

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2023.04.010

# 热敏灸结合超微针刀治疗腰椎间盘突出症 急性期临床观察<sup>\*</sup>

罗小军<sup>1△</sup> 罗茜玲<sup>2</sup> 祝丽松<sup>1</sup>

<sup>1</sup>江西省赣州市南康区中医院针灸康复科,江西南康 341400

<sup>2</sup>江西中医药大学研究生院,南昌 330004

**摘要 目的** 探讨热敏灸结合超微针刀治疗腰椎间盘突出症(lumbar disc herniation,LDH)急性期的临床疗效。**方法** 选取 2020 年 10 月—2022 年 5 月本院针灸康复科门诊和住院部诊治的 LDH 急性期患者 60 例,采用随机数字表法随机纳入试验组、对照组,每组 30 例。对照组干预措施为热敏灸结合常规针刺治疗,试验组干预措施为热敏灸结合超微针刀治疗。治疗 10 d 后,比较 2 组患者临床疗效及治疗前后视觉模拟评分法(visual analogue scale,VAS)评分、日本骨科协会(Japanese orthopaedic association,JOA)评分变化。**结果** 试验组临床治疗总有效率为 90.00%,显著高于对照组的 76.67%( $P<0.05$ )。试验组 JOA 评分显著高于对照组( $P<0.05$ ),试验组 VAS 评分显著低于对照组( $P<0.05$ )。**结论** 热敏灸结合超微针刀治疗可有效改善 LDH 急性期患者腰腿疼痛,提高生活质量,临床疗效显著。

**关键词** 热敏灸;超微针刀;腰椎间盘突出症;急性期

**中图分类号** R274.9 **文献标志码** A

腰椎间盘突出症(lumbar disc herniation,LDH)是一种临床常见的骨科疾病,主要临床表现为患者腰部不适、酸胀疼痛、患侧下肢持续或短暂放射性疼痛、行走不利、活动障碍等。严重者甚至可能因马尾神经核受损导致大小便失禁,更有甚者出现神经功能损害而导致下肢瘫痪。LDH 病程长,复发率高,严重影响患者生活质量<sup>[1]</sup>。本病好发于 20~40 岁青壮年,以 25~55 岁人群发病率最高,近年来发病率不断提高且逐渐年轻化。热敏灸是江西中医药大学陈日新教授所研发的一种在灸时、灸量、灸感等方面显著区别于传统艾灸的一种新型灸疗法<sup>[2]</sup>。超微针刀疗法是一种以小针刀疗法为基础发展而来的治疗方法,可通过松解粘连组织,达到解痉止痛的目的,被广泛运用于多种疾病的治疗之中<sup>[3]</sup>。笔者采用热敏灸结合超微针刀治疗 LDH 患者,探讨其临床疗效,现将结果报告如下。

## 1 资料及方法

### 1.1 一般资料

选取 2020 年 10 月—2022 年 5 月本院针灸康复

科门诊和住院部诊治的 LDH 急性期患者 60 例,采用随机数字表法随机纳入试验组、对照组,每组 30 例。试验组,男 12 例,女 18 例;年龄( $42.83\pm6.31$ )岁,年龄范围为 27~63 岁;病程( $6.51\pm1.77$ )个月,病程范围为 3~10 个月。对照组,男 14 例,女 16 例;年龄( $47.70\pm6.78$ )岁,年龄范围为 25~62 岁;病程( $6.62\pm1.88$ )个月,病程范围为 3~11 个月。2 组患者年龄、性别、病程比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

### 1.2 诊断标准

西医诊断标准参照中华医学会疼痛学分会脊柱源性疼痛学组《腰椎间盘突出症诊疗中国疼痛专家共识》<sup>[4]</sup>,结合临床症状、体征及影像学检查进行诊断:①下肢放射性疼痛,疼痛位置与相应受累神经支配区域相符;②下肢感觉异常,相应受累神经支配区域皮肤浅感觉减弱;③直腿抬高试验、直腿抬高加强试验或股神经牵拉试验阳性;④患侧腱反射较健侧减弱;⑤肌力下降;⑥腰椎 MRI 或 CT 显示椎间盘突出、压迫神经,症状、体征与受累神经支配区域相符。前 5 项标准中符合 3 项,结合第 6 项即可诊断为腰椎间盘突出症。

LDH 急性期诊断标准:患者病情急性发作;有明

<sup>\*</sup> 赣州市卫生健康委员会市级科研计划项目(No. 2020-2-111)

<sup>△</sup> 通信作者,Corresponding author,E-mail:602847463@qq.com

显急性外伤史或诱因;腰部肌肉剧痛难忍,腰背肌肉痉挛,活动受限,甚至强迫体位,或腰椎棘突旁叩击痛阳性并伴有下肢放射性疼痛,直腿抬高试验及加强试验阳性;CT 结果显示神经根部明显水肿。

