

• 论 著 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2018.04.005

石氏中药熏蒸联合单穴电针治疗急性期腰椎间盘突出症的研究^{*}

邓华萍¹, 陈 博^{2△}, 詹红生²

(1. 上海中医药大学附属曙光医院骨伤科, 上海 200000; 2. 上海市中医药研究院骨伤科研究所, 上海 201203)

摘 要:目的 探讨石氏中药熏蒸联合单穴电针治疗急性期腰椎间盘突出患者的临床疗效。方法 选取曙光医院骨伤科门诊收治的急性期腰椎间盘突出症患者 68 例, 随机分为观察组($n=34$)和对照组($n=34$)。观察组患者采用石氏中药熏蒸联合单穴电针进行治疗, 对照组使用口服塞来昔布胶囊和甲钴胺片治疗, 2 组患者均给予常规的健康教育和生活指导。结果 治疗后, 2 组患者的视觉模拟评分法(VAS)评分、日本骨科学会下腰痛评分法(JOA)评分均较治疗前有明显改善($P<0.05$), 且观察组比对照组疗效更显著($P<0.05$)。观察组患者的治疗总有效率为 91.18%, 明显优于对照组(70.59%), 差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 石氏中药熏蒸联合单穴电针治疗急性期腰椎间盘突出患者的疗效显著, 值得临床推广和应用。

关键词:石氏中药熏蒸; 单穴电针; 腰椎间盘突出症; 急性期; 临床观察

中图法分类号: R274

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2018)04-0447-04

The study of Shi's herb fumigation combined with single point electroacupuncture in treating acute lumbar disc herniation^{*}

DENG Huaping¹, CHEN Bo^{2△}, ZHAN Hongsheng²

(1. Department of Orthopaedics and Traumatology, Shuguang Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200000, China;

2. Institute of Traumatology & Orthopedics, Shanghai Academy of TCM, Shanghai 201203, China)

Abstract: Objective To explore Shi's Herbal fumigation with single point electroacupuncture therapeutic effect in the treatment of disc herniation in patients with acute lumbar disc herniation. **Methods** A total of 68 cases of lumbar department of traumatology & orthopedics in hospital were acute lumbar disc herniation patients as the research object, randomly divided into observation group and control group with 34 cases in each group, patients in the observation group were treated with Shi's herb fumigation combined with single point electroacupuncture, 34 cases in the control group were treated with taking celecoxib capsules and methylcobalamin tablets, and the two groups were received routine health education and life guidance. **Results** Both VAS and JOA scores improved after treatment, the differences were statistically significant ($P<0.05$), especially in the observation group ($P<0.05$), and the total effective rate of the observation group was 91.18%, significantly better than the control group (70.59%), the treatment of the two groups of patients with total efficiency comparison, with significant difference ($P<0.05$), there was statistical significance. **Conclusion** For patients with prolapse of lumbar intervertebral disc in the acute stage, using Shi's herb fumigation combined with single point electroacupuncture, the curative effect can be achieved is very obvious, is worth the clinical promotion.

Key words: Shi's herb fumigation; single point electroacupuncture; lumbar disc herniation; acute stage; clinical observation

腰椎间盘突出症是骨伤科的常见病和多发病, 因椎间盘的退行性变、纤维环破裂、髓核突出等主要病理改变, 导致神经根、脊髓或马尾神经等受到刺激和压迫所表现出的临床综合征^[1]。上海石氏伤科在多

中心临床研究的基础上将腰椎间盘突出症患者依据其临床表现分为急性炎症期、亚急性期、慢性粘连期, 并且根据其不同时期的病理特点和症状选择相应的治疗方案^[2]。现探讨石氏中药熏蒸联合单穴电针对

^{*} 基金项目: 国家自然科学基金资助项目(81473702, 81503596); 上海市中医药领军人才建设项目(2012-63-15); 上海领军人才项目(041); “海派中医流派传承研究基地”项目(ZYSNXD-CC-HPGC-JD-001, ZY3-CCCX-1-1003); 上海市中医药事业发展三年行动计划项目(ZYSNXD-CC-ZDYJ047)。

