

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2015.08.011

调神、温经、通督综合疗法治疗腰椎间盘突出症 31 例临床观察

张卫东¹, 李俊莲¹, 高丽娜², 乔云英¹, 张晓敏², 郭俊恒², 王丕敏^{2*}

(1. 山西中医学院针灸推拿学院、傅山学院, 山西省太原市晋祠路一段 89 号, 030024; 2. 山西中医学院附属医院)

摘要 目的 观察调神、温经、通督三步法治疗腰椎间盘突出症临床疗效。方法 63 例腰椎间盘突出症患者随机分为治疗组 31 例和对照组 32 例。治疗组给予针刺、温针灸、腰部斜扳法合用, 对照组仅给予针刺法。两组均每日 1 次, 10 次为 1 个疗程, 疗程间休息 3 天, 治疗两个疗程。观察治疗前后改良的日本骨科学会 (M-JOA) 下腰痛评分、腰椎间盘突出症患者功能障碍程度 (Oswestry 功能障碍指数), 并比较两组临床疗效。结果 治疗组临床疗效总有效率 100%, 对照组总有效率 83.33%, 治疗组总有效率优于对照组 ($P < 0.05$)。两组治疗后较本组治疗前 M-JOA 下腰痛评分均明显提高, Oswestry 功能障碍指数明显降低 ($P < 0.05$)。治疗组治疗后 M-JOA 下腰痛评分高于对照组, Oswestry 功能障碍指数低于对照组 ($P < 0.05$)。结论 调神、温经、通督三步法治疗腰椎间盘突出症能有效减轻及消除腰椎间盘突出引起的腰腿疼痛, 改善功能障碍, 疗效优于单纯针刺治疗。

关键词 腰椎间盘突出症; 针刺; 温针灸; 推拿手法; 腰痛

腰椎间盘突出症是指因腰椎间盘发生退变, 并在外力作用下使纤维环破裂、髓核突出, 刺激或压迫神经根 (如脊神经、马尾神经) 而引起的以腰痛及下肢放射痛甚至二便功能障碍等症状为特征性疾病^[1]。我们采用针刺调神、温经、通督综合疗法治疗腰椎间盘突出症, 报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

参照《实用骨科学》^[2]中腰椎间盘突出症诊断标准判定。1) 病史: 多有急性腰部扭伤或慢性反复发作腰痛史; 2) 症状: 腰痛, 坐骨神经痛, 腹股沟区或大腿内侧痛, 马尾神经综合征, 尾骨疼痛, 肢体麻木感; 3) 体征: 腰椎侧凸, 腰部活动受限, 病变间隙棘突压痛, 直腿抬高试验阳性; 4) 特殊检查: 腰椎平片显示腰椎可呈侧凸、椎间隙减小或明显狭窄, CT/MRI 检查可见椎间盘突出的部位、程度和方向。

1.2 纳入标准

符合诊断标准; 年龄 18 ~ 65 岁; 病程 ≤ 6 个

月; 患者知情同意。

1.3 排除标准

合并心脑血管、肝肾和造血系统严重疾病; 精神病患者; 伴有腰椎滑脱者, 或有腰椎结核、腰椎骨折及脊髓肿瘤、椎管囊肿引起的椎管狭窄者; 妊娠及哺乳期妇女。

1.4 脱落标准

受试者依从性差, 未按医嘱治疗者; 治疗期间受试者自动退出者; 治疗过程中出现严重的并发症或病情变化不能继续接受治疗者。

1.5 一般资料

选择 2013 年 7 月至 2014 年 3 月山西中医学院附属医院针灸科门诊患者 63 例, 采用随机数字表法分为治疗组 31 例和对照组 32 例。治疗组中男 16 例, 女 15 例; 年龄 24 ~ 62 岁, 平均 (43.58 ± 16.86) 岁; 病程 2 天 ~ 6 个月, 平均 (62.15 ± 51.48) 天; 病理分型^[3]: 单侧椎间盘突出 26 例, 双侧椎间盘突出 1 例, 中央型椎间盘突出 4 例。对照组中男 17 例, 女 15 例; 年龄 24 ~ 63 岁, 平均 (44.56 ± 9.24) 岁; 病程 1 天 ~ 6 个月, 平均 (61.68 ± 51.26) 天; 病理分型: 单侧椎间盘突出 27 例, 双侧椎间盘突出 1 例, 中央型椎间盘突出 4

