

针灸联合血府逐瘀汤治疗腰椎间盘突出症的临床疗效

袁振江 吴洁

(广东省第二中医院, 广东 广州 510000)

[摘要] 目的: 研究腰椎间盘突出症应用针灸联合血府逐瘀汤加减治疗的临床效果。方法: 选取广东省第二中医院2021年8月至2022年12月期间收治的84例腰椎间盘突出症患者, 采用随机数字表形式划分, 其中42例实施单一针灸治疗为对照组, 42例实施针灸联合血府逐瘀汤加减治疗为观察组。评估指标包括: 中医证候、疼痛评分、腰椎功能评分、肌电图指标、临床治疗效果、治疗半年后复发率。结果: 治疗后观察组患者视觉模拟评分法(VAS)、中医证候评分均低于对照组; 治疗后观察组患者Lehmann评分高低于对照组, Oswestry功能障碍指数问卷表(ODI)评分低于对照组; 治疗后观察组患者左右侧的肌电值(IEMG)、平均功率频率(MPF)均高于对照组; 观察组患者治疗总有效率为97.62%, 较对照组的83.33%高; 观察组患者复发率为2.38%(1/42), 低于对照组的16.67%(7/42), 上述差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 针灸联合血府逐瘀汤加减的疗效更高, 其症状、疼痛以及肌电图指标等均得到有效改善, 可以改善腰椎功能, 降低疾病复发率。

[关键词] 腰椎间盘突出症; 针灸; 血府逐瘀汤

[中图分类号] R 681.5⁺3 **[文献标识码]** B

腰椎间盘突出症发病率较高, 是临床常见疾病, 主要是指腰椎间盘发生退行性病变后, 导致髓核向外膨出, 纤维环破裂, 压迫神经根或脊髓, 疾病发作后常见的临床表现为下肢感觉异常、下肢放射痛、腰痛, 对患者健康及生活等均产生不同程度的消极影响^[1]。中医认为, 腰椎间盘突出症属“痹症”“腰腿痛”范畴, 疾病发作与肾虚有关, 治疗应坚持以祛湿化痰, 濡养经脉、调节肾阳等为主要治疗原则^[2]。有研究显示, 针灸的实施疗效显著, 可以帮助患者改善腰椎功能, 可加速血液流动^[3]。血府逐瘀汤加减治疗的实施可以改善局部微循环, 具有抗粘连、消炎、镇痛的效果。本研究主要是以2021年8月至2022年12月, 共计84例腰椎间盘突出症患者为例, 对单一针灸治疗及联合血府逐瘀汤加减治疗的效果进行分析, 旨在为后续疾病治疗工作提供科学指导, 现具体分析如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取广东省第二中医院2021年8月至2022年12月期间收治的84例腰椎间盘突出症患者, 采用随机数字表形式划分为对照组与观察组, 各42例。对照组男性22例, 女性20例; 病程1~6年, 平均病程(3.55±0.33)年; 椎间盘突出位置: L5/S1突出15例、L4/L5突出27例; 30~70岁, 平均年龄(50.17±1.25)岁。观察组病程

10个月~6年, 平均病程(3.49±0.30)年; 年龄32~69岁, 平均年龄(50.09±1.27)岁; 男性24例, 女性18例; 椎间盘突出位置: L5/S1突出18例、L4/L5突出24例。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 病例选择

1.2.1 纳入标准 (1) 确诊为腰椎间盘突出症, 突出症程度为轻度^[4]; (2) 对本研究知情同意; (3) 无不宜治疗的并发症; (4) 患者及家属配合度较高; (5) 病史资料齐全; (6) 对本研究知情同意。

1.2.2 排除标准 (1) 严重肝、肾功能不全; (2) 重要器官严重原发性疾病; (3) 正在参加其他临床试验; (4) 资料不完整; (5) 存在中药或针刺治疗禁忌证者; (6) 腰椎结核或畸形; (7) 遵医行为差; (8) 恶性肿瘤; (9) 妊娠哺乳期; (10) 免疫疾病; (11) 脊椎滑脱; (12) 严重心脑血管病。

