

腰痛方联合热敏灸治疗腰椎间盘突出症 50 例近期疗效观察

俞捷, 马春雨, 刘松华

杭州市余杭中医院, 浙江 杭州 311106

【摘要】目的:观察腰痛方联合热敏灸治疗腰椎间盘突出症(LDH)的近期疗效。**方法:**将100例LDH患者随机分为对照组和观察组,各50例。2组均予卧床休息、牵引、推拿等基础治疗。对照组采用双氯芬酸钠肠溶片,每次25mg。观察组采用腰痛方内服并配合热敏灸。2组均以21天为1疗程。记录治疗前及治疗后第2、4、7、10、14、21天疼痛视觉模拟量表(VAS)评分,记录治疗前、治疗后和治疗结束后2月简式疼痛问卷表(SF-MPQ)评分和Oswestry功能障碍指数的变化情况。**结果:**总有效率观察组90.0%,对照组70.0%,2组比较,差异有显著性意义($P < 0.05$)。2组治疗后VAS评分均呈下降趋势,治疗后第2、4天,组间差异不明显;治疗第7天开始到疗程结束,观察组不同时间VAS评分均低于对照组,差异均有非常显著性意义($P < 0.01$)。治疗后2组SF-MPQ各项评分均较治疗前下降,观察组SF-MPQ各项评分低于对照组($P < 0.01$);治疗后2月,2组各项SF-MPQ各项评分均较治疗后反弹上升($P < 0.05$, $P < 0.01$),观察组反弹幅度低于对照组($P < 0.01$)。治疗后2组Oswestry功能障碍指数均下降($P < 0.01$),观察组Oswestry指数低于对照组($P < 0.01$);治疗后2月,2组Oswestry指数均升高($P < 0.01$),观察组低于对照组($P < 0.01$)。**结论:**腰痛方联合热敏灸治疗LDH,能明显减轻患者疼痛,改善患者功能障碍,近期疗效显著。

【关键词】腰椎间盘突出症(LDH);腰痛方;热敏灸

【中图分类号】R681.5*3 **【文献标识码】**A **【文章编号】**0256-7415(2013)12-0080-04

腰椎间盘突出症(LDH)是临床常见病、多发病,以腰腿痛为主要表现,严重影响患者生活质量,是患者就诊的主要原因^[1]。临床以非手术疗法为主,研究显示80%的患者可以经非手术疗法缓解或治愈,使椎间盘突出部分回纳和受到刺激的神经根的炎性水肿加速消退,从而减轻或解除对神经根的压迫^[2]。中医药疗法(中药、针灸、推拿、牵引、导引等)治疗本病疗效确切,且为无创性,可以减少手术痛苦和风险^[3]。笔者以多年临床经验方腰痛方联合热敏灸治疗LDH,近期临床疗效显著,现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[4]:

①疼痛好发于下腰,且向下肢放射;②有局限性压痛点;③直腿抬高试验和加强试验阳性;④跟臀试验阳性;⑤皮肤感觉、肌力和膝反射的改变;⑥脊柱姿态

的改变;⑦X线腰椎正侧位片提示脊柱侧凸或腰椎生理性前凸消失;⑧CT或MRI提示有椎间盘突出。其中前3项为基本根据,第8项为确诊根据。

1.2 肝肾亏虚证、血瘀证辨证标准^[4] 腰腿痛如刺,痛有定处;腰部板硬,俯仰旋转受限;腿膝乏力;日轻夜重;劳累更甚,卧则减轻;手足不温,腰腿发凉;心烦失眠、耳鸣耳聋;舌质紫暗或有瘀斑、瘀点,脉沉细涩。

1.3 纳入标准 ①符合上述诊断标准,CT或MRI证实有椎间盘突出;②患者腰腿疼痛明显;③无手术指征,同意保守治疗;④年龄18~75岁;⑤取得知情同意。

1.4 排除标准 ①合并腰椎滑脱、腰椎管狭窄、腰椎结核、脊髓肿瘤等病变或风湿性、类风湿性关节炎合并椎管狭窄者;②合并心、脑血管、肝、肾、造血

【收稿日期】2013-07-19

【作者简介】俞捷(1978-),男,主治医师,研究方向:骨科相关疾病。

系统等严重疾病者及精神病患者；③合并巨大型椎间盘突出或伴有马尾神经症状者；④妊娠或哺乳期妇女。

1.5 一般资料 观察病例来源于 2011 年 4 月~2013 年 1 月本院住院和门诊患者，共 100 例。采用随机方法分为对照组和观察组各 50 例。对照组男 29 例，女 21 例；年龄 27~71 岁，平均(38.5±8.74)岁；平均病程(4.8±2.57)年；发病部位：L_{4/5}者 21 例，L_{5/S₁}者 24 例，两者兼有 5 例。观察组男 30 例，女 20 例；年龄 23~72 岁，平均(37.8±7.95)岁；平均病程(4.9±2.72)年；发病部位：L_{4/5}者 22 例，L_{5/S₁}者 22 例，两者兼有 6 例。2 组患者性别、年龄、病程、发病部位等经统计学处理，差异均无显著性意义($P > 0.05$)，具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予卧床休息、牵引、推拿等基础治疗。给予双氯芬酸钠肠溶片(规格：每片 25mg，浙江万马药业有限公司)，每次 25mg，每天 3 次，餐后服用。并采用卧床休息、牵引、推拿等基础治疗。