基金项目: 山西省卫生厅科研课题 (201201095)

* 通讯作者: 1961009025@qq.com, 13935180102

例。两组患者一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

对照组: 仅给予针刺疗法。参照《针灸治疗学》^[4] 中腰痛和坐骨神经痛的治疗方案进行取穴: 肾俞、气海俞、大肠俞、关元俞、委中、秩边、环跳、风市、阳陵泉、绝骨、飞扬、昆仑、阿是穴。单侧椎间盘突出者选取患侧穴位, 双侧椎间盘突出及中央型椎间盘脱出者选取双侧穴位。患者俯卧位, 常规消毒, 用无锡佳健医疗器械有限公司的佳健牌一次性针灸针, 气海俞、大肠俞、关元俞、秩边、环跳等穴选用 $0.35\text{ mm} \times 75\text{ mm}$ 毫针, 直刺得气后, 采用小幅度提插手法, 使患者有触电感传至膝部、小腿或足, 其余穴位选用 $0.35\text{ mm} \times 40\text{ mm}$ 毫针, 直刺, 采用小幅度捻转手法, 使针刺局部有酸、麻、重、胀感。留针 30 min, 每日 1 次, 10 次为 1 个疗程, 疗程间休息 3 天。

治疗组: 采用调神、温经、通督综合疗法^[5]。

1) 调神: 针刺水沟、百会、后溪穴, 单侧椎间盘突出者选取患侧后溪, 双侧椎间盘突出及中央型椎间盘脱出者选取双侧后溪, 选用 $0.30\text{ mm} \times 40\text{ mm}$ 毫针, 水沟穴向上斜刺 $0.3 \sim 0.5$ 寸, 施雀啄泻法, 不留针, 百会穴向后平刺 $0.5 \sim 0.8$ 寸, 施平补平泻, 留针, 后溪穴直刺 1 寸许, 施捻转泻法, 同时嘱患者进行腰部活动约 5 min 后取针。2) 温经: 即温针灸, 分针刺和温灸两个步骤。针刺方法及选穴同对照组。温灸: 针刺完毕后, 截取 2 cm 左右长的艾段, 插在腰腿部所留各针 (委中穴除外) 针柄末段, 自下方将艾段点燃, 待艾段燃尽成灰, 艾火完全熄灭后, 去除艾灰, 起针。3) 通督: 经过上述两个步骤的操作, 可直接行腰部斜板法^[6]: 患者患侧向上侧卧位, 在下一侧下肢自然伸直, 在上一侧下肢屈膝屈髋, 医者以一手抵住其肩前部, 另一手抵于臀部, 两肘协调用力, 先做数次腰部小幅度扭转活动, 待腰部完全放松后, 再使腰部扭转至有明显阻力位时, 略停片刻, 做一个突发的、增大幅度的快速扳动, 常可闻及“咯咯”的弹响声。再令患者改为健侧向上侧卧位, 重复上述操作 1 次。上述治疗完毕, 令患者卧床休息 5 ~ 10 min, 留针时间及疗程同对照组。

两组均于两个疗程后评定疗效。

2.2 观察指标及方法

2.2.1 患者疼痛程度评价 治疗前后采用改良的日本骨科学会 (M-JOA) 下腰痛评分^[7]。总分为 29 分, 包括: 1) 3 个主观症状 (9 分): 下腰痛、腿疼或麻刺感、症状相关的行走能力。前两项均按无症状、偶尔轻微症状、经常轻微症状或偶尔严重症状、经常或持续性严重症状, 分别计 3、2、1、0 分, 第 3 项按可正常行走无症状、有症状但可行走 500 m 以上、有症状但可行走 100 ~ 500 m、有症状但可行走不超过 100 m, 分别计 3、2、1、0 分; 2) 3 个临床体征 (6 分): 直腿抬高试验、感觉障碍、肌力。直腿抬高试验按直腿抬高 $>70^\circ$ 、 $30^\circ \sim 70^\circ$ 、 $<30^\circ$; 感觉障碍按无、轻微、明显; 肌力按 5 级、4 级、0 ~ 3 级, 均分别计 2、1、0 分; 3) 7 个日常活动 (14 分): 卧位翻身、站立、洗漱、向前俯身、坐约 1 h、举或手持重物、穿脱衣服, 均按受限程度评分, 无受限计 2 分、一般受限计 1 分、严重受限计 0 分。分数越低表明病情越重。