1.3 方法

1.3.1 对照组 单一针灸治疗。取毫针(规格为0.30 mm×75 mm), 做好常规消毒工作, 针刺双侧腰夹脊穴位, 刺入60 mm, 若患者感觉限制麻木, 穴位酸胀, 停针, 30 min后退针, 每日1次。治疗4周。

1.3.2 观察组 针灸(治疗措施同上)联合血府逐瘀汤加减治疗。组方: 生地黄9 g, 桃仁12 g, 当归9 g,

[收稿日期] 2023-09-06

[作者简介] 袁振江, 男, 住院医师, 主要研究方向是针灸学。

柴胡 3 g, 桔梗 4.5 g, 川芎 4.5 g, 赤芍 6 g, 牛膝 9 g, 枳壳 6 g, 红花 9 g, 甘草 6 g。临床加减: 气机郁滞者加香附 9 g、青皮 3 g、川楝子 3 g; 瘀痛入络者加地龙 6 g、三棱 6 g、全蝎 3 g、穿山甲 3 g、莪术 3 g; 肋下有痞块属血瘀者加土鳖虫 9 g、水蛭 9 g、丹参 6 g、郁金 3 g; 痛经、血瘀经闭者加益母草 12 g、泽兰 9 g、香附 9 g, 去桔梗。每日 1 剂, 水煎煮取药汁 300 mL, 分早晚服用。治疗 4 周。

1.4 观察指标

分析两组患者治疗前后中医证候、疼痛评分情况。

(1) 中医证候积分^[5]: 包括俯仰旋转受限、日轻夜重、腰腿痛、腰部板硬等, 实施 0~3 分评分标准, 评分最高为 12 分, 分数与症状表现存在正向相关关系。

(2) 疼痛情况: 采用视觉模拟评分法 (visual analogue scale, VAS)^[6] 评价, 分值 0~10 分, 分数越高表示患者疼痛状况越严重; (3) 腰椎功能: 采用 Lehmann 量表^[7] 评价, 实施百分制评分, 正向计分; (4) 功能障碍: 采用 Oswestry 功能障碍指数问卷表 (Oswestry disability index, ODI)^[8] 评价, 分值 0~50 分, 分数越高表示功能障碍越严重; (5) 心电图指标: 采用表面肌电图仪检测左侧、右侧积分肌电值 (integrated electromyography, IEMG)、平均功率频率 (mean power frequency, MPF);

(6) 疗效判断^[9]: ①若腰椎功能评分提高 70% 以上, 障碍评分下降 70% 以上为显效; ②腰椎功能评分提高 40%~70%, 障碍评分下降 40%~70% 为有效; ③腰椎功能评分提高及障碍评分下降不足 40%, 提示为无效; 总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100%。(7) 计算两组患者治疗半年后复发率: 腰腿疼痛明显提示为复发。

(8) 复发率: 腰腿疼痛明显提示为复发。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 25.0 软件进行数据处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 *t* 检验, 计数资料用百分比表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后疼痛情况及中医证候评分比较

治疗后两组患者 VAS、中医证候评分均有不同程度下降, 且治疗后观察组患者 VAS、中医证候评分均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者治疗前后疼痛情况及中医证候评分比较 ($n = 42, \bar{x} \pm s, \text{分}$)

Table with 4 columns: 组别, 时间, VAS 评分, 中医证候积分. Rows include 对照组 and 观察组 at 治疗前 and 治疗后.

注: VAS — 视觉模拟评分法。与同组治疗前比较, *P < 0.05; 与对照组治疗后比较, ^bP < 0.05。

2.2 两组患者治疗前后腰椎功能比较

治疗后两组患者 Lehmann 评分均有不同程度提高, ODI 评分均有不同程度下降, 且治疗后观察组患者 Lehmann 评分高于对照组, ODI 评分低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组患者治疗前后腰椎功能比较 ($n = 42, \bar{x} \pm s, \text{分}$)

Table with 4 columns: 组别, 时间, ODI 评分, Lehmann 评分. Rows include 对照组 and 观察组 at 治疗前 and 治疗后.

