

针灸配合甘露醇、地塞米松治疗腰椎间盘突出症急性期疗效观察

罗琳¹, 陶惠琼², 田有坤¹

(1. 云南省宣威市中医医院, 云南宣威 655400; 2. 云南省宣威市第八中学, 云南宣威 655400)

摘要: **目的** 比较针灸配合甘露醇、地塞米松疗法与针灸疗法及甘露醇、地塞米松疗法治疗腰椎间盘突出症急性期的临床疗效差异, 探索腰椎间盘突出症的较佳治疗方法。 **方法** 将 186 例患者随机分为治疗组和对照 1 组及对照 2 组, 每组 62 例。治疗组以针灸配合甘露醇、地塞米松; 对照 1 组以针灸治疗, 取穴以腰夹脊穴、环跳、秩边、委中为主。配穴: 配以风市、足三里、阳陵泉、悬钟、承扶、承山、太溪、昆仑等; 对照 2 组以 20% 甘露醇 250mL+地塞米松 10mg, 静脉快速滴注, 1 次/d, 共使用 5~7d 后停药。治疗 10d 为 1 个疗程, 治疗 2 个疗程后观察疗效, 观察 3 组治疗前后疼痛程度评分(VAS), 并比较 3 组疗效。 **结果** 治疗组痊愈率 85.5%(53/62), 优于对照 1 组 51.6%(32/62) 及对照 2 组的 61.3%(32/62); 治疗组有效率 100%(62/62), 亦优于对照 1 组 91.9% 及对照 2 组 96.8%; 3 组 VAS 评分均较治疗前明显改善, 治疗组治疗后评分较对照组改善更明显($P<0.01$)。 **结论** 针灸配合甘露醇、地塞米松治疗腰椎间盘突出症急性期疗效显著。

关键词: 针灸治疗; 甘露醇、地塞米松; 腰椎间盘突出症急性期

中图分类号: R246.2 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-2723(2013)06-0056-03

腰椎间盘突出症, 又称“腰椎间盘突出纤维环破裂髓核突出症”, 是指腰椎间盘发生退行性改变后, 因外力作用, 使纤维环部分或完全破裂, 髓核向外膨出或突出, 压迫神经根, 或刺激脊髓, 而引起的一组以腰痛为主的证候群^[1]。本病是腰腿疾病中的常见病证, 是引起下背痛和坐骨神经痛的最主要的原因之一, 以 L4~5、L5~S1 椎间盘最易发生, 约占 90%~96%^[2]; 由于生活水平的提高和劳动方式的改变, 该病的发病率呈逐渐上升趋势, 发病年龄已从过去 20~40 岁发展至 15~76 岁; 临床上急性期患者表情痛苦, 坐卧不宁, 严重影响生活和工作。针对该病的治疗方法很多, 75%~85% 的患者可通过非手术治疗使症状好转或痊愈^[3]。笔者自 2011 年 3 月~2013 年 3 月采用针灸配合甘露醇、地塞米松治疗腰椎间盘突出症急性期患者 186 例, 取得满意的效果, 现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般情况

186 例(不含脱落 24 例, 其中不能坚持针灸治

疗者 9 例; 未按要疗程治疗, 中途退出者 10 例; 转院治疗者 5 例) 均为我科住院患者, 采用随机数字表法分为治疗组(针灸配合甘露醇、地塞米松), 对照 1 组(针灸组), 对照 2 组(甘露醇、地塞米松组), 每组各 62 例。各组患者在性别、年龄、病程、治疗前评分等一般资料比较, 差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性(见表 1)。

1.2 诊断标准

参照国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》^[4] 中腰椎间盘突出症的诊断标准确诊。①有腰部外伤史, 慢性劳损或受寒湿史, 大部分患者发病前有慢性腰痛史; ②腰痛向臀部及下肢放射, 腹压增加(如咳嗽、喷嚏)时疼痛加重; ③脊柱侧凸畸形, 生理前凸消失, 活动受限, 棘突旁压痛并放射至下肢; ④直腿抬高试验及加强试验阳性; ⑤神经系统检查示膝腱反射、跟腱反射减弱, 下肢皮肤节段分布区感觉过敏或迟钝, 拇趾背伸或跖屈力减弱; ⑥X 线片可见椎间隙变窄、椎缘增生, 脊柱侧

