

子午流注针刺法联合热奄包治疗寒湿型 腰椎间盘突出症临床观察

刘翠翠

摘要:目的 探究子午流注针刺法联合中药热奄包治疗寒湿型腰椎间盘突出症的疗效。方法 选取 60 例寒湿型腰椎间盘突出症患者为研究对象,采用随机数字表法分为 2 组,各 30 例。观察组据子午流注理论在酉时、戌时予特定穴位针刺法,酉时外敷中药热奄包治疗,对照组在其他时间行普通针刺及热奄包治疗,观察 2 组临床疗效、VAS 评分、JOA 评分、ODI 指数。结果 观察组治疗有效率高于对照组($P < 0.05$),且观察组 VAS 评分、ODI 指数低于对照组,JOA 评分高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 子午流注针刺法联合中药热奄包治疗寒湿型腰椎间盘突出症,可明显缓解患者腰痛症状,降低活动受限程度,提高生活质量,值得在日后临床工作中进一步推广。

关键词:腰痛;腰椎间盘突出症;子午流注理论;针刺疗法;中药热奄包

doi: 10.3969/j.issn.1003-8914.2024.07.036

文章编号: 1003-8914(2024)-07-1374-03

腰椎间盘突出症为基层地区常见和多发疾病,可引起患者腰背疼痛、下肢放射痛甚至间歇性跛行、下肢行走障碍^[1]。该病虽多发于中老年人,但随着人们工作方式改变,生活节奏加快,其发病率、复发率逐年提高,且日趋低龄化^[2]。除了病重者选择手术治疗,目前西医治疗腰椎间盘突出症主要以药物等保守治疗为主,遵循消炎、镇痛、解痉、脱水、营养神经等五大治疗原则^[3],但往往效果不佳,且容易复发。腰椎间盘突出症属中医“腰痛”范畴,分寒湿型、湿热型、瘀血型 and 肾虚型 4 个证型^[4],而本研究属地毗邻沿海地带,为北方温带季风气候,易生寒湿之邪,故本地区以寒湿型腰

痛多见。本研究针对寒湿型腰椎间盘突出症,进行子午流注针刺法联合中药热奄包治疗,获益理想,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2022 年 1 月 1 日—2022 年 12 月 31 日郯城县第一人民医院康复科病房收治的 60 例寒湿型腰椎间盘突出症患者为研究对象,采用随机数字表法分为观察组和对照组,各 30 例。2 组患者性别、年龄、病程及 VAS 评分、JOA 评分、ODI 指数等一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者一般资料比较

(例, % $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	男	女	平均年龄/岁	平均病程/年	VAS 评分/分	JOA 评分/分	ODI 指数
观察组	30	13	17	51.46 ± 11.27	6.28 ± 2.27	8.22 ± 1.48	13.22 ± 1.82	32.23 ± 2.12
对照组	30	14	16	52.04 ± 12.26	6.04 ± 2.02	8.16 ± 1.38	13.31 ± 1.68	32.11 ± 2.44
χ^2 值/ t 值		0.670		-0.880	0.410	0.201	-0.111	1.010
P 值		0.795		0.931	0.686	0.843	0.913	0.920

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 符合《外科学》^[5]中关于腰椎间盘突出症的诊断标准:①有腰痛、坐骨神经痛或马尾综合征等症状;②腰部活动受限,腰椎不同程度侧凸,坐骨神经沿路或棘突旁压痛;③直腿抬高试验或加强试验阳性;④X 线平片上相应的节段有椎间盘退行性改变,结合 CT 或 MRI 检查可进一步明确椎间盘突出部位与程度。

1.2.2 中医诊断标准 符合《中医内科学》^[6]关于寒

湿型腰痛的诊断标准:腰部冷痛重着,转侧不利,寒冷或阴雨天加重,舌质淡,苔白腻,脉沉而迟缓。

1.3 纳入标准 ①符合上述诊断标准;②中医辨证属寒湿型;③年龄 18 ~ 70 周岁;④治疗前 VAS 评分 > 6 分;⑤无腰椎其他疾病及手术史;⑥所有患者遵守自愿原则,签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①合并严重心脑血管、肝肾及其他严重器质性疾病;②妊娠期及哺乳期妇女;③存在认知障碍、精神障碍;④过敏体质;⑤有手术指征;⑥腰背部、下肢皮肤有破溃。

