

doi: 10.3969/j.issn.1009-6469.2019.09.047

◇ 药物与临床 ◇

通脉温阳灸联合氯诺昔康治疗腰椎间盘突出症急性期 30例临床观察

吴萌萌, 蔡圣朝

作者单位: 安徽中医药大学第二附属医院老年病科, 安徽 合肥 230061

通信作者: 蔡圣朝, 男, 主任医师, 博士生导师, 研究方向: 中医药防治老年性疾病, E-mail: caishengchao@sina.com

基金项目: 全国名老中医药专家传承工作室建设项目(国中医药人教发[2014]47号)

摘要: **目的** 观察通脉温阳灸联合氯诺昔康治疗腰椎间盘突出症急性期的临床疗效。**方法** 选取2014年1月至2018年7月安徽中医药大学第二附属医院腰椎间盘突出症急性期病人60例, 采用随机数字表法分为通脉温阳灸联合氯诺昔康组和氯诺昔康组, 每组30例。氯诺昔康组治疗为氯诺昔康8 mg 静脉滴注, 每天2次, 治疗10 d; 通脉温阳灸联合氯诺昔康组在同氯诺昔康组治疗的同时予以通脉温阳灸, 隔日1次, 分别于d1, d3, d5, d7, d9灸疗, 共5次。观测治疗前后视觉模拟量表评分(VAS)、直腿抬高试验角度和腰椎疾患成绩判断评分(JOA), 并且记录治疗中不良反应和3个月随访情况。**结果** 治疗后氯诺昔康组、通脉温阳灸+氯诺昔康组VAS分值分别为(1.94±1.41)分、(0.62±0.60)分, 较治疗前(6.79±0.68)、(6.83±0.70)分降低, 直腿抬高试验角度, JOA分值较治疗前升高($P < 0.01$); 治疗前后VAS评分差值、直腿抬高试验角度差值和JOA差值两组间比较, 通脉温阳灸联合氯诺昔康组均大于氯诺昔康组($P < 0.01$); 通脉温阳灸联合氯诺昔康组愈显率(93.33%)明显高于氯诺昔康组(46.67%), 治疗过程中通脉温阳灸联合氯诺昔康组未出现不良反应, 且3个月后随访复发率低于氯诺昔康组($P < 0.05$)。**结论** 通脉温阳灸联合氯诺昔康治疗腰椎间盘突出症急性期的临床疗效明显优于氯诺昔康治疗。

关键词: 椎间盘移位; 通脉温阳灸; 氯诺昔康

Clinical observation on treating acute stage of lumbar intervertebral disc herniation by tongmaiwenyangmoxibustion

WU Mengmeng, CAI Shengchao

Author Affiliation: The Geriatric Department, The Second Affiliated Hospital of Anhui University of Traditional Chinese Medicine, Hefei, Anhui 230061, China

Abstract: Objective To compare the clinical effect between the application of tongmaiwenyangmoxibustion combined with western medicine and that of western medicine on acute stage of lumbar intervertebral disc herniation. **Methods** 60 patients with acute stage of lumbar intervertebral disc herniation were randomly divided into tongmaiwenyangmoxibustion combined with western medicine group and western medicine group, 30 cases in each group. The western medicine group was treated with 8mg clonoxicam intravenous infusion twice a day for 10 days. Tongmaiwenyangmoxibustion combined with western medicine group was treated with tongmaiwenyang moxibustion once every other day, on the 1st, 3rd, 5th, 7th and 9th days respectively, 5 times totally, and at the same time it was treated with the way of western medicine group. Visual simulation scale score (VAS), straight leg elevation test angle and lumbar spine disease score (JOA) were observed before and after treatment, and adverse reactions and 3-month follow-up were recorded. **Results** After treatment, the scores of VAS and JOA in the two groups were lower, and the JOA scores of tongmaiwenyangmoxibustion combined with western medicine group were higher than those in the western medicine group ($P < 0.01$). The difference of VAS scores, leg elevation test angle and the JOA scores between the two groups before and after treatment were higher than those in the western medicine group. The effective rate of tongmaiwenyangmoxibustion combined with western medicine group (93.33%) was significantly higher than that of the western medicine group (46.67%), and the recurrence rate was lower after 3 months than that in the western medicine group ($P < 0.05$). **Conclusion** The clinical efficacy of tongmaiwenyangmoxibustion combined with western medicine in the treatment of acute stage of lumbar intervertebral disc herniation is significantly better than that of western medicine.

