

温通刮痧联合针灸治疗寒湿型腰椎间盘突出症的临床疗效观察

黄晓倩, 曾柳苑, 李华锋, 何青秋, 段苏平, 朱建妹, 石玲利
(广州医科大学附属第二医院中医科, 广东 广州 510260)

摘要 目的: 观察温通刮痧联合针灸治疗寒湿型腰椎间盘突出症的临床疗效。方法: 选取我院中医科2022年5月至2023年5月148例寒湿型腰椎间盘突出患者为研究对象, 使用随机数表法划分为两组, 每组74例。对照组给予常规治疗, 观察组在常规治疗基础上加予温通刮痧联合针灸治疗, 治疗7 d。在治疗前及治疗后7 d分别采用日本骨科协会腰椎JOA评分、视觉模拟评分法(VAS)评分、Kolcaba舒适状况量表(GCQ)评分比较临床治疗效果, 测量患者TGF- β 1、TNF- α 、IL-1 β 等炎症指标。结果: 治疗后两组JOA得分提高($P < 0.05$), 且观察组增长更为显著($P < 0.05$); 治疗后观察组VAS评分明显下降、GCQ评分明显升高($P < 0.05$); 临床疗效总有效率、显效率, 观察组均高于对照组($P < 0.05$)。治疗后, 观察组TGF- β 1、TNF- α 、IL-1 β 水平均低于对照组($P < 0.05$)。结论: 针对寒湿型腰椎间盘突出症, 使用温通刮痧联合针灸治疗可以有效缓解症状, 提高舒适状况及临床疗效。

关键词 温通刮痧; 针灸; 寒湿型; 腰椎间盘突出症

中图分类号: R68, R24 文献标识码: A 文章编号: 2095-9664(2024)02-0041-05

Observation of the clinical efficacy of wentong scraping combined with acupuncture in the treatment cold-dampness type lumbar intervertebral disc herniation

HUANG Xiaolian, ZENG Liuyuan, LI Huafeng, HE Qingqiu, DUAN Suping, ZHU Jianmei, SHI Lingli

(Department of Traditional Chinese Medicine, The Second Affiliated Hospital of Guangzhou Medical University, Guangzhou 510260, Guangdong, China)

Corresponding author: ZENG Liuyuan, Email: 61674659@qq.com

Abstract Objective: In this study, our main focus was to evaluate the clinical efficacy of wentong scraping combined with acupuncture in the treatment of cold-dampness type lumbar intervertebral disc herniation (LDH). **Methods:** A total of 148 patients with cold-damp type lumbar disc herniation were admitted to our department from May 2022 to May 2023. They were randomly divided into two different groups. The first group was a control group and the second was an observation group. There were a total of 74 cases in each group. The control group was treated with conventional treatment, and the observation group was treated with acupuncture and infrared irradiation combined with Wentong scraping on the basis of conventional treatment for a total of 7 days. **Results:** After treatment, JOA scores in both groups had increased ($P < 0.05$), but the increase was more significant in the observation group ($P < 0.05$). In the observation group, VAS scores had significantly decreased and GCQ score had significantly increased, with statistical significance ($P < 0.05$). Compared to the control group, the observation group had a higher effectiveness and cure rate. Following the intervention, both group's levels of TGF- β 1, TNF- α , and IL-1 β were considerably lower than they were prior to the therapy ($P < 0.05$), with the observation group's levels being significantly lower than those of the control group. **Conclusion:** Wentong scraping combined with acupuncture has proven to be effective in the treatment of cold-dampness type lumbar disc herniation, which helps to relieve pain symptoms and improve the clinical efficacy.

Key words wentong scraping; acupuncture; cold-dampness type; lumbar disc herniation

腰椎间盘突出症(Lumbar disc herniation, LDH)逐渐呈年轻化,且病程长,易反复,严重影响患者的生活质量^[1],据报道,大约80%~90%的患者希望通过保守疗法获得康复^[2]。

