

- (5): 486-487.
- [20] 杨贺军, 刘强. 三维曲度牵引仪治疗神经根型颈椎病: 颈椎曲度、活动度及肌电图f波传导情况观察[J]. 颈腰痛杂志, 2019, 40(2): 237-238, 241
- [21] 冯雷, 侯德才, 邵东旭. 中医“四联”综合疗法治疗神经根型颈椎病及其对肌电图的影响[J]. 辽宁中医药大学学报, 2019, 21(8): 1-4.
- [22] 李喆. 浅析颈部“三抬一提”检查法的临床应用[J]. 中国民间疗法, 2019, 27(21): 86-87.
- [23] 李喆. 推拿手法施术于颈前部软组织对颈椎病治疗的作用机制探讨[J]. 中国民间疗法, 2019, 27(10): 23-24.
- [24] 李民. 针刺疗法治疗神经根型颈椎病的疗效观察[J]. 中国民间疗法, 2017, 25(1): 13-14.
- [25] 魏俊芳, 文洪. 针刺调节脊柱两端治疗神经根型颈椎病的临床观察[J]. 中国民间疗法, 2019, 27(7): 11-12.

【责任编辑: 宋威】

温针傍刺法结合功能训练治疗气滞血瘀型第三腰椎横突综合征的临床观察

傅航, 高千, 蓝旭

(东莞市第八人民医院中医科, 广东东莞 523325)

摘要:【目的】观察温针傍刺法结合功能训练治疗气滞血瘀型第三腰椎横突综合征的临床疗效。【方法】将72例气滞血瘀型第三腰椎横突综合征患者随机分为治疗组和对照组, 每组各36例, 治疗组给予温针傍刺法结合功能训练治疗, 对照组给予常规针刺治疗。1周为1个疗程, 连续治疗2个疗程。治疗2周后, 评价2组临床疗效, 观察2组患者治疗前后视觉模拟量表(VAS)评分的变化情况, 以及日本骨科协会评估治疗分数(JOA)的变化情况。【结果】(1)治疗1、2周后, 2组患者的VAS评分均较治疗前明显改善, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 且治疗组在改善VAS评分方面明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。(2)治疗1、2周后, 2组患者的JOA评分均明显改善($P < 0.05$), 且治疗组在改善JOA评分方面明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。(3)治疗组疼痛改善总有效率为100.00%(36/36), 对照组为77.78%(28/36)。治疗组疗效优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。(4)治疗组功能改善总有效率为97.22%(35/36), 对照组为80.56%(29/36)。治疗组疗效优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。【结论】温针傍刺法结合功能训练治疗气滞血瘀型第三腰椎横突综合征, 能明显改善患者的临床症状, 临床疗效显著。

关键词: 温针傍刺法; 功能训练; 第三腰椎横突综合征; 气滞血瘀型; 临床观察

中图分类号: R246.9

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)10-2168-06

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2021.10.021

收稿日期: 2021-04-12

作者简介: 傅航(1988-), 女, 主治医师; E-mail: Jakeyk@163.com

基金项目: 东莞市社会科技局科研课题(编号: 202050715028367)

Clinical Observation of Warm Needling Plus Proximate Needling Technique Combined with Functional Training in Treatment of Third Lumbar Vertebral Transverse Process Syndrome of Qi Stagnation and Blood Stasis Syndrome

FU Hang, GAO Gan, LAN Xu

(Dept. of Traditional Chinese Medicine, Dongguan Eighth People's Hospital, Dongguan 523325 Guangdong, China)

