

五虎散配合针灸对腰椎间盘突出症的疗效观察

崔文仲 夏卫国 肖晨 袁阳 王常秀

长沙医学院 410200

【摘要】目的 腰椎间盘突出症是指腰椎间盘的纤维环破裂髓核突出进而压迫和刺激神经根所引起的一系列症状和体征。对比西医通过手术高成本高风险预后难的治疗方案，中医以内服外治的指导思想通过针灸推拿中药对此病进行治疗。具有方便易行价廉效优安全性较高的特点。

【关键词】 针灸；五虎散；腰椎间盘突出症；中药

【中图分类号】 R681.53

【文献标识码】 A

【文章编号】 1005-4596 (2019) 01-017-02

【基金项目】 长沙医学院大学生研究性学习和创新性实验计划项目——长医教[2018]77号-131

腰椎间盘突出症，是因腰椎间盘变性纤维环破裂致髓核突出后方向或突至椎管内压迫脊髓神经根血管等导致的以腰痛为主要症状的临床综合征。中医中并无“椎间盘源性腰痛”病名的记载，但根据其临床表现可归属于“腰痛”“痹证”等范畴。《素问·痹论》指出：“风寒湿三气杂至合而为痹”对于气滞血瘀型腰痛的治疗关键在于活血化瘀疏通气血以达到“通则不痛”的目的。针灸通过疏通经络行经止痛发挥作用。针灸镇痛是针刺信号通过神经传导上行对痛敏神经元的放电进行抑制而发挥作用的。本研究中我们探讨中医针灸配合中药“内服外治”对腰椎间盘突出症的临床治疗效果现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 诊断标准

参考 1994 年国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》和 Jeffery's 的诊断标准。

(1) 有或无外伤史症状反复发作不伴下肢放射痛和间接性跛行持续时间 >6 个月且经正规保守治疗后无明显缓解；(2) 具备 DLBP 综合症典型临床表现 X 线检查除外腰椎峡部裂腰椎滑脱和腰椎不稳；(3) CT 除外椎间盘突出腰椎管狭窄和其他异常；(4) MRI 表现为典型的单节段信号降低纤维环后部出现高信号区 (HIZ) 或 MRI 影像显示 L4/5 和 (或) L5/S1 髓核 T2 加权低信号或正常信号。

1.2 纳入标准

(1) 符合上述西医腰椎间盘突出症诊断和中医腰痛或痹证候诊断标准；(2) 腰部有慢性腰肌劳损疾病外伤的患者；(3) 同意参加本研究并签署知情同意书。

1.3 排除标准

(1) 不符合腰椎间盘突出症诊断者如：腰椎间管狭窄症马尾肿瘤强直性脊柱炎；(2) 妊娠经期以及哺乳期妇女；(3) 严重心脑血管疾病患者；(4) LDH 反复发作来诊时处于缓解期腰腿疼痛症状不明显患者；(5) 晕针或者晕灸的患者。

1.4 疗效标准

采用国际通用的日本骨科协会 (JOA) 对腰腿功能的评分系统评估腰及下肢疼痛状况。

对照组随机抽取 10 名患者采用针灸治疗每日 1 次每次留针 30min 施灸 30min 15 天为一个疗程针灸操作：(1) 穴取肾俞腰夹脊秩边次髂环跳风市委中阳陵泉三阴交昆仑后溪阿是穴。各穴以 25 ~ 75mm 毫针刺刺。(2) 注意假如患者阴虚或者寒湿闭阻要分别加太溪太冲或者阴陵泉足三里。(3) 有腰部损伤史者加血海肾虚精亏肢体萎弱者加悬钟足三里太溪。(4) 以上诸穴除腰部穴取双侧外余穴均取患侧穴。(5) 命门腰阳关委中进针得气后提插捻转直至局部有酸麻胀重等针感行针 30min 起针后上述穴位行艾灸治疗。(6) 将艾条点燃垂直于后背距离皮肤 2 ~ 3cm 以有热感但无灼热感为宜在上述穴位上平缓移动共计 30min 注意事项：艾火须靠近针柄每间隔 5 分钟去除一次艾火灰烬以防灰烬烫伤皮肤。

治疗组随机抽取 10 名患者使用五虎散并且配合针灸。观察并记录其病症状况等有效信息针灸操作与对照组一样 (1) 准备材料：地龙 21g 全蝎穿山甲乌鞘蛇土鳖虫各 9g。(2) 用法：急性期煎

服上药加水 800ml 略泡先用武火后用文火续煎 30min 滤出药汁一次口服 (温服) 每日 1 剂早晚 1 次配合针灸 10 天为一个疗程。(3) 慢性期制粉剂口服先将上药烘干共研细末每次取 3 ~ 4g 口服每日 2 次配合针灸 10 天为一个疗程。