表 1 3 组腰椎间盘突出症患者一般资料比较

组别	例数	性别		年龄			病程/d			治疗前评分 ($\bar{x}\pm s$)
		男	女	最大	最小	平均($\bar{x}\pm s$)	最长	最短	平均($\bar{x}\pm s$)	
治疗组	62	34	28	78	25	54.05 $\pm$ 14.02	26	2	14.23 $\pm$ 7.55	8.66 $\pm$ 1.31
对照 1 组	62	38	24	79	23	54.82 $\pm$ 14.47	21	4	10.81 $\pm$ 10.52	8.89 $\pm$ 1.19
对照 2 组	62	32	30	79	24	53.74 $\pm$ 13.82	18	2	11.32 $\pm$ 11.35	8.24 $\pm$ 1.40

收稿日期: 2013-09-22 修回日期: 2013-10-10

作者简介: 罗琳(1976~), 男, 云南镇雄人, 主治医师, 研究方向: 中西医、针灸推拿治疗骨关节疾病。

凸,生理前凸消失;腰椎CT或MRI示:腰椎间盘突出或突出。⑦发病在14d之内,剧烈疼痛、难以忍受、压痛明显、活动受限。并排除其他疾病,可列入治疗范围。

1.3 纳入标准

①符合上述诊断标准。②年龄20~80岁。③同意使用针灸及甘露醇、地塞米松治疗者。

1.4 排除标准

有下列情况之一者,不能纳入本试验:①年龄 ≤ 20 周岁或 ≥ 80 周岁患者。②脊柱外科手术史。③严重脊柱创伤史。④影像学所见有脊柱骨质肿瘤、结核、骨质疏松等患者。⑤伴随严重高血压、糖尿病、慢性肝肾功能不全等疾病。以及合并呼吸系统、心脑血管、造血、消化系统等严重疾病或精神病患者。⑥妊娠期及哺乳期妇女。⑦马尾神经症状者。⑧有其它自身免疫性疾病、变态反应性疾病和急、慢性感染者及肝肾功能异常者。⑨惧怕使用针灸及甘露醇、地塞米松治疗或不合作的患者。⑩不愿加入本试验者。

2 治疗方法

2.1 治疗组(针灸配合甘露醇、地塞米松治疗组)

针灸治疗:取穴:主穴为相应腰夹脊穴、秩边、委中。配穴:太阳经型配以承扶、承山、昆仑等,少阳经型配环跳、风市、阳陵泉、悬钟等,混合型者上述穴位适当选取。平补平泻,留针20min。每日1次,10d为1个疗程。另予20%甘露醇250mL+地塞米松10mg,静脉快速滴注,1次/d,共使用5~7d后停药,继续针灸治疗,期间疼痛难忍者可服止痛药(芬必得胶囊0.3 PO,SOS)以减轻患者痛苦,并监测电解质以防低血钾。

2.2 对照1组(针灸组)

取穴:主穴为相应腰夹脊穴、秩边、委中。配穴:太阳经型配以承扶、承山、昆仑等,少阳经型配环跳、风市、阳陵泉、悬钟等,混合型者上述穴位适当选取。平补平泻,留针20min。每日1次,10d为1个疗程。期间疼痛难忍者可服止痛药(芬必得胶囊0.3 PO,SOS)以减轻患者痛苦。

2.3 对照2组(甘露醇、地塞米松组)

予20%甘露醇250mL+地塞米松10mg,静脉快速滴注,1次/d,共使用5~7d后停药,期间疼痛难忍者可服止痛药(芬必得胶囊0.3 PO,SOS)以减轻患者痛苦,并监测电解质以防低血钾。

3 疗效观察

3.1 观察指标与方法

采用《中国康复医学诊疗规范》^[5]目测类比分法(VAS)评价疼痛程度。方法为在纸上画10cm长的直线,按“mm”分度,直线左端为“0”表示“无痛”,右端为“10”表示“极痛”。首先,向受检者说明检查方法与线段的含义,示范并教会患者使用。让患者目测后,用铅笔在该直线上划定出某一点,表示其疼痛程度;医师测定该点与直线左端“0”点之间的距离并如实记录。