1.5 治疗方法

1.5.1 设备与药物 ①一次性 2 寸毫针;②热奄包:

作者单位:郯城县第一人民医院康复医学科(山东 郯城 276100)

通信方式: E-mail: 15163970359@163.com

中药方剂甘姜苓术汤加减:干姜 30 g,白术 30 g,茯苓 30 g,甘草 20 g,吴茱萸 30 g,桂枝 30 g,薏苡仁 40 g,当归 40 g,艾叶 30 g,熟地黄 30 g,独活 30 g,狗脊 30 g,伸筋草 30 g。将上述中药材置于打粉机内研磨成小颗粒状(如粗盐粒大小),并装进自制 20 cm × 35 cm 布袋内,将末端封口系紧,避免发生外漏。

1.5.2 治疗过程 对照组在常规护理、西医药物及康复理疗等基础上,除酉时(17:00—19:00)、戌时(19:00—21:00)之外的其他任意时间,给予普通针刺法,可选穴如中脘、神阙、命门、夹脊、环跳、委中、承山及阿是穴等,皮肤消毒后进针,得气后旋转提插 1 min,留针 30 min,每日 1 次,10 d 为 1 个疗程,每个疗程之间间歇 2 d,共 2 个疗程。在任意时间(除酉时和戌时)里给予疼痛部位热奄包外敷局部治疗:首次可直接将热奄包置于微波炉内用中高火加热 2~3 min,使其达到 60~70 ℃ 时取出,之后每次加热前需用喷雾瓶将热奄包外部薄喷清水,以保持其湿润状态。外敷时注意包裹一次性透气治疗巾,以外敷局部皮肤微红不烫伤为宜,每次外敷约 20 min,每日 1 次,10 d 为 1 个疗程,每个疗程之间间歇 2 d,共 2 个疗程。

观察组常规治疗等同于对照组,给予子午流注针刺法联合热奄包治疗,具体如下:①根据子午流注理论,在酉时选太溪、三阴交、阴谷、大钟;采用表里经法在酉时选取命门、肾俞、至阴;采用补母泻子法在戌时选复溜、然谷、行间。皮肤消毒后进针,得气后旋转提插 1 min,留针 30 min,每日 1 次,疗程同对照组。②在酉时于疼痛部位给予热奄包外敷局部,治疗用药、方法及疗程同对照组。

1.5.3 观察指标 ①疼痛视觉模拟量表(VAS)评分:用视觉模拟的方法评判疼痛的严重程度。评分标准是使用尺子分为 10 等份,0 是不疼,1~3 是轻度疼痛,4~6 是中度疼痛,7~10 是重度疼痛。②腰椎 JOA 评分:采用日本骨科协会评估量表进行评定,从主观症状、临床体征、日常活动受限度及膀胱功能 4 个方面进行量分^[7]。总评分最高为 29 分,最低 0 分。分数越低表明功能障碍越明显。③ Oswestry 功能障碍指数(ODI):该量表以腰腿疼痛程度、坐站立时间、行走距离、影响睡眠、社会活动等 10 个问题,根据程度轻重赋 0~5 分,满分 50 分,得分越高说明腰椎功能障碍程度越重^[8]。

1.5.4 疗效判定标准 根据《中医病证诊断疗效标准》^[9]判定,经治疗后,显效:轻微腰痛,工作生活基本恢复正常;有效:活动受限及临床症状有所改善;无效:腰痛症状无减轻甚至加重,活动受限未改善。总有效率 = 显效率 + 有效率。

1.5.5 统计学方法 本次研究采用 SPSS 27.0 软件进行数据处理。符合正态分布的计量资料用均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,进行 *t* 检验;计数资料则以率(%)表示,进行卡方检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者临床疗效比较 治疗后,观察组临床疗效优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组患者临床疗效比较 (例,%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
观察组	30	13(43.33)	15(50.00)	2(6.67)	28(93.33)
对照组	30	8(26.67)	14(46.67)	8(26.67)	22(73.33)
<i>t</i> 值					4.320
<i>P</i> 值					0.038

