

DOI 10.19656/j.cnki.1002-2406.20230910

独活续断汤联合穴位埋线 治疗腰椎间盘突出症的临床研究

李晓飞,王培霞,杨洋

(漯河市中医院,河南 漯河 462000)

【摘要】目的:探讨独活续断汤联合穴位埋线治疗腰椎间盘突出症的临床疗效。方法:选取符合纳入标准的腰椎间盘突出症患者120例,依据随机数字表随机分为观察组和对照组,每组各60例。对照组给予穴位埋线治疗,观察组在对照组治疗基础上给予独活续断汤治疗,两组患者均治疗30 d。比较两组患者治疗前后腰椎关节活动度(腰椎前屈、腰椎后伸)、Oswestry功能障碍指数(Oswestry disability index, ODI)、视觉疼痛评分(visual analogue scale, VAS)、日本骨科协会评估治疗评分(Japanese Orthopaedic Association scores, JOA)、血清炎症因子[C反应蛋白(C reactive protein, CRP)、白介素-6(interleukin-6, IL-6)和肿瘤坏死因子- α (tumor necrosis factor- α , TNF- α)]水平和不良反应情况,比较两组临床疗效。结果:与对照组比较,观察组患者治疗总有效率(95%, 57/60)明显高于对照组(81.67%, 49/60)($\chi^2=5.175, P<0.05$)。治疗后,两组患者腰椎前屈度、腰椎后伸度均上升,且观察组优于对照组($t=4.813, 5.151, P<0.01$);两组患者ODI、VAS评分均下降,JOA评分上升,且观察组优于对照组($t=-11.295, -8.487, 18.650, P<0.01$);两组患者CRP、IL-6、TNF- α 水平均下降,且观察组下降较对照组更显著($t=-18.435, -8.986, -11.644, P<0.01$)。治疗过程中,观察组1例患者出现体温升高,对照组1例患者出现头晕、1例患者出现皮疹,3位患者均在未进行干预的情况下于1 d后自行好转,两组患者不良反应发生率比较差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:独活续断汤联合穴位埋线可显著提高腰椎间盘突出症的治疗效果,减轻腰椎功能障碍程度,改善炎症反应。

【关键词】独活续断汤;穴位埋线;腰椎间盘突出症;腰椎关节活动度;CRP;IL-6;TNF- α

【引用格式】

李晓飞,王培霞,杨洋.独活续断汤联合穴位埋线治疗腰椎间盘突出症的临床研究[J].中医药信息, 2023, 40(9): 62-65, 70.

LI X F, WANG P X, YANG Y. Clinical study of Duhuo Xuduan decoction combined with catgut embedment in acupoint for the treatment of lumbar disc herniation[J]. Information on TCM, 2023, 40(9): 62-65, 70.

腰椎间盘突出症是因腰椎间盘出现退变、纤维环破裂、髓核压迫神经根等引起的综合征,是较为常见的脊柱退行性疾病^[1]。腰椎间盘突出症多发于中青年群体,20~50岁人群出现此病概率更高。从临床数据来看,约有90%的患者发病位置在L₄~L₅、L₅~S₁区域^[2]。腰椎间盘突出症患者多表现腰部疼痛,对日常活动影响较大,部分患病严重人群可能完全丧失劳动力或出现残障^[3]。因此,及时采取相应措施改善症状

十分重要。中医治疗腰椎间盘突出症经验丰富,能够在不破坏椎体结构的情况下,通过药物以及物理干预实现对患者病症及疼痛的改善。腰椎间盘突出症是“腰痛”的一种类型,穴位埋线主要通过循经取穴方式,利用可吸收缝线实现疏通经络、活血化瘀的效果^[4]。独活续断汤出自《外台秘要》卷十七引《古今录验》,具有散湿止痛、温肝活血之效^[5]。本研究对比分析了独活续断汤联合穴位埋线对腰椎间盘突出症的

疗效,现将结果报道如下。

1 临床与方法

1.1 一般资料

选取漯河市中医院2020年2月—2022年5月收治的腰椎间盘突出症患者120例,依据随机数字表随机分为观察组和对照组,每组各60例。其中,观察组男性31例,女性29例;年龄(44.68 ± 5.73)岁;病程(32.25 ± 8.64)个月。对照组男性34例,女性26例;年龄(45.17 ± 5.11)岁;病程(31.93 ± 8.38)个月。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究符合《赫尔辛基宣言》内容,经漯河市中医院伦理审核委员会审核并通过,审批号:漯中医伦理2022014。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