2.2.2 患者功能障碍程度评价 治疗前后采用 Oswestry 功能障碍指数^[8] 评价患者功能障碍程度, 通过该问卷了解患者的腰痛对其日常生活的影响。问卷由 9 个问题组成, 包括疼痛的强度、生活自理、提物、步行、坐、站立、干扰睡眠、社会生活、旅游等情况, 每个问题 6 个选项, 每个问题最高得分为 5 分。Oswestry 功能障碍指数 = (实际得分/45) $\times 100\%$, 以此类推, 分值越高, 表示功能障碍越严重。

2.3 疗效判定标准

参照文献^[9]。治愈: 临床症状、体征完全消失或接近消失, 直腿抬高试验 $\geq 85^\circ$, 恢复原工作; 显效: 症状部分消失, 直腿抬高试验 $\geq 70^\circ$ 但 $<85^\circ$, 恢复原工作; 有效: 症状部分消失, 直腿抬高试验较治疗前改善但 $<70^\circ$, 可从事较轻工作; 无效: 治疗前后无明显变化。

2.4 统计学方法

采用 SPSS 13.0 统计学软件, 计量资料采用均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 两组内治疗前后比较采用配对 t 检验分析, 治疗后两组间改善指数采用组 t 检验。

3 结果

治疗组 31 例中脱落 1 例, 对照组 32 例中脱落 2 例, 最终两组完成观察各 30 例。

3.1 两组患者治疗前后 M-JOA 下腰痛评分比较

表 1 示, 两组患者治疗前 M-JOA 下腰痛评分差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 治疗后 M-JOA 下腰痛评分均明显提高 ($P < 0.05$)。治疗组治疗后 M-JOA 下腰痛评分高于对照组 ($P < 0.05$)。

3.2 两组患者治疗前后 Oswestry 功能障碍指数比较

表 1 示, 两组患者治疗前 Oswestry 功能障碍指数比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 两组治疗后较治疗前 Oswestry 功能障碍指数均明显降低 ($P < 0.05$)。治疗组治疗后较对照组 Oswestry 功能障碍指数明显降低 ($P < 0.05$)。

表 1 两组腰椎间盘突出症患者治疗前后 M-JOA 下腰痛评分及 Oswestry 功能障碍指数比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	M-JOA 下腰痛评分	Oswestry 功能障碍指数
治疗组	治疗前	30	14.47 ± 3.00	22.12 ± 0.14
	治疗后	30	25.63 ± 4.08 * [△]	5.36 ± 0.43 * [△]
对照组	治疗前	30	14.83 ± 3.65	22.09 ± 0.16
	治疗后	30	22.57 ± 5.73 *	8.38 ± 0.42 *

注: 与本组治疗前比较, * $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

3.3 两组患者临床疗效比较

治疗组 30 例中临床痊愈 8 例 (26.67%), 显效 15 例 (50.00%), 有效 7 例 (23.33%), 无效 0 例, 总有效率 100%。对照组 30 例中临床治愈 3 例 (10.00%), 显效 13 例 (43.33%), 有效 9 例 (30.00%), 无效 5 例 (16.67%), 总有效率 83.33%。治疗组总有效率优于对照组 ($P < 0.01$)。

4 讨论

中医的“神”是对人的精神、意识、认知、思维活动的总概括。疼痛与“神”关系密切,《黄帝内经》云:“诸痛痒疮皆属于心”;《素问·至真要大论》曰:“心寂则痛微”,故临床治疗疼痛应重视“调神”。在长期的临床实践中,我们注意到腰椎间盘突出症腰痛对“神”的影响,多数患者会产生诸如紧张、烦躁、恐惧等不良情绪,这些不良情绪反过来又会使机体气机失于条达而加剧经络阻滞使疼痛加重。督脉行脊中,乃腰椎间盘突出症病位之所在,督脉又为阳脉之海,总督诸阳经,可调节下肢足三阳经之经气,督脉循行“入络脑”,脑为“元神之府”,故“调神止痛”以选督脉或与督脉关系密切的穴位为宜。水沟穴为“醒神调神”之要穴,百会穴位于头脑之顶部,二穴