Key words: Intervertebral displacement; Tongmaiwenyangmoxibustion; Lornoxicam

腰椎间盘突出症(lumbar disc herniation, LDH)属于中医“腰痛”范畴,是导致腰腿痛最常见的原因

之一,好发于L4/5、L5/S1,占90%以上^[1]。电子网络化的普及直接减少了人们运动的时间,导致LDH呈

现低龄化、广泛化趋势,严重威胁到人们的生活质量^[2-3]。约85%~90%LDH病人通过保守治疗症状能够得到缓解^[4]。西医治疗主要使用抗炎止痛药、激素及维生素等,起到缓解疼痛和营养神经的作用,但易复发,有一定的副作用,临床疗效欠佳^[5]。通脉温阳灸是一种新颖的特色铺灸疗法^[6]。与传统铺灸比较,它操作安全简便,具有温补肾阳,温通经脉,祛寒除湿,扶固正气,平衡阴阳的作用^[7]。笔者采用通脉温阳灸联合氯诺昔康治疗急性期LDH(寒湿腰痛),报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2014年1月至2018年7月安徽中医药大学第二附属医院腰椎间盘突出症急性期病人60例,采用随机数字表法分为通脉温阳灸联合氯诺昔康组和氯诺昔康组,每组30例。氯诺昔康组男10例,女20例,年龄范围26~79岁,年龄(58.97±13.66)岁;病程范围为12~36个月,病程(21.80±7.00)个月;急性发病时间1~7d,平均急性发病时间(4.60±1.85)d。通脉温阳灸+氯诺昔康组男12例,女18例,年龄范围38~77岁,年龄(58.13±10.59)岁,病程范围为12~40个月,病程(21.37±7.71)个月;急性发病时间范围为2~7d,急性发病时间(4.73±1.48)d。两组在年龄、性别和病程及急性发病时间方面比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究符合《世界医学协会赫尔辛基宣言》相关要求。

诊断标准参照国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》中腰椎间盘突出症诊断标准^[8]。中医证候分类^[9]:本研究只选择属于寒湿腰痛证型的病人,主要临床表现是:腰部冷痛重着,转侧不利,逐渐加重,静卧病痛不减,寒冷和阴雨天则加重,舌质淡,苔白腻,脉沉而迟缓。

1.2 纳入及排除标准

1.2.1 纳入标准 (1)符合LDH的诊断标准和中医证候分类为寒湿腰痛的病人;(2)年龄范围20~80岁;(3)急性发病7d内;(4)视觉模拟量表(visual analogue scale, VAS)评分在4~8分之间;(5)意识清醒,无精神障碍,无严重脏器疾患及血液系统疾病;(6)两月内未使用激素类及抗风湿类药物者;(7)签署知情同意书并配合治疗者。

1.2.2 排除标准 ①妊娠或哺乳期妇女;②合并有严重心脑血管、肝、肾疾病及精神异常;③合并有腰椎肿瘤、感染、结核等原因所致的腰椎管狭窄、占位性的压迫病变或其他部位肿瘤者;④接受腰椎手术治疗和严重腰椎先天畸形者;⑤有严重皮肤损伤或皮肤病者;⑥有胃肠道溃疡或出血病史;⑦对本研

究操作过敏或不耐受者。

1.3 治疗方法

1.3.1 氯诺昔康组 给予0.9%氯化钠250mL(中国大冢制药有限公司,生产批号1310181,5J9G2,6K71G2)+注射用氯诺昔康8mg(浙江震元制药有限公司,生产批号13062027,141012)静脉滴注,每天2次,连续治疗10d。

1.3.2 通脉温阳灸+氯诺昔康组 在氯诺昔康组治疗的基础上,予以通脉温阳灸治疗,分别于第1、3、5、7、9天灸疗,共5次。

通脉温阳灸的操作步骤:(1)准备材料:将鲜生姜1500g切成黄豆粒大小,放在可控水的容器中6h晾干;将清艾绒250g制成三棱锥体艾炷(直径为2cm×高2.5cm);医用无菌纱布(80cm×100cm);自制通脉温阳灸治疗器(专利号:ZL201020259893.9),保温排烟罩。(2)定位:病人俯卧于床上,暴露腰背部,在背、腰、骶部,横向取督脉和膀胱经循行第一侧线内,纵向取“大椎”至“腰俞”穴,施灸部位涵盖膀胱经第一侧线,督脉,和夹脊穴。(3)方法:①用医用纱布把病人背部的汗液擦干后,铺一层医用纱布;②把通脉温阳灸治疗器放置灸处,将切好的生姜粒1.5kg,均匀地铺在治疗器内,厚度2.5~3cm,在生姜上成排无间隔放入锥形艾柱,自上而下点燃艾柱;③用保温排烟罩扣住通脉温阳灸治疗器,并连接排烟管向外排烟;④艾柱完全燃尽为1壮,如前加艾柱点燃施灸,共灸3壮,约3h灸完,以病人微微出汗为度;⑤3壮结束后,将治疗器与生姜取下,用纱布擦干腰背部的汗液,嘱病人饮温水,保暖避风寒。见图1。