作者简介: 邓华萍, 女, 主管护师, 主要从事骨伤科疾病的临床研究。 △ 通信作者, E-mail: cbm818@126.com。

急性期腰椎间盘突出症患者的治疗效果,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取曙光医院骨伤科 2016 年 8 月至 2017 年 1 月收治的 68 例急性期腰椎间盘突出症患者作为研究对象,采用随机数字表法分为观察组和对照组。观察组 34 例,男 18 例,女 16 例;年龄 25~55 岁,平均年龄(41.34±15.78)岁;病程 3~11 d,平均病程(6.5±3.4)d。对照组 34 例,男 17 例,女 17 例;年龄 23~56 岁,平均年龄(40.67±16.25)岁;病程 4~12 d,平均病程(6.8±3.7)d。2 组患者的性别、年龄等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表 1。

表 1 2 组患者的一般资料结果比较

组别	例数 (n)	性别 (n/n,男/女)	年龄 ($\bar{x}\pm s$,岁)	病程 ($\bar{x}\pm s$,d)
观察组	34	18/16	41.34±15.78	6.50±3.40
对照组	34	17/17	40.67±16.25	6.80±3.70

1.2 诊断标准 参照《腰椎间盘突出症》诊断标准^[3]:(1)有腰痛、下肢痛,呈典型的坐骨神经分布区域的疼痛,多表现为下肢症状重于腰痛。(2)下肢受累神经支配区有感觉过敏或迟钝,病程长者可出现肌力减弱,肌肉萎缩,膝、跟腱反射减弱或消失,趾肌力减退。(3)神经根张力试验显示,患肢直腿抬高试验及加强试验阳性。(4)影像学检查包括 CT、MRI 或特殊造影等可显示椎间盘突出部位。

1.3 纳入标准 (1)符合上述诊断标准者。(2)年龄 20~60 岁,且病程小于或等于 2 周者。(3)病变部位在 L4~5 或以 L4~5 节段突出为主合并其他节段椎间盘突出者。(4)治疗期间不采用药物或其他治疗手段治疗者。(5)同意并签署知情同意书。

1.4 排除标准 (1)不符合纳入标准者。(2)腰椎结核、肿瘤、骨折患者。(3)合并Ⅱ度以上腰椎滑脱、严重骨质疏松、腰椎管严重狭窄、马尾神经综合征患者。(4)合并严重的高血压、糖尿病、心脑血管疾病或肝、肾等疾病者。(5)病情较重需配合药物或使用其他方法进行治疗的患者。(6)孕期及哺乳期女性。(7)由于晕针等其他原因而不能坚持或不愿接受电针治疗者。

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组 口服塞来昔布胶囊(西乐葆)0.2 g,2 次/天,饭后服,甲钴胺片(弥可保)0.5 mg,3 次/天。2 种药物合用,连服 14 d。

1.5.2 观察组 给予石氏中药熏蒸和单穴电针联合治疗的方案。石氏中药熏蒸疗法具体操作如下:香樟木 30 g,伸筋草 20 g,透骨草 20 g,川桂枝 20 g,苏木 20 g,北细辛 10 g,油松节 20 g,威灵仙 30 g,羌活 20 g,独活 20 g,杜红花 15 g,艾叶 20 g,将以上药物加水

3 000 mL,煮沸后用小火煎 20 min(保持沸腾为度),稍冷却后连同药渣倒入熏蒸设备中,设定温度 45℃,将腰部患处置于蒸汽出口熏蒸,30 分/次,1 次/2 天,共治疗 2 周。单穴电针疗法具体操作如下:患者取俯卧位,采用“以痛为俞”的取穴原则定位“腰突穴”,约在 L4~5 节段的患侧脊柱后正中线旁 3.33 mm 处,按压该穴时大多数患者会出现明显的压痛或沿坐骨神经分布的下肢放射痛,穴位处行常规消毒后,选用华佗牌 0.35 mm×75.00 mm 不锈钢毫针,采用夹持进针法垂直刺入皮下,并施以平补平泻捻转提插手法,边进针边要宁神静气地调整进针的角度与深度(约 70~75 cm),以“气至病所”为度。另在该穴上方或下方旁开 1 cm 处再刺 1 针,其方向和深度同第 1 针,2 针连线与脊柱基本平行,无电极正负要求。接通 SDZ-II 型电针治疗仪,采用连续波,频率为 15 Hz,电流强度以患者能耐受的最大强度为标准并且在针刺的过程中不断进行调节,留针 40 min,隔日治疗 1 次,共治疗 2 周^[4]。