注: ODI — Oswestry 功能障碍指数问卷表。与同组治疗前比较, *P < 0.05; 与对照组治疗后比较, ^dP < 0.05。

2.3 两组患者治疗前后心电图指标比较

治疗后两组患者左右侧的 IEMG、MPF 均有不同程度提高, 且治疗后观察组患者左右侧的 IEMG、MPF 均高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组患者治疗前后心电图指标比较 ($n = 42, \bar{x} \pm s$)

Table with 6 columns: 组别, 时间, 右侧 IEMG/μV·s, 左侧 IEMG/μV·s, 右侧 MPF/Hz, 左侧 MPF/Hz. Rows include 对照组 and 观察组 at 治疗前 and 治疗后.

注: IEMG — 肌电值; MPF — 平均功率频率。与同组治疗前比较, *P < 0.05; 与对照组治疗后比较, ^fP < 0.05。

2.4 两组患者治疗总有效率比较

观察组患者治疗总有效率为 97.62%, 较对照组的 83.33% 高, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 4。

2.5 两组患者复发率比较

观察组患者复发率为 2.38% (1/42), 低于对照组的 16.67% (7/42), 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 4 两组患者治疗总有效率比较 [$n = 42, n(\%)$]

Table with 5 columns: 组别, 显效, 有效, 无效, 总有效. Rows include 对照组 and 观察组.

注: 与对照组比较, *P < 0.05。

3 讨论

腰椎间盘突出症是由于外部或内部因素造成椎间盘纤维环破坏,髓核挤压,导致硬脑膜囊间隙变窄,刺激或压迫脊神经根,导致下背部疼痛或下肢放射痛、麻木。研究发现腰椎间盘突出症的发生可能与髓核及内部纤维环中I型胶原增加、金属蛋白酶水平升高、细胞凋亡、髓核含水量降低有关。现代医学治疗腰椎间盘突出症的方法主要包括药物治疗和康复训练,但疗效并不理想^[10-11]。

腰椎间盘突出症发病率较高,近年来临床多数是以非手术治疗为主,包括中药、针灸等^[12]。血府逐瘀汤的实施对改善气机郁滞、瘀血内阻所致病证具有积极意义,出自《医林改错》,在腰椎间盘突出症治疗中发挥了显著优势。其药物配方中,红花活血、祛瘀、止痛;桃仁破血、润燥。以上两种药物联合应用可以实现整体调控的效果。牛膝祛瘀、止痛、活血、通经、引血下行;川芎、赤芍的功效是活血、祛瘀;当归、生地黄清热、活血、养血、益阴;柴胡升达清阳、疏肝解郁、理气行滞;枳壳宽胸、行气;桔梗行气,载药上行;甘草调和诸药。针灸可以行气止痛、补气益血、镇静止痛、舒筋活血、调和肝肾,减少腰椎间盘突出症患者炎症反应,疗效显著。

本研究结果显示,观察组患者治疗总有效率高于对照组,疾病复发率低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。由此分析可以看出,针灸联合血府逐瘀汤加减的实施可以发挥两种治疗措施的协同治疗效果,能够有效提高疗效,降低复发率,对疾病治疗及预后均具积极意义。腰椎间盘突出症患者多存在肌电图异常,因此,对于该疾病可以将肌电图作为疾病评估的重要指标之一。本研究结果显示,治疗后观察组患者可有效改善肌电图指标状况,左侧及右侧MPF、IEMG高于治疗前,且优于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。由此分析可以看出,联合治疗的实施可以帮助患者有效改善病情状况,对疾病控制具有积极意义。腰椎间盘突出症患者通常伴有腰椎功能异常和活动受限。针灸联合血府逐瘀汤可以帮助患者有效改善病情状况,对腰椎功能和功能障碍的改善具有积极意义,进而提升生活质量,改善预后结局。本研究结果显示,治疗后观察组患者的Lehmann评分较对照组高,ODI评分较对照组低,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。由此分析可以看出联合治疗的实施可以缓解关节功能障碍,对提升腰椎功能有积极意义,进而对降低疾病复发率有积极意义。与常规单一治疗方法相比,患者预后改善较多,效果较好。由此可见,针灸联合血府逐瘀汤的临床疗效优于单用针灸。现代药理学研究也证实,血府逐瘀汤能降低血管通透性,扩张血管,缓解腰痛,改善代谢和血流动力学,增强机体免疫力和抵抗力,缓解神经炎症反应,改善临床症状,预后价值显著。与韩妮妮等^[13]的相关研究一致性高。

