

缺损程度评分标准》进行评价和判定。痊愈：患者治疗后各项神经系统症状和体征消失，生活可以完全自理，神经功能评分提高 75%以上；有效：患者治疗后各项神经症状和体征基本消失，可在不搀扶的情况下步行，部分生活可以自理，神经功能评分提高 51%~75%；改善：患者治疗后各项临床症状和体征部分消失，在搀扶下可以站立，但是生活不能自理，神经功能评分提高 11%~50%；无效：患者治疗后出现死亡情况或者是各项临床症状、体征等无明显改善，甚至恶化，且神经功能评分提高 0~10%。临床治疗总有效率=（痊愈例数+有效例数+改善例数）/总例数× 100%。

1.4 统计学分析 本次实验所有数据均采用统计学软件 SPSS19.0 整理和分析，计数资料用百分比（%）表示，行 χ^2 检验， $P<0.05$ 表明差异具有统计学意义。

2 结果

观察组总有效率为 96.9%，对照组总有效率为 87.5%，两组比较，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较

组别	n	痊愈(例)	有效(例)	改善(例)	无效(例)	总有效率(%)
观察组	32	14	10	7	1	96.9*
对照组	32	10	9	9	4	87.5

注：与对照组比较，* $P<0.05$ 。

3 讨论

中风后遗症在中医上又被称为“脑中风”或者是“脑卒中”，其在临床上可以分为中经络、中脏腑等多

种类型。其发生的主要原因为脏腑功能失调、脉络瘀阻，对患者疾病的治疗、康复以及生活质量的提升均有着一定的影响^[1]。在对气虚血瘀型中风后遗症患者实施治疗的过程中，常规的药物治疗并不能达到有效治疗的目的，而中医在治疗过程中的平衡脏腑气血、活血通络更能达到治疗的目的^[4]。

补阳还五汤方中黄芪活血祛瘀、驱邪外出；当归化瘀而不伤正；地龙通经活络；川芎活血行气；赤芍、红花、桃仁活血祛瘀^[5]。且加减方中附片、白术、党参、天麻、羚羊角、钩藤、远志、石菖蒲、白芥子以及郁金和虫类药材的加减，可以根据患者的临床表现和症状给予针对性的治疗，提示补阳还五汤加减方为治疗气虚血瘀型中风后遗症的首选方案^[6]。

本研究结果显示，观察组总有效率为 96.9%，对照组总有效率为 87.5%，两组比较，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。综上所述，运用补阳还五汤加减治疗气虚血瘀型中风后遗症患者，可以缓解和改善患者的临床症状以及体征，提高患者的治疗质量，促进患者康复，取得较好的临床疗效，值得临床推广。

参考文献

[1]齐晓方.补阳还五汤加减治疗中风后遗症临床观察[J].中国卫生标准管理,2015,6(33):132-133
[2]赵云杰.补阳还五汤加减治疗中风后遗症临床观察[J].基层医学论坛,2015,19(36):5119-5120
[3]李富田,闵春香,王传霞.补阳还五汤加减治疗中风后遗症 50 例[J].中医临床研究,2014,6(35):124-125
[4]李广权.补阳还五汤加减治疗中风后遗症临床观察[J].中国保健营养(上旬刊),2014,24(5):2923
[5]胡国华.补阳还五汤加味治疗气虚血瘀型中风后遗症的临床疗效观察[J].内蒙古中医药,2014,33(35):66
[6]陈有智.补阳还五汤加减治疗中风后遗症临床疗效评价[J].光明中医,2014,29(11):2309-2310

（收稿日期：2016-07-06）

自血疗法加臭氧穴位注射治疗颈腰椎间盘突出症疗效观察

麦志明 李建雄 罗伟民 梁建红 唐积娣 蔡晓聪

（广东省清远市阳山县中医院康复科 阳山 513100）

摘要：目的：探讨自血疗法联合臭氧穴位注射治疗颈腰椎间盘突出症的临床疗效。方法：选取我科 2014 年 10 月~2016 年 6 月颈腰椎间盘突出症患者 120 例，采取随机数字表法分为对照组（60 例）和观察组（60 例），对照组患者采取自血疗法，观察组患者采取自血疗法加臭氧穴位注射治疗。结果：观察组的治疗优良率明显高于对照组，且不良事件发生率更低，卧床时间更短，治疗后的血清 TNF- α 、IL-1 β 水平更佳，两组比较差异明显（ $P<0.05$ ）。结论：采取自血疗法加臭氧穴位注射治疗颈腰椎间盘突出症可提高治疗优良率，减少不良事件发生，加速患者康复。