目前LDH以药物治疗、物理治疗、注射治疗及手术治疗等为主,手术治疗针对病情较重的患者,但存在造成创伤的可能性,常规西药治疗存在药物不良反应及病情易复发等问题。LDH在中医属痹症范畴,病因在于风寒湿邪侵及肌表,使经络不通,气血运行不畅。大部分LDH患者可经中医适宜技术治疗缓解或治愈^[3]。中药内服、中药贴敷、针灸、推拿按摩等治疗LDH的疗效均已被临床所证实,但长时间的中药内服可能对肝肾功能有不同程度的副作用影响,中药贴敷可能对患者皮肤产生较大的刺激作用,均不利于临床普及应用。因此,研究及推广安全、有效、经济、简便治疗LDH的中医外治法具有一定的临床意义。针灸为中医传统疗法,通过局部穴位及温度刺激,可通络活血、行气止痛^[4]。温通刮痧综合艾灸、刮痧的作用,有疏通经络、行气活血的功效,有研究证实其对腰痛具有一定的治疗效果^[5]。鉴于此,本研究将温通刮痧与针灸治疗联合应用,以观察其对LDH症状缓解的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院中医科2022年5月至2023年5月148例寒湿型腰椎间盘突出患者为研究对象,通过随机数表法分为对照组、观察组。对照组:男30例,女44例,年龄39~86岁,平均(65.85±11.00)岁。观察组,男26例,女48例,年龄36~89岁,平均(64.66±11.83)岁。两组一般资料差异无统计学意义。医院伦理委员会批准本研究,患者均同意参加,本人或授权代理人签署知情同意书。本研究采用双盲法。评价者和实施者均进行同质性培训。在整个研究过程中,评价者和实施者对分组和编号的方案均不知情。

1.2 纳入标准

①符合腰椎间盘突出诊断标准,西医诊断参考《实用骨科学》^[6]中关于LDH的相关标准,中医诊断参照《中医病证诊断疗效标准》^[7],辨证属寒湿证者:腰腿冷痛,转侧受限,静卧不得缓,受冷或在阴雨天寒时疼痛加剧,肢体凉,舌淡,舌苔白,脉濡缓或沉紧^[8]。②年龄30~90岁,性别不限;③治疗前1

个月内未采用止痛药物治疗,未曾行针灸治疗、中频脉冲电疗、中药热奄包等治疗者,未见异常凝血功能,未见皮肤完整性受损,获得患者的知情同意,依从性好。④自愿参加本研究并同意接受治疗、随访和评估。

1.3 排除标准

①患有严重腰椎创伤史或腰椎手术史者;②合并腰椎管狭窄、腰椎畸形、腰椎结核者;③骨质疏松性骨折者;④合并严重心、脑、肾病变者;⑤严重精神病患者及患有感染性疾病者;⑥局部皮肤评估不适宜刮痧者;⑦妊娠及哺乳期妇女;⑧不符合以上诊断标准者。

1.4 治疗方法

对照组:给予卧硬板床休息,佩戴腰围,腰部保暖,锻炼腰背肌功能,给予止痛、中频、营养神经等常规治疗。

观察组:在常规治疗基础上给予温通刮痧联合针灸治疗,温通刮痧:每次30 min,1周2次,以第一次治疗退痧后,再进行第二次温通刮痧治疗。温通刮痧操作流程:①患者取俯卧位,充分暴露腰部皮肤;②A:点燃温通罐艾条,命门穴悬灸开穴;B:腰部涂抹刮痧油,刮督脉:由督脉上的筋缩穴刮到腰俞;C:刮腰部两侧膀胱经:由膀胱经上的脾俞穴刮至会阳穴;D:刮双下肢膀胱经,由承扶穴刮至昆仑穴;E:点拨腰背夹脊穴;F:点刮太溪穴;G:待刮痧杯杯身烫手时快速滚刮。③操作以治疗处皮肤发红、微热、出痧为原则;④注意观察皮肤有无破损、水泡、烫伤等,嘱患者在治疗后多喝温水,4 h内不宜湿水,治疗部位避免冷气直吹,冬季注意防风保暖。针灸治疗:患者取俯卧位,选取督脉上的命门、腰阳关、腰俞,双下肢膀胱经上的肾俞、承扶、委中、承山、足三里等穴位,在相应穴位局部使用碘伏进行消毒,采用一次性针灸针(规格为0.20*25 mm)入针,入针深度为1.0寸,入针后应捻转提插,直到患者出现酸、胀、麻、痛感再留针,连续实施7 d,每天30 min。

1.5 疗效分析

1.5.1 评价指标 在治疗前及治疗7 d后分别采用日本骨科协会腰椎JOA评分、视觉模拟评分法(VAS)评分、Kolcaba舒适状况量表(GCQ)评分比较临床治疗效果。采用日本骨科协会腰痛评分表标准《腰椎JOA评分》^[9]:JOA评分评价腰椎间盘突出症状及体征,最高得分为29分,最低得分为分-6分,主要包括:主观症状、临床体征、日常活动、膀胱功