综上所述,血府逐瘀汤加减联合针灸治疗的实施效果显著,治疗及预后效果均优于单一针灸治疗效果。除此之外,联合治疗的实施可以最大限度的发挥中医治疗疾病的优势,对患者症状改善、疼痛抑制以及疾病复发的预防等均具有积极意义,可以加快疾病恢复进程。但本研究存在一定局限性,样本数据选取时间短,样本量少。因此,在后续研究中需继续扩大样本量,并延长样本选取时间,进而更好地为后续治疗工作提供科学依据。

[参考文献]

- [1] 王明华. 针灸联合身痛逐瘀汤治疗腰椎间盘突出症的效果及对患者生活质量的影响[J]. 中国医学创新, 2021, 18(29): 99-103.
- [2] 程益兰, 冯雪. 身痛逐瘀汤联合针灸治疗腰椎间盘突出症临床疗效及对相关指标的影响观察[J]. 智慧健康, 2021, 7(6): 156-158.
- [3] 郭义, 林俊, 糜检. 血府逐瘀汤联合西药治疗椎间孔镜术后血肿压迫性下肢疼痛疗效观察[J]. 新中医, 2018, 50(8): 112-114.
- [4] 世界中医药学会联合会骨质疏松专业委员会, 上海中医药大学附属龙华医院, 中日友好医院, 等. 腰椎间盘突出症中西医结合诊疗专家共识[J]. 世界中医药, 2023, 18(7): 945-952.
- [5] 李琦, 杨蓉蓉, 盛文博, 等. 五子方热熨联合血府逐瘀汤口服治疗腰椎间盘突出症气滞血瘀证临床研究[J]. 河北中医, 2023, 45(7): 1102-1105, 1110.
- [6] 胡文海, 叶欣, 汤国敏. 血府逐瘀汤联合针刺腰阳关出现经络传导治疗腰椎间盘突出症的临床观察[J]. 中国民间疗法, 2022, 30(17): 77-80.
- [7] 李慧娟, 袁娟. 基于CiteSpace近10年针灸治疗腰椎间盘突出症研究进展及趋势分析[J]. 山西中医药大学学报, 2023, 24(5): 490-496.
- [8] 曾钊, 周春芳. 身痛逐瘀汤联合温针灸治疗腰椎间盘突出症的效果及对血清 β -内啡肽的影响[J]. 内蒙古中医药, 2020, 39(12): 118-119.
- [9] 朱立国, 孙凯, 魏戌, 等. 《医林改错》中活血逐瘀类方剂治疗腰椎间盘突出症的研究探析[J]. 中华中医药学刊, 2020, 38(7): 19-22.
- [10] 姜晓丽, 赵宏伟, 张敬宾, 等. 血府逐瘀汤治疗腰椎间盘突出吸加胶原酶溶核术后腰痛50例[J]. 饮食保健, 2019, 6(40): 65.
- [11] 周伟, 周华龙. 金陵医派: 金陵中医推拿术治疗腰椎间盘突出症验方[J]. 中国民间疗法, 2022, 30(20): 114-118.
- [12] 邓效禹, 邓治英. 加味身痛逐瘀汤联合牵引、针灸治疗腰椎间盘突出症效果及对血液流变学、疼痛指数和血清炎症因子水平的影响[J]. 四川中医, 2018, 36(6): 148-151.
- [13] 韩妮妮, 卫凌. 血府逐瘀汤加减联合针灸治疗腰椎间盘突出症脊柱内镜术后残余症状的临床效果[J]. 临床医学研究与实践, 2019, 4(34): 151-152.