关键词：颈腰椎间盘突出症；自血；臭氧；穴位注射

中图分类号：R681.55

文献标识码：B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.08.011

颈腰椎间盘突出症是一种常见的多发病，治疗方法较多，但不同治疗方法所取得的疗效不一，因此在临床中治疗方法选择较为困难^[1]。为探讨治疗颈腰椎间盘突出症患者较为理想的治疗方法，本文采取自血疗法加臭氧穴位注射治疗，评价其临床治疗

的有效性，为临床治疗推广提供依据。现报道如下：

1 资料和方法

1.1 一般资料 选择我科 2014 年 10 月~2016 年 6 月 120 例颈腰椎间盘突出症患者作为研究对象，均存在腰痛伴坐骨神经痛，或伴有小腿放射痛；或颈

痛伴有上肢放射痛^[2]。将所有患者采取随机数字表法分为对照组和观察组，每组 60 例。对照组男 34 例，女 26 例，年龄 17~72 岁，平均年龄 (44.27±2.19) 岁；观察组男 33 例，女 27 例，年龄 16~72 岁，平均年龄 (44.86±2.78) 岁。两组患者一般资料对比，无明显差异 ($P>0.05$)，具有可比性。

1.2 纳入标准和排除标准 入选标准：符合颈腰椎间盘突出症诊断标准，病程在 1 个月以上。排除标准：颈腰椎管骨性狭窄、突出物钙化、腰椎滑脱症、椎管肿瘤等病例。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 采取自血疗法。以足太阳膀胱经的背俞穴为主，以阿是穴为辅，根据中医理论君、臣、佐、使的选穴原则，每次取 4 穴，用 2 支 5 ml 的注射器抽取患者自身外周静脉血 10 ml，选定穴位消毒，快速穿刺，直刺 0.8~1.2 寸，每个穴位注入 2.5 ml 自血。

1.3.2 观察组 采取自血疗法加臭氧穴位注射治疗。选取双侧大杼、颈百劳、天柱(颈椎)、肾俞、环跳(腰椎)中的一组，自血采集同对照组，臭氧采集通过臭氧治疗仪，用 2 支 10 ml 注射器抽取 40%臭氧 5 ml，然后和自血混合，选定穴位后，直刺 0.8~1.2 寸，注射器适当提插出现得气针感后，回抽注射器针芯，若无回血，缓慢推入 5 ml 自血和臭氧混合物，出针后穿刺点按压止血。两组患者均 2 d 治疗 1 次，3 次为 1 个疗程，休息 2~3 d 进行下 1 个疗程，共治疗 2 个疗程。

1.4 观察指标 观察两组患者的临床疗效、不良事件发生率、卧床时间以及血清 TNF-α、IL-1β 水平。

1.5 疗效判定标准 参照参考文献制定评定标准^[3]：优：疼痛消失，无运动功能受限，恢复正常工作和活动；良：偶尔有疼痛，可做较轻的工作；可：疼痛有一定改善，工作困难；差：神经根有受压表现，需进一步治疗。

1.6 统计学处理 采用 SPSS20.0 软件进行数据处理，用%统计治疗优良率和不良事件发生率，采用 χ^2 检验，用 ($\bar{x} \pm s$) 统计卧床时间及血清 TNF-α、IL-1β 水平，采用 t 检验， $P<0.05$ 表示数据差异显著。

2 结果

2.1 临床疗效 观察组治疗优良率为 91.67%，明显高于对照组 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较						
组别	n	优(例)	良(例)	可(例)	差(例)	优良率(%)
观察组	60	41	14	3	2	91.67
对照组	60	26	21	8	5	78.33
P 值						0.040 8

2.2 不良事件和卧床时间 观察组患者不良事件发生率明显低于对照组患者，且观察组患者的卧床时间比对照组患者更短 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者不良事件发生率和卧床时间对比 ($\bar{x} \pm s$)			
组别	n	不良事件发生[例(%)]	卧床时间(d)
观察组	60	4(6.67)	9.27± 1.36
对照组	60	13(21.67)	13.87± 2.11
P 值		0.018 5	0.000 1