2.2 2 组患者 VAS 评分比较 治疗后 2 组患者 VAS 评分均较治疗前降低,且观察组评分数值低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 2 组患者 VAS 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	30	8.22 ± 1.48	2.27 ± 1.26
对照组	30	8.16 ± 1.38	4.82 ± 1.32
<i>t</i> 值		0.201	-10.621
<i>P</i> 值		0.843	0.001

2.3 2 组患者 JOA 评分比较 治疗后 2 组 JOA 评分均较治疗前提高,且观察组评分数值高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 2 组患者 JOA 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	30	13.22 ± 1.82	24.14 ± 2.02
对照组	30	13.31 ± 1.68	20.12 ± 1.96
<i>t</i> 值		-0.111	3.438
<i>P</i> 值		0.913	0.003

2.4 2 组患者 ODI 指数比较 治疗后 2 组患者 ODI 指数均较治疗前有所降低,且观察组指数得分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 5。

表 5 2 组患者 ODI 指数比较 (例, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	30	32.23 ± 2.12	12.09 ± 2.62
对照组	30	32.11 ± 2.44	17.13 ± 2.48
<i>t</i> 值		1.010	-4.324
<i>P</i> 值		0.920	0.001

3 讨论

腰椎间盘突出症是腰椎间盘发生退行性变后在外力作用下纤维环后凸、破裂,髓核突出,刺激或压迫脊髓、神经根及马尾神经而引起腰背部疼痛、坐骨神经痛等相关症状和体征的疾病^[10]。中年体力劳动者为高发人群,临床以 L4-L5、L5-S1 节段突出最为常见^[11]。该病程漫长,容易反复,随气候湿度、劳动强度等因素变化而轻重不定,迁延不愈,严重影响患者日常生活^[12]。

腰椎间盘突出症属中医“腰痛、痹证”范畴,现多以“腰痛”论治。在腰痛病分型中,以血瘀腰痛及寒湿腰痛最为常见^[13]。《素问·痹论》云“风寒湿邪三气杂至,合而为痹也”。《素问·五常政大论》曰“太阴司天,湿气下临,肾气上从……当其时反腰痛,动转不便”。经典中已有明确寒湿之邪所致腰痛的相关记载。而中国地域辽阔,气候类型多样,以亚热带、温带季风气候和温带大陆性气候为主,亚热带、温带季风气候地区多阴雨,湿气笼罩,而温带大陆性气候虽四季分明,但寒湿之邪重,故研究寒湿型腰痛的中医诊疗方案有着广泛且实用的临床价值。

《金匱要略》提出“肾着”这一病名,描述了寒湿腰痛的病因病机及其症状特点,治以甘姜苓术汤。寒湿邪阻经脉,腰府失养。寒为阴邪,其性收引,郁遏卫阳,凝滞营阴,以致腰府气血不通;湿邪侵袭,其性黏滞,留着筋骨肌肉,闭阻气血,阳气不运,以致肌肉筋脉拘急而痛。故寒湿型腰痛治宜散寒祛湿、温经通络。中药热奄包又称中药热敷法,即《黄帝内经》中所述“熨”法。中药热奄包外敷以其温热之力开皮肤腠理,中药成分内透血脉之中,颇有现代靶向治疗之效。本研究中,取甘姜苓术汤方为底,配伍活血、温经、补肾等中药,既能针对寒湿之邪起到散寒祛湿之功效,同时还可补肾纳精,达到标本兼顾之目的。以上述中药方剂制作热奄包,又可借其开腠理、内透药之优势,进一步增强散寒除湿的治疗效果,且作为中医无创性外治法,安全性高,不良反应发生率极小,容易被患者接受。

子午流注针刺法以中医“人与天地相应”“天人合一”思想为指导,根据十二地支时间的推移配合十二经脉的气血运行顺序进行取穴施针。当气血流注到经脉所联络脏腑的主令时辰时最为旺盛^[14],而后经脉内气血开始衰退,因此,十二经脉气血会随时间变化出现相应时辰的兴衰,故可在经脉气血兴衰的时辰进行中医诊疗常可获益倍增。《素问·脉要精微论》云“腰者,肾之府也,转摇不能,肾将惫矣”。腰者,肾中精气养之,肾精充足,则腰脊有力,肾精不足,就会腰脊不举,出现腰部冷痛、酸软无力等症状,故腰痛与肾脏密切相关。寒湿型腰痛归属肾经病症,而十二经气血在