符合《临床诊疗指南:骨科分册》^[6]中诊断标准。

①合并急性、慢性腰部外伤或劳损、寒湿病史;②具有慢性腰疼史;③腰部、下肢间歇性疼痛、麻木;④直腿抬高试验阳性;⑤腰部CT及磁共振提示腰椎间盘突出症。

1.2.2 中医诊断标准

符合《中医病证诊断疗效标准》^[7]中肾虚证。主症:腰部酸疼,且在劳累后加重,下肢伴随麻木疼痛;次症:面色潮红、四肢不温、盗汗、口咽干燥、失眠多梦、少气懒言;舌脉:舌薄白、脉沉细。

1.3 纳入标准

①符合中、西医诊断标准;②属肾虚证型;③年龄18~65岁;④入组前2个月没有腰椎间盘突出症治疗史;⑤了解研究内容,知晓利弊,患者或家属已签署知情同意书。

1.4 排除标准

①合并恶性肿瘤,严重心、肝、肾功能障碍;②凝血功能或免疫功能异常;③存在严重脏器功能损伤;④合并骨质疏松、腰椎管狭窄等影响腰椎功能疾病;⑤对研究所用药物存在严重不良反应;⑥合并糖尿病伴神经疾病;⑦合并皮肤过敏、破损;⑧存在严重精神疾病,无法沟通或配合完成治疗。

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组

采用穴位埋线的治疗方案。具体操作:患者侧卧位,取夹脊、腰眼、肾俞、阳陵泉、昆仑、血海。暴露选取穴位并进行消毒,选择一次性埋线针(河南康言医疗器械有限公司)以及可吸收外科缝合线(上海浦东金环医疗用品有限公司)。在穴位肌层用针头刺入,微提插,

有针感时推进针芯并退出针管,于穴位埋入可吸收外科缝线,用棉球按压针孔,无出血后于埋线处使用创可贴避免感染,埋线后3 d不可洗澡,每10 d埋线1次,连续治疗30 d。

1.5.2 观察组

在对照组治疗基础上口服独活续断汤。组方:独活6 g,续断片6 g,桂枝6 g,杜仲6 g,防风6 g,牛膝6 g,当归6 g,人参片6 g,白芍6 g,川芎9 g,茯苓9 g,秦艽9 g,生地黄9 g,甘草片9 g及细辛2 g。饮片均来源于漯河市中医院药房,常规水煎煮,取汁400 mL,分早晚两次温服,每日1剂,连续治疗30 d。

1.6 观察指标

①腰椎关节活动度:于治疗前后测量患者腰椎前屈及腰椎后伸度。②Oswestry功能障碍指数(Oswestry disability index, ODI)量表:含疼痛、单项功能、个人综合能力三个维度,共10项,每项按0~5级评分方式计分,最高不超过50分,分数越高,功能越差。③视觉疼痛评分(visual analogue scale, VAS):于纸上标记疼痛等级,分别为0~10级,数值越高,疼痛越重。④日本骨科协会评估治疗评分(Japanese Orthopaedic Association scores, JOA)量表:共3个项目,最低分为0,最高分为29,分数越低,功能损伤越严重。⑤血清炎症因子:于治疗前后取患者清晨空腹静脉血5 mL,采用酶联免疫吸附法测C反应蛋白(C reactive protein, CRP)、白介素-6(interleukin-6, IL-6)和肿瘤坏死因子- α (tumor necrosis factor- α , TNF- α)水平。⑥不良反应:记录患者治疗过程中出现的皮疹、恶心呕吐等不良反应情况。

1.7 临床疗效判定标准

参照《外科学》^[8]对疗效进行评估。痊愈:腰部、下肢疼痛消失,平卧直腿抬高角度在 70° 以上;显效:腰部减轻、下肢疼痛消失,肢体功能好转,但高强度工作时仍有症状;有效:腰部、下肢疼痛有所好转,可行走但无法进行正常工作;无效:未达到上述标准。

1.8 统计学方法

采用SPSS 22.0统计学软件处理,计数资料用[例(%)]表示,采用 χ^2 检验;计量资料用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较