注意事项^[10]:①灸疗中,禁止病人大幅度的活动,以防烫伤;②灸后勿将施灸部位直对风扇或空调吹;3~4h后方可洗浴。③灸疗期间饮食宜清淡。

1.4 观察指标

1.4.1 VAS 采用VAS评价疼痛程度。让病人在直尺上标出符合自己疼痛的位置,分别在治疗前与治疗后观察记录。

1.4.2 直腿抬高试验 病人去枕仰卧,检查者一手握住病人踝部,另一手置于膝关节上方,使膝关节保持伸直位,当抬高到一定角度,病人感到下肢出现放射性疼痛或麻木,或原有的疼痛,麻木加重时即为阳性。用数显角度尺(德清盛泰芯电子科技有限公司)记录其抬高的角度。分别于治疗前和治疗后检查记录。

1.5 临床疗效评分 评分标准参照日本整形外科学会制定的“腰椎疾患成绩判断评分标准”^[11-12](JOA),采用计分制,总分29分。量表包括主观自

觉症状(9分)、临床体征(6分)、生活中的特定动作(14分)和膀胱功能4个方面,总分29分。分别于治疗前后进行评分并计算出JOA分值。改善率 = [(治疗后评分-治疗前评分)/(29-治疗前评分)] × 100%。改善率为100%时为治愈,大于60%为显著,25%~60%为有效,小于25%为无效。愈显率 = [(治愈例数+显著例数)/总例数] × 100%。

1.6 不良反应及随访 治疗过程中,认真如实地记录病人出现的不良反应。治疗后3个月进行电话随访。

1.7 统计学方法 所有数据采用SPSS22.0软件进行分析。计数资料组间比较采用 χ^2 检验,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示;组内比较采用配对 t 检验,组间比较采用独立样本 t 检验,等级资料采用秩和检验,以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 VAS分值比较 治疗前两组VAS分值比较差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后两组VAS分值较治疗前均明显降低($P < 0.01$);两组治疗前后VAS差值比较,通脉温阳灸+氯诺昔康组明显高于氯诺昔康组($P < 0.05$),说明氯诺昔康和通脉温阳灸+氯诺昔康治疗LDH都具有一定的镇痛作用,而通脉温阳灸+氯诺昔康的镇痛作用明显优于氯诺昔康。见表1。

表1 腰椎间盘突出症急性期60例通脉温阳灸和氯诺昔康治疗前后VAS分值比较/(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	治疗前后差值	
氯诺昔康组	30	6.79±0.68	1.94±1.41	4.84±1.14	
通脉温阳灸+氯诺昔康组	30	6.83±0.70	0.62±0.60	6.21±0.74	
t 值		-0.225	23.22	45.73	5.491
P 值		0.823	<0.01	<0.01	<0.01

2.2 直腿抬高试验角度比较 治疗前两组直腿抬高试验角度差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后两组直腿抬高试验角度较治疗前均明显升高($P < 0.01$);两组治疗前后差值比较,通脉温阳灸+氯诺昔康组明显大于氯诺昔康组($P < 0.01$),说明通脉温阳灸+氯诺昔康和氯诺昔康都能改善LDH直腿抬高试验的角度,而通脉温阳灸+氯诺昔康明显优于氯诺昔康。见表2。

表2 通脉温阳灸和氯诺昔康治疗腰椎间盘突出症急性期60例治疗前后直腿抬高试验角度比较/(°, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	治疗前后差值	
氯诺昔康组	30	40.03±10.18	63.90±15.30 ^a	23.87±9.72	
通脉温阳灸+氯诺昔康组	30	39.63±9.11	82.73±9.52 ^b	43.10±10.78	
t 值		0.160	-13.45 ^a	-21.90 ^b	-7.256
P 值		0.873	<0.01 ^a	<0.01 ^b	<0.01