[药方] 五虎散

[药理介绍] 能活血化瘀舒筋活络主治瘀血阻络型腰椎间盘突出症 [方剂] 地龙 21g 全蝎穿山甲乌鞘蛇土鳖虫各 9g 临证加味；疼痛剧烈，卧床不起者加乳香没药川芎生地丹皮；腰痛者加羌活；腿痛者加独活偏于寒者加附片桂枝当归川芎偏于热者 (疼痛局部发热) 加赤芍丹皮川柏防风胜者加麻黄防风芥穗；偏于湿者加防己苍术云苓；肾虚者加破故纸杜仲菟丝；肾阴虚者加桑寄生枸杞熟地。

2 结果

2.1 统计学方法

采用 SPSS23.0 进行统计学数据处理。计量资料均以“均数 ± 标准差”描述。

	JOA	治疗改善率
对照组	18.42±2.88	85.31%
治疗组	26.02±3.66	94.33%

(JOA) 对腰腿功能评分满分 29 分差：<10 分中度 <span="">：10 - 15 分良好：16 - 24 分优：25 - 29 分。治疗改善率 = [(治疗后评分 - 治疗前评分) ÷ (满分 29 - 治疗前评分)] × 100% 优：>75% 良 50 - 74% 中：25 - 49% 差：0 - 24%。改善率为 100% 时为治愈改善率大于 60% 为显著 25-60% 为有效小于 25% 为无效。治疗后 12 个月应用 JOA 评分表对患者进行评价计算 JOA 评分分值。两组 JOA 评分均显著上升，治疗组上升程度高于对照组；治疗组治疗改善率明显高于对照组。

3 讨论

我们项目的特色是低成本低风险还能起到舒筋活络扶正祛邪等作用。根据不同患者的体质施以不同穴位的治疗方案兼备有对患者进行阴阳调节的作用有较强的灵活性。通过对穴位进行针灸能在极短时间内缓解疼痛等症状。采用艾灸能实现对椎管外受损软组织的修复，增加患处血液循环实现对肌肉痉挛的有效改善。而我们的创新点在于配合中药“内服外治”的方法弥补针灸外治方面的不足，务求追求疗效的最大化

参考文献

- [1] 姚素媛. 针灸治疗腰椎间盘突出症的研究进展 [J]. 中医药信息, 2008 年第 25 卷第 5 期
- [2] 李具宝, 熊启良. 近 10 年针灸治疗腰椎间盘突出症选穴规律的探讨 [J]. 中国针灸, 2013-07-12 第 33 卷第 7 期
- [3] 张继伟, 黄俊卿. 活血化瘀法结合针灸对气滞血瘀型椎间盘源性腰痛的研究 [J]. 中医临床杂志, 2017 年 10 月第 29 卷第 10 期
- [4] 舒良军. 五虎散治疗腰椎间盘突出症并发坐骨神经痛 32 例 [J]. 湖南中医杂志, 1989 年第三期
- [5] 吴新贵, 李趣红, 何源浩, 温汉春. 腰椎间盘突出症针灸

治疗效果的系统评价[J]. 广西医科大学学报, 2013年8月第30期
 [6]熊俊, 耿乐乐, 迟振海, 张波, 付勇, 谢丁一, 陈日新. 艾灸治疗不同炎感腰椎间盘突出急性期患者60例疗效观察[J]. 中

医杂志, 2015年11月第56卷第21期
 [7]吴三涛. 针灸推拿加中药熏蒸治疗腰椎间盘突出症临床疗效[J]. 临床医药文献电子杂志, 2017年第4卷第69期

表1: 对照组

主观症状 (9分) 5.2±0.55			临床体征 (6分) 3.8±0.21			日常生活受限度 (ADL) (14分) 11.4±2.1			膀胱功能 (-6-0分) -1.98		
下腰背痛	腿疼兼/或麻刺痛	步态	直腿抬高试验 (包括加强实验)	感觉障碍	运动障碍	平卧翻身	正常 (2分)	举重物	正常 (2分)	正常	直腿抬高试验 (包括加强实验)
无任何疼痛 (3分)	无任何疼痛 (3分)	正常 (3分)	正常 (2分)	无 (2分)	正常肌力5级 (2分)	站立大约1小时	正常 (2分)	行走	正常 (2分)	轻度受限 (-3分)	正常 (2分)
偶尔轻微疼痛 (2分)	偶尔轻微疼痛 (2分)	即使感觉肌肉无力也可步行超过500米 (2分)	30-70° (1分)	轻度障碍 (1分)	轻度无力肌力4级 (1分)	洗漱	正常 (2分)	坐位		明显受限 (尿储留尿失禁) (-6分)	30-70° (1分)
频发轻微疼痛或偶发严重疼痛 (1分)	频发轻微疼痛或偶发严重疼痛 (1分)	步行<500米即出现腿疼刺痛无力 (1分)	<30° (0分)	明显障碍 (0分)	明显无力肌力0-3级 (0分)	前屈	正常 (2分)				
得分: 1.8±0.6	得分: 2.1±0.31	得分: 1.3±0.4	得分: 1.2±0.19	得分: 1.3±0.19	得分: 1.4±0.2	得分: 11.4±2.1			得分: 0.88		得分: 1.1