1.3 纳入及排除标准

纳入标准:符合 LDH 西医诊断标准;符合 LDH 急性期诊断标准,本次腰痛发作时间≤1 周;年龄 18~65 岁,性别不限;患者意识清楚,能清晰地表达治疗过程中的感受;同意本研究治疗方案并签署知情同意书。

排除标准:治疗期间服用其他药物或病情恶化必须采取其他干预措施者;发生严重不良反应,对本研究治疗方案不能耐受者;有严重基础病、传染病及精神病者;妊娠期及哺乳期妇女;不能完成全部治疗周期而中途退出者。

1.4 治疗方法

对照组患者予以热敏灸结合常规针刺治疗,试验组予以热敏灸结合超微针刀治疗。

热敏灸疗法:依据陈日新教授<sup>[5]</sup>制定的热敏灸感探查标准进行热敏穴位的探查,热敏灸操作时最佳室温为 24~30℃,患者取俯卧位,充分暴露腰部等施灸部位,使用热敏灸专用艾条(规格为 22 mm×110 mm)进行操作。距离患者腰阳关、环跳、委中等穴 3 cm 左右,使用循经往返灸、回旋灸、雀啄灸等热敏灸探查手法进行灸感探查,施灸温度以患者能耐受为宜。热敏灸感是指热敏灸时产生的透热、扩热、传热、局部不热或微热而远部甚热、表面不热或微热而远部甚热、非热觉等特殊感觉。选择 2 个热敏灸感最显著的热敏穴位施行温和灸,施灸剂量以热敏灸感消失为度,1 次/d,疗程为 10 d。

常规针刺疗法:主穴选取双侧大肠俞、双侧腰阳关、双侧肾俞、双侧环跳、双侧委中、腰部夹脊穴等,根据具体症状选取不同配穴。患者取俯卧位,常规皮肤消毒后,采用华佗牌一次性针灸针(0.3 mm×50 mm、0.3 mm×40 mm)迅速刺入穴位,手法得气后留针 30 min,1 次/d,疗程为 10 d。

超微针刀疗法:患者取俯卧位,取病变椎间盘棘突旁 0.5 cm、1.5 cm、3 cm 的结节点,对皮肤进行常规消毒。采用一次性超微针刀(0.4 mm×40 mm)刺入痛点,深度 0.5~1 cm,不使用特殊松解手法,只松解浅层筋膜。操作过程中要注意避开神经、血管,只对结节进行松解处理,待结节消散后立即出针,一处施术约 30 s。术后当天施术部位不沾水,间隔 3 d 进行超微针刀治疗 1 次,疗程为 10 d。

1.5 观察指标及疗效标准

采用日本骨科协会(Japanese orthopaedic association, JOA)评分对患者腰椎功能进行评价,主要从主观症状、临床体征、日常活动、膀胱功能等方面进行分数评估,总分为 0~29 分,分数越低则功能障碍越显著。

采用视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)对患者疼痛程度进行评价,总分最低为 0 分,最高为 10 分,患者根据自身疼痛感受给出具体分数,0 分为无疼痛,1~3 分为轻度疼痛,4~6 分为中度疼痛,7~10 分为重度疼痛,分数越高则疼痛程度越严重。

参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[6]</sup>制定临床疗效判定标准:临床痊愈 患者无不适症状,直腿抬高试验阴性,日常生活工作完全不受影响;显效 患者不适症状得到明显缓解,日常生活工作几乎不受影响;有效 患者不适症状有所缓解,日常生活工作稍有影响;无效 未达到上述标准,日常生活工作受到严重影响。临床治疗总有效率=[(临床痊愈+显效+有效)例数/总例数]×100%。

1.6 统计学分析

采用 SPSS 27.0 统计软件进行数据处理,计量资料以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,组内比较采用配对  $t$  检验,组间比较采用成组  $t$  检验;计数资料以率(%)表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验;以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 JOA 评分、VAS 评分比较

治疗前,2 组患者 JOA 评分、VAS 评分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后,2 组患者 JOA 评分均较治疗前明显升高( $P < 0.05$ ),且试验组显著高于对照组( $P < 0.05$ );2 组患者 VAS 评分均较治疗前明显降低( $P < 0.05$ ),且试验组显著低于对照组( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 2 组患者 JOA 评分、VAS 评分比较( $n=30$ ,分, $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 时间  | JOA          | VAS         |
|-----|-----|--------------|-------------|
| 对照组 | 治疗前 | 15.43±1.78   | 7.31±1.42   |
|     | 治疗后 | 21.17±2.34*  | 4.40±0.53*  |
| 试验组 | 治疗前 | 15.21±2.67   | 7.79±1.31   |
|     | 治疗后 | 26.53±2.43*△ | 2.17±0.65*△ |

