

引用:马志伟,王佩瑶,张伟.强肾通督针法联合腰腹肌运动疗法治疗腰椎间盘突出症 43 例[J].湖南中医杂志,2023,39(6):79-81,110.

强肾通督针法联合腰腹肌运动疗法 治疗腰椎间盘突出症 43 例

马志伟,王佩瑶,张 伟

(信阳市第四人民医院,河南 信阳,464100)

[摘要] 目的:探究强肾通督针法联合腰腹肌运动疗法治疗腰椎间盘突出症(HLID)的临床疗效。方法:将 85 例 HLID 患者随机分为治疗组(43 例)与对照组(42 例)。治疗组采用强肾通督针法联合腰腹肌运动疗法治疗,对照组采用腰腹肌运动疗法治疗,均治疗 20 d。观察 2 组的综合疗效,中医证候积分(下肢窜痛、腰痛、肢体沉重、腰椎活动受限),下肢步态(步幅、步频、步速),日本骨科协会评估治疗分数(JOA)评分,Oswestry 功能障碍指数(ODI)评分,实验室指标[血清 β -内啡肽(β -EP)、一氧化氮(NO)、C 反应蛋白(CRP)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)]水平。结果:总有效率治疗组为 97.67%(42/43),对照组为 80.95%(34/42),2 组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。2 组各项中医证候积分、下肢步态、JOA 评分、ODI 评分及血清 β -EP、NO、CRP、TNF- α 水平治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论:强肾通督针法联合腰腹肌运动疗法治疗 HLID,可有效改善腰椎功能及下肢步态,减轻机体炎性反应,减少疼痛介质分泌,改善症状。

[关键词] 腰椎间盘突出症;中医药疗法;强肾通督针法;腰腹肌运动疗法

[中图分类号] R274.915⁺.3,R246.9 **[文献标识码]** A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2023.06.018

腰椎间盘突出症(hernia of lumbar intervertebral disc,HLID)多是因腰椎间盘突出纤维环损伤、髓核突出、腰部过度负荷、腰椎间盘突出生理曲度变形,从而刺激腰骶、压迫神经所致,属临床常见病,其以坐骨神经痛、腰痛等症状为主要表现,严重者可致瘫痪、肌无力^[1-3]。腰腹肌运动疗法为 HLID 的常用治疗方式,可改善局部血液循环,缓解局部疼痛,稳定脊柱,但对部分患者腰椎功能的改善效果欠佳^[4]。中医学认为,HLID 属“腰痛”范畴,归因于肾精亏虚,气血阻滞,主张以活血化瘀、固精补肾之法治疗^[5]。研究显示,强肾通督针法具有活血化瘀、固精补肾、舒筋通络之功^[6]。但是腰腹肌运动疗法联合强肾通督针法治疗 HLID 能否进一步提升疗效,临床鲜有报道。因此,本研究选取 43 例 HLID 患者为研究对象,拟探究该联合治疗方案的应用价值,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2019 年 1 月至 2021 年 10 月

于我院诊治的 HLID 患者 85 例,按照随机数字表法将其分为治疗组与对照组。治疗组 43 例中,男 25 例,女 18 例;年龄 38~74 岁,平均(56.76±6.92)岁;病程 3~14 个月,平均(8.36±2.31)个月。对照组 42 例中,男 27 例,女 15 例;年龄 37~76 岁,平均(58.14±7.23)岁;病程 4~15 个月,平均(9.01±2.33)个月。2 组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 根据《腰椎间盘突出症》^[7]制定。1)临床表现为骨神经痛、腰痛、下肢麻木等症状,严重者可表现为肌无力。2)CT 可见椎间盘突出的形态、大小、部位、硬脊膜囊,神经根受压移位,椎板及黄韧带肥厚,椎管及侧隐窝狭窄,小关节增生肥大等。

1.2.2 中医诊断标准 根据《中医病证诊断疗效标准》^[8]拟定。主症:下肢窜痛、腰痛;次症:肢体沉重、麻木、腰椎活动受限。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医、中医诊断标准;2)年龄>18 岁,且<80 岁;3)自愿参与本研究,并签署知情同意书;4)血、尿常规正常;5)腰椎无感染;6)依从性好。