Abstract: Objective To observe clinical efficacy of warm needling plus proximate needling technique in the treatment of third lumbar vertebral transverse vertebral process syndrome (TLVTPS) of *qi* stagnation and blood stasis syndrome. **Methods** Seventy-two patients with TLVTPS of *qi* stagnation and blood stasis were randomly divided into the treatment group and the control group, 36 cases in each group. The treatment group was treated with warm needling plus proximate needling technique combined with functional training, and the control group was treated with conventional acupuncture. One week as a course and the treatment lasting two consecutive courses. After 2 weeks of treatment, the clinical efficacy of the two groups was evaluated, and the changes of visual analogue scale (VAS) scores and the Japanese Orthopaedic Association evaluation score (JOA) were observed before and after treatment. **Results** (1) After 1 and 2 weeks of treatment, VAS scores in the two groups were significantly improved compared with those before treatment, with statistical significance ($P < 0.05$); the improvement of VAS score in the treatment group was significantly superior to that of the control group, the difference being statistically significant ($P < 0.05$). (2) After 1 and 2 weeks of treatment, the JOA scores in the two groups were significantly improved ($P < 0.05$), and the improvement of JOA scores in the treatment group was significantly superior to that of the control group, with statistical significance ($P < 0.05$). (3) The total effective rate of pain improvement was 100.00% (36/36) in the treatment group and 77.78% (28/36) in the control group. The curative effect of the treatment group was superior to that of the control group, the difference being statistically significant ($P < 0.05$). (4) The total effective rate of functional improvement was 97.22% (35/36) in the treatment group and 80.56% (29/36) in the control group. The curative effect of the treatment group was superior to that of the control group, the difference being statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** The warm needling plus proximate needling technique combined with functional training in treating TLVTPS of *qi* stagnation and blood stasis syndrome can significantly improve the clinical symptoms of patients, and the clinical effect is significant.

Keywords: warm needling plus proximate needling technique; functional training; third lumbar vertebral transverse process syndrome; *qi* stagnation and blood stasis type; clinical observation

第三腰椎横突综合征是常见的腰腿痛疾病之一, 多见于青壮年, 男性多于女性, 多数患者有扭伤史, 特别是突然弯腰, 或长期从事弯腰工作的人, 由于动作不协调或位于某一姿势使用爆发力扭转脊柱, 腰背部肌肉强烈收缩使肥大的横突周围组织被牵拉, 附着于横突上的深筋膜被撕裂而造成慢性肌纤维组织炎或肌疝, 有的因肌肉上下滑动于腰三横突, 形成保护性滑囊, 一旦局部的炎症反应刺激横突背侧神经, 即可产生疼痛症状^[1]。中医将第三腰椎横突综合征归属于“痹证”的范畴^[2]。第三腰椎横突综合征主要表现为腰部和

臀腿部疼痛, 从经络而言, 第三腰椎横突综合征属于足太阳、足少阳经筋病。足太阳经筋“结于臀, 上挟脊, 上项”, 而第三腰椎横突正位于腰背部膀胱经之间^[2]。足太阳经筋主要分布于股外侧、侧腹及季肋, 前与足阳明、太阴经筋交会, 后与足少阳经筋交会, 故足少阳经筋损伤可引起腰背部、下肢的症状^[3]。中医辨证分型分为气滞血瘀型、风寒阻络型和肾亏体虚型^[4], 其中, 以气滞血瘀型最为常见。本研究采用温针傍刺法结合功能训练治疗气滞血瘀型第三腰椎横突综合征, 取得显著疗效, 现将研究结果报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象及分组

选取2020年6月至2020年12月东莞市第八人民医院中医科病房及门诊收治的72例明确诊断为气滞血瘀型第三腰椎横突综合征的患者为研究对象。按照随机数字表将患者随机分为治疗组和对照组,每组各36例。本研究获医院伦理委员会审议通过。

1.2 诊断标准

西医诊断标准参照《临床技术操作规范·骨科学分册》^[5]中的有关标准拟定。腰臀部疼痛,呈酸痛、胀痛、钝痛或撕裂痛,活动时加重,尤其弯腰工作后加重,休息后减轻。有时引起下肢、会阴部、臀部及腹部反射痛,部分患者出现“拂晓痛”。体征:第三腰椎横突尖部压痛明显,可触及硬的激痛性包块或条索,有时臀上皮神经可有压痛,内收肌可有痉挛,主动或被动髋外展受限,可伴有腹部压痛等。