1.5.3 健康教育与生活指导 2 组患者在治疗期间都予以指导,每周 2 次电话随访以监督其在院外的执行情况。具体内容如下:(1)宜使用硬板床平卧位休息,缓解不同体位时椎间盘所承受的压力。(2)平卧位休息时,宜在腰骶部垫一用浴巾卷成的圆形枕,调整适当的高度,每日 2~3 次,视自身情况,每次可控制在 15 min 左右,目的是放松腰部肌肉,适当增加腰椎间隙宽度,以缓解腰部肌肉痉挛,促进血液循环,减轻疼痛或活动受限。(3)下床时,先健侧卧位用手臂支撑上身质量辅助起身,尽量整体移动躯干最大程度地减少腰部曲屈、侧转等动作,避免因动作不当而诱发腰痛加剧。(4)根据其病情情况选择合适的腰围,并示范使用方法,腰痛剧烈的患者宜选用内置钢条支撑的弹力腰围固定,合理使用腰围,一般使用 2~4 d 为宜,不宜使用过长时间,多在下床走动时佩戴腰围,而卧床休息时不使用。(5)为避免腰部疼痛或长时间的使用腰围而造成肌肉萎缩或劳损,宜适当进行腰背腹肌锻炼,可采用 5 点支撑练习,仰卧床上,双上肢屈肘、双下肢屈膝,用头、双肘、双足 5 个点作为支撑点,用力把腰部向上抬离床面。(6)避免风寒湿邪,防止因风寒感冒后出现的剧烈咳嗽或打喷嚏,其可能导致疼痛加剧。

1.6 观察项目及方法

1.6.1 评价方法 采用日本骨科学会的下腰痛评分法(JOA)^[5]和视觉模拟评分法(VAS)^[6],分别于治疗前后对患者进行评估,记录相关评价结果。

1.6.2 疗效判定标准 根据国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》^[7]。治愈:腰部疼痛、下肢放射痛基本消失,腰部功能恢复正常,直腿抬高 70°以上。显效:腰部疼痛、下肢放射痛明显减轻,腰部活动功能

基本正常。有效:腰部疼痛、下肢放射痛减轻,腰部活动功能部分恢复。无效:临床症状及腰部功能较治疗前后未改善。总有效率=治愈率+显效率+有效率。治疗后第 15 天进行疗效评价。

1.6.3 安全性评价 治疗全程进行观察并记录患者发生的所有与治疗有关的不良反应,分析不良反应原因。

1.7 统计学处理 采用 SPSS20.0 统计软件对数据进行分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,治疗前后组内比较使用配对样本 t 检验,组间比较采用独立样本 t 检验;计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 2 组患者治疗前后 VAS 评分结果比较 治疗前,2 组患者 VAS 评分结果比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2 组患者的评分均较治疗前显著降低($P < 0.05$),而观察组与对照组 VAS 评分比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组患者治疗前后 VAS 评分结果比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数(n)	治疗前	治疗后
观察组	34	7.32±0.88	2.18±0.72▲*
对照组	34	7.12±1.07	4.06±0.89▲

注:与治疗前比较,▲ $P < 0.05$;与对照组比较,* $P < 0.05$

2.2 2 组患者治疗前后 JOA 评分结果比较 治疗前,2 组患者 JOA 指数评分结果比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2 组患者的评分均较治疗前明显升高($P < 0.05$),且观察组患者的评分明显高于对照组($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 2 组患者治疗前后 JOA 评分结果比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数(n)	治疗前	治疗后
观察组	34	12.56±2.30	17.76±1.42▲*
对照组	34	12.44±2.03	14.68±1.70▲

注:与治疗前比较,▲ $P < 0.05$;与对照组比较,* $P < 0.05$

2.3 2 组患者的临床疗效结果比较 观察组患者的治愈率为 58.82%,总有效率 91.18%,对照组治愈率为 29.41%,总有效率 70.59%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 2 组患者治疗后临床疗效结果比较[n(%)]

组别	例数(n)	治愈	好转	无效	总有效率
观察组	34	20(58.82)	11(32.35)	3(0.09)	33(91.18)
对照组	34	10(29.41)	14(41.18)	10(29.41)	27(70.59)