1.4 排除标准 1)患有椎体肿瘤、椎体骨折;2)伴有严重器质性疾病;3)凝血功能异常;4)过敏体质。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用腰腹肌运动疗法治疗。1)腹肌等长收缩:患者取仰卧位,屈曲下肢,每次 30 s,10 次为 1 组;2)腰背肌等长收缩:上身压床,仰卧位,腰部用力,每次 30 s,10 次为 1 组;3)被动直腿抬高:仰卧位,借助上肢力量进行被动直腿抬高,轻微牵动,每次 5~15 s,5 次为 1 组。以上运动均在专业医师指导下进行,每天 2 组。

2.2 治疗组 于对照组基础上予以强肾通督针法治疗。主穴:肾俞、关元、委中、命门,患者侧卧位,医者取 0.35 mm×40~75 mm 针灸针,垂直进针,得气后行平补平泻法,留针 30 min;配穴:阳陵泉、昆仑、环跳、悬钟,操作方法、留针时间同主穴。每天 1 次。

2 组均治疗 20 d。

3 疗效观察

3.1 观察指标 于治疗前后分别观察以下指标。

1)中医证候积分。主症:下肢窜痛、腰痛;次症:肢体沉重、腰椎活动受限。主次症依照严重程度计分,主症:重度(6 分)、中度(4 分)、轻度(2 分)、无(0 分);次症:重度(3 分)、中度(2 分)、轻度(1 分)、无(0 分)^[8]。2)下肢步态。通过三维步态分析系统采集下肢步态(步幅、步频、步速),让其自然步态往返(约 5 次),沿测力台直线行走 5 m。

3)日本骨科协会评估治疗分数(JOA)评分。总分为 29 分,腰椎功能与 JOA 评分呈正相关^[9]。4)Oswestry 功能障碍指数(ODI)评分。ODI 总分为 50 分,腰椎功能与 ODI 评分呈负相关^[10]。5)实验室指标。取静脉血 4 ml,3000 r/min 转速离心 10 min,分离血清,以酶联免疫法测定血清 β-内啡肽(β-EP)、一氧化氮(NO)、C 反应蛋白(CRP)、肿瘤坏死因子-α(TNF-α)水平。

3.2 疗效标准 根据《中医病证诊断疗效标准》^[8]拟定。显效:腰腿痛消失,直腿抬高试验呈阴性,日常生活无影响;有效:腰腿痛明显改善,但日常生活受影响,直腿抬高试验>60°;无效:未达上述标准。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 22.0 统计学软件进行分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组综合疗效比较 总有效率治疗组为 97.67%,对照组为 80.95%,2 组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
治疗组	43	29(67.44)	13(30.23)	1(2.33)	42(97.67) ^a
对照组	42	22(52.38)	12(28.57)	8(19.05)	34(80.95)

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

3.4.2 2 组治疗前后中医证候积分比较 2 组下肢窜痛、腰痛、肢体沉重、腰椎活动受限评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。(见表 2)

表 2 2 组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	时间节点	下肢窜痛	腰痛	肢体沉重	腰椎活动受限
治疗组	43	治疗前	4.97±0.93	4.36±0.82	2.28±0.22	2.17±0.21
		治疗后	2.02±0.24 ^{ab}	2.11±0.21 ^{ab}	0.91±0.12 ^{ab}	0.91±0.14 ^{ab}
对照组	42	治疗前	4.75±0.87	4.14±0.79	2.24±0.20	2.14±0.19
		治疗后	2.79±0.37 ^a	2.68±0.31 ^a	1.49±0.17 ^a	1.24±0.16 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P<0.05$ 。

3.4.3 2 组治疗前后下肢步态比较 2 组步幅、步频、步速治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。(见表 3)

表 3 2 组治疗前后下肢步态比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间节点	步幅/m	步频/步·min ⁻¹	步速/m·s ⁻¹
治疗组	43	治疗前	0.63±0.05	61.01±2.18	0.59±0.06
		治疗后	0.82±0.09 ^{ab}	73.71±4.58 ^{ab}	0.82±0.11 ^{ab}
对照组	42	治疗前	0.64±0.06	60.55±2.15	0.61±0.05
		治疗后	0.74±0.07 ^a	70.22±3.94 ^a	0.75±0.09 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P<0.05$ 。

3.4.4 2 组治疗前后 JOA、ODI 评分比较 2 组 JOA、ODI 评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。(见表 4)

3.4.5 2 组治疗前后血清 β-EP、NO、CRP、TNF-α 水平比较 2 组血清 β-EP、NO、CRP、TNF-α 水平治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。(见表 5)