均归属督脉,后溪穴为八脉交会穴之一,通于督脉,三穴合用既可调神又能通督。

针刺、艾灸、推拿都是腰椎间盘突出症的有效治疗方法,针刺具有很好的镇痛、抗炎、免疫调节和通经络的作用,疗效明显^[10-13],艾灸可以有效改善局部微循环状态促进局部炎性渗出物的吸收,降低肌肉张力,消炎、消肿止痛、缓解痉挛,并增强机体非特异性和特异性免疫功能^[14],推拿拔法在纠正解剖位置异常、松解粘连、调整小关节功能紊乱方面作用显著。但是,由于腰椎间盘突出症发病机制复杂,有机械压迫作用机制、炎性介质作用机制、自身免疫作用机制、神经根粘连作用机制等^[15],因此,单一的治疗方法作用有限。

本研究所用调神、温经、通督综合疗法是在具体分析发病机制及深入探讨研究针刺、艾灸、推拿拔法各疗法优势和不足的基础上优选出的一种中医综合疗法。本研究结果表明,调神、温经、通督综合疗法能够有效减轻或消除腰椎间盘突出症的腰腿疼痛症状和体征,对腰椎间盘突出症引起的功能障碍改善明显。

参考文献

- [1] 吴国林,何元诚,张文明,等.丹参及其相关制剂对退变腰椎间盘突出症作用概况 [J]. 中国中医骨伤科杂志,2010,18(2):70-72.
- [2] 田伟.实用骨科学 [M]. 北京:人民卫生出版社,2008:560-561.
- [3] 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,1994:201-202.
- [4] 王启才.针灸治疗学 [M]. 北京:中国中医药出版社,2003:60-63.
- [5] 张卫东,王丕敏.调神、温经、通督三步法治疗腰椎间盘突出症 [J]. 光明中医,2007,22(8):35-36.
- [6] 严隽陶.推拿学 [M]. 北京:中国中医药出版社,2003:110.
- [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] 金大地,瞿东滨,Charles D. Ray. 脊柱椎间关节成形术 [M]. 北京:科技文献出版社,2004:65-67.
- [9] 胡有谷.腰椎间盘突出症 [M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社,2002:128-131.
- [10] 薛平武.次髂穴深刺为主治疗腰椎间盘突出症临床观察 [J]. 中国针灸,2007,27(3):182-184.
- [11] 蔡仲逊,刘云霞.前后配穴法治疗腰椎间盘突出症 34 例临床观察 [J]. 中医杂志,2009,50(8):716-718.
- [12] 卓华.“烧山火”手法治疗腰椎间盘突出症 165 例临床观察 [J]. 天津中医药,2003,20(1):33-35.
- [13] 王井泉,袁宜勤,向显衡.龙虎交战针法治疗腰椎间

盘突出症的临床疗效观察 [J]. 针灸临床杂志, 2008, 24(9):855-856.

[4] 兰蕾, 常小荣, 石佳, 等. 艾灸的作用机理研究进展

[J]. 中华中医药学刊, 2011, 29(12):2616-2621.

[5] 王洪伟. 腰椎间盘突出症疼痛发生机制的研究进展 [J]. 中国矫形外科杂志, 2011, 19(7):568-570.

Comprehensive Treatment of Regulating Mentality, Warming Meridians and Recanalizing Du Meridian for Lumbar Disc Herniation: A Clinical Observation on 31 cases

ZHANG Weidong¹, LI Junlian¹, GAO Lina², QIAO Yunying¹, ZHANG Xiaomin², GUO Junheng², WANG Pimin²

(1. Department of Acupuncture and Massage, Fushan Department, Shanxi University of Traditional Chinese Medicine, Shanxi Province. 030024; 2. The Affiliated Hospital of Shanxi University of Traditional Chinese Medicine)

