

· 临床报道 ·

针刺断面九针穴配合推拿治疗腰椎间盘突出症 160 例

张倩, 卢智, 沈润斌

(河北省沧州中西医结合医院, 河北 沧州 061000)

摘要 **目的:**观察针刺断面九针穴配合推拿治疗腰椎间盘突出症的临床疗效。**方法:**采用针刺断面九针穴配合推拿治疗腰椎间盘突出症患者 160 例, 其中男 98 例, 女 62 例; 年龄 18~74 岁, 中位数 47 岁; 病程 1 个月至 20 年, 中位数 87 个月。针刺治疗及推拿治疗均每日 1 次, 共治疗 14 次。**结果:**治疗结束后采用参照《中医病证诊断疗效标准》中腰椎间盘突出症的疗效标准自拟的评定标准对本组患者的临床疗效进行评定, 痊愈 86 例, 好转 63 例, 无效 11 例。**结论:**针刺断面九针穴迅速消炎止痛治标, 手法推拿解除机械压迫治本, 二者结合, 标本兼治, 是治疗腰椎间盘突出症的有效方法, 值得临床推广应用。

关键词 椎间盘移位 腰椎 断面九针 针刺疗法 推拿, 脊柱

腰椎间盘突出症是椎间盘发生退行性改变后, 由于某种原因引起纤维环部分或完全破裂, 连同髓核一并向外膨出, 压迫神经, 引起的一系列神经症状。该病在临床极为常见, 而且治疗方法多样, 疗效不一。2010 年 1—12 月, 我们采用针刺断面九针穴配合推拿治疗腰椎间盘突出症患者 160 例, 取得了满意的疗效, 现总结报告如下。

1 临床资料

本组 160 例, 男 98 例, 女 62 例; 年龄 18~74 岁, 中位数 47 岁; 病程 1 个月至 20 年, 中位数 87 个月。所有患者均符合《中医病证诊断疗效标准》中腰椎间盘突出症的诊断标准^{[1]201}。

2 方法

2.1 针刺治疗 取断面九针穴(断面九针穴位置: 上穴为病变节段上一椎体棘突间隙, 下穴为病变节段下一椎体棘突间隙, 中穴为病变节段相应椎体棘突间隙, 加上、中、下 3 穴两旁的夹脊穴, 共 9 穴^[2])、环跳、委中、阳陵泉、悬钟、丘墟及阿是穴。寒湿腰痛者加腰阳关; 肾虚腰痛者加肾俞、命门、志室; 瘀血腰痛者加膈俞。患者取坐位或俯卧位, 针刺部位严格消毒, 腰穴进针时沿 45°角进针, 体针垂直进针, 用捻转针刺法缓慢刺入, 进行轻度提插捻转操作, 平补平泻, 以患者得气为度。然后连接华佗牌 SDZ-II 型电子针灸仪, 连续波, 频率 90~100 Hz, 30 min 后出针。每日治疗 1 次, 共治疗 14 次。

2.2 推拿治疗 针刺治疗结束后采用理筋牵拉和小

杠杆扳法对所有患者进行推拿治疗。推拿治疗每日 1 次, 共治疗 14 次。

2.2.1 理筋牵拉 患者俯卧在按摩床上, 术者立于患者患侧, 在患侧腰臀及下肢施以按压、揉摩、提腿扳动等手法, 时间 15~20 min。然后令患者双手紧握床头, 术者立于床尾, 握患者双踝, 稍用力提拉使患者下半身离床, 然后做上下抖动, 使抖动之力达至腰部, 持续 2~3 min。

2.2.2 小杠杆扳法 患者先左侧卧, 术者立于患者身后, 一手按其右髂骨后外缘, 一手推其右肩前部, 双手同时向相反方向用力斜扳, 有时可在腰骶部闻及弹响声, 然后嘱患者伸直双下肢作腰髋过伸动作各 3 次。然后患者右侧卧, 继续在左侧进行治疗。

3 结果

3.1 疗效评定标准 参照《中医病证诊断疗效标准》中腰椎间盘突出症的疗效评定标准^{[1]202} 自拟评定标准。痊愈: 临床症状、体征消失, 直腿抬高试验 $\geq 70^\circ$, 能恢复原工作生活; 好转: 临床症状、体征大部分消失, 直腿抬高试验 $< 70^\circ$, 基本能恢复原工作生活; 无效: 临床症状、体征无改善或加重。

3.2 疗效评定结果 治疗结束后按照上述标准评定, 本组痊愈 86 例, 好转 63 例, 无效 11 例。

4 讨论

腰椎间盘突出症属中医“痹证”“腰痛”范畴, 主要是由于肝肾亏虚、精血不足、筋骨失养以及感受风寒湿邪、跌仆外伤等, 导致局部经络闭阻、气滞血瘀、经脉不通而出现腰腿疼痛、麻木无力的症状。