表 4 2 组治疗前后 JOA、ODI 评分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	时间节点	JOA	ODI
治疗组	43	治疗前	12. 61±3. 21	31. 38±4. 24
		治疗后	22. 33±5. 79 ^{ab}	8. 91±2. 17 ^{ab}
对照组	42	治疗前	13. 16±3. 16	30. 20±4. 17
		治疗后	18. 71±2. 15 ^a	11. 14±3. 08 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P<0.05$ 。

表 5 2 组治疗前后血清 β -EP、NO、CRP、TNF- α 水平比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间节点	β -EP/ng·L ⁻¹	NO/ μ mol·L ⁻¹	CRP/mg·L ⁻¹	TNF- α / μ g·L ⁻¹
治疗组	43	治疗前	729. 68±34. 49	7. 26±1. 27	1. 81±0. 38	12. 30±2. 58
		治疗后	925. 26±48. 42 ^{ab}	4. 21±0. 98 ^{ab}	1. 09±0. 17 ^{ab}	6. 33±1. 09 ^{ab}
对照组	42	治疗前	741. 25±36. 15	7. 17±1. 36	1. 87±0. 40	11. 79±2. 13
		治疗后	832. 14±53. 56 ^a	5. 99±1. 14 ^a	1. 41±0. 27 ^a	8. 68±1. 15 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P<0.05$ 。

4 讨 论

随着人们工作强度、生活压力增大及人口老龄化加剧,HLID 发生率呈逐年攀升趋势,严重影响患者生活质量^[11-12]。腰腹肌运动疗法为临床保守治疗方式之一,可维持患者腰椎稳定性,促进局部血液循环改善,从而缓解其临床症状,但单独应用治疗周期长,起效慢。

中医学认为,HLID 属“腰痛”“痹证”范畴,与膀胱经、肾经、督脉等关系密切。肾为水火之脏,调阴阳之气;久病,肾精亏虚,阴阳不和,经络痹阻,常年劳损,致使督脉气血不足,血瘀痰湿,加之肾经内联膀胱、肾脏,外络肢节,同居下焦,继而起病,故以舒筋通痹、活血化瘀、固精补肾、行气补气为主要治疗法则^[13]。强肾通督针法通过针刺肾俞穴外散肾脏之热;委中穴活血散瘀、舒筋通络;关元穴培元固本、行气补气;阳陵泉穴壮筋、舒筋;环跳穴健脾益气壮阳、强健腰膝;昆仑穴舒筋活络、清热安神;悬钟穴缓急止痛、舒筋活络。诸穴配伍可发挥疏利筋骨、行气补气、活血化瘀、固精补肾之效。本研究结果显示,治疗组总有效率为 97. 67%,较对照组高,下肢窜痛、腰痛、肢体沉重、腰椎活动受限评分,ODI 评分较对照组低,步幅、步频、步速、JOA 评分较对照组高($P<0.05$)。结果表明,通过强肾通督针法可刺激机体神经末梢,减少疼痛介质分泌,同时能缓解肌肉紧张,改善局部微循环,减少椎间盘受力,增强腰部支撑力,继而改善腰椎功能、下肢步态,提

升疗效。

研究表明,HLID 患者机体血清 TNF- α 、CRP 呈异常表达状态,其中血清 TNF- α 为主要促炎因子,其能诱导 CRP 等多种炎性因子释放,刺激神经根,引发放射性疼痛;血清 CRP 含量和炎性反应呈正相关^[14]。另有研究表明,血清 β -EP 可调节疼痛信号通路,抑制疼痛介质释放;而机体局部炎症可使 NO 大量分泌,进而产生疼痛^[15]。本研究结果显示,与对照组比较,治疗组患者的血清 β -EP 水平更高,血清 CRP、TNF- α 、NO 水平更低,由此证明强肾通督针法能调节血清 CRP、TNF- α 、NO、 β -EP 表达,缓解机体炎性反应,减轻疼痛。笔者认为,这可能与针刺诸穴可缓解肌肉紧张,修复受损软组织,从而促进炎性物质吸收,减轻机体炎性反应,同时又刺激机体神经末梢,减少疼痛介质分泌有关。

综上,强肾通督针法联合腰腹肌运动疗法治疗 HLID 可有效改善腰椎功能及下肢步态,促进机体炎性物质吸收,减轻机体炎性反应,减少疼痛介质分泌,改善症状,值得临床推广应用。

参考文献

[1] DEMIREL A, YORUBULUT M, ERGUN N. Regression of lumbar disc herniation by physiotherapy. Does non-surgical spinal decompression therapy make a difference? Double-blind randomized controlled trial[J]. J Back Musculoskelet Rehabil, 2017, 30(5): 1015-1022.