中医辨证标准参照1994年版《中医病证诊断疗效标准》^[6]中有关气滞血瘀型的诊断标准拟定。有急性损伤病史,腰痛如刺,痛有定处,劳作加剧,轻者屈伸不利,重者不能转侧。体格检查:腰肌紧张,第三腰椎横突尖端疼痛拒按,舌质紫暗或有瘀斑,脉涩或紧。

1.3 纳入标准

①符合上述诊断标准;②年龄在18~65岁之间;③无意识障碍,语言表达正常,数字概念清楚;④治疗前1个月及治疗过程中均未服用过任何消炎止痛药物及激素等药物;⑤自愿参加本研究并签署知情同意书的患者。

1.4 排除标准

①意识不清,不能配合或不接受此治疗方案的患者;②神经功能缺损的患者,如:肌无力或脊髓神经反射检查异常,先天脊椎异常,系统性骨或关节等疾病的患者;③合并有心脑血管、肝、肾和造血系统等严重危及生命的原发性疾病的患者;④患有精神类疾病的患者;⑤局部软组织存在感染及有出血倾向的患者;⑥孕妇或哺乳期妇女。

1.5 剔除标准

①不符合纳入标准而误入者;②研究资料不齐全而影响疗效判定者;③未按研究方案要求治

疗者。

1.6 治疗方法

1.6.1 对照组

给予针刺治疗。参照《针灸治疗学》^[7]中有关腰痛的处方取穴。以局部穴位及足太阳经穴为主,主穴:肾俞、大肠俞、阿是穴、委中,配穴取腰阳关、腰夹脊、后溪、申脉、昆仑。行平补平泻手法2 min,留针30 min后出针。每日针刺1次,每周5次,休息2日。1周为1个疗程,连续治疗2个疗程,共2周。

1.6.2 治疗组

给予温针傍刺法联合功能训练疗法治疗。温针傍刺法:根据《针灸治疗学》^[7]中有关腰痛的处方。给予温针傍刺法进行针刺治疗,选取阿是穴或痛性筋束部为治疗区域并标记。采用一次性使用无菌针灸针(贵州安迪药械有限公司生产,规格:0.30 mm×40 mm)。具体操作如下:嘱患者取俯卧位,术者站立于其右侧。术者泵取免洗消毒液清洁双手后,取一次性无菌棉签蘸取75%酒精对穴区皮肤沿自内而外方向进行消毒。采用无菌针灸针直刺进针1.5寸,进行傍刺治疗,两针相隔0.8~1寸,反复提插捻转得气后,在两针柄顶部插上艾炷(南阳绿莹艾草生物制品有限公司生产,规格:12 mm×15 mm)进行温灸,以患者针下产生温热感为度,艾炷烧完后出针。

出针后指导患者行功能训练:急性期给予适应性牵拉活动,以卧床休息为主;中后期进行“飞燕式”锻炼:患者取俯卧位,双下肢自然伸直,双手置于腰后,抬头,同时,上胸部及双下肢离床,以腹部为支撑点,使身体后伸呈一弧线,形似“飞燕”,吸气停留3~5 s后呼气还原。以上动作10次为1组,锻炼时由少到多,逐渐增加次数。锻炼后以症状不加重为度。每日治疗1次,配合2~3组功能训练,每周5次,1周为1个疗程。连续治疗2个疗程,共2周。

1.7 观察指标

1.7.1 疼痛程度评定

分别于治疗前及治疗1、2周后对2组患者疼痛程度进行评定,采用视觉模拟量表(Visual Analogue Scale, VAS)评分对腰部疼痛程度进行评价。取一条长约10 cm的游动标尺,一面标有10个刻度,两端分别为“0”分端和“10”分端,0分