2.2 观察组 给予卧床休息牵引推拿等基础治疗。给予腰痛方，组成：枸杞子 20g，菟丝子、覆盆子、巴戟天、淫羊藿、威灵仙、制川乌(先煎)、独活各 15g，当归 10g，黄芪 30g，土鳖虫、延胡索各 12g，全蝎 6g，甘草 10g。每天 1 剂，水煎 2 次。分早、晚服用。热敏灸：在腰背部及下肢热敏化高发区寻找热敏穴实施灸疗，初始多在易出现热敏现象的足太阳膀胱经、督脉、带脉等经脉上，至阳、关元、委中、委阳、环跳、阳陵泉、昆仑、阿是穴等穴或皮下有硬结、条索状物处等部位行灸疗。具体灸法参照文献^[6]进行。

2 组均以 21 天为 1 疗程。

3 观察项目与统计学方法

3.1 观察项目 ①疼痛程度：采用视觉模拟量表(VAS)评分法，分别记录治疗前，治疗后第 2、4、7、10、14、21 天疼痛评分。②简式疼痛问卷表(SF-MPQ)评分^[6]：包括疼痛感觉评分(PRIA)、疼痛情绪评分(PRIS)、疼痛总分(PRIT)、VAS 评分和现在疼痛状况(PPI)。治疗前、治疗后和治疗结束后 2 月进行评价。③Oswestry 功能障碍指数^[7]，通过该问卷可了解患者的腰痛对其日常生活的影响。Oswestry 功能障碍指数问卷由 8 个问题组成，包括疼痛的强

度、生活自理、提物、步行、坐立、干扰睡眠、社会生活、旅游等 8 方面的情况。每项评分是 0~5 分(0、1、2、3、4、5 分)，计分方法是：实际得分/45×100%，分数越高功能越差，最差为 45 分，因此 0 为正常，越接近 100%为功能障碍越严重。治疗前、治疗后和治疗结束后 2 月进行评价。

3.2 统计学方法 采用 SPSS17.0 统计分析软件，计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，组间比较采用 t 检验；计数资料比较采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照文献^[8]并结合采用改良 Macnab 法制定^[9]：治愈：疼痛和麻木完全消失，肌力恢复正常，直腿抬高 70°以上；显效：疼痛完全消失，麻木基本消失，肌力恢复接近正常；有效：时有微痛，麻木和肌力减弱无明显改善；无效：治疗前后疼痛、麻木、肌力减弱无改善或加重。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率观察组 90.0%，对照组 70.0%，2 组比较，差异有显著性意义($P < 0.05$)，观察组优于对照组。

表 1 2 组临床疗效比较

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	50	6	17	12	15	70.0
观察组	50	12	23	20	5	90.0 ^①

与对照组比较，① $P < 0.05$

4.3 2 组不同时点 VAS 评分比较 见表 2。2 组治疗后 VAS 评分均呈下降趋势，治疗后第 2、4 天，组间差异不明显；治疗第 7 天开始到疗程结束，观察组不同时间 VAS 评分均低于对照组，差异均有非常显著性意义($P < 0.01$)。

表 2 2 组不同时点 VAS 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	第 2 天	第 4 天	第 7 天	第 10 天	第 14 天	第 21 天
对照组	50	7.0±1.7	6.1±1.6	5.5±1.7	5.3±1.4	4.4±1.2	3.8±1.0	3.6±1.1
观察组	50	6.9±1.8	6.5±1.6	5.7±1.5	4.7±1.2 ^①	3.5±1.3 ^①	2.7±0.8 ^①	2.2±0.7 ^①

与对照组同期比较，① $P < 0.01$

4.4 2 组 SF-MPQ 评分比较 见表 3。治疗后 2 组 SF-MPQ 各项评分均较治疗前下降，观察组 SF-MPQ 各项评分低于对照组($P < 0.01$)；治疗后 2 月，2 组 SF-MPQ 各项评分均较治疗后反弹上升($P < 0.05$ ， $P < 0.01$)，观察组反弹幅度低于对照组($P < 0.01$)。