[2] 王志鹏, 张晓明, 李元贞, 等. 经皮内窥镜下腰椎间盘突出切除术治疗复发性腰椎间盘突出症并发症的 Meta 分析[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2020, 30(1): 53-61.

[3] 何凡, 方海名, 顾梦超, 等. 腰椎间盘突出症单侧经椎间孔腰椎椎间融合术后对侧椎间孔形态变化分析[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2021, 36(5): 468-471.

[4] 周道平. 柴胡桂枝汤加味配合腰腹肌肌力训练治疗腰椎间盘突出症疗效观察[J]. 四川中医, 2020, 38(6): 127-130.

[5] 马洪亮. 腰痹通胶囊治疗腰椎间盘突出症疼痛的效果及对 IL-6、IL-8 因子的影响[J]. 空军医学杂志, 2018, 34(3): 199-201, 205.

[6] 姜美琴, 缪鑫鑫, 焦黛妍. 强肾通督针灸结合悬吊牵引改善康复期腰椎间盘突出症患者腰椎功能的效果观察[J]. 四川中医, 2021, 39(8): 201-204.

[7] 胡有谷. 腰椎间盘突出症[M]. 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 184-185.

[8] 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]. 北京: 中国医药科技出版社, 2012: 214.

(下转第 110 页)

生存在密切关联,气血津液是维系两者的关键物质。营卫二气将化生的气血津液借助玄府的孔窍输送至脏腑、筋脉、关节各处;玄府为伏邪产生的关键部位,决定气血津液能否宣通畅达;伏邪伏于营卫之间,直接影响气血津液的转输运行。倘若PR患者“营卫-玄府-伏邪”病机轴运转,在营卫失和基础上,伏邪与营卫相合,交会潜藏于玄府之间,留滞筋脉骨骼,精微无以化,内生痰湿浊瘀,痹阻关节经络,加重营卫不和、玄府失司、伏邪难透,如此循环往复,导致病情复杂难治,反复发作、迁延不愈。

3 小结与展望

PR属于疑难病,其病程长,病因复杂,反复发作,缠绵难愈,需长期治疗,一定程度上影响着患者的生活质量。笔者基于“营卫-玄府-伏邪”病机轴,探讨PR的发病机制及论治思路,认为PR的发生起于营卫失常,经玄府开阖通利失司及伏邪深伏不出而致诸证丛生的病理过程,是三者相互作用动态发展的结果,提出“卫强营弱而免疫乱”理论、“营卫-玄府”失司而筋骨痛、“玄府-伏邪”相合终成PR、伏邪反诛营卫而积重难返。但目前,有关PR的理论探讨以及临床、实验对照研究较少,尚待进一步深入探究与验证,以期为中医药防治PR提供更好的思路与方法。

参考文献

- [1] 何莉娇,余怡然,赵艳霞,等.从伏邪学说论治回纹型风湿病[J].中华中医药杂志,2018,33(7):3.
- [2] HANNONEN P, MOTTONEN T, OKA M. Palindromic rheumatism: A clinical survey of sixty patients[J]. Scand J Rheumatol, 1987, 16(6): 413-420.
- [3] 李萌,李晶,王莉莎,等.回纹型风湿症中西医辨证探析[J].
- [9] 张波,孙国栋,王军涛,等.三维平衡正脊手法配合针灸治疗腰椎间盘突出症临床研究[J].山东中医杂志,2018,37(2): 129-131, 164.
- [10] 陈峙,蒋顺琬,韦丽丽.仿生矿化胶原改性聚甲基丙烯酸甲酯骨水泥治疗单节段骨质疏松性胸腰椎压缩性骨折的近期疗效[J].实用医学杂志,2021,37(6):768-772.
- [11] KARIMI N, AKBAROV P, RAHNAMA L. Effects of segmental traction therapy on lumbar disc herniation in patients with acute low back pain measured by magnetic resonance imaging: A single arm clinical trial [J]. Back Musculoskeletal Rehabil, 2017, 30(2): 247-253.
- [12] 冯学峰,邹伟民,许汉权,等.推拿电针联合腰痹逐瘀止痛汤

中医临床研究,2015,7(28):40-41,43.

