

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2019.03.013

电针结合督脉灸治疗腰椎间盘突出症的临床观察

廖庆辉 杜俊毅 冯荣璋 宁建萌

玉林市中西医结合骨科医院, 广西玉林 537000

腰椎间盘突出症是因椎间盘变性、纤维环破裂、髓核突出刺激或压迫神经根所引起的一种综合征,是临床腰腿痛最常见的原因之一。目前腰椎间盘突出症的治疗方法包括手术、药物、牵引、针灸等,其中针灸、艾灸等方法保守治疗腰椎间盘突出症的重要手段,且临床疗效良好。基于此,本研究探讨电针结合督脉灸治疗腰椎间盘突出症的临床疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2017 年 3 月—2018 年 9 月于本院针灸康复科门诊及住院治疗的 90 例腰椎间盘突出症患者,按照随机数字表法将其分为治疗组和对照组,每组 45 例。治疗组,其中男 24 例,女 21 例;平均年龄 (48.2 ± 12.6) 岁,平均病程 (132.5 ± 17.6) d;突出节段: L_{4-5} 突出者 21 例, $L_5 \sim S_1$ 突出者 18 例, L_{4-5} 及 $L_5 \sim S_1$ 均突出者 6 例。对照组,其中男 23 例,女 22 例;平均年龄 (49.4 ± 13.2) 岁,平均病程 (130.4 ± 18.7) d;突出节段: L_{4-5} 突出者 20 例, $L_5 \sim S_1$ 突出者 19 例, L_{4-5} 及 $L_5 \sim S_1$ 均突出者 6 例。2 组患者在性别、年龄、病程、椎间盘突出节段等方面比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

参照国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》^[1]中关于腰椎间盘突出症的诊断标准:①既往有慢性劳损或受寒湿史或腰部外伤史;②疼痛由腰部向臀部及下肢放射,增加腹压如咳嗽时疼痛加重;③脊柱可有侧弯,腰椎生理弧度消失,或反弓,病变部位椎旁压痛明显,腰部活动受限;④受累神经支配区下肢感觉障碍,病程长者可出现患侧臀部或下肢肌肉萎缩,直腿抬高试验 $<60^\circ$,加强试验(+),膝、跟腱反射可减弱或消失,拇趾背伸肌力减弱;⑤腰椎 X 线片检查提示病变椎间隙可变窄,脊柱可侧弯,腰椎生理弧度消失;腰椎间盘 CT 或 MRI 检查提示有腰椎间盘突出或膨出、硬膜囊受压征象。

1.3 纳入与排除标准

纳入标准:符合上述诊断标准,且经 CT 或 MRI 确诊为本病;年龄在 18~65 岁;自愿参与并签署知情

同意书,依从性良好。

排除标准:有明确的手术指征;合并严重心、脑血管、造血系统疾病;严重肝、肾功能不全;畏针、不适宜针灸治疗者;神经官能症及精神障碍;腰椎肿瘤、结核、感染或骨折者;不能服从治疗方案安排者。

1.4 治疗方法

治疗组采用电针结合督脉灸进行治疗:①电针治疗,患者取俯卧位,暴露所需针刺部位,主穴选取大肠俞、关元俞,辅穴依据下肢情况选取环跳、阳陵泉、悬钟、秩边、委中、昆仑、阿是穴等;选定穴位后先用碘伏对穴位进行常规消毒,取 $Q 3 \text{ mm} \times 40 \text{ mm}$ 和 $Q 3 \text{ mm} \times 75 \text{ mm}$ 的一次性无菌针灸针,其中大肠俞、关元俞、环跳、秩边选用 $Q 3 \text{ mm} \times 75 \text{ mm}$ 的针灸针,进针深度以下肢出现触电感放射时为宜;余穴采用 $Q 3 \text{ mm} \times 40 \text{ mm}$ 的针灸针进针,得气后采用华佗牌电子针灸治疗仪,采用连续波,电流强度以患者耐受为度,留针 30 min。1 次/d,7 次为 1 个疗程,连续治疗 3 个疗程,疗程中间隔 2 天。②督脉灸治疗,将新鲜生姜 1000 g 研磨成姜泥备用,取优质的五年陈艾绒制成高 4 cm、直径 1.5 cm 的艾柱备用;患者取俯卧位,充分暴露腰背部皮肤,在大椎穴至腰俞穴之间铺上一层纱布,操作者以督脉为中线用姜泥沿自大椎至腰俞穴铺好,将艾柱铺于大椎至腰俞穴,将艾柱点燃,燃尽为 1 壮,共 2 壮,在燃烧过程中,注意控制燃烧时间及速度,以患者感到充分温热且能耐受为度。1 h/次,1 次/周,1 次为 1 个疗程,共治疗 3 个疗程。

对照组仅采用单纯电针治疗,取穴、具体操作及疗程与治疗组相同。

1.5 观察指标与疗效判定标准

采用视觉模拟评分(VAS)对 2 组治疗前后腰部疼痛进行评价,分值 0~10 分,得分越高表示疼痛越明显;采用日本骨科协会腰椎功能评分(JOA)对 2 组治疗前后腰部功能进行评价,包括主观症状(0~9 分)、体征(0~6 分)、日常生活动作(0~14 分)等方面的评价,总分值 0~29 分,得分越高表示腰部功能恢复越好。

