

## 华佗夹脊穴椎管内恢刺治疗腰椎间盘突出症 40 例

吕子旭<sup>1</sup> 孙钦然<sup>2</sup> 刘莹莹<sup>3</sup> 王寿兰<sup>4</sup> 彭昕<sup>5</sup> 丁惠惠<sup>1</sup> 刘方铭<sup>2△</sup>

**【摘要】 目的:**探讨华佗夹脊穴椎管内恢刺治疗腰椎间盘突出症的临床疗效及安全性。**方法:**2017 年 10 月至 2018 年 10 月,对 L<sub>4~5</sub> 和 L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 腰椎间盘突出症患者 40 例进行华佗夹脊穴椎管内恢刺治疗。男 26 例,女 14 例;年龄 21~65 岁,平均(40.90±10.17)岁;L<sub>4~5</sub> 突出 18 例,L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 突出 18 例,L<sub>4~5</sub> 并 L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 突出 4 例。治疗后记录不良事件,并于治疗后 1 周,1 及 3 个月采用疼痛视觉模拟(VAS)评分及改良 MacNab 标准评估结果。**结果:**治疗后各个时间点的 VAS 均较治疗前降低,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),各时间点优良率分别为 97.5%,92.5%及 85%,无不良事件发生。**结论:**华佗夹脊穴椎管内恢刺治疗腰椎间盘突出症安全可行,是有效的治疗手段。

**【关键词】** 华佗夹脊穴;椎管内;恢刺;腰椎间盘突出症;解结

**【中图分类号】** R681.5 **【文献标志码】** B **【文章编号】** 1005-0205(2019)05-0073-03

腰椎间盘突出症是由于椎间盘退行性改变压迫或刺激神经产生的以腰腿疼痛为主要表现的一种综合征,是常见的多发性疾病,对患者的生活工作造成影响<sup>[1]</sup>。其中以 L<sub>4~5</sub> 和 L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 所占比例率最高,约占 90%~96%<sup>[2]</sup>。消除症状是治疗椎间盘突出症的主要目的。因此如何在高效、安全、方便、快捷的基础上提高疗效,是临床的一大挑战。针灸疗效确切,是保守治疗的重要手段之一,为进一步提高疗效,缩短疗程,本研究基于“针至病所,解结”理论研究探讨椎管内恢刺治疗该病的临床疗效。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

2017 年 10 月至 2018 年 10 月,选取本院门诊经 MRI、CT 检查及临床诊断证实为 L<sub>4~5</sub> 和 L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 腰椎间盘突出症患者 40 例:男 26 例,女 14 例;年龄 21~65 岁,平均(40.90±10.17)岁;L<sub>4~5</sub> 18 例,L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 18 例,L<sub>4~5</sub> 和 L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 4 例。

### 1.2 诊断标准

参照《中医病证诊断及疗效标准》<sup>[3]</sup>中腰椎间盘突出症的诊断标准拟定:

基金项目:山东省中医药科技发展计划项目(2015-333)

<sup>1</sup> 山东中医药大学(济南,250014)

<sup>2</sup> 山东大学附属千佛山医院

<sup>3</sup> 山东省德州市夏津运河医院

<sup>4</sup> 济南市民族医院

<sup>5</sup> 北大医疗淄博医院

△通信作者 E-mail:1026850511@qq.com

1)腰部有外伤史、慢性劳损史或受寒史;2)腰痛伴臀部、下肢放射痛,腰部活动受限;3)责任椎间盘椎旁华佗夹脊穴有压痛,并向下肢放射;4)直腿抬高或加强试验阳性;5)受累神经支配区域感觉异常,病程长者可出现肌力下降;6)经 CT 或 MRI 确诊为 L<sub>4~5</sub> 和 L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 腰椎间盘突出症;7)既往腰椎手术史、椎间盘脱出、出现马尾综合征、凝血功能异常排除在外。