- [4] 田雨,薛轶燕.自身免疫性风湿病营卫合邪理论构想[J].陕西中医,2006,27(11):1396-1398.
- [5] 张伊锐,尹相乾,姚博,等.从“营卫倾移”角度探讨痹证的中医理论机制[J].中国民间疗法,2021,29(14):4-6.
- [6] 马文辉,姚博.关于中医思维的几点思考[J].中华中医药杂志,2017,32(7):2842-2844.
- [7] 刘完素.素问玄机原病式[M].北京:人民卫生出版社,1956.
- [8] 胡勇,邢玉瑞.类风湿性关节炎的从玄府论治[J].时珍国医国药,2017,28(7):1700-1702.
- [9] 罗再琼,杨青,张天娥.浅论玄府[J].辽宁中医杂志,2008,35(12):1853-1854.
- [10] 王明杰.刘完素“玄府”说浅识[J].河北中医,1984(4):7-9.
- [11] 李凯,夏纪严,罗秋兰,等.基于伏邪致病理论探讨儿童变应性鼻炎中医病机[J].吉林中医药,2022,42(9):1005-1007.
- [12] 刘清泉,高洁.伏邪探源[J].中医杂志,2011,52(2):95-97.
- [13] 朱佩轩.伏邪源流及理论发微[J].亚太传统医药,2021,17(7):194-196.
- [14] 宋双,赵恒立.伏邪理论与痛风性关节炎的关系探讨[J].中国中医急症,2020,29(10):1811-1814.
- [15] 赵洁,史伟,樊均明,等.从伏邪论治IgA肾病的理论探讨[J].中华中医药杂志,2019,34(10):4709-4712.
- [16] 夏菲菲,刘震超,周明爱,等.近十年营卫学说研究进展[J].中华中医药杂志,2018,33(4):1474-1477.
- [17] 柳亚平.浅谈雷丰《时病论》中的伏气学说[J].云南中医学院学报,2012,35(6):3.
- [18] 庞枫韬,唐晓颇,徐浩东,等.从营卫理论探讨桂枝汤对免疫系统的调节作用[J].北京中医药大学学报,2021,44(9):807-811.
- [19] 王玉洁,周静威.周静威教授从伏邪论治类风湿关节炎经验撷萃[J].浙江中医药大学学报,2022,46(1):60-64.
- [20] 包洁,黄琳,谢志军,等.从伏邪理论论治类风湿关节炎前状态[J].中华中医药杂志,2022,37(8):4539-4542.

(收稿日期:2022-11-20)

[编辑:韩吟]

(上接第81页)

- [9] 张波,孙国栋,王军涛,等.三维平衡正脊手法配合针灸治疗腰椎间盘突出症临床研究[J].山东中医杂志,2018,37(2): 129-131, 164.
- [10] 陈峙,蒋顺琬,韦丽丽.仿生矿化胶原改性聚甲基丙烯酸甲酯骨水泥治疗单节段骨质疏松性胸腰椎压缩性骨折的近期疗效[J].实用医学杂志,2021,37(6):768-772.
- [11] KARIMI N, AKBAROV P, RAHNAMA L. Effects of segmental traction therapy on lumbar disc herniation in patients with acute low back pain measured by magnetic resonance imaging: A single arm clinical trial [J]. Back Musculoskeletal Rehabil, 2017, 30(2): 247-253.
- [12] 冯学峰,邹伟民,许汉权,等.推拿电针联合腰痹逐瘀止痛汤

在气滞血瘀型腰椎间盘突出症患者术后调养中的应用研究[J].辽宁中医杂志,2019,46(6):1269-1271.

- [13] 程明,吴杨玲,刘羽,等.腰痹逐瘀止痛汤结合调督通督针法治疗气滞血瘀型腰椎间盘突出症临床疗效及安全性观察[J].中华中医药学刊,2021,39(11):236-239.
- [14] 习世琴,王磊.斜圆刀针联合温针灸对腰椎间盘突出症患者血清TXB2、TNF- α 水平及疼痛的影响[J].针灸临床杂志,2020,36(12):44-48.
- [15] 仇园园.超短波联合神经松动手术对腰椎间盘突出症患者神经传导速度、血清PGE2及 β -EP水平的影响[J].检验医学与临床,2020,17(17):2528-2531.

(收稿日期:2023-03-22)

[编辑:刘珍]