2.3 血清 TNF-α、IL-1β 水平 两组患者治疗前血清 TNF-α、IL-1β 水平对比， $P>0.05$ ，治疗后观察组患者血清 TNF-α、IL-1β 水平均低于对照组，与对照组相比更占优势 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者血清 TNF-α、IL-1β 水平比较 (μg/ml, $\bar{x} \pm s$)					
组别	n	TNF-α		IL-1β	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	60	1.91± 0.31	1.14± 0.21	0.44± 0.14	0.20± 0.09
对照组	60	1.92± 0.28	1.87± 0.23	0.43± 0.11	0.36± 0.12
P 值		0.853 2	0.000 1	0.664 3	0.000 1

3 讨论

随着人们生活节奏加快，工作压力加大，颈腰椎间盘突出症发病率越来越高，临床中对于颈腰椎间盘突出症的治疗方法较多，因此在临床治疗中，针对患者的病情，采取合理、有效的治疗方法具有重要意义。传统手术治疗，易导致患者椎旁肌肉出现去神经化和去血管化，而且受中国传统文化的影响，大部分患者对于传统开放手术的接受度较小。近年来随着影像学的发展，在对颈腰椎间盘突出症患者的治疗中，自血疗法联合臭氧穴位注射治疗得到了较快的发展，且取得较好的临床疗效。但是由于颈腰椎间盘突出症患者临床表现和影像学表现具有复杂性和多样性，目前对于不同病程的患者，尚无任何一种单一治疗方法能够治愈，因此在对颈腰椎间盘突出症患者的治疗，微创性和疗效性一直是临床治疗追求的目标^[4]。

自血疗法是一种中医治疗方法，主要是通过采集患者的自身静脉血，回注于特定的经络或腧穴，以达到治疗目的，是放血疗法的发展结果。该治疗方法集中了中医的针刺、放血和穴位注射，通过阴阳协调、舒经通络、补虚扶正和活血止痛以达到治疗的目的。中医认为，颈腰椎间盘突出症属于“痹证”范畴，主要是因为经受风、寒、湿等邪气，导致经络闭阻所致，同时患者存在血气亏虚现象，通过将自身静脉血进行穴位注射，具有强壮筋骨、祛瘀通脉等作用^[5]。臭氧是一种强氧剂，能够迅速氧化髓核内蛋白多糖，臭氧能够抗炎症介质，其镇痛作用可减轻患者的炎症反应。将两种治疗方法联合使用，不仅可利用自血

非特异性刺激和臭氧强氧化、消炎镇痛的原理,而且两者能够相互补充。两者结合大大提高疗效,扩大适应证范围,同时不会增加患者创伤,而且标本兼治,减少椎间盘突出症的复发率。

本研究结果显示,经过治疗后,观察组治疗优良率(91.67%)明显高于对照组,且观察组患者不良事件发生率(6.67%)低于对照组,卧床时间(9.27 ± 1.36)d 比对照组患者更短,治疗后的血清 TNF- α 、IL-1 β 水平优于对照组($P<0.05$)。免疫指标与颈腰椎间盘突出症的病症息息相关,TNF- α 、IL-1 β 可刺激炎症因子与递质的释放,使神经根处神经受到刺激,导致下肢出现疼痛症状,因此,血清 TNF- α 、IL-1 β 水平的降低可有效缓解患者的疼痛症状。综

上所述,对于颈腰椎间盘突出症患者,采取自血疗法加臭氧穴位注射治疗,可取得较为显著的临床疗效,适合在临床治疗中广泛推广并借鉴。

参考文献

[1]罗霄,陈信军,李运涛,等.射频联合臭氧治疗颈腰椎间盘突出症的体会[J].颈腰痛杂志,2011,32(2):145-146
[2]马亮,赖采华,邱少琼,等.射频靶点热凝联合臭氧髓核消融术治疗颈、腰椎间盘突出症[J].包头医学院学报,2016,32(1):52-53
[3]刘春光,谢玉山.经皮穿刺臭氧消融联合射频热凝靶点治疗颈腰椎间盘突出症 2000 例报告[J].中国社区医师(医学专业),2012,14(20):189
[4]李宇卫,姜宏,刘锦涛,等.椎间盘突出后重吸收过程中相关指标的研究进展[J].中国基层医药,2011,18(19):2714-2715
[5]王丽华,吴靖辉,周丹,等.预存式自体输血在腰椎间盘突出手术中的应用疗效研究[J].中国医师进修杂志,2011,34(5):1-3