表示无痛, 10分代表难以忍受的最剧烈的疼痛。分值为0~10分, 评分越高, 表示疼痛程度越高。

1.7.2 功能障碍评定

分别于治疗前及治疗1、2周后对2组患者功能障碍情况进行评定, 采用日本骨科协会评估治疗分数(Japanese Orthopaedic Association Scores, JOA)进行功能障碍评定, 主要包括自觉主观症状(0~9分)、临床体征检查(0~6分)、日常生活能力(0~14分)和膀胱功能(-6~0分)等4个部分。JOA总评分最高为29分, 最低为0分。分数越低表明功能障碍越明显。

1.8 疗效判定标准

参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[8]采用尼莫地平法进行疗效判定。疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。治愈: 80%≤疗效指数≤100%; 显效: 50%≤疗效指数<80%; 有效: 25%≤疗效指数<50%; 无效: 疗效指数<25%。总有效率=(治愈例数+显效例数+有效例数)/总病例数×100%。

1.9 统计方法

采用SPSS 19.0统计软件进行数据的统计分析。计量资料符合正态分布的采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)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; 不符合正态分布的资料采用Mann-Whitney U 检验, 配对样本比较采用Wilcoxon符号秩检验。计数资料采用率或构成比表示, 组间比较采用秩和检验。等级资料组间比较采用Ridit分析。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者基线资料比较

治疗组36例患者中, 男22例, 女14例; 年龄32~91岁, 平均(63.20±2.31)岁; 病程28~251 d, 平均(145.31±16.82) d。对照组36例患者中, 男24例, 女12例; 年龄29~92岁, 平均(63.01±2.30)岁; 病程31~249 d, 平均(146.52±16.87) d。2组患者的性别、年龄、病程等一般情况比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 表明2组患者的基线特征基本一致, 具有可比性。

2.2 2组患者治疗前后VAS评分比较

表1结果显示: 治疗前, 2组患者VAS评分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗1、2周

后, 2组患者的VAS评分均较治疗前明显改善, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 且治疗组在改善VAS评分方面明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组第三腰椎横突综合征患者治疗前后VAS评分比较

组别	例数(例)	治疗前	治疗1周后	治疗2周后
对照组	36	7.52 ± 2.14	4.02 ± 1.20 ^①	2.46 ± 0.71 ^①
治疗组	36	7.47 ± 2.12	2.85 ± 0.98 ^{①②}	1.92 ± 0.60 ^{①②}
t 值		0.100	4.531	3.485
P 值		0.921	0.000	0.001

① $P < 0.05$, 与同组治疗前比较; ② $P < 0.05$, 与同期对照组比较

2.3 2组患者治疗前后JOA评分比较

表2结果显示: 治疗前, 2组患者JOA评分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗1、2周后, 2组患者的JOA评分均明显改善($P < 0.05$), 且治疗组在改善JOA评分方面明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组第三腰椎横突综合征患者治疗前后JOA评分比较

组别	例数(例)	治疗前	治疗1周后	治疗2周后
对照组	36	11.30 ± 2.56	14.73 ± 3.62 ^①	19.10 ± 5.38 ^①
治疗组	36	11.18 ± 2.55	17.06 ± 3.65 ^{①②}	22.36 ± 6.03 ^{①②}
t 值		0.199	2.719	2.420
P 值		0.843	0.008	0.018

① $P < 0.05$, 与同组治疗前比较; ② $P < 0.05$, 与同期对照组比较

2.4 2组患者疼痛改善疗效比较

表3结果显示: 治疗组总有效率为100.00%(36/36), 对照组为77.78%(28/36)。治疗组疗效优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.5 2组患者功能改善疗效比较

表4结果显示: 治疗组总有效率为97.22%(35/36), 对照组为80.56%(29/36)。治疗组疗效优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表3 2组第三腰椎横突综合征患者疼痛改善疗效比较

Table 3 Comparison of pain improvement efficacy between the two groups of patients of TLVTPS [例(%)]

组别	例数(例)	治愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	36	0(0.00)	13(36.11)	15(41.67)	8(2.22)	28(77.78)
治疗组	36	27(75.00)	7(19.44)	2(5.56)	0(0.00)	36(100.00) ^①