观察组患者治疗总有效率95%,对照组临床总有效率81.67%,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	60	38(63.33)	9(15.00)	10(16.67)	3(5.00)	57(95.00)*
对照组	60	26(43.33)	13(21.67)	10(16.67)	11(18.33)	49(81.67)
χ^2 值						5.175
P值						0.023

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者治疗前后腰椎关节活动度比较

治疗前,两组患者腰椎关节活动度比较差异无统计学意义;治疗后,腰椎前屈度、腰椎后伸度均上升,且观察组优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$)。见表2。

2.3 两组患者治疗前后腰椎ODI、VAS、JOA评分比较

治疗前,两组患者ODI、VAS、JOA评分比较差异无统计学意义;治疗后,两组患者ODI、VAS评分均下降,

JOA评分均上升,且观察组优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$)。见表3。

2.4 两组患者治疗前后血清炎症因子比较

治疗前,两组患者CRP、IL-6、TNF- α 水平比较差异无统计学意义;治疗后,两组患者CRP、IL-6、TNF- α 水平均下降,且观察组优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$)。见表4。

表2 两组患者治疗前后腰椎关节活动度比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	腰椎前屈度/ $^{\circ}$		腰椎后伸度/ $^{\circ}$	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	60	41.40 $\pm$ 3.20	48.62 $\pm$ 4.07**	16.42 $\pm$ 2.01	20.45 $\pm$ 2.14**
对照组	60	41.35 $\pm$ 3.37	45.13 $\pm$ 3.87*	16.38 $\pm$ 1.97	18.47 $\pm$ 2.07*
t值		0.083	4.813	0.110	5.151
P值		0.934	< 0.001	0.913	< 0.001

注:与治疗前比较,* $P < 0.01$;与对照组治疗后比较,** $P < 0.01$ 。

表3 两组患者治疗前后腰椎ODI、VAS、JOA评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	ODI/分		VAS/分		JOA/分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	60	36.37 $\pm$ 4.06	22.40 $\pm$ 2.09**	5.13 $\pm$ 1.13	2.43 $\pm$ 0.62**	7.48 $\pm$ 1.02	25.45 $\pm$ 1.29**
对照组	60	37.98 $\pm$ 4.28	28.58 $\pm$ 3.69*	5.12 $\pm$ 0.98	3.62 $\pm$ 0.90*	7.43 $\pm$ 1.14	20.65 $\pm$ 1.52*
t值		-0.809	-11.295	0.087	-8.487	0.254	18.650
P值		0.420	< 0.001	0.931	< 0.001	0.800	< 0.001

注:与治疗前比较,* $P < 0.01$;与对照组治疗后比较,** $P < 0.01$ 。

表4 两组患者治疗前后血清炎症因子水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	CRP/(mg/mL)		IL-6/(μ g/L)		TNF- α /(ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	60	25.16 $\pm$ 3.78	8.16 $\pm$ 1.89**	151.43 $\pm$ 30.62	84.65 $\pm$ 18.63**	2.81 $\pm$ 0.75	1.04 $\pm$ 0.23**
对照组	60	25.20 $\pm$ 3.61	15.45 $\pm$ 2.41*	153.40 $\pm$ 28.76	116.47 $\pm$ 20.13*	2.82 $\pm$ 0.71	1.76 $\pm$ 0.42*
t值		-0.059	-18.435	-0.363	-8.986	-0.075	-11.644
P值		0.953	< 0.001	0.717	< 0.001	0.940	< 0.001

注:与治疗前比较,* $P < 0.01$;与对照组治疗后比较,** $P < 0.01$ 。

2.5 两组患者不良反应发生率比较

治疗过程中,观察组1例患者出现呕吐现象;对照组1例患者出现头晕,1例患者出现皮疹。3位患者均在未进行干预的情况下于1d后自行好转,两组患者不良反应发生率差异无统计学意义($P > 0.05$)。

3 讨论

腰椎间盘突出症是骨科常见疾病,腰部疼痛是该病主要病症,对患者日常生活与工作影响较大^[9-10]。腰

椎间盘突出症属“痹证”“腰痛”范畴,肝肾阴虚型是临床最多见的类型,其病机为肝肾脏腑亏虚,劳累导致外邪入侵,引发血气损伤、血气不通、经络闭塞,使机体出现下肢麻木、腰腿疼痛症状。因此,治疗该病时需考虑从外祛邪实,内补肝肾、活络止痛入手。

