据 1979 年中西医结合治疗冠心病心绞痛及心律失常座谈会制定《冠心病心绞痛及心电图疗效评定标准》评定疗效:①

心绞痛疗效:显效:症状消失或基本消失,较重度心绞痛症状减轻到轻度,重度心绞痛症状减轻到中度。好转:疼痛发作次数、程度及持续时间有明显减轻,中度症状减轻到轻度,较重度减轻到中度,重度减轻到较重度。无效:症状与治疗前相同或有所加重。②心电图疗效:显效:心电图恢复大致正常或正常。好转:ST 段降低在治疗后回升 0.05mV 以上,但未达到正常水平,在重要导联倒置的 T 波变浅(达 25% 以上)或 T 波平坦变为直立,房室或室内传导阻滞改善。无效:心电图基本与治疗前相同或有所加重。

3.2 治疗结果

两个疗程结束后对心绞痛发作情况及静息心电图进行疗效评定,治疗后在心绞痛发作次数、持续时间、心率等方面均有明显好转,结合心电图变化显示,显效 52 例,有效 13 例,无效 7 例,总有效率 90.2%。

4 讨论

黄芪建中汤为东汉张仲景所创,有温中补虚,和里缓急之效。原方虽为腹中拘急而设,但如清代尤怡在《金匱要略心典》中所述:“中者,四运之轴而阴阳之机也。故中气立,则阴阳相循,如环无端,而不极于偏。”脾胃为营卫气血生化之源,脾虚势必影响气血形成,气血不足即可致阴阳两虚。所以凡病久体虚,正虚邪实或虚实夹杂者用本方多能奏效。

桃红四物汤为中医传统活血化瘀经典方剂,由桃仁、红花、当归、白芍、熟地黄、川芎 6 味中药组成,宗“久病必瘀”“久病入络”之古训,方中桃仁、红花入血分活血化瘀,通调血脉为主药,当归活血补血,熟地黄补血滋阴益精,白芍“善行血中之滞也,故有瘀血留著作痛者宜之”,与川芎相配活血行气,祛瘀生新。川芎为血中气药,辛散走窜作用强,能上达头目,下行血海,与当归配伍可增强活血散瘀,行气止痛之功。

http://www.cnki.net

(收稿日期: 2009-06-15)

[编辑: 黄 健]