3 讨 论

腰椎间盘突出症是骨伤科常见的椎间盘退行性疾病,临床上多表现为腰痛、腰椎活动受限及下肢放射痛等症状^[8]。而急性炎症期患者多表现为剧烈的

腰腿疼痛、明显的下肢放射性疼痛和麻木,行走和转侧困难,步态异常,不能或难以入睡,腰部活动严重受限等临床症状^[9]。中医学将腰椎间盘突出症归属于“腰痛”“痹证”范畴。痹证概因受风寒湿等邪侵袭,经络闭阻,气血运行不畅所致,而腰痛则是由于腰部受损,气血运行失调,或因外伤、风寒湿邪侵袭腰腑,致经络瘀阻、气滞血瘀、不通则痛^[10]。上海石氏伤科在大量临床实践的基础上发现腰椎间盘突出症患者的急性炎症期常表现为风寒湿痹,或兼气滞、血瘀,外用药物以祛风散寒除湿,温经活血止痛为目的。石氏中药熏蒸方中香樟木、伸筋草、透骨草、川桂枝、苏木、北细辛、油松节、威灵仙、羌活、独活、杜红花、艾叶等药物组成具有温经散寒、活血化瘀、舒筋活络和理气止痛的功效。通过熏蒸的形式将药物以蒸汽的方式直接渗透于病变部位,可以起到药力与热力的双重疗效。《伤寒论》记载“阴气怫郁在表,当解之熏之”,通过刺激局部皮肤感受器的药物温热效应,能够很好地激发微血管扩张,改善血液循环,缓解肌肉痉挛,加速无菌性炎症消除,使得瘀消挛舒、筋柔气行,达到“松则不痛”“通则不痛”的目的^[11]。

有研究表明,电针疗法能够通过有节律地刺激局部病变组织,降低其肌张力,改变筋膜、肌肉等软组织的空间结构状态,改善受压的神经根与椎间盘突出部分的位置关系,从而减轻腰腿疼痛和下肢麻木的临床症状^[12]。通过激发中枢神经系统和局部组织释放大量的镇痛神经递质或化学物质,减少或抑制致痛神经递质的释放和含量,实现提高机体痛阈,加速炎性物质吸收,消除疼痛和促进神经功能修复^[13]。本研究采用单穴电针疗法,使用 75 mm 的毫针于 L4~5 椎间旁开 3.33 mm 的腰突穴处进行深刺,通过调节针刺的角度和深度使其尽量直达位于椎间孔外口的脊神经根部,直接刺激相应节段脊神经,可起到降低交感神经的兴奋性,促进周围组织代谢和血液循环,减少致痛神经递质的释放,扩张微血管,加速腰腿部的血液循环,从而减轻疼痛,改善腰腿部活动受限和下肢感觉异常的症状^[14-15]。单穴电针与常规的电针比较,具有定位准、取穴少、易操作的显著特点,临床更容易开展重复性研究。此外,收治的急性期腰突症患者大多是首次发病,给予其合理的健康教育与生活指导内容有利于消除患者和家属的焦虑和恐惧,减轻心理压力和负担。平卧休息、合理使用腰围及适当地进行腰腹肌锻炼都有助于缓解肌肉痉挛,促进血液循环,减轻腰腿部疼痛,改善腰椎活动功能,而不良姿势和日常行为习惯的改变可防止腰腿痛等症状的加重或受压神经的进一步损伤,有利于巩固和提高疗效,减少复发率^[16]。

本研究结果显示,经过 2 周的治疗,石氏中药熏蒸联合单穴电针对腰椎间盘突出症急性期患者的总

体治疗效果明显优于口服塞来昔布胶囊和甲钴胺片治疗,观察组患者的腰部疼痛及腰椎活动功能与对照组比较,均明显改善,差异有统计学意义($P<0.05$),而观察组患者的治疗总有效率为 91.18%,优于对照组(70.59%),2 组患者总有效率比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。但本研究仍存在很多值得改进之处,一是需要收集更多的样本量进行更加深入的研究;二是需要更加深入地进行有关石氏中药熏蒸和单穴电针疗效的机制研究,使石氏中药熏蒸和单穴电针在临床得到更加广泛的应用。

参考文献

[1] 陈孝平,汪建平. 外科学[M]. 8 版. 北京:人民卫生出版社,2013:753-754.

[2] 沈知彼,郭凯,王辉昊,等. 分期治疗腰椎间盘突出症 57 例[J]. 河南中医,2015,35(6):1345-1348.

[3] 胡有谷. 腰椎间盘突出症[M]. 4 版. 北京:人民卫生出版社,2011:370-372.

[4] 丁荣富,黄仕荣. 单穴电针治疗腰椎间盘突出症镇痛疗效动态观察[J]. 黑龙江医药,2014,27(1):1159-1161.