酉时流注于肾经,在戌时重新回于心包经,周而复始,循环往复。在气血流注肾经时,即在酉时取太溪、三阴交、阴谷、大钟;采用表里经法在膀胱经气血衰退时,即酉时选取命门、肾俞、至阴;采用补母泻子法在肾经气血衰退时,即戌时选复溜、然谷、行间。本研究中,子午流注针刺法虽选穴数量不多,但每穴对应不同时辰气血流注情况,可获事半功倍之疗效。

综上所述,治疗后,观察组患者 VAS 评分、ODI 指数较前明显下降,而 JOA 评分显著提高,均说明治疗有效。子午流注针刺法联合中药热奄包治疗寒湿型腰椎间盘突出症,可明显缓解患者腰痛症状,降低活动受限程度,提高生活质量,值得在日后临床工作中进一步推广。但因本次研究纳入样本数量有限,且因条件限制未能进一步追踪复诊,故需在日后工作中进一步探索该种诊疗方法的作用机制,完善复诊资料,全面评估及发挥子午流注针刺法联合中药热奄包治疗寒湿型腰椎间盘突出症的临床诊疗价值。

参考文献

- [1] 杨杰科,王嘉伟,周科望,等. 独活寄生汤结合推拿对腰椎间盘突出疗效及 TXB₂、TNF-α、IL-1β 变化研究[J]. 中华中医药学刊 2020, 38(2): 44-46.
- [2] BENZAKOUR T, IGOUMENOU V, MAVROGENIS AF, et al. Current concepts for lumbar disc herniation[J]. Int Orthop 2019, 43(4): 841-851.
- [3] 任彤,丁建强,朱军,等. 塞来昔布治疗腰椎间盘突出症疗效观察[J]. 实用药物与临床 2013, 16(9): 863-865.
- [4] 王天祥. 推拿手法治疗腰椎间盘突出症 80 例临床观察[J]. 中国冶金工业医学杂志 2019, 36(1): 80-81.
- [5] 陈孝平,汪建平,赵继宗,等. 外科学[M]. 北京:人民卫生出版社 2018: 731-736.
- [6] 张伯礼,吴勉华. 中医内科学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2017: 568-574.
- [7] 李立国,吴杰,黄志雄. 温针灸联合腰椎牵引对寒湿痹阻型腰椎间盘突出症患者腰椎功能的影响[J]. 解放军预防医学杂志, 2019, 37(9): 118-119; 122.
- [8] 高俊虎,王博仑,刘巍,等. 基于“腰背委中求”理论浅谈对委中穴治疗腰痛病的认识[J]. 针灸临床杂志 2020, 36(8): 91-94.
- [9] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准: ZY/T001.1 ~ 001.9-94[S]. 南京:南京大学出版社,1994: 78.
- [10] 莫伟,许金海,叶洁,等. 腰椎间盘突出症中医治疗方法的研究进展[J]. 中国中医急症 2016, 25(3): 474-476.
- [11] 朱笑举. 身痛逐瘀汤结合刃针治疗急性瘀血阻滞型腰椎间盘突出症 33 例[J]. 中医外治杂志 2021, 30(2): 45-47.
- [12] 姚子升,陈健,刘晶,等. 基于子午流注理论指导下的中药择时熏蒸治疗寒湿痹阻型腰椎间盘突出症的疗效观察[J]. 中医外治杂志 2022, 31(2): 14-16.
- [13] 黄兰珍,葛亚男,钟炜,等. 择时子午流注联合四子散火疗对寒湿型腰椎间盘突出症患者的影响[J]. 光明中医 2022, 37(11): 1970-1972.
- [14] 邓艳华,马晓飞. 择时子午流注联合杵棒点穴督脉灸治疗腰椎间盘突出症气滞血瘀型临床观察[J]. 实用中医药杂志 2021, 37(5): 867-868.