断面九针穴位于督脉和膀胱经之间, 针刺此 9 穴

可使针感直达病所,疏经通络、调和气血、加强局部血液循环,有利于消除局部炎症,解除肌肉血管痉挛,使因气血不畅、经脉失于濡养而出现的腰部不适、局部疼痛、活动受限等症状得到明显改善^[3]。刺激环跳、委中、阳陵泉等穴,可以疏通膀胱经经气,促进局部气血运行,起到消肿、通经止痛的效果^[4]。

推拿治疗是通过力的直接或间接作用起到整复关节、松解粘连、理筋通脉、纠正解剖位置异常的作用,不但能缓解突出的髓核对神经根的压迫,还能使神经根移位,改变髓核与神经根之间的位置关系,从而能够有效缓解突出物对神经及其周围组织的机械压迫,从根本上缓解腰腿痛。笔者认为,在患椎旁施以深层次的按揉、理筋手法,可将筋挛、筋结揉散、推开,松解粘连,使经气流利、血脉通畅,加快炎性物质和神经根水肿的吸收,起到消炎止痛的作用。我们在临床治疗中发现,推拿治疗的效果与患者的病程、个

人体质等因素有密切的关系。病程较短、体质较好者,其疗程较短,疗效较好,反之较差。

针刺断面九针穴迅速消炎止痛治标,手法推拿解除机械压迫治本,二者结合,标本兼治,是治疗腰椎间盘突出症的有效方法,值得临床推广使用。

5 参考文献

- [1] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994.
- [2] 秦彦武. 断面九针加红外线照射治疗神经根型颈椎病的临床研究[D]. 成都中医药大学, 2010.
- [3] 何玲娜, 彭力群. 断面九针配合电针治疗腰椎间盘突出症 60 例随机对照研究[J]. 四川中医, 2010, 28(5): 121 - 122.
- [4] 侯树兵, 封丽华, 王立民. 温针灸联合西药治疗腰椎间盘突出症 30 例疗效观察[J]. 河北中医, 2009, 31(4): 588 - 589.

(2011-11-12 收稿 2012-01-31 修回)

· 作者须知 ·

论文中对数据进行统计学处理时需要注意的问题

1 对基线资料进行统计学分析 搜集资料应严密遵守随机抽样设计, 保证样本从同质的总体中随机抽取, 除了对比因素外, 其他可能影响结果的因素应尽可能齐同或基本接近, 以保证组间的齐同可比性。因此, 应对样本的基线资料进行统计学分析, 以证明组间的齐同可比性。

2 选择正确的统计检验方法 研究目的不同、设计方法不同、资料类型不同, 选用的统计检验方法则不同。例如: 2 组计量资料的比较应采用 t 检验; 而多组 (≥ 3 组) 计量资料的比较应采用方差分析 (即 F 检验), 如果组间差异有统计学意义, 想了解差异存在于哪两组之间, 再进一步做 q 检验或 $LSD-t$ 检验。许多作者对多组计量资料进行比较时采用两两组间 t 检验的方法是错误的。又如: 等级资料的比较应采用 Ridit 分析或秩和检验或行平均得分差检验。许多作者对等级资料进行比较时采用卡方检验的方法是错误的。

3 假设检验的推断结论不能绝对化 假设检验的结论是一种概率性的推断, 无论是拒绝 H_0 还是不拒绝 H_0 , 都有可能发生错误 (I 型错误和 II 型错误)。因此, 假设检验的推断结论不能绝对化。

4 P 值的大小并不表示实际差别的大小 研究结论包括统计结论和专业结论两部分。统计结论只说明有无统计学意义, 而不能说明专业上的差异大小。 P 值的大小不能说明实际效果的“显著”或“不显著”。统计结果的解释和表达, 应说对比组之间的差异有 (或无) 统计学意义, 而不能说对比组之间有 (或无) 显著的差异。 $P \leq 0.01$ 比 $P \leq 0.05$ 更有理由拒绝 H_0 , 并不表示 $P \leq 0.01$ 时比 $P \leq 0.05$ 时实际差异更大。只有将统计结论和专业知识有机地结合起来, 才能得出恰如其分的研究结论。若统计结论与专业结论一致, 则最终结论也一致; 若统计结论与专业结论不一致, 则最终结论需根据专业知识而定。判断被试因素的有效性时, 要求在统计学上和专业上都有意义。

5 假设检验的结果表达 P 值传统采用 0.05 和 0.01 这 2 个界值, 现在提倡给出 P 的具体数值和检验统计量的具体数值 (小数点后保留 3 位有效数字), 主要理由是: ①以前未推广统计软件之前, 需要通过查表估计 P 值, 现在使用统计软件会自动给出具体的 P 值和检验统计量的具体值 (t 值、 F 值、 χ^2 值等)。②方便根据具体情况判断问题。例如 $P = 0.051$ 与 $P = 0.049$ 都是小概率, 不能简单地断定 $P = 0.051$ 无统计学意义而 $P = 0.049$ 有统计学意义。③便于对同类研究结果进行综合分析。

6 统计学符号的使用 统计学符号的使用应按照 GB3358—82《统计名词及符号》的规定, 具体可参阅本刊投稿须知中的有关要求。