穴位埋线法是一种传统针灸与现代医学结合的治疗方式,基于中医针灸理念,通过将可吸收缝合线埋入体内,产生局部物理化学反应,实现对穴位的长效刺

激,从而达到调节经络、激发气血以及治疗疾病的目的。本研究结果显示,接受穴位埋线后,对照组60例患者治疗总有效率为81.67%,且治疗后,患者腰椎关节活动度,ODI、VAS、JOA评分及血清炎性因子水平均有明显改善,这说明穴位埋线联合常规治疗可实现对腰椎间盘突出症腰椎功能、疼痛以及炎性反应的改善作用,这与包瑞等^[11]所得结论一致。推测原因在于,穴位埋线后由于可吸收线在机体内进行分解并产生温和的良性刺激,能够实现对机体内环境的调节,同时,埋线还能松解局部组织,改善微循环^[12],且本研究选取穴位与督脉及太阳经脉密不可分,可促进经络之气回环往复^[13]。

独活续断汤组方中独活、续断止痛;杜仲、牛膝补肝肾、强筋骨;桂枝、防风解表镇痛;辅以当归、生地黄等物可补血活气,通经络,扶正强身。诸药合用能够改善肝肾亏虚、气血运转异常与经络不通等症状^[14-15]。与穴位埋线法相互协作可促进机体血液循环,降低炎症物质水平,改善腰腿疼痛、麻木等症状,促进病情康复。

综上所述,独活续断汤联合穴位埋线可显著提高腰椎间盘突出症治疗效果,减轻腰椎功能障碍程度,改善炎性反应。

【参考文献】

- [1] BENZAKOUR T, IGOUMENOU V, MAVROGENIS A F, et al. Current concepts for lumbar disc herniation [J]. Int Orthop, 2019, 43(4):841-851.
- [2] YU P, MAO F, CHEN J, et al. Characteristics and mechanisms of resorption in lumbar disc herniation [J]. Arthritis Res Ther, 2022,

24(1):205.

- [3] BERRA L V, DI RITA A, LONGHITANO F, et al. Far lateral lumbar disc herniation part 1: imaging, neurophysiology and clinical features [J]. World J Orthop, 2021, 12(12):961-969.
- [4] 张标,张学玲. 穴位埋线联合小针刀治疗腰椎间盘突出症42例[J]. 浙江中医杂志, 2020, 55(3):219.
- [5] 湛金祥. 独活续断汤联合塞来昔布胶囊治疗肝肾阴虚型腰椎间盘突出症的效果[J]. 中外医学研究, 2021, 19(36):161-164.
- [6] 中华医学会. 临床诊疗指南:骨科分册[M]. 北京:人民卫生出版社, 2009:97-98.
- [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, 1994:201.
- [8] 裘法祖. 外科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 1995:854.
- [9] MARISCAL G, TORRES E, BARRIOS C. Incidence of recurrent lumbar disc herniation: a narrative review [J]. J Craniovertebr Junction Spine, 2022, 13(2):110-113.
- [10] LAASIK R, LANKINEN P, KIVIMÄKI M, et al. Return to work after lumbar disc herniation surgery: an occupational cohort study [J]. Acta Orthop, 2021, 92(6):638-643.
- [11] 包瑞,张晓峰,韩盛旺,等. 穴位埋线治疗腰椎间盘突出症临床研究[J]. 针灸临床杂志, 2020, 36(12):28-31.
- [12] 范铭,周鹰. 穴位埋线联合烧山火法针刺夹脊穴治疗腰椎间盘突出症的效果观察[J]. 贵州医药, 2021, 45(4):617-618.
- [13] 曹莉,宋瑶,黄景辉,等. 温针齐刺法联合穴位埋线治疗腰椎间盘突出症临床观察[J]. 河北中医, 2020, 42(8):1222-1226.
- [14] 刘晶晶,许晓爽,赵婧,等. 独活续断汤辅助治疗老年腰椎间盘突出症疗效及对患者血清代谢组学的影响[J]. 陕西中医, 2020, 41(1):76-78.
- [15] 梁艳安,冼益民,朱丽华. 独活续断汤联合推拿治疗肝肾阴虚型腰椎间盘突出症临床研究[J]. 国际中医中药杂志, 2019, 41(10):1075-1078.