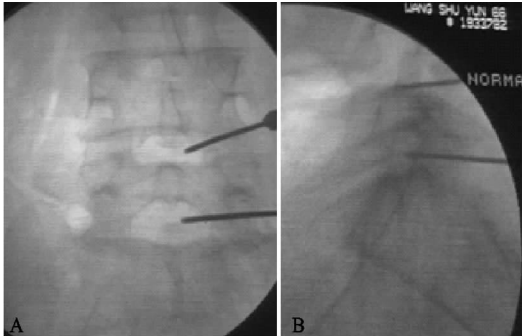
## 2 方法

### 2.1 治疗方法

患者取俯卧位。取穴:根据突出位置选取相应部位华佗夹脊穴(按压可诱发下肢疼痛)。操作:常规消毒,铺巾,标记点处用浓度为 1%利多卡因局部浸润麻醉,20 mL 注射器针头破皮,用特制长针(见图 1)向小关节处进针,探及小关节后沿小关节内侧缘向神经根走行处缓慢进针,穿过黄韧带时,医者手下有突破坠空感,患者有酸、麻、胀、触电感等得气感或者原有症状暂时加重,可休息片刻再进行治疗。待患者感觉平稳后,缓慢向前进针抵至椎体或椎间盘后缘(可在 X 线引导下操作,见图 2,X 线正位片示针尖位于小关节内侧缘,侧位片示针尖位于椎体后缘),以恢刺法进行解结治疗,感觉针下有松动感后出针。恢刺法操作要点:缓慢探索进针,直至椎管内神经根走行处,上下挑拨针柄,充分剥离神经根椎管内粘连,以松解减压。出针后针孔敷盖一次性敷料,患者平卧 30 min 无异常后结束治疗。术后卧床休息 3 d,保持针眼清洁,忌辛辣及酒,隔 5 d 以相同方法治 1 次,共 2 次为 1 个疗程。疗程结束后加强腰背肌锻炼。



图1 特制长针(不锈钢材质,针体直径1.8 mm,长10 cm,针柄长6 cm,宽1.5 cm)



A 正位片示针尖位于小关节内侧缘 B 侧位片示针尖位于椎体后缘

图2 治疗影像

2.2 疗效评价

2.2.1 观察指标 采用视觉评分法(VAS)评估疼痛程度,分别于治疗前、治疗后第1周、1个月、3个月电话随访或复诊进行评估。

2.2.2 疗效标准 依据改良的 Mac Nab 腰腿痛手术评价标准<sup>[4]</sup>拟定。优,疼痛消失,无活动受限,可进行正常工作;良,偶有疼痛,能进行一般工作;可,仍有疼痛,不能工作;差,疼痛无改善,需要进行其他微创介入治疗或手术。

2.3 统计学方法

应用 SPSS 19.0 软件进行统计学分析,组内采用 Wilcoxon 符号秩和检验,  $P < 0.05$  差异有统计学意义。

3 结果

3.1 治疗前、治疗后第1周、1个月及3个月 VAS 评分比较

由图3可见,治疗后第1周、1个月及3个月 VAS 评分均较治疗前降低,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

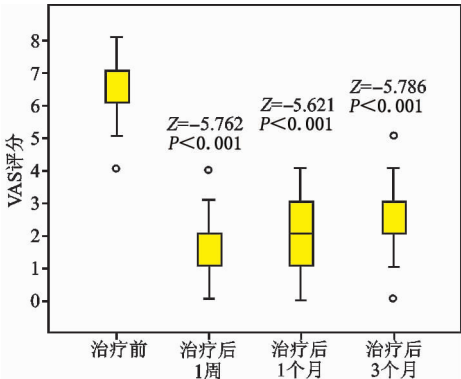


图3 治疗前后各时间点 VAS 评分比较

3.2 综合疗效

由表1可见,各时间点优良率分别为 97.5%, 92.5% 及 85%。

表1 治疗后各时间点疗效情况

| 时间     | 优  | 良  | 可 | 差 | 优良率/% |
|--------|----|----|---|---|-------|
| 治疗后1周  | 16 | 23 | 1 | 0 | 97.5  |
| 治疗后1个月 | 13 | 24 | 3 | 0 | 92.5  |
| 治疗后3个月 | 9  | 25 | 5 | 1 | 85.0  |

3.3 安全性

本研究 40 例患者全部完成试验,均无针刺不良事件发生。

4 讨论

腰椎间盘突出症是由于神经根受周围软组织影响,包括突出髓核、肥厚的黄韧带、椎间孔韧带、膜椎韧带、纤维隔以及迂曲的椎管内静脉丛,导致神经根受刺激充血水肿、粘连,进而引起腰痛及下肢放射痛症状<sup>[5,6]</sup>。本病在祖国医学属“痹症”“经筋病”范畴。初起多由外伤,固定姿势的疲劳性损伤或风寒湿等外邪侵袭<sup>[7]</sup>,导致椎间关节周围经筋病变,椎管内形成结筋点,横络外加于正经之上,经络不通而发病<sup>[8,9]</sup>。解除引起气血痹阻的器质性因素,使其气血通畅下行是治疗的关键<sup>[10]</sup>。

华佗夹脊穴为经外奇穴,与督脉、足太阳膀胱经经气相通。督脉与膀胱经贯脊,入络脑;内与脏腑相合,外与体表相应,沟通内外、上下、前后之经气。本文采用华佗夹脊穴进针既可调心神、调节脏腑气血镇痛<sup>[11]</sup>,又调节督脉、足太阳膀胱经经气,可实现“气至病所”起到活血化瘀、理气止痛之效。研究表明针刺华佗夹脊穴可刺激脊神经、交感神经,影响 5-HT 等单胺类和  $\beta$ -内啡肽、P 物质等神经肽类镇痛递质的释放,还可降低一氧化氮和丙二醛水平,从而抑制炎症反应消除疼痛<sup>[12,13]</sup>。