3.2 疗效标准

参照《中医病证诊断标准》^[4]中腰椎间盘突出症疗效标准。痊愈:腰腿部症状和体征完全消失,腰背部功能正常;好转:腰腿部症状和体征基本消失,偶有腰背部痛,但不影响日常起居,腰背部功能基本正常;无效:治疗后腰背部症状、体征、腰背部功能无明显改善,需要手术治疗。

3.3 统计学方法

所有数据均采用SPSS16.0统计分析软件进行统计处理,数据用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$),计量资料采用方差分析;计数资料用卡方检验, $P < 0.05$ 为有统计学差异, $P < 0.01$ 有显著统计学差异。

3.4 治疗结果 (见表2、表3)

表2 3组腰椎间盘突出症患者治疗前后VAS评分比较

组别	例数	治疗前	治疗后	P值
治疗组	62	8.66 $\pm$ 1.31	0.24 $\pm$ 0.67	$P < 0.01$
对照1组	62	8.89 $\pm$ 1.19	2.05 $\pm$ 2.74 ¹⁾	$P < 0.01$
对照2组	62	8.24 $\pm$ 1.40	2.02 $\pm$ 2.85 ¹⁾²⁾	$P < 0.01$

注:与治疗组相比,1) $P < 0.001$,2)与对照1组 $P > 0.05$

表3 3组腰椎间盘突出症患者临床疗效比较 例(%)

组别	例数	痊愈	好转	无效	总有效率/%
治疗组	62	53(85.5)	9(14.5)	0(0.0)	100
对照1组	62	32(51.6)	25(40.3)	5(8.1)	91.9 ¹⁾
对照2组	62	36(58.1)	18(29.0)	8(12.9)	87.1 ²⁾³⁾

注:与治疗组相比,1) $P < 0.05$,2) $P < 0.01$,3)与对照1组 $P > 0.05$

4 讨论

腰椎间盘突出症是导致腰腿痛常见原因之一。其椎间盘退变是内因,急性或慢性损伤是外因,最常见的症状就是腰部或(和)下肢的疼痛^[6]。是由于脊神经根特别是背根神经节受到某种伤害性刺激而引起的疼痛。最常见的伤害性刺激是机械压迫和炎性刺激,如椎间盘突出、关节突增生、黄韧带肥厚等,对神经根的损伤既有突出物的机械压迫又有髓核组织和致炎因子的化学刺激。神经根受压迫后周围产生充血、水肿、炎症、缺血、变性、坏死,释放出

内源性化学物质(如缓激肽、血清素、组胺、前列腺素、白三烯等);加之退变椎间盘中的炎症物质(如肿瘤坏死因子、乳酸、IgA、自由基等)均有刺激炎症反应的致病作用,引起该处细胞膜处于对刺激的超敏状态,甚至会产生自发性重复放电,引起神经持续性疼痛^[7]。腰椎间盘突出症急性期临床上多指发病在 2 周内,腰腿剧烈疼痛、难以忍受、压痛明显,活动受限,直腿抬高试验多在 30°之内;与之相应的 CT 或 MR 检查显示椎间盘突出的部位及程度。Mur-phy 和 Rothman 等提出正常神经受压时并无疼痛产生,只是在有着炎症的神经根受压时才会产生疼痛;故此期治疗的关键是控制无菌性炎症,减轻水肿,改善局部血液循环^[8]。

甘露醇注入静脉后使血浆渗透压迅速提高,使组织间液水分向血浆转移,增加血容量,使肾小球小动脉扩张而增加肾血流量。从肾小球滤过后几乎不被肾小管重吸收,为维持一定渗透压,需保持一定水分,它抑制水的重吸收,也间接抑制 Na⁺在近曲小管和髓袢升支的运转。髓质细胞间液中钠离子浓度降低,使原有的高渗压不能维持,结果使集合管水的重吸收减少,尿量增加^[9]。从而减轻脑水肿和神经根水肿,改善神经根周围组织对神经根的机械压迫,从而改善局部血液循环,使炎性刺激因子迅速排出,减轻对神经根的刺激,缓解疼痛。地塞米松属糖皮质激素,具有强大的抗炎及免疫抑制作用,在急性炎症初期,能增高血管紧张性,减轻充血,降低毛细血管的通透性,减轻渗出、水肿;能抑制感染性、物理性、化学性、免疫性及无菌性炎症,并具有一定脱水作用。故可有效抑制神经根炎症,减轻其水肿,有效改善局部血液循环。同时两者亦是自由基清除剂,可清除自由基,减轻病理性自由基对细胞膜的损害,二者合用可起到明显的控制炎症、减轻神经根水肿、改善局部血液循环的作用,从而有效地缓解腰腿疼痛症状。