[5] Clinical Outcomes Committee of the Japanese Orthopaedic Association, Subcommittee on Evaluation of Back Pain and Cervical Myelopathy, Subcommittee on Low Back Pain and Cervical Myelopathy Evaluation of the Clinical Outcome Committe of the Japanese Orthopaedic Association, et al. JOA back pain evaluation questionnaire: initial report[J]. J Orthop Sci, 2007, 12(5):443-450.

[6] 卓大宏. 中国康复医学[M]. 2 版. 北京:华夏出版社,

2003:713-721.

[7] 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.

[8] 宦玮,叶敏. 温阳通络针灸法结合中药热敷治疗腰椎间盘突出症临床观察[J]. 新中医,2015,47(2):209-210.

[9] 严振,孔令军,李建华,等. 脊柱微调手法治疗腰椎间盘突出症急性期临床观察[J]. 上海中医药杂志,2014,48(4):71-72.

[10] 王会刚,武善亮,牟琳,等. 针灸推拿加中药熏蒸治疗腰椎间盘突出症临床疗效[J]. 世界中西医结合杂志,2014,9(5):511-513.

[11] 孙文山,张建,侯全运. 温经通络法治疗急性腰椎间盘突出症疗效观察[J]. 中国中医急症,2015,24(5):914-916.

[12] 翟楠楠,戴琪萍,孙亚楠,等. 电针夹脊穴结合 Tergumed 系统训练治疗腰椎间盘突出症临床观察[J]. 上海中医药大学学报,2016,30(1):36-39.

[13] 王振国,李和. 电针深刺夹脊穴治疗腰椎间盘突出症 163 例疗效观察及对血浆 β -内啡肽的影响[J]. 颈腰痛杂志,2015,36(1):49-51.

[14] 洪海平,卫晓恩,陈勇,等. 电针腰突穴治疗腰椎间盘突出症[J]. 中国中医骨伤科杂志,2014,22(3):39-40.

[15] 谢鸿康,傅云其. 长针深刺配合电针治疗腰椎间盘突出症下肢疼痛疗效观察[J]. 上海针灸杂志,2016,35(3):314-316.

[16] 王光凤. 中西医结合分期护理社区腰椎间盘突出症患者的效果[J/CD]. 中西医结合心血管病电子杂志,2015,3(12):187-188.

(收稿日期:2017-07-14

修回日期:2017-09-18)

(上接第 446 页)

参考文献

[1] OSRANEK M. Left atrial volume predicts the risk of atrial fibrillation after cardiac surgery: a prospective study [J]. J Am Coll Cardiol, 2006, 48(4): 779-786.

[2] MOLLET N R. High-resolution spiral computed tomography coronary angiography in patients referred for diagnostic conventional coronary angiography[J]. Circulation, 2005, 112(15): 2318-2323.

[3] MAHABADI A A. Quantitative assessment of left atrial volume by electrocardiographic-gated contrast-enhanced multidetector computed tomography [J]. J Cardiovasc Comput Tomogr, 2009, 3(2): 80-87.

[4] 井静. 46~80 岁男性左心房内径参考值与地理环境的因子分析[J]. 中国老年学杂志, 2011, 20(10): 1721-1725.

[5] LEUNG D Y L. Echocardiographic evaluation of left atrial size and function; current understanding, pathophysiologic correlates, and prognostic implications[J]. Am Heart J, 2008, 156(6): 1056-1064.

[6] ABHAYARATNA W P. Left atrial size: physiologic determinants and clinical applications[J]. J Am Coll Cardiol, 2006, 47

(12): 2357-2363.

[7] TSANG T S. Prediction of cardiovascular outcomes with left atrial size: is volume superior to area or diameter? [J]. J Am Coll Cardiol, 2006, 47(5): 1018-1023.

[8] TOPS L F. Multi-modality imaging to assess left atrial size, anatomy and function[J]. Heart, 2007, 93(11): 1461-1470.

[9] TRUONG QA. Left atrial volume and index by multi-detector computed tomography: comprehensive analysis from predictors of enlargement to predictive value for acute coronary syndrome(ROMICAT study)[J]. Int J Cardiol, 2011, 146(2): 171-176.

[10] AVELAR E. Comparison of the accuracy of multidetector computed tomography versus two-dimensional echocardiography to measure left atrial volume[J]. Am J Cardiol, 2010, 106(1): 104-109.

[11] CAO H. A functional polymorphism C-509T in TGFbeta-1 promoter contributes to susceptibility and prognosis of lone atrial fibrillation in Chinese population [J]. PLoS One, 2014, 9(11): e112912.

(收稿日期:2017-07-20

修回日期:2017-09-24)