筋病治筋<sup>[11]</sup>,该病本质可认为是经络卡压<sup>[12]</sup>,针至病所解结是解除卡压的有效手段<sup>[7,8]</sup>。《灵枢·刺节真邪》曰“一经上实下虚而不通者,此必有横络盛加于大经,令之不通,视而泻之。此所谓解结也。”“横络”是椎管内经筋病变的筋结点,为神经根周围的病理产物,其病灶在椎管内,针至椎管内对于椎间盘突出症如同启门必先解锁。解结多采用恢刺手法,《灵枢·官针》“恢刺者,直刺傍之,举之前后,恢筋急,以治筋痹也”,清代《灵枢悬解·官针》:“恢,扩也,前后恢筋急者,恢扩其筋,以舒其急也。”对恢刺操作进行了明确的解释。本病病灶较深,普通针灸针较细,针尖锐利且易折弯,不适合进针至椎管内。《灵枢·九针论》“八曰长针,取法于綦针,长七寸,主取深邪远痹者也”,依据“长针”形似古代缝衣针、“主取深邪远痹”的特点,结合实际特制针尖圆钝、针体较粗且长、针柄较宽便于握持操作的“解结”工具。经华佗夹脊穴针至病所后,行上下举针,既能实现“气至病所”疏通气血,又可“针至病所”

恢刺解结、舒缓筋急,从而达到更好的治疗效果。正如《灵枢·卫气》曰:“知病之所生,知候虚实之所在者,候得病之高下,……能知解结契绍于门户……能知六经标本者,可以无惑于天下。”研究亦证明<sup>[13,14]</sup>,华佗夹脊穴深层即为侧隐窝,即责任神经根通过周围病变软组织的部位,黄韧带减压和椎管内剥离可增大椎管内代偿容纳能力、松解粘连,消除神经根激惹状态,进而解除症状。

本研究结果显示基于“针至病所”理论,华佗夹脊穴椎管内恢刺治疗腰椎间盘突出症在治疗后各时间点疼痛评分均低于治疗前,镇痛效果明显,在治疗后 1 周优良率为 97.5%,无针刺不良事件发生,证明了“针至病所”治疗经筋病的可行性、安全性、有效性。本治疗程仅为 7 d,大大降低了患者的时间成本。在治疗后 3 个月优良率为 85%,可能与患者未遵医嘱行加强康复锻炼、改变生活工作方式有关。

综上所述,经华佗夹脊穴椎管内恢刺治疗腰椎间盘突出症,选穴精简,执简御繁,疗效突出,并未发生不良反应,值得进一步推广。但对操作者要求较高,故应在认真研究解剖结构、积累临床经验或影像引导下学习此方法。

## 参考文献

- [1] 胥少汀,葛宝丰,徐印坎.实用骨科学[M].3版.北京:人民军医出版社,2005:1678.
- [2] 莫伟,许金海,叶洁,等.腰椎间盘突出症中医治疗方法的研究进展[J].中国中医急症,2016,25(3):474-476.
- [3] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南

京中医药大学出版社,1994:201-203.

- [4] TANAKA N,YAMAGA M,TATEYAMA S,et al. The effect of pulsed radiofrequency current on mechanical allodynia induced with resiniferatoxin in rats[J]. Anesthesia & Analgesia,2010,111(3):784-790.
- [5] 马力军,王钢.腰椎间盘突出症的发病机制研究进展[J].湖南中医杂志,2013,29(3):125-127.
- [6] 张晓刚,李振彬,李义凯.腰椎间盘突出症发生机制及手法治疗现状[J].中国中医骨伤科杂志,2008,16(8):70-72.
- [7] 朱中书,刘方铭.《灵枢》“解结”理论浅谈[J].中国针灸,2014,34(11):1087-1088.
- [8] 董宝强,林星星,王树东,等.经筋刺法与针至病所理论的关系[J].中医杂志,2017,58(3):189-191.
- [9] 马力军,王钢.腰椎间盘突出症的发病机制研究进展[J].湖南中医杂志,2013,29(3):125-127.
- [10] 肖红,郭长青.十二经筋与十二经脉关系探讨[J].中华中医药杂志,2013,28(10):2860-2863.
- [11] 唐森,罗湘筠,石琴大,等.电针夹脊穴治疗颈型颈椎病疗效观察[J].上海针灸杂志,2014,33(9):840-842.
- [12] 王健,张永臣,吴富东.华佗夹脊穴镇痛机理研究进展[J].中医药临床杂志,2007(6):637-639.
- [13] 杨海龙,周胜红,张永臣,等.针灸治疗腰椎间盘突出症的机制研究进展[J].上海针灸杂志,2017,36(3):365-370.
- [14] 郑灿磊,焦杨,郑桂芝.徐疾补泻手法针刺腰夹脊穴治疗腰椎间盘突出症的临床研究[J].针刺研究,2015,40(3):242-246.

(收稿日期:2019-01-12)