腰椎间盘突出症属中医“痹症”“腰痛”病范畴,《内经》云“风寒湿三气杂至和而为痹也^[10]”,又云“邪之所凑,其气必虚^[10]”。可见腰痛病发病是肾虚的基础上,感受风寒湿热之邪,气血凝滞痹阻,筋络阻塞不通,不通则痛;或因肝肾气血亏虚、筋脉失养,不荣则痛。其治疗不外祛风除湿、益气活血、补益肝肾、通络止痛等^[11]。针灸治疗腰椎间盘突出症方法众多,疗效满意且不良反应少^[12]。本研究取腰夹脊穴为局部取穴,其下为椎间外孔,有相应腰神经穿出,针灸可疏通局部筋络气血,松懈粘连,并刺激神经,产

生类啡肽样物质,提高相应节段神经的痛阈,缓解疼痛;秩边为膀胱经穴,其下为坐骨神经通过,针刺可促进血液循环、消除炎性水肿、缓解疼痛,若针刺时能使针感如触电般放射至足部,疗效更明显。是因为通过针刺加强了传入粗神经纤维的活动,同时减弱了传入细神经(c类)的活动,阻止疼痛信息向上传递,从而达到镇痛效果^[13];委中为膀胱经两分支在腘窝的交汇点,“腰背委中求”针刺可疏通腰背部膀胱经脉气血,通络止痛。由于坐骨神经有沿足太阳经、足少阳经放射疼痛两种情况。故配以承扶、承山、昆仑等或配环跳、风市、阳陵泉、悬钟以疏通两经闭塞不通之气血,均为经脉所过,主治所及之意。

通过观察,针灸配合甘露醇、地塞米松治疗腰椎间盘突出症急性期,可以迅速减轻神经根水肿,控制无菌性炎症,改善局部血液循环,从而取得显著疗效,且治疗疗效明显优于单独应用针灸或甘露醇、地塞米松治疗,这一中西结合的疗法疗程短、见效快,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 范炳华. 推拿学[M]. 北京:中国中医药出版社,2008:128.
- [2] 李镇锋,王彩华,王丽辉,等. 不同物理疗法治疗 400 例腰椎间盘突出症疗效观察[J]. 颈腰痛杂志,2012,33(5):373.
- [3] 王晓彤. 针灸、牵引、推拿治疗腰椎间盘突出症突出 8mm 及以上 20 例[J]. 颈腰痛杂志,2010,31(6):474.
- [4] 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准 [S]. 南京:南京大学出版社,1994.
- [5] 中华人民共和国卫生部医政司. 中国康复医学诊疗规范(下册)[M]. 北京:华夏出版社,1999:3.
- [6] 成钢. 耳穴臀点定向透刺电针法治疗腰椎间盘突出症疗效观察[J]. 中国针灸,2013,33(1):31.
- [7] 岳寿伟. 腰椎间盘突出症的非手术治疗 [M]. 4 版. 北京:人民军医出版社,2011:35-36.
- [8] 李林,陈博,张明才,等. 电针夹脊穴治疗腰椎间盘突出症急性炎症期临床观察 [J]. 中华中医药学刊,2010,28(11):2264.
- [9] 陈钟英,刘天培,杨玉. 临床药物手册[M]. 3 版. 上海:上海科学技术出版社,1995,8:497.
- [10] 王洪图. 内经选读 [M]. 上海:上海科学技术出版社,1997:126,100.
- [11] 马胜. 针灸治疗腰椎间盘突出症 120 例疗效观察 [J]. 中国针灸,1998,18(1):39-40.
- [12] 马胜,马军,潘靖年,等. 针刺与铺灸疗法治疗腰椎间盘突出症对比研究[J]. 中国针灸,2010,30(7):565.
- [13] 圣瑞,张体顺,王遵祥,等. 浅谈综合治疗腰椎间盘突出症疗效分析[J]. 颈腰痛杂志,2006,27(1):75-76.

(编辑:李平)