(收稿日期:2022-11-21)

Clinical Study of Duhuo Xuduan Decoction Combined with Catgut Embedment in Acupoint for the Treatment of Lumbar Disc Herniation

LI Xiaofei, WANG Peixia, YANG Yang

(Luohe Hospital of Traditional Chinese Medicine, Luohe 462000, China)

【Abstract】 Objective: To explore the clinical effects of Duhuo Xuduan decoction combined with catgut embedment in acupoint on the treatment of lumbar disc herniation. Methods: 120 patients with lumbar disc herniation who met the inclusion criteria were selected and randomly divided into an observation group and a control group based on a random number table, with 60 patients in each group. The control group was treated with catgut embedment in acupoint, and the observation group with catgut embedment in acupoint plus Duhuo Shuduan decoction, for 30 days. Before and after the treatment, we compared, between the two groups, the lumbar joint range of motion (lumbar flexion, lumbar extension), Oswestry disability index (ODI), visual analogue score (VAS), Japanese Orthopedic Association scores (JOA), levels of serum inflammatory factors

(下转第70页)

GUO Lizhong's Treatment of Chemotherapy – Induced Peripheral Neuropathy by Warming and Unblocking Triple Energizers

ZHU Ying^{1,2}, GUO Lizhong^{2✉}, WANG Yaxian^{1,2}, ZHANG Wenjing^{1,2}, XU Min^{1,2}

(1. *The Affiliated Hospital of Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing 210029, China*; 2. *The First Clinical Medical College, Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing 210023, China*)

【Abstract】 Chemotherapy – induced peripheral neuropathy (CIPN) is one of the common adverse reactions after cancer chemotherapy, and its clinical treatment mainly focuses on replenishing qi and nourishing blood, activating blood and freeing the collateral vessels in traditional Chinese medicine. Professor Guo Lizhong has rich experience in the treatment of CIPN and he believes that the core pathogenesis of CIPN pertains to yang deficiency with congealing cold and meridian obstruction, and that the treatment should be focused on unblocking triple energizers and taking care of the overall situation. In the treatment of this disease, we should take yang strengthening as the key link, dispel external pathogenic factors first, then regulate the five viscera, and gradually warm and unblock the triple energizers, in order to achieve balance of yin and yang and harmony of qi and blood. At the same time, we need to attach great importance to consolidating root and strengthening primordium, supporting the true yang in the kidney, seeking long – term survival efficacy for tumor patients, and improving their quality of life.

【Key words】 Chemotherapy; Peripheral neuropathy; Strengthening yang; Warming and unblocking triple energizers

(上接第 65 页)

[C – reactive protein (CRP), interleukin – 6 (IL – 6) and tumor necrosis factor – α (TNF – α)] , and adverse reaction. The treatment effects were also compared between the two groups. Results: Compared with the control group (81.67%, 49/60), the total effective rate of patients in the observation group (95.00%, 57/60) was significantly higher ($\chi^2 = 5.175, P < 0.05$). After the treatment, the lumbar forward flexion and lumbar posterior extension increased in both groups, and the observation group is superior to the control group ($t = 4.813, 5.151, P < 0.01$). The scores of both ODI and VAS in the two groups decreased, while the JOA scores increased, and the changes in the observation group are superior to the control group ($t = -11.295, -8.487, 18.650, P < 0.01$). The levels of CRP, IL – 6, and TNF – α all decreased, especially in the observation group ($t = -18.435, -8.986, -11.644, P < 0.01$). During the treatment, 1 patient in the observation group had elevated temperature, 1 patient in the control group developed dizziness, 1 patient developed skin rash, and the 3 patients improved 1 day later without intervention. There was no statistically significant difference in the incidence of adverse reactions between the two groups ($P > 0.05$). Conclusion: Duhuo Shuduan decoction combined with catgut embedment in acupoint can significantly improve the therapeutic effect on lumbar disc herniation, reduce the degree of lumbar dysfunction, and improve inflammatory reaction.

【Key words】 Duhuo Xuduan decoction; Catgut embedment in acupoint; Lumbar disc herniation; Range of lumbar joint motion; CRP; IL – 6; TNF – α