4.5 2组 Oswestry 功能障碍指数比较 见表4。治疗后2组 Oswestry 功能障碍指数均下降($P < 0.01$), 观察组 Oswestry 指数低于对照组($P < 0.01$); 治疗后2月, 2组 Oswestry 指数均升高($P < 0.01$), 观察组低于对照组($P < 0.01$)。

表3 2组 SF-MPQ 评分比较($\bar{x} \pm s$, $n=50$) 分

组别	时间	PR1A	PR1S	VAS	PPI
对照组	治疗前	7.02±2.66	3.37±1.79	7.11±1.72	2.72±1.55
	治疗后	3.24±1.85 ¹	1.27±0.68 ¹	3.62±1.13 ¹	1.17±0.74 ¹
	治疗后2月	3.75±1.93 ⁴	1.95±0.83 ⁴	4.55±1.35 ⁴	1.76±0.82 ⁴
观察组	治疗前	6.95±2.75	3.29±1.84	6.93±1.81	2.69±1.59
	治疗后	2.13±1.06 ^{1②}	0.83±0.44 ^{1②}	2.33±0.78 ^{1②}	0.68±0.57 ^{1②}
	治疗后2月	2.72±1.37 ^{2③}	1.22±0.89 ^{2③}	2.73±1.02 ^{2③}	1.02±0.76 ^{2③}

与本组治疗前比较, ① $P < 0.01$; 与对照组同期比较, ②

$P < 0.01$; 与本组治疗后比较, ③ $P < 0.05$, ④ $P < 0.01$

表4 2组 Oswestry 功能障碍指数比较($\bar{x} \pm s$) %

组别	n	治疗前	治疗后	治疗后2月
对照组	50	47.7±6.71	13.6±3.28 ^①	18.4±4.63 ^③
观察组	50	48.1±7.24	8.4±2.83 ^{1②}	11.5±3.27 ^{2③}

与本组治疗前比较, ① $P < 0.01$; 与对照组同期比较, ②

$P < 0.01$; 与本组治疗后比较, ③ $P < 0.01$

5 讨论

LDH 属中医学腰痛、腰腿痛、痹证的范畴。肾中精气充足, 椎骨得以濡养, 则骨质强韧, 不易发生椎间盘退变; 而肾精亏虚, 椎骨失养, 肾虚椎骨退变, 间盘失衡^⑨。故 LDH 的发生, 以肾精亏虚, 椎骨失养为本, 同时外感风寒湿邪, 脾虚痰瘀阻滞, 与肾虚血瘀相互夹杂, 相互影响, 导致人体气血、脏腑、经络等组织结构的功能紊乱或结构的破坏而发生本病^⑩。因此临床治以补肾固本、活血、化痰、除湿之法。

腰痛方中以枸杞子、菟丝子、覆盆子补肾益精, 巴戟天、淫羊藿补肾助阳, 土鳖虫破瘀血、续筋骨, 当归活血化瘀, 全蝎通络止痛、治顽痰, 延胡索活血散瘀、行气止痛, 威灵仙、独活祛风除湿、通络止痛, 威灵仙还能化痰水, 制川乌祛风除湿、温经止痛, 黄芪、甘草益气健脾、补气血化源、固后天之本。全方兼顾先天肾之阴阳、后天脾胃之气血, 以扶正; 活血化瘀、散寒、除湿、化痰治其标实, 标本兼顾。

腧穴热敏化治疗的方法, 是以经理理论为指导,

采用艾条温和灸体表的“热敏化穴”, 激发经络感传, 促进经气运行以使气至病所, 腧穴热敏化广泛存在于临床多个疾病中, 呈现一定的普遍性^⑪。系统评价的结果显示与传统灸、针刺或西药比较, 热敏灸治疗 LDH 在快速减轻患者疼痛, 改善临床症状方面具有一定的疗效优势^⑫。

本研究采用腰痛方内服联合热敏灸治疗 LDH。结果显示, 治疗后2组 VAS 评分均呈下降趋势, 从治疗第7天至疗程结束, 观察组的 VSA 评分均低于对照组; 提示了采用腰痛方内服联合热敏灸治疗 LDH 较对照组止痛效果更好。

在疗程结束时及治疗后2月, 观察组 Oswestry 功能障碍指数均低于对照组, 提示了随着疼痛的改善, 观察组患者因疾病所致功能障碍得以改善, 也说明了腰痛方内服联合热敏灸的改善效果好且持久。以上研究结果表明腰痛方内服联合热敏灸治疗 LDH 能快速改善患者疼痛症状, 促进患者功能恢复, 临床疗效好, 且作用持久, 值得临床推广使用。