参照文献^[1]拟定疗效判定标准,其中①治愈: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:临床症状、体征基本消失,抬高下肢可至 $50^\circ \sim 70^\circ$,腰部可自由活动;③有效:临床

症状、体征及抬腿试验与治疗前相比有一定改善,日常生活、工作未受明显影响;④无效:临床症状、体征与治疗前相比无明显改善或加重,日常生活、工作受到严重影响。愈显率=[(治愈+显效)例数/总例数]×100%;总有效率=[(治愈+显效+有效)例数/总例数]×100%。

1.6 统计学方法

采用 SPSS 19.0 统计学软件对结果进行分析处

表 1 2 组患者临床疗效比较($n=45$,例,%)

组别	治愈	显效	有效	无效	愈显率	总有效率
对照组	21	10	9	5	31(68.89)	40(88.89)
治疗组	32	8	4	1	40(88.89) [△]	44(97.78) [△]

与对照组比较[△] $P<0.05$

2.2 2 组 VAS 及 JOA 评分比较

治疗后,2 组 VAS 评分均较治疗前降低($P<0.05$),且治疗组显著低于对照组($P<0.05$);治疗后,2 组 JOA 评分均较治疗前升高($P<0.05$),且治疗组显著高于对照组($P<0.05$)。见表 2。

表 2 2 组患者 VAS 及 JOA 评分比较($n=45$,分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	VAS 评分	JOA 评分
对照组	治疗前	7.32±0.81	7.82±1.25
	治疗后	2.31±0.34*	20.38±1.67*
治疗组	治疗前	7.25±0.87	7.35±1.87
	治疗后	2.04±0.25* [△]	24.04±2.16* [△]

与治疗前比较* $P<0.05$;与对照组比较[△] $P<0.05$

3 讨论

腰椎间盘突出症属于祖国医学“腰腿痛”、“痹症”等范畴,正如《素问·刺腰痛论》及《素问·痹论》所言:“衡络之脉,令人腰痛不可以俯仰,仰则恐仆,得之举重伤腰”。《诸病源候论·腰脚疼痛候》指出:“肾气不足,受风邪之所为也,劳伤则肾虚,虚则受于风冷,风冷与正气交争,故腰脚痛”。本病多因肾气亏虚、外感风寒湿邪或操劳过度、长期体位不正导致经络闭阻不通而发病,其基本病机是肾虚血瘀,本虚标实,肾虚为内因,外感风寒湿邪为外因^[2]。

电针是将毫针刺入穴位后,连接电针仪器,再向人体输入微量电流刺激穴位,可直接刺激痛觉传导神经,阻碍痛觉神经纤维的传导而达到镇痛效果;此外,电流还可激发神经冲动的传导。在本研究中,配穴选取环跳、秩边、阳陵泉、委中、悬钟、昆仑等穴位,这些穴位分布于坐骨神经的循行路线上,尤其是环跳、秩边针刺要求为下肢有触电感,研究^[3]表明,电针刺激这些穴位能加强机体微循环血流量、增加血管通透

理,计量资料采用均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用 t 检验;计数资料采用率(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验;以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组临床疗效比较

治疗后,治疗组愈显率及总有效率均显著高于对照组($P<0.05$)。见表 1。

性、提高交感神经兴奋性以及改善下肢血液循环,进而提高疗效。

腰椎间盘突出症的病变位于脊柱,病位在督脉,临床表现多以阳经受损症状为主,有足太阳膀胱经循行的腰腿痛、足少阳胆经循行的腰腿痛和足阳明胃经循行的腰腿痛之分。而督脉为阳脉之海,总督一身之阳经,故腰椎间盘突出症与督脉关系密切。督脉灸是传统的中医外治方法,又称“长蛇灸”、“铺灸”等,其将艾绒、生姜、背俞穴与督脉结合,其中生姜性温,可温阳化湿、温通气血;艾草为纯阳之品,艾绒的药物作用以及艾绒燃烧产生的温热效应可温阳活血、消散瘀血、通络止痛;同时艾灸温和火气的逐步渗透,经脊柱、督脉传导,外通四肢,内达脏腑,达到内病外治之功效。本研究结果显示,治疗后,治疗组临床疗效、VAS 及 JOA 评分均显著优于对照组,提示电针结合督脉灸治疗腰椎间盘突出症可显著改善患者腰部疼痛及腰部功能,提高疗效。

综上,电针结合督脉灸疗法治疗腰椎间盘突出症疗效显著,且该方法安全简便,治愈率高,值得在临床上推广应用。

参 考 文 献

- [1] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社,1994:201.
- [2] 王永炎,鲁兆麟. 中医内科学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社,2010.
- [3] 吴耀持,孙懿君,张峻峰,等. “督穴导气针法”联合电针治疗血瘀型轻中度腰椎间盘突出症临床研究[J]. 中国针灸,2017,37(5):467-472.

(收稿日期:2019-03-14)