

针灸治疗腰痛病气滞血瘀型临床疗效的系统研究

施 研

上海市奉贤区庄行镇社区卫生服务中心 中医针灸科, 上海 201415

[摘要]目的 针对腰痛病气滞血瘀型患者,系统评估针灸治疗的临床疗效。**方法** 研究以腰痛病气滞血瘀型患者为观察对象,共有78例入组,均为2019年1月-2022年6月间医院收治患者,入组后所有患者均接受常规西药治疗,再以随机数字表法分组,从患者中筛选39例联合针灸治疗(观察组),剩余39例患者作为对照组,将临床治疗效果,疼痛程度改善情况,腰椎功能障碍程度改善情况,治疗不良反应发生情况作为评价标准,总结不同治疗方案的临床优劣势差异。**结果** 观察组中患者临床治疗总有效率高于对照组, ($P<0.05$);经治疗,观察组中患者NPS神经性疼痛评价量表评分、Oswestry功能障碍指数低于对照组, ($P<0.05$);治疗期间头晕、呕吐、皮肤红肿等不良反应发生率观察组与对照组对比, ($P>0.05$)。**结论** 将针灸治疗融入腰椎间盘突出所致坐骨神经痛患者中,能够有效减轻局部疼痛度,改善腰椎功能,疗效显著,且治疗安全性较高,推荐参考使用。

[关键词] 针灸;腰痛病;气滞血瘀型;临床疗效

[中图分类号] R245

[文献标识码] A

[文章编号] 1671-2269(2022)24-041

腰痛病气滞血瘀型即“腰椎间盘突出所致坐骨神经痛”,在临床中发病率较高,受到椎间盘退行性病变、受损,髓核突出等因素影响,患者会出现一系列神经压迫后症状,其中以坐骨神经痛最为常见^[1]。坐骨神经痛是一种髓神经根受到卡压而引起椎管狭窄,并发具体严重疼痛的症状,疼痛部位范围较广,包括臀部、腰部、大腿后侧、小腿后侧等,以电击样、放射性、烧灼样疼痛为主,如不及时进行处理、干预,随着病情的进展,将严重影响患者的身心健康^[2]。目前,临床中治疗腰椎间盘突出所致坐骨神经痛主要有保守治疗与手术治疗两种方案,其中手术治疗对于患者而言存在一定的创伤性,且术后恢复时间较长,临床较不推荐^[3]。保守治疗中针灸治疗方案凭借其操作简单、安全可靠、价格低廉的优势,在临床中广泛应用,受到患者的青睐^[4]。研究由此角度出发,就针灸治疗的临床实践成效展开分析,以观察对象腰痛病气滞血瘀型患者78例进行分组、对照探讨,过程、结果如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

研究包含观察对象78例(腰痛病气滞血瘀型患者),从2019年1月-2022年6月间我院接收患者中筛选,入组后以随机数字表法进行分组(共两组,每组39例),一组实行常规西药治疗+针灸治疗(观察组),一组实行常规西药治疗(对照组)。观察组中,男性患者21名,女性18名,年龄38-62岁,平均(55.10 ± 4.45)岁,病程3个月-4年,平均(1.93 ± 0.58)年,体质指数 $21.5-29.5\text{kg/m}^2$,平均(24.88 ± 1.92) kg/m^2 ;对照组中,男性患者24名,女性15名,年龄35-65岁,平均(55.21 ± 4.33)岁,病程6个月-4年,平均(1.95 ± 0.60)年,体质指数 $21.2-29.0\text{kg/m}^2$,平均(24.86 ± 1.88) kg/m^2 ;整理所得各项基础资料,统一输入统计学软件分析,计算机输出结果($P>0.05$),可比较。

纳入标准:(1)基线、随访资料完整;(2)经影像学+临床症状综合判断确诊腰椎间盘突出,且经坐骨神经路线存在放射性疼痛,确诊腰痛病气滞血瘀型^[5];参照国家中医药管理局颁发的《中医病证诊断疗效标准》:气滞血瘀型为:腰腿痛如针刺,痛有定处,日轻夜重,腰部板硬,俯仰转侧困难,痛处拒按。舌紫暗或有瘀斑,脉弦紧或涩。(3)无腰椎手术史;(4)沟通能力良好;(5)对研究内容知情,自愿参与,取得同意书。排除标准:(1)合并腰椎肿瘤、结核、骨折疾病;(2)哺