【参考文献】

- [1] 席涛. 内服中药配合经皮激光椎间盘减压术治疗腰椎间盘突出症[J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 18(24): 353-355.
- [2] 吴在德. 外科学[M]. 6版. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 1048.
- [3] 吴国林, 何元诚. 中医药治疗腰椎间盘突出症的治疗进展[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2010, 18(5): 70-72.
- [4] 国家中医药管理局. ZY/T001.1-001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994.
- [5] 张国福, 杨阳, 李华南. 热敏灸治疗配合中药内服治疗风寒湿型腰椎间盘突出症[J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 18(7): 264-266.
- [6] 韩笑, 马文珠, 王文远. 平衡针改善腰椎间盘突出症疼痛的随机对照研究[J]. 针刺研究, 2013, 38(1): 57.
- [7] 郑光新, 赵晓鸥, 刘广林, 等. Oswestry 功能障碍指数评定腰痛患者的可信性[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2002, 12(1): 13.
- [8] Macnab J. Negative disc exploration an analysis of the causes of nerve root involvement in 68 patients[J]. Bone Joint Surg(Am), 1971(53): 891.
- [9] 朱溪麟, 烟建华. 《内经》肾主骨理论与腰椎间盘突出症的相关性[J]. 北京中医药大学学报: 中医临床版, 2011, 18(1): 41-43.

- [10] 马力军, 王钢. 腰椎间盘突出症的发病机制研究进展[J]. 湖南中医杂志, 2013, 29(3): 125-127.
- [11] 徐春娟, 芦琴, 陈荣. 热敏灸疗法的临床研究进展[J]. 江西中医学院学报, 2010, 22(4): 74.
- [12] 熊俊, 陈日新, 付勇, 等. 热敏灸治疗腰椎间盘突出症随机对照试验的系统评价[J]. 江西中医药, 2011, 42(3): 48-51.

(编辑: 马力)

接骨散外敷辅助治疗桡骨远端骨折临床观察

廖伟奇

义乌市北苑社区卫生服务中心, 浙江 义乌 322000

[摘要] 目的: 观察接骨散外敷辅助治疗桡骨远端骨折的临床治疗效果。方法: 选择本中心治疗的 434 例桡骨远端骨折患者, 随机分为治疗组和对照组各 217 例, 对照组采用手法整复夹板外固定治疗, 治疗组在对照组治疗基础上给予接骨散外敷 3 月, 观察 2 组的治疗效果、骨折愈合时间和不良反应情况。结果: 总有效率治疗组为 89.40%, 对照组为 69.12%, 2 组总有效率比较, 差异有非常显著性意义 ($P < 0.01$)。治疗组骨折愈合时间优于对照组 ($P < 0.01$)。2 组不良反应发生率比较, 差异无显著性意义 ($P > 0.05$)。结论: 在手法整复夹板外固定治疗的基础上给予接骨散外敷辅助治疗桡骨远端骨折, 疗效显著, 明显缩短骨折愈合的时间, 不良反应轻微。

[关键词] 桡骨远端骨折; 中西医结合疗法; 接骨散

[中图分类号] R683.41 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2013) 12-0083-03

桡骨远端骨折指发生在旋前方肌近侧端以及远部位的骨折, 此部位属于松质骨与密质骨的交界部位, 是生理上解剖较为薄弱的地方, 受到外力的作用极易发生骨折^[1]。桡骨远端骨折可占到全身骨折的 7%~11%, 一般好发于老年人, 女性居多, 多数是由低能量的损伤所导致。现代医学理论认为, 骨折部位血液的供应与软组织损伤的程度为影响骨折愈合的重要因素。有研究表明, 中药对于改善骨折断端血液的供应与加速钙盐沉积具有很好的效果^[2-3]。本中心采用中药接骨散外敷辅助治疗桡骨远端骨折, 取得了较好的临床治疗效果, 现报道如下。

1 临床资料

选取 2010 年 1 月~2013 年 1 月本中心治疗的桡骨远端骨折患者, 共 434 例, 均经 CT 等明确诊

断。采取随机数字表法将患者随机分为对照组和治疗组各 217 例, 治疗组男 101 例, 女 116 例; 年龄 44~82 岁, 平均(58.52±4.25)岁。对照组男 99 例, 女 118 例; 年龄 49~86 岁, 平均(59.04±4.37)岁。2 组性别、年龄、骨折情况等一般资料组间比较, 差异均无显著性意义($P > 0.05$)。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用手法整复夹板外固定治疗。复位前进行骨折端血肿麻醉, 疼痛缓解后开始手法复位。注意骨折端在持续牵引下采用骨折的远端逆向移位方法进行整复, 复位满意后敷上驳骨油纱, 然后实施前臂四夹板固定, 伸直型患者固定在轻度掌屈、尺偏位, 屈曲型患者固定在轻度背伸、尺偏位, 使用 3 条绷带进行捆绑, 最后将前臂放置在中立位置进行屈

[收稿日期] 2013-08-20

[作者简介] 廖伟奇 (1976-), 男, 医学硕士, 副主任医师, 研究方向: 骨关节病, 创伤骨科。