表2: 治疗组

主观症状 (9分) 7.5±0.43			临床体征 (6分) 5.33±0.24			日常生活受限度 (ADL) (14分) 14.4±3.02			膀胱功能 (-6-0分) -1.21		
得分: 2.7±0.31	得分: 2.3±0.33	得分: 2.5±0.4	得分: 1.9±0.19	得分: 1.55±0.13	得分: 1.88±0.21	得分: 14.4±3.02			得分: 0.66		得分: .55

(上接第14页)

考虑到患者的实际需求, 了解患者间的差异, 避免护理方案笼统一刀切的处理, 保持护理的灵活性, 提升患者的治疗配合度, 由此发挥更好的治疗护理作用。

参考文献

[1] 杨丽丽. 人性化护理在冠心病心绞痛合并心律失常患者中的

的应用观察[J]. 中国卫生标准管理, 2016, 7(15):250-251.

[2] 康爱玲, 陈焯, 孙宽等. 人性化护理联合健康教育对冠心病心绞痛患者临床指标及生活质量的影响[J]. 中国医药导报, 2017, 14(26):149-152.

[3] 李薇. 人性化护理在冠心病心绞痛合并心律失常患者中的应用效果[J]. 心理医生, 2017, 23(10):194-195.

(上接第15页)

力学改变对于诊断宫内窘迫及预测不良结局具有重要意义, 值得在临床推广。

参考文献

[1] 胡芯端, 胡密淑, 王银雪. 超声检测对宫内窘迫的诊断价值及脐血流指数分析的意义[J]. 中国妇幼保健, 2014, 29(32):5344-5346.

[2] 汤冬梅, 卢慧涛, 李征军, 汤辉, 贺建雄. 彩超检测在胎

儿窘迫中应用价值的探讨[J]. 江西医药, 2013, 48(10):927-929.

[3] 李学会. 彩色多普勒超声检测胎儿脐血流在宫内窘迫诊断中的临床价值[J]. 影像研究与医学应用, 2017, 1(10):125-127.

[4] 陈冰, 郭蕾, 李春东. 彩色多普勒超声检测胎儿脐血流在宫内窘迫诊断中的临床价值[J]. 实用医院临床杂志, 2013, 10(04):64-66.

[5] 潘彦. 探讨彩色多普勒超声检测胎儿脐血流诊断胎儿宫内窘迫的临床价值[J]. 现代预防医学, 2010, 37(14):2656-2657.

(上接第16页)

出院时间都比全切患者更优, 并且术后对照组 IgA、IgM、CD3+、CD4+ 水平比术前显著下降, 而对照组术后各指标水平显著低于观察组 (P < 0.05)。结果提示, 开腹脾切除与部分切除术的手术治疗时间短于开腹全脾切除术, 且术后免疫功能更优。

综上所述, 开腹脾切除与部分切除术治疗创伤性脾破裂的手术时间短于全脾切除术, 且术后免疫功能指标优于对照组, 有利于患者的康复。

参考文献

[1] 杨权光. 脾保留手术治疗创伤性脾破裂的临床效果分析[J].

中国医学创新, 2012, 09(4):145-146.

[2] 马建中, 张宇, 韩圣瑾, 等. 脾全切除术与脾部分切除术治疗外伤性脾破裂的临床疗效对比[J]. 现代生物医学进展, 2017, 17(24):4706-4709.

[3] 段永省. 部分切除术与全脾切除术治疗外伤性脾破裂对比分析[J]. 当代医学, 2016, 22(17):256-257.

[4] 梁超承, 肖芳荷. 部分脾脏切除在脾破裂中的应用分析[J]. 中国实用医刊, 2014, 41(8):69-70.

[5] 张开亮. 外伤性脾破裂的临床分析及全切手术探讨[J]. 中国医药指南, 2017, 15(18):104-105.