乳期、妊娠期等不适宜接受针灸治疗;(3)皮肤感染、长期抗凝治疗史;(4)入组前存在西药、针刺对症治疗;(5)其他原因无法配合医护工作病例。

1.2 方法

观察组应用常规西药治疗+针灸治疗+推拿治疗:(1)常规西药治疗:取布洛芬缓释胶囊(中美天津史克制药有限公司,国药准字H20013062)予以患者口服用药,每次2粒,每日3次,疗程7d;取强的松片(浙江仙琚制药股份有限公司,国药准字H33021207)予以患者口服用药,每次10g,每日3次,疗程7d。(2)针灸治疗:针对患者疼痛部位的不同区别取穴,如表现腰背部/下肢后侧疼痛,取穴承山穴、环跳穴、委中穴、大肠俞穴进针,如表现臀部/下肢外侧疼痛,取穴选悬钟穴、阳陵泉、秩边穴、环跳穴进针;在进针时,将患者体位调整为侧卧,下肢屈曲,暴露针刺部位,选择 $0.3\text{mm} \times 75\text{mm}$ 一次性毫针快速进针,进入皮下后平补平泻,留针30min,每日1次,疗程7d。(3)推拿治疗:指导患者保持俯卧位,全身放松,以双手拇指点按背部肾俞、大肠俞、环跳、腰阳关、关元俞等为穴,以拇指弹拨患者背部、腰部条索状结节与敏感点,自上而下按压,可听见关节响声,以滚法按摩患者腰背部、臀部、骶部。

对照组应用常规西药治疗:方案同前组。

1.3 观察指标

将临床治疗效果,疼痛程度改善情况,腰椎功能障碍程度改善情况,治疗不良反应发生情况作为评价标准,总结不同治疗方案的临床优劣势差异。(1)临床治疗效果:疗程结束,以三个维度:显效、有效、无效进行评价^[6],患者临床症状消失,腰椎活动、肌肉恢复正常,日常生活、工作不受影响,以上为显效,疗程结束,患者临床症状改善,腰椎活动改善,疼痛感明显抑制,以上为有效,其他情况可定义无效,总有效率=显效率+有效率。(2)疼痛程度改善情况:参考神经性疼痛评价量表(NPS),分别于治疗前、疗程结束后进行分级评价,NPS评价量表中涵盖神经性疼痛的特定性质的8个项目:深部疼痛、浅表疼痛、胀痛、不舒适感、寒冷感、钝角、锐痛、感觉过敏和瘙痒,评分刻度1-10分,评分越高,反映测定对象症状程度越强^[7]。(3)腰椎功能障碍程度改善情况:参考Oswestry功能障碍指数(ODI)进行评价,量表涵盖腰椎功能10个项目,评分维度0-45评分,评分越高,反映测定对象症状程度越高^[8]。(4)治疗不良反应发生情况。

作者简介:施研(1983-),安徽宣城,男,汉族,本科,主治医师,研究方向:颈肩腰腿痛及中风后遗症治疗。

1.4 统计学分析

统计学分析由SPSS20.00统计学软件完成,统计规则如下,计数资料:统计方法“%”,检验方式“ χ^2 ”,计量资料($\bar{x} \pm s$),检验方式“t”,统计学差异性标准“ $P < 0.05$ ”。

2. 结果

2.1 疗效判定

观察组中患者临床治疗总有效率高于对照组, ($P < 0.05$)。见表1:

表1 临床治疗效果比较

组别	显效	有效	无效	总有效率
观察组($n=39$)	26 (66.67)	12 (30.76)	1 (2.56)	97.43 (38/39)
对照组($n=39$)	23 (58.97)	10 (25.64)	6 (15.38)	84.61 (33/39)
χ^2 值	-	-	-	3.9235
P 值	-	-	-	0.0476

2.2 疼痛程度改善情况

经治疗,观察组中患者NPS神经性疼痛评价量表评分低于对照组, ($P < 0.05$)。见下表2:

表2 疼痛程度改善情况

组别	NPS 神经性疼痛评价量表评分 (分)		t 值	P 值
	治疗前	治疗后		
观察组($n=39$)	7.55 $\pm$ 1.04	2.38 $\pm$ 0.45	28.4920	0.0000
对照组($n=39$)	7.59 $\pm$ 1.02	3.06 $\pm$ 0.52	24.7094	0.0000
t 值	0.1714	6.1752	-	-
P 值	0.8643	0.0000	-	-

2.3 腰椎功能障碍程度改善情况

经治疗,观察组中患者Oswestry功能障碍指数低于对照组, ($P < 0.05$)。见下表3:

表3 腰椎功能障碍程度改善情况

组别	Oswestry 功能障碍指数 (分)		t 值	P 值
	治疗前	治疗后		
观察组($n=39$)	33.63 $\pm$ 3.18	9.35 $\pm$ 1.90	40.9322	0.0000
对照组($n=39$)	33.66 $\pm$ 3.14	13.56 $\pm$ 2.42	31.6633	0.0000
t 值	0.0419	8.5451	-	-
P 值	0.9667	0.0000	-	-

2.4 治疗不良反应发生情况

治疗期间头晕、呕吐、皮肤红肿等不良反应发生率观察组与对照组对比, ($P > 0.05$)。见下表4:

表4 治疗不良反应发生情况

组别	头晕	呕吐	皮肤红肿	总发生率
观察组($n=39$)	1 (2.56)	1 (2.56)	1 (2.56)	5.12 (2/49)
对照组($n=39$)	2 (5.12)	2 (5.12)	0	10.25 (4/49)
χ^2 值	-	-	-	0.7222
P 值	-	-	-	0.3954