与治疗前比较\* $P < 0.05$ ,与对照组比较△ $P < 0.05$

2.2 临床疗效比较

治疗后,试验组临床治疗总有效率为 90.00%,显

著高于对照组的 76.67%( $P<0.05$ )。见表 2。

表 2 2 组患者临床疗效比较( $n=30$ , 例, %)

| 组别  | 临床治愈 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率                   |
|-----|------|----|----|----|------------------------|
| 对照组 | 8    | 9  | 6  | 7  | 23(76.67)              |
| 试验组 | 11   | 9  | 7  | 3  | 27(90.00) <sup>△</sup> |

与对照组比较<sup>△</sup> $P<0.05$

3 讨论

根据本病临床表现,可归属于中医学“腰痹”范畴。中医学认为,导致疼痛发生的原因通常为“不通则痛”或“不荣则痛”,故本病病因病机多为腰部经络不通,气血痹阻,或肾精亏虚,腰部失于濡养温煦。本病病位在肾,肾为先天之本,肾主骨,肾精亏虚、先天不足是本病发生的内因,跌扑损伤、外邪侵袭是本病发生的外因。在内外因的共同作用下,邪气阻滞腰部气血经络,最终导致腰部疼痛,甚至出现腿部疼痛麻木、行走不便。

热敏灸疗法是基于传统灸法作用机制延伸出的一种新型灸疗方法,通过艾条燃烧产生的温热作用,引发经络感传,加速经络气血运行,消除经络阻滞,改善患者临床症状。热敏灸疗法在操作过程中注重患者是否出现热敏灸感,根据热敏灸感出现的有无将穴位状态分为静息态和热敏态 2 种,施灸部位选择以热敏态腧穴为佳,可以最大程度地发挥治疗效果。超微针刀疗法是针刀疗法派生出的一种以针刺及运动医学为理论基础的新型微针刀治疗技术。通过针刺、减压、松解、修复手法作用于受损组织,兼具针刺得气,以消除组织粘连,改善微循环及促进肌肉修复再生<sup>[7]</sup>。

随着生活节奏加快、生活水平提高,很多患者更倾向于采取创伤小、舒适、有效的治疗方法。热敏灸疗法具有操作简便、副作用少、疗效佳的优势,超微针刀疗法创伤小、疼痛感轻、操作安全,结合两者的治疗优势,可以达到事半功倍的效果,有利于现代人群的

疾病预防及治疗,更能切合大众的健康需求。本研究结果显示,治疗后试验组临床治疗总有效率为 90.00%,显著高于对照组的 76.67%;提示热敏灸结合超微针刀治疗 LDH 急性期的临床疗效优于常规针刺治疗。试验组 JOA 评分显著高于对照组,试验组 VAS 评分显著低于对照组;提示热敏灸结合超微针刀治疗 LDH 急性期患者可进一步缓解疼痛,改善腰椎功能。考虑其原因可能为,热敏灸配合超微针刀治疗 LDH 急性期患者能加快疏通瘀阻不通的经络,调畅经络气机,促进机体受损组织修复,达到“通则不痛”的治疗效果。

综上所述,热敏灸结合超微针刀疗法可缓解 LDH 急性期患者腰腿疼痛,提高生活质量,临床疗效显著,适合在临床推广应用。

参 考 文 献

[1] Amin RM, Andrade NS, Neuman BJ. Lumbar disc herniation[J]. Curr Rev Musculoskelet Med, 2017, 10(4): 507-516.

[2] 陈日新, 康明非. 灸之要, 气至而有效[J]. 中国针灸, 2008, 28(1): 44-46.

[3] 郭从敏, 郝又国, 孙豪. 超微针刀疗法在颈椎病康复中的应用进展[J]. 中国康复, 2019, 34(12): 657-660.

[4] 中华医学会疼痛学分会脊柱源性疼痛学组. 腰椎间盘突出症诊疗中国疼痛专家共识[J]. 中国疼痛医学杂志, 2020, 26(1): 2-6.

[5] 陈日新, 陈明人, 康明非, 等. 重视热敏灸感是提高灸疗疗效的关键[J]. 针刺研究, 2010, 35(4): 311-314.

[6] 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 201.

[7] 王立志, 郭志平, 王淑珍, 等. 超微针刀疗法临床应用研究进展[J]. 河北北方学院学报(自然科学版), 2021, 37(10): 60-63.

(收稿日期: 2022-12-17)