能4个方面内容,分数越低,症状越严重;视觉模拟评分(VAS):采用视觉模拟评分(VAS)^[10]评价腰部疼痛临床症状,每项评分0~10分,分数越高,症状越严重。患者依据自己疼痛感觉选择相应得分;Kolcaba舒适状况量表(general comfort questionnaire,GCQ)评分^[11]:主要包括:生理、心理、精神、社会化和环境共4个维度内容。采用1-4Likert Scale评分法,分数越高说明越舒适。GCQ量表作为一种用于评估个体在不同情境下的舒适度的心理测量工具,越来越多地被应用到疼痛患者的疗效分析与评估。

1.5.2 疗效标准 根据《中医病证诊断疗效标准》^[7]制订临床疗效标准:①治愈:腰椎活动度正常,完全缓解症状,可以胜任原工作;②显效:腰椎活动度改善,疼痛症状减轻,基本恢复工作;③有效:腰椎活动度较前改善,疼痛症状有所减轻,但不能正常工作;④无效:症状、体征均无改善;⑤总有效率=(治愈+显效+有效)/总例数×100%。

1.5.3 炎症因子检测 患者在治疗前后,分别抽取空腹静脉血约4 mL,静置30 min后以3000 r/min速度离心5 min,取血清,应用酶联免疫吸附法,根据试剂盒说明书进行操作,测定血清中炎症因子TGF-β1、IL-1β、TNF-α水平。

1.6 统计学方法

采用SPSS 21.0统计软件进行数据分析,计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验;计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,两组间的比较采用 t 检验。 $P < 0.05$ 差异有统计

学意义。

2 结果

2.1 两组JOA评分比较

治疗后两组主观症状、临床体征、日常生活得分均增加($P < 0.05$)。与对照组相比,观察组的干预措施对改善患者症状及体征、JOA评分得分更为明显($P < 0.05$)。见表1。

2.2 两组VAS、GCQ评分比较

治疗后观察组VAS评分显著降低、GCQ评分升高($P < 0.05$)。见表2。

2.3 患者治疗后临床疗效比较

比较治疗后的临床疗效,观察组总有效率、显效率与对照组比较均有所提高,且临床显效率比对照组提高明显。见表3。

表3 治疗后临床疗效比较($n=74$,例(%))

组别	显效	有效	无效	总有效
对照组	0(0.0%)	71(95.9%)	3(4.1%)	71(95.9%)
观察组	11(14.9%)	63(85.1%)	0(0.0%)	74(100.0%)
χ^2 值	14.48			
P 值	0.00			

2.4 两组治疗前后炎症因子表达水平比较

与治疗前相比,两组的炎症因子TGF-β1、IL-1β、TNF-α均降低($P < 0.05$),观察组TGF-β1、IL-1β、TNF-α显著低于对照组($P < 0.05$)。见表4。

表1 两组JOA评分比较($n=74, \bar{x} \pm s$)

组别	主观症状	临床体征	日常活动	膀胱功能	总分
对照组					
治疗前	4.53±0.91	2.39±1.00	5.00±1.30	0	11.91±1.69
治疗后	6.95±0.83 ^a	4.53±0.69 ^a	9.41±1.02 ^a	0	20.88±1.34 ^a
观察组					
治疗前	4.55±0.94	2.36±1.03	5.07±1.01	0	11.99±1.46
治疗后	7.92±0.79 ^{ab}	5.30±0.68 ^{ab}	11.36±1.59 ^{ab}	0	24.58±1.97 ^{ab}

注:与治疗前比较^a $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.05$ 。

表2 治疗前后VAS、GCQ评分比较($n=74, \bar{x} \pm s$)

组别	VAS评分		GCQ评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	6.97±1.09	3.95±0.90	60.26±10.42	87.05±6.65
观察组	6.93±1.15	1.78±0.82 ^a	61.00±9.10	95.12±6.21 ^a

注:与治疗前比较^a $P < 0.05$ 。

表4 两组治疗前后炎症因子表达水平比较($n=74, \bar{x} \pm s$)

组别	TGF- β 1(μ g/L)		IL-1 β (ng/L)		TNF- α (μ g/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	27.78 \pm 12.82	20.83 \pm 10.54 ^a	0.77 \pm 0.34	0.53 \pm 0.21 ^a	8.08 \pm 2.49	6.30 \pm 2.18 ^a
观察组	27.68 \pm 12.18	11.01 \pm 7.39 ^{ab}	0.81 \pm 0.34	0.35 \pm 0.15 ^{ab}	8.07 \pm 2.46	3.29 \pm 1.44 ^{ab}