2.3 临床疗效比较 治疗前两组JOA值差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后两组JOA分值较治疗前明显升高($P < 0.01$);两组治疗前后JOA差值比较,通脉温阳灸+氯诺昔康组明显大于氯诺昔康组($P < 0.01$),见表3;通脉温阳灸+氯诺昔康组的愈显率93.33%,明显高于氯诺昔康组愈显率46.67% ($Z = -3.703, P < 0.01$),见表4。

表3 腰椎间盘突出症急性期60例通脉温阳灸和氯诺昔康治疗前后JOA分值比较/(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	治疗前后差值	
氯诺昔康组	30	9.30±3.62	20.53±6.32	11.23±3.80	
通脉温阳灸+氯诺昔康组	30	9.20±3.62	26.77±3.50	17.57±4.32	
t 值		0.107	-16.18	-22.27	-6.027
P 值		0.915	<0.01	<0.01	<0.01

表4 通脉温阳灸和氯诺昔康治疗腰椎间盘突出症急性期两组临床疗效比较

组别	例数	痊愈/例	显著/例	有效/例	无效/例	愈显率/%
氯诺昔康组	30	4	10	12	4	46.67
通脉温阳灸+氯诺昔康组	30	11	17	2	0	93.33

2.4 治疗后3个月随访结果 治疗后3个月随访,氯诺昔康组复发率为20%,通脉温阳灸+氯诺昔康组未出现复发,两组复发率比较,差异有统计学意义($\chi^2 = 4.630, P = 0.031$)。见表5。

表5 通脉温阳灸和氯诺昔康治疗腰椎间盘突出症急性期两组治疗后3个月随访结果比较

组别	例数	有效/例	复发/例	复发率/%
氯诺昔康组	30	24	6	20
通脉温阳灸+氯诺昔康组	30	30	0	0

2.5 不良反应 研究过程中,通脉温阳灸+氯诺昔康组病人无不良反应事件发生,氯诺昔康组有2例病人出现不良反应,其中1例出现恶心呕吐,1例出现腹泻,均予以对症治疗,症状完全缓解。

3 讨论

LDH是因腰椎间盘突出、纤维环破裂、髓核组织突出压迫和刺激腰骶神经根、马尾神经引起的一种综合征,主要表现为腰腿痛和腰部运动障碍。关于LDH发病机制主要有化学性神经根炎学说、机械压迫学说和自身免疫学说^[13],其中化学性神经根炎学说是主流学说。LDH急性期主要治疗目标是消除神经根炎性水肿,缓解腰腿痛,改善运动障碍^[14]。研究发现,氯诺昔康具有一定的抗炎镇痛作用。氯诺昔康组给予氯诺昔康注射液治疗,主要是

通过抑制炎症反应,消除神经根炎性水肿,起到镇痛的作用,能够一定程度地缓解 LDH 腰腿痛症状。然而治疗中出现腹泻,头晕不良反应,后期随访有 20% 的病人复发,这可能与氯诺昔康的止痛机制比较单一有关。通脉温阳灸结合氯诺昔康治疗 LDH 能够在短时间内明显降低 VAS 分值,提高直腿抬高试验的角度和 JOA 分值,明显缓解病人的腰腿痛,大幅度地改善病人的运动障碍,愈显率高达 93.33%,而且无不良反应,3 个月后随访无复发。

LDH 属“腰痛”,“痹症”范畴。寒湿腰痛主要是因为寒湿之邪侵袭腰部,导致腰部经脉不通,气血不行,“不通则痛”。《黄帝内经》中提出其病因为虚、寒、湿^[15],可见 LDH 是本虚标实之证,肾虚为本,寒湿瘀滞为标,寒愈重则痛愈剧,故治疗应温补肾阳,祛寒除湿。从经络理论方面,本病与督脉和足太阳膀胱经有关。督脉起于会阴,并于脊里,督脉虚衰经脉失养,则腰脊酸软。足太阳膀胱经“夹脊,抵腰中,入循膂”,病则“脊痛、腰似折、髀不可以曲”。故治疗腰痛应以疏通督脉和足太阳膀胱经为主。通脉温阳灸,由传统铺灸改良后而成,是使用特制的通脉温阳灸治疗器在督脉、双侧膀胱经第一侧线之间的区域施灸,用于治疗局部及全身疾病的温灸器灸法^[16],具有施术独特、面积广、温通温补之力强,透灸等特点,具有温补肾阳,温通经脉,祛寒除湿,扶固正气,平衡阴阳的作用。“经脉所行,主治所及”,通脉温阳灸的施灸部位在督脉和足太阳膀胱经。“寒者热之”,“虚者补之”,通脉温阳灸具有祛除寒湿,温补肾阳的作用。“凡灸诸病,火必足气到,始能求愈”(《医宗金鉴·刺灸心法要诀》),通脉温阳灸具有强大的温通温补的作用,使寒湿除,肾阳充,经脉通,所以治疗寒湿腰痛有很好的临床疗效。“正气存内,邪不可干”,通脉温阳灸扶固正气,抵御外邪的侵入,故疗效持久。此外,研究发现^[17],艾灸通过调节和控制炎症反应,减轻炎症损伤;通过加强细胞代谢能力,进而促进浮肿、粘连、渗出物、血肿等病理产物消散吸收;还具有全身调节的作用^[18],所以通脉温阳灸联合氯诺昔康具有叠加抗炎作用,能够更好的抑制 LDH 的炎症反应,达到较好的镇痛效果。此外,通脉温阳灸还可进一步调节机体的免疫反应,促进机械压迫导致的病理产物如脱出的髓核,软组织的水肿等的吸收和消散,故能从根本上治疗 LDH,快速地达到镇痛和改善病人运动障碍的效果。