ABSTRACT **Objective** To observe clinical curative effects of comprehensive three-steps treatments of regulating mentality, warming meridians and recanalizing Du meridian on lumbar disc herniation. **Methods** Sixty three patients suffering from lumbar disc herniation were divided into two groups randomly: treatment group (31 cases) and control group (32 cases). The treatment group was treated with acupuncture and warm needles moxibustion combining with oblique-pulling manipulation. The control group was only given acupuncture. Two groups were all treated once per day with ten times as a course for two courses, and a three-day break was given between the courses of treatment. The low back pain scores according to Modified Japanese Orthopaedic Association Score (M-JOA) before and after treatment, and degree of disfunction of patients suffering from lumbar disc herniation disease (Oswestry disability index) were observed. Then the clinical curative effects of two groups were compared. **Results** The total effective rate of clinical curative effects was 100% in treatment group, and 83.33% in the control group. The total effective rate of clinical curative effects of treatment group was superior to that of the control group ($P < 0.05$). After treatment, the M-JOA low back pain scores increased remarkably, while Oswestry dysfunction index decreased remarkably in both two groups ($P < 0.05$), especially in the treatment group ($P < 0.05$). **Conclusion** Comprehensive three-steps treatment of lumbar disc herniation, including regulating mentality, warming meridians and recanalizing Du meridian can effectively relieve lumbar and leg pain due to lumbar disc herniation, and improve dysfunction. The curative effect is superior to acupuncture alone.

Keywords lumbar disc herniation; acupuncture; warming-meridians moxibustion; Tuina; low back pain

(收稿日期: 2014-09-10; 修回日期: 2014-12-01)

编辑: 叶 晨

当飞利肝宁胶囊临床应用及基础研究有奖征文活动通知

病毒性肝炎、药物性肝炎、脂肪肝等肝脏疾病严重威胁人们的身体健康, 已成为当前重大公共卫生问题。消除传染性肝炎、防治肝损伤以及治疗肝病的合理用药, 已经成为肝病防治领域的共同心声和行动。当飞利肝宁胶囊是由“肝炎草”当药与保肝药水飞蓟精组方而成的抗炎保肝中成药, 具有保护肝细胞膜及线粒体, 减轻肝细胞变性、坏死及炎症性反应, 减轻肝脏脂质沉积, 改善胰岛素抵抗及抗脂质过氧化作用。为了更好探索当飞利肝宁胶囊抗炎保肝作用机理及对各类肝损伤患者的有效影响, 完善肝病防治方案, 中华中医药学会内科肝胆病专业委员会、中医杂志社、《中国脂肪肝防治与康复网》将联合开展“开启新视野, 成就肝健康”当飞利肝宁胶囊临床应用及基础研究有奖征文活动。具体要求如下。

一、征文内容: 1. 当飞利肝宁胶囊在抗炎保肝方面的临床应用、基础研究的论著、荟萃分析、合理用药方案研究等; 2. 当药的药学研究、生物学研究、文献研究及基础理论研究等。二、论文要求: 1. 文章力求立题新颖、设计严格、数据完整, 具有新颖性和指导性; 2. 内容具有严谨性和科学性, 论点鲜明、论证充分、逻辑严谨, 结果真实可靠; 3. 文章应符合学术期刊论文发表的要求, 要求未公开发表及未在全国性会议上交流。三、投稿方式: 请将文章以 word 格式发至征文专用邮箱: jtemcn@163.com。四、征文截止日期: 2015 年 4 月 30 日。五、评选规则: 所有论文由中华中医药学会内科肝胆病专业委员会和中医杂志社邀请相关专家组成评选委员会进行评选, 结果将公布在《中医杂志》《中西医结合肝病杂志》《胃肠病学和肝病杂志》及《中国脂肪肝防治与康复网》。六、奖项设置: 特等奖 1 名, 支持科研基金 20000 元; 一等奖 3 名, 支持科研基金 10000 元; 二等奖 8 名, 支持科研基金 8000 元; 三等奖 15 名, 支持科研基金 5000 元; 纪念奖若干, 支持科研基金 1000 元。特等奖论文将推荐在 SCI 期刊发表, 一至三等奖符合发表要求论文将推荐发表在国内专业期刊上, 优秀科研成果将邀请参加全国性学术大会报告及交流。