注:与治疗前比较^a $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P<0.05$ 。

3 讨论

中医认为LDH患者腰痛病机集中在“湿、淤、寒、虚”,临床症状集中在“腰痛、下肢牵拉痛、腹胀、便秘”。《金贵要略》曰:“腰以下冷痛,腹重如带五千钱。”可见,祛湿、散寒、化瘀、补肾是中医治疗LDH的主要治则。寒湿型LDH患者多由于寒湿闭阻,滞碍气血,经脉不利,当遇寒冷和阴雨天气候时,症状加重。故针对治疗寒湿型LDH患者,应以祛寒祛湿、温经通络为主要手段。

温通刮痧以中医经络理论为基础,同时存在刮痧和艾灸两种功效^[12],艾灸所产生的局部热力达到放松患者,并将其经络、穴位达到打开作用,利于体内的邪气毒素宣泄出来,在宣泄的同时艾灸的正阳之气进入体内^[5],且在治疗过程中患者得舒适感得以提升,避免了对腰部的寒冷刺激。使用温通罐在皮肤上反复刮试,毛细血管破裂,溢出的血液在体表形成瘀斑,而瘀斑在逐渐消散过程中促进局部循环,缓解肌肉痉挛,起到“以松治痛”的作用^[13]。且治疗部位选用背部督脉、腰部两侧膀胱经。《灵枢·经脉》曰:“脊痛,腰似折,髀不可以屈,腠如结,喘如裂,此为蹶厥。”根据督脉、膀胱经经络循行,主要病候等,为治疗LDH提供了依据。针灸是通过疏经通络、扶正祛邪、调和阴阳、扶助阳气的一种中医外治法。对LDH患者督脉上的命门、腰阳关、腰俞,足太阳膀胱经上的肾俞、大肠俞、环跳、殷门、承山、昆仑等穴位行针灸刺激,起松解肌肉痉挛的作用,减轻水肿,减少炎症反应,加快新陈代谢速度,达到调和阴阳、通络止痛、行气活血的功效^[14]。在穴位处行针,增加其附近交感神经兴奋性,加快血液循环,促进病变部位的炎症因子吸收速度,使腰椎功能得以恢复^[15]。本研究治疗后的临床疗效,观察组总有效率、显效率与对照组比较均有所提高,且临床显效率比对照组提高明显(14.9%)。治疗后两组患者JOA、GCQ评分均比治疗前有所提高,且观察组更优

($P<0.05$),两组患者VAS评分低于治疗前,且观察组疼痛改善较治疗组更明显($P<0.05$),表明温通刮痧联合针灸治疗可提高寒湿型LDH患者舒适度,减轻疼痛,改善临床症状。

腰椎间盘突出发生主要是由腰椎退行性变或代谢紊乱引起的,免疫和炎症因子在其发生发展中也起着关键作用^[16]。调控骨骼肌纤维化的核心分子是TGF- β 1,可以使卫星细胞分化为肌成纤维细胞以及成纤维细胞,过度促进细胞外基质中胶原蛋白的合成,由此抑制肌肉愈合^[17]。TNF- α 作为一种促炎细胞因子,可以刺激破骨细胞的活性,抑制成骨细胞的活性^[18]。IL-1 β 是一种激素样多肽炎症因子,在软骨细胞凋亡中也起重要作用。本研究显示,治疗前两组炎症因子TGF- β 1、IL-1 β 、TNF- α 水平均较高,但治疗后都明显降低,观察组低于对照组。这表明温通刮痧联合针灸治疗可以在一定程度上去除炎症因子,配合常规治疗进一步控制炎症反应。

综上所述,温通刮痧联合针灸较单纯针灸治疗腰椎间盘突出疗效更为突出,能够显著减轻患者的疼痛及临床症状,使患者舒适度得以提高,患者炎症反应得以减轻,且方法安全、有效、经济、简便,在临床中具有一定的应用价值,值得临床推广与借鉴。