本研究首次将通脉温阳灸用于治疗急性期腰

椎间盘突出症,与氯诺昔康联合治疗,两者相得益彰,能快速有效地解除 LDH 病人的疼痛和运动障碍,无不良反应,且后期疗效持久;相比针刺,更易被病人接受,是 LDH 较佳的治疗方法,在临床上可推广使用。

(本文图 1 见插图 9-3)

参考文献

- [1] 周谋望,岳寿伟,何成奇,等.“LDH 的康复治疗”中国专家共识[J].中国康复医学杂志,2017,32(2):129-135.
- [2] 马春杰,罗珊珊,李建设,等.低氧诱导因子在腰椎间盘突出中的病理机制研究[J].安徽医药,2017,21(7):1306-1310.
- [3] ALBAYRAK S, OZTURK S, DURDAG E, et al. Surgical management of recurrent disc herniations with microdiscectomy and long-term results on life quality: Detailed analysis of 70 cases[J]. Journal of Neurosciences in Rural Practice, 2016, 7(1): 87-90.
- [4] 蔡进奎,李章华,方卫军,等.经皮椎间孔镜技术治疗腰椎间盘突出症的临床疗效分析[J].安徽医药,2018,22(1):46-49.
- [5] 厉强,刘文东,于鹏飞.舒筋健腰丸治疗腰椎间盘突出所致坐骨神经痛(肝肾亏虚证)的临床研究[J].中药材,2018,41(3):737-739.
- [6] 邹庆轩,林有兵,周一凡,等.近年来不同流派铺灸的灸治特点[J].山西中医,2018,34(2):57-58.
- [7] 王明明,蔡圣朝,黄雪珍,等.通脉温阳灸临床操作及机理探析[J].针灸临床杂志,2016,32(11):88-90.
- [8] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].北京:中国医药科技出版社,2012:93-94.
- [9] 周仲瑛.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2003:515-518.
- [10] 倪胜楼,蔡圣朝.艾灸里的门道[J].中医健康养生,2017(12):14-16.
- [11] 陈祖平,董森,李辉,等.中医外治综合疗法治疗腰椎间盘突出症 1200 例疗效观察[J].中医杂志,2015,56(13):1128-1130.
- [12] 吴耀持,孙懿君,张峻峰,等.“督穴导气针法”联合电针治疗血瘀型轻中度腰椎间盘突出症临床研究[J].中国针灸,2017,37(5):467-472.
- [13] 崔成垓,郭长青,付伟涛,等.针刀用于腰椎间盘突出症根性神经痛大鼠中枢镇痛的机制研究[J].中国康复医学杂志,2015,30(4):324-328.
- [14] 王东,杨爱国.针刺天柱穴对血瘀型腰椎间盘突出症疼痛的疗效[J].中国康复理论与实践,2016,22(7):830-833.
- [15] 董晤讯,马勇,郭杨,等.温经通络汤治疗腰椎间盘突出症的随机对照临床研究[J].中华中医药杂志,2018,33(11):5231-5233.
- [16] 贺成功,龙红慧,蔡圣朝,等.头颈灸疗法及应用[J].长春中医药大学学报,2015,31(4):738-740.
- [17] 王玲玲.艾灸的特点及温通效应[J].中国针灸,2011,31(10):865-868.
- [18] 张田宁,吴生兵,朱咏梅,等.试析艾灸的质与量[J].中华中医药杂志,2018,33(11):5088-5091.

(收稿日期:2019-01-23,修回日期:2019-03-05)