① $P < 0.05$, 与对照组比较

表4 2组第三腰椎横突综合征患者功能改善疗效比较

Table 4 Comparison of functional improvement efficacy in the two groups of patients of TLVTPS [例(%)]

组别	例数(例)	治愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	36	0(0.00)	9(25.00)	20(55.56)	7(19.44)	29(80.56)
治疗组	36	34(94.44)	1(2.78)	0(0.00)	1(2.78)	35(97.22) ^①

① $P < 0.05$, 与对照组比较

3 讨论

现代医学认为,第三腰椎横突综合征的形成是由于腰背部肌肉强烈收缩使肥大的横突周围组织被牵拉,附着于横突上的深筋膜被撕裂而造成慢性肌纤维组织炎或肌疝,有的因肌肉上下滑动于腰三横突,形成保护性滑囊,一旦局部的炎症反应刺激横突背侧神经,即可产生疼痛症状^[9-10]。中医在治疗第三腰椎横突综合征上有较好的优势。刘翔等^[11]采用温通止痛贴加热后贴于L3横突末端压痛处治疗第三腰椎横突综合征,连续治疗2周后,总有效率达89.9%。李荣强^[12]应用单纯汉章针刀治疗第三腰椎横突综合征患者120例,痊愈84例,显效35例,无效1例。李庐娟^[13]采用针刀松解术治疗第三腰椎横突综合征患者76例,总有效率为92.1%。王伟等^[14]采用针刀结合推拿手法治疗第三腰椎横突综合征患者76例,治疗组患者治疗2周后的VAS评分较单纯针刀治疗组显著下降。目前,本病的治疗方法主要以中药、针灸、推拿、小针刀及手术治疗为主,但仍有部分患者未能缓解症状,或暂时缓解后容易复发。

针刺具有疗效好、操作简便及安全性高等优点。近年来,随着临床上针刺治疗的普及,越来越多的患者选择把针刺作为主要的治疗手段。临床研究^[6]表明,针刺治疗第三腰椎横突综合征具有确切的疗效。《神灸经纶》云:“取艾之辛香作炷,能通十二经,入三阴,理气血,以治百病,效如反掌。”说明艾灸具有温经散寒,振奋阳气,祛湿通络,活血化瘀的作用。现代研究^[7-8]表明,艾灸既能起到消炎、抗氧化和细胞保护的作用,

还能促进血液循环,降低血液黏度。有研究表明,相较于单纯针刺,温针治疗血瘀型痹症的有效率明显提升^[9]。而温针灸治疗第三腰椎横突综合征确有疗效^[15]。

傍刺法为《内经》十二刺法之一。《灵枢·官针》有云:“傍针刺者,直刺,傍刺各一,以治留痹久居者也。”其操作方法为先在所取腧穴直刺一针,再在近旁斜向加刺一针,使两针并列,又称傍针刺^[6]。而有学者认为,在傍刺法的基础上结合温针灸治疗,能增强祛风散寒、化湿通络的作用,从而使傍刺法发挥更大的作用^[17]。另外,除针刺外,合理的功能训练对第三腰椎横突综合征的康复具有一定的帮助。研究表明,运动疗法主要通过提高脊柱周围肌群的力量,改善脊柱的柔韧性,增强肌群间的平衡、灵敏和协调能力,从而达到保护脊柱的作用,延缓或阻止慢性腰痛病程的进展,减轻腰痛的症状,提高腰椎功能和日常生活活动能力^[18]。国外研究表明,运动能够通过促进血管增生的方式,改善疼痛相关的缺血^[19]。功能训练的作用机制主要是通过各种体位训练以提高脊柱周围肌群的力量,增强肌群间的平衡、灵敏和协调能力,矫正腰段脊柱的生理弧度,调节脊柱内源性稳定肌的紧张度,增强腰椎的稳定度。特定的功能训练可以强化深筋膜韧性,减少腰椎异常活动,对于第三腰椎横突周围组织被异常牵拉、被卡压或形成局部纤维组织炎的患者,可以减轻第三腰椎横突背侧神经的压力刺激,缓解疼痛症状^[20]。