参考文献

- [1] 陈焕新,向冬枚,刘姗姗.长蛇灸联合刮痧疗法治疗腰椎间盘突出症的效果评价[J].内蒙古中医药,2020,39(2): 87-88.
- [2] 丁欢,陈丽虹,陈宇婧,等.基于尿液代谢组学数据评价不同刮痧方案干预腰椎间盘突出症模型大鼠的效果[J].中国组织工程研究,2019,23(23): 3654-3659.
- [3] 张泽钦,张晓华.中医适宜技术对腰椎间盘突出症患者临床症状的改善作用[J].世界复合医学,2020,6(6): 169-171.
- [4] 田甜,李超亚,陈凌帆.腰椎间盘突出症患者接受中医

- 针灸治疗对疼痛症状的缓解效果[J]. 内蒙古中医药, 2023,42(6): 135-137.
- [5] 吴彩勤,范秀英. 温通刮痧疗法治疗急性期盘源性腰痛的疗效观察[J]. 中国中医急症, 2021, 30(4): 698-700.
- [6] 唐冰之,胡剑锋,李晓辉. 实用骨科学[M]. 长春: 吉林科学技术出版社,2018: 60.
- [7] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社,2021: 214-215.
- [8] 何晓云,刘照勇,刘启. 温针灸联合穴位贴敷治疗寒湿型腰椎间盘突出症疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2023,32(10): 1403-1406.
- [9] Kasai Y, Fukui M, Takahashi K, et al. Verification of the sensitivity of functional scores for treatment results - Substantial clinical benefit thresholds for the Japanese Orthopaedic Association Back Pain Evaluation Questionnaire (JOABPEQ) [J]. J Orthop Sci, 2017, 22(4): 665-669.
- [10] 曹卉娟,邢建民,刘建平. 视觉模拟评分法在症状类结局评价测量中的应用[J]. 中医杂志, 2009, 50(7): 600-602.
- [11] Kolcaba K, Schirm V, Steiner R. Effects of hand massage on comfort of nursing home residents [J]. Geriatr Nurs, 2006,27(2): 85-91.
- [12] 叶晓玲,张樊君,赖海霞,等. 温通刮痧改善寒湿型腰突症患者腰痛症状的临床研究[J]. 中医外治杂志, 2023,32(1): 64-66.
- [13] 李巧萍,彭小苑,胡艳萍,等. 温通刮痧疗法治疗颈源性头痛的效果观察[J]. 广东医学,2019,40(19): 2799-2802.
- [14] 陈琴. 针灸治疗腰椎间盘突出症的价值分析[J]. 中国中医药现代远程教育,2019,17(12): 81-82.
- [15] 魏洪. 中医针灸对腰椎间盘突出症患者疼痛及腰椎功能的改善分析[J]. 全科口腔医学电子杂志, 2018, 5(35): 157-174.
- [16] Zhou M, Theologis AA, O'Connell GD. Understanding the etiopathogenesis of lumbar intervertebral disc herniation: From clinical evidence to basic scientific research [J]. JOR Spine, 2024, 7(1): e1289.
- [17] Ismaeel A, Kim JS, Kirk JS, et al. Role of Transforming Growth Factor- β in Skeletal Muscle Fibrosis: A Review [J]. Int J Mol Sci, 2019, 20(10): 2446.
- [18] Yao Z, Getting SJ, Locke IC. Regulation of TNF-Induced Osteoclast Differentiation [J]. Cells, 2021, 11(1): 132.

(收稿日期:2024-02-23)

(本文编辑:欧阳菁)

· 读者 · 作者 · 编者 ·

投稿时关于图表的要求

原稿中每幅图表单占1页,集中附于文后,分别按其在正文中出现的先后次序连续编码。每幅图表应冠有图(表)题。说明性的文字应置于图(表)下方注释中,并在注释中标明图表中使用的全部非公知公用的缩写。采用三横线表(顶线、表头线、底线),如遇有合计和统计学处理内容(如 t 值、 P 值等),则在此行上面加1条分界横线;表内数据要求同一指标有效位数一致,一般按标准差的1/3确定有效位数。线条图的绘制,高宽比例以5:7为宜。电子版投稿中,图片建议采用.jpg格式。如文稿为Word文档,则所有图片均需另附原图,要求图片分辨率不小于300 dpi。如图片用Photoshop编辑过,请将图片保存为.psd格式,且不要合并图层;若用Excel或SPSS等软件作图,请将.xls、.cht等文件附上,以方便编辑。若刊用人像,应征得本人的书面同意,或遮盖其能被辨认出系何人的部分。大体标本照片在图内应有尺度标记。病理照片要求注明染色方法和放大倍数。图表中如有引自他刊者,应获得著作权人的书面许可并注明出处。