(收稿日期:2016-07-29)

温针灸联合中药熏蒸治疗腰椎间盘突出症寒湿型的疗效观察

郑康华

(福建省第二人民医院康复科 福州 350011)

摘要:目的:探讨温针灸联合中药熏蒸治疗腰椎间盘突出症寒湿型的临床疗效。方法:选择 2012 年 5 月~2014 年 10 月我科收治的腰椎间盘突出症寒湿型患者 146 例,随机分为观察组和对照组,每组 73 例。观察组给予温针灸联合中药海桐皮汤加味熏蒸治疗,对照组给予中药海桐皮汤熏蒸治疗,两组均治疗 4 周,采用 McGill 疼痛询问量表比较两组患者治疗前、后的疼痛评分,并对比两组的临床疗效。结果:治疗后,两组的疼痛评分均下降,观察组的 McGill 疼痛询问量表的各项评分均优于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$;观察组的治疗有效率明显高于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:温针灸联合中药治疗腰椎间盘突出症寒湿型临床疗效显著,能明显减轻患者的疼痛,改善腰椎功能。

关键词:腰椎间盘突出症;温针灸;海桐皮汤加味;寒湿型

中图分类号:R681.53

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.08.012

腰椎间盘突出症是指由于外伤等原因导致椎间盘的纤维环破裂,后纵韧带向椎管突出,使邻近的马尾神经、神经根受压迫而引发的腰椎间盘的累积性退变,主要临床表现为腰部僵直、坐骨神经痛、下肢放射痛^[1]。腰椎间盘突出症寒湿型主要发病于中青年群体,发病率较高,病情反复,手术治疗风险大,费用昂贵。腰椎间盘突出症属中医“腰腿痛”、“闪挫腰痛”的范畴,常用的中医治疗方法有针灸、中药、推拿等,可明显减轻症状,预后良好^[2]。本研究采用温针灸联合中药海桐皮汤加味熏蒸治疗腰椎间盘突出症寒湿型,取得了显著疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2012 年 5 月~2014 年 10 月我科收治的腰椎间盘突出症寒湿型患者 146 例随机分为观察组和对照组,每组 73 例。其中观察组男 46 例,女 27 例;年龄 22~72 岁,平均年龄(45.21 ± 7.84)岁;病程 3 个月~2 年,平均病程(11.26 ± 4.75)个月;中央型 5 例,L₃₋₄ 突出 24 例,L₄₋₅ 突出 19 例,

L₅~S₁ 突出 18 例,L₃₋₄ 及 L₄₋₅ 复合型 4 例,L₄₋₅ 及 L₅~S₁ 复合型 3 例。观察组男 45 例,女 28 例;年龄 22~73 岁,平均年龄(44.21 ± 7.13)岁;病程 2 个月~2 年,平均病程(10.96 ± 4.81)个月;中央型 6 例,L₃₋₄ 突出 23 例,L₄₋₅ 突出 20 例,L₅~S₁ 突出 17 例,L₃₋₄ 及 L₄₋₅ 复合型 5 例,L₄₋₅ 及 L₅~S₁ 复合型 2 例。两组患者的年龄、突出位置、性别、病程等一般资料比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 中医诊断标准 符合我国中医药管理局于 1994 年制定的《中医病症诊断疗效标准》^[3]中关于腰椎间盘突出症寒湿型的诊断标准:腰部重着冷痛,转侧不利,呈逐渐加重趋势;静卧疼痛程度不减,寒湿气候或阴雨天明显加重;苔白腻,舌淡,脉沉而缓。

1.2.2 西医诊断标准 (1)腰椎棘突旁存在明显压痛点,且足部及小腿处有放射性疼痛;(2)腰痛伴有坐骨神经痛,疼感至小腿或足部,直腿抬高试验结果显示阳性;(3)经 X 线平片将其他腰椎病变排除;(4)