3. 讨论

腰痛病气滞血瘀型即“腰椎间盘突出所致坐骨神经痛”,其属于一种临床常见病、多发病,临床表现为臀部沿坐骨神经路径出现感觉状态异常,包括疼痛、麻木等,且伴随局部肌力减退^[9]。近年来,随着人们工作、生活节奏的不断加快,临床中腰椎间盘突出发生率呈逐渐升高趋势,由此合并坐骨神经痛的发生率也逐渐升高^[10]。

目前,临床中针对此类患者主要有手术治疗、保守治疗等方式,其中手术治疗对患者具有一定创伤,患者接受度不高,而保守治疗中,主要选择抗炎、镇痛类药物,例如布洛芬、强的松等,其虽然能够发挥止痛、抗炎的作用,但是长时间用药可能增强患者不良反应风险,远期效果难以达到预期^[11]。

在祖国医学中,结合坐骨神经痛的病理状况,将其纳入“痹症”、“腰腿痛”的范畴^[12],该病的发生,主要因风寒、湿邪等因素影响下,引起气滞血瘀、静脉受阻,再加上病变的累及因素,导致不通则痛;故针对此类病患,主张以针刺经络,对应相应穴位进行治疗^[13],本次研究中,针对观察组患者在常规西药治疗上,结合针灸治疗,在治疗中,针对患者的病理表现取穴,不同穴位对应不同功能,在针灸各穴位治疗下,一方面可有效促进病灶周围组织血液循环,减轻/消除局部炎性因子产生的水肿,起到舒经通路、调和气血、扶正祛邪的效果,有效消除疼痛,恢复患者脊柱功能^[14];另一方面,针灸治疗下,有效促进脊髓内源性活性物质释放,分泌神经递质,调控相关成分,阻滞痛觉神经的传导,发挥减压、止痛的效果^[15-16]。

综上所述,针对腰痛病气滞血瘀型患者,将针灸治疗方案融入患者的治疗过程中,能够有效提升患者的治疗效果,减轻局部疼痛,改善脊椎功能,且治疗操作简单,不良反应少,患者接受度高,在临床中适应性良好,可行性高。

参考文献

- [1] 张盾盾,张家明.针灸治疗腰椎间盘突出致坐骨神经痛的疗效及对腰椎功能障碍的影响[J].黑龙江医学,2022,46(19):2366-2368,2372.
- [2] 李建国,范小春,王帅,等.电热针拔罐联合中频脉冲治疗腰椎间盘突出症伴坐骨神经痛疗效研究[J].陕西中医,2021,42(12):1789-1792.
- [3] 陈雪欢,叶莹,罗奕霖,等.针灸法联合穴位推拿治疗腰椎间盘突出症坐骨神经痛的疗效分析[J].中国医学创新,2021,18(27):100-103.
- [4] 贾湘芸.温针灸治疗腰椎间盘突出后坐骨神经痛的临床疗效观察[J].内蒙古中医药,2018,37(8):74-75.
- [5] 梁莲琴,刘君.针灸对腰椎间盘突出性坐骨神经痛患者生存质量的影响[J].上海医药,2018,39(12):27-29.
- [6] 李晔,马铁明.基于CiteSpace的针灸治疗坐骨神经痛可视化分析[J].中国医药导报,2021,18(32):134-137.
- [7] 樊海元,林砚铭,巫斌.川芎茶调散合身痛逐瘀汤加减配合针灸治疗坐骨神经痛疗效研究[J].陕西中医,2020,41(2):206-209.
- [8] 郭艳莉,刘瑞.针灸联合曲安奈德对坐骨神经痛患者的临床疗效及生活质量的影响[J].检验医学与临床,2020,17(9):1284-1286.
- [9] 李向欣.针灸治疗腰椎间盘突出所致坐骨神经痛的临床疗效分析[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(48):33,81.
- [10] 夏卉睿,张李萍.穴位注射联合温针灸治疗寒湿型坐骨神经痛的临床疗效观察[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(9):60.
- [11] 潘昊天,李璟,冯晨晨,等.燔针劫刺针法对椎间盘源性坐骨神经痛疗效的影响:随机对照试验[J].中国针灸,2022,42(3):261-266.
- [12] 魏晓雅,石广霞,张娜,等.针刺治疗坐骨神经痛的功能磁共振成像研究进展[J].中华中医药杂志,2022,37(7):3969-3972.
- [13] 任景,李涛,李博.龙虎交战针法联合温针灸治疗寒湿瘀阻型坐骨神经痛的疗效及对血清IL-6、IL-1 β 、TNF- α 水平影响[J].四川中医,2021,39(7):179-181.
- [14] 蒋汶汶,蒋希成,孙远征.经颅重复刺激足运感区治疗腰椎间盘突出型坐骨神经痛临床研究[J].针灸临床杂志,2021,37(8):20-24.
- [15] 陆征麟,牛淑芳,韩秋琼,等.黎医药熨针法联合针刺治疗腰椎间盘突出型根性坐骨神经痛急性期患者的临床效果及对患者血清致疼因子和炎症因子水平的影响[J].广西医学,2021,43(20):2425-2429.
- [16] 王远庆,吴耀持.超微针刀网针状松解法对腰椎间盘突出症患者VAS评分和JOA腰椎疾患评分的影响[J].陕西中医,2020,41(4):541-543.