综上所述,温针傍刺结合功能训练治疗气滞

血瘀型第三腰椎横突综合征,能明显改善患者的疼痛症状,改善患者的生活活动能力,临床效果显著,值得在临床进一步推广应用。

参考文献:

- [1] 詹红生.中西医结合骨伤科学[M].2版.北京:中国中医药出版社,2013:1.
- [2] 王金伟,廖军.第三腰椎横突综合征简易针刺疗法[J].山西中医,2019,35(4):50-51.
- [3] 吕成超.推拿弹拨手法治疗第三腰椎横突综合征临床疗效比较观察[D].广州:广州中医药大学,2014:21-22.
- [4] 周梦林,赖梦婷,蔡树河.中医治疗第三腰椎横突综合征的研究进展[J].按摩与康复医学,2018,9(4):1-3.
- [5] 中华医学会.临床技术操作规范:骨科学分册[J].北京:人民军医出版社,2011:201-205.
- [6] 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,1994:152-153.
- [7] 高树中,杨骏.针灸治疗学[M].北京:中国中医药出版社,2012:1020-1021.
- [8] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:418-419.
- [9] 卢意梅.温针治疗血瘀型腰椎间盘突出症疗效观察[J].上海针灸杂志,2011,30(9):617.
- [10] 陈晓强,刘海永,周广岳,等.毫火针结合新医正骨治疗第三腰椎横突综合征的疗效研究[J].河北中医药学报,2016,31(2):40-41,51.
- [11] 刘翔,王力.温通止痛贴治疗腰三横突综合征30例[J].江西中医药,2015,46(5):43-44.
- [12] 李荣强.单纯汉章针刀治疗腰三横突综合征的疗效观察[J].临床合理用药杂志,2013,6(24):98.
- [13] 李庐娟.针刀治疗腰三横突综合征的疗效观察[J].内蒙古中医药,2015,34(9):65.
- [14] 王伟,刘华辉,王莹,等.小针刀配合手法治疗第三腰椎横突综合征40例观察[J].实用中医药杂志,2016,32(3):240-241.
- [15] 杨大红.温针灸辨证分型治疗第3腰椎横突综合征临床观察[J].实用中医药杂志,2018,24(11):1396-1397.
- [16] 田洪昭,孙忠人,荀文臣.傍刺法临床应用研究[J].吉林中医药,2015,35(7):737.
- [17] 嘉士健.艾炷温针双针傍刺治疗膝痹临床观察[J].中医临床研究,2013,5(7):50-51.
- [18] 王雪强.核心稳定训练对非特异性腰痛患者神经肌肉功能的作用[D].上海:上海体育学院,2016:15-16.
- [19] WAHL P, BLOCH W, SCHMIDT A. Exercise has a positive effect on endothelial progenitor cells, which could be necessary for vascular adaptation processes [J]. Int J Sports Med, 2007, 28(5):374-380.
- [20] 项宇琼.运动疗法改善腰背疼痛的机制研究概述[J].体育风尚,2019,31(1):79.

【责任编辑:宋威】

《中药新药与临床药理》“临床研究”栏目扩大征稿

为更全面地反映中医药学术研究成果,打造高质量的中医药学术交流平台,优化杂志学科内容结构及满足作者的需求,本刊从2021年起加强对临床中药研究科研成果的报道。栏目论文基本要求:

1. 研究对象:中药新药(各期临床研究)、新上市后的中药制剂、医院中药制剂及已有一定研究基础的中药汤剂等。

2. 研究类型:临床随机对照试验。

本刊投稿网站:www.zyxy.com.cn。本刊只接受稿件采编系统投稿,不接收纸质和E-mail投稿,系统投稿不收取审稿费。

本刊入选核心期刊:中国中文核心期刊、中国科技核心期刊、中国科学引文数据库来源期刊(CSCD,核心库)及RCCSE中国核心学术期刊。

·《中药新药与临床药理》编辑部·