

皮汤熏蒸治疗,对照组给予中药海桐皮汤熏蒸治疗,结果显示观察组患者治疗后疼痛评分明显优于对照组($P<0.05$),治疗总有效率明显高于对照组($P<0.05$),与张国福等^[6]的研究结果类似。这说明温针灸联合中药治疗能明显减轻腰椎间盘突出症寒湿型患者的疼痛症状,提高治疗有效率,治疗效果优于单纯中药治疗。温针灸疗法首次记载于《伤寒论》,结合了传统针刺和艾灸两种常见的中医治疗方法,以针刺为主,将针体连同艾灸的热力传到腧穴,能起到温通经脉、行气活血之效,常被用于治疗气血痹阻证、寒滞经络证等。观察组选取的施针穴位腰阳关可祛寒湿、强腰膝、舒筋活络;腰椎夹脊穴可调节脏腑机能;委中穴是足太阳膀胱经的合穴,能泻热清暑、舒筋活络;肾俞可调节肾气,强腰利水;关元俞能培补元气、化积滞、强腰膝;秩边有舒筋活络、调理下焦之效;三焦俞能利水湿、调三焦;气海俞主补气理气,还能益肾固精;命门穴可培元补肾、强腰健膝;悬钟穴可祛风湿、泻胆火、通经络;昆仑穴可活血止痛、疏风通络;风市有强筋骨、祛风寒之效。所选之穴位均可温经通络、散寒除湿。现代研究认为^[7],夹脊穴有调节植物神经和血管功能、改善血液循环的作用,常被用于治疗肢端感觉异常、下肢麻木等症状,委中穴受到刺激后能促进机体释放出内啡肽,提高痛阈和耐痛程度,有助于减轻疼痛症状。艾灸能行气通络,温经散寒,扶阳固脱,拔毒泄热,升阳举陷,同时还能增加针刺的效果,同时通过艾灸的热辐射,能使热量迅速扩散到深层组织,加强散寒止痛的功效。联合海桐皮汤加味熏蒸治疗,方中伸筋草有舒筋活络、续筋接骨的功效;醋乳香可活血散瘀、调气止痛;海桐皮

能舒筋活络、祛风湿;醋没药味苦性平、可散瘀止痛;当归不仅能补血活血,还可调经止痛;花椒性温,能温中止痛;川芎有活血行气、散风止痛之效;红花性温味辛,能散瘀止痛、活血通经;威灵仙归膀胱经,能通经络、祛风湿,常用于治疗肢体麻木、风湿痹痛等;甘草平和,可调节诸药,有缓急止痛之效;防风归属肝、脾、膀胱经,能祛风胜湿、止痛止痉;白芷性温味辛,可祛风止痛、燥湿生肌;白芍能柔肝止痛、敛阴养血^[8]。诸药合用,散寒、除湿、舒筋活络、止痛效果显著。中药熏蒸法通过蒸汽的热量可促进患处毛细血管扩张,加速血液循环,疏通腠理,使寒湿邪气排出体外,还可使药效聚集,并借助药蒸汽的渗透、转运直达病灶,提高药物的吸收率和有效率。

综上所述,温针灸联合中药治疗腰椎间盘突出症寒湿型,能减轻患者的疼痛,治疗有效率高,值得推广应用。

参考文献

[1]申自权,邵晨,李艳,等.痛血康胶囊联合手术治疗复发性腰椎间盘突出症的临床疗效观察[J].中医药信息,2016,33(1):78-80
[2]程维,甘宁,戴焱.独活寄生汤对肝肾亏虚型腰椎间盘突出症患者血清炎症细胞因子的影响[J].中医药信息,2016,33(1):88-90
[3]国家中医药管理局.中医病症诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.136
[4]林昭众,刘彦舜,陈永全,等.突出物靶点射频热凝复合神经根脉冲射频调节治疗主要表现为神经根炎的腰椎间盘突出症[J].中国疼痛医学杂志,2016,22(2):114-117
[5]沈来华,罗开涛,李蕴文,等.施氏温针治疗寒湿痹阻型腰椎间盘突出症临床疗效分析[J].浙江中医杂志,2013,48(4):278-279
[6]张国福,杨阳,李华南.热敏灸疗配合中药内服治疗风寒湿型腰椎间盘突出症[J].中国实验方剂学杂志,2012,18(7):264-266
[7]宋芙蓉.温肾蠲痹汤联合温针灸治疗寒湿型腰椎间盘突出临床疗效观察[J].中医药学报,2014,42(3):190-192
[8]孙钰,何玲.针灸治疗腰椎间盘突出症的思路和方法[J].中医研究,2012,25(8):48-51

(收稿日期:2016-06-30)

电针+透药疗法治疗腰椎术后神经痛的临床研究^{*}

张加芳 钟继平 聂达荣 林增平
(福建中医药大学附属第二人民医院骨科 福州 350001)

摘要:目的:观察电针配合定向透药疗法促进腰椎术后神经功能恢复的临床效果。方法:选取2014年1月~2015年12月于我科住院行腰椎术后仍残留坐骨神经根疼痛患者60例,将其随机分为电针配合定向药透治疗组与单纯西医治疗对照组,每组30例,比较两组患者疼痛的缓解程度(VAS评分)及治疗有效率。结果:电针配合定向药透治疗组的总体治疗有效率为93.3%,单纯西医治疗对照组的治疗有效率为86.7%,治疗组的治疗总体有效率显著高于对照组($P<0.05$)。治疗组患者在治疗第7、10天时,其VAS评分均显著低于对照组相应评分,表明治疗组患者疼痛改善程度明显优于对照组($P<0.05$)。结论:采用电针配合定向药透治疗腰椎术后腰腿痛疗效明显优于单纯西医治疗,值得临床推广。

关键词:腰椎间盘突出症术后;电针;定向透药;神经根疼痛

中图分类号:R681.5

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.08.013

腰椎退变性疾病是导致腰痛的主要原因,近年来因椎间盘退变性疾病接受腰椎手术的患者逐年增加,腰椎手术对腰腿痛的缓解率达到80%以上。然

而,临床上仍常见患者手术后腰腿痛未完全缓解或暂时缓解后亦出现症状甚至加重的现象,影响手术效果。本研究采用电针定向药透治疗腰椎术后残留

^{*} 基金项目:福建中医药大学校管基金(编号:XB2013036)

腰腿痛,取得满意效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2014 年 1 月~2015 年 12 月于我科住院行腰椎术后仍残留腰痛及坐骨神经根疼痛患者 60 例:男 33 例,女 27 例;年龄 18~73 岁,平均年龄(51.0± 2.8)岁;随机分为对照组和治疗组,每组 30 例。所有患者术前均行腰椎正侧位 X 线片、CT 或 MRI 检查,经辅助检查明确诊断的腰椎退变性疾病,保守治疗无效后行腰椎后路减压内固定手术。所有患者均成功完成手术,术中无出现神经损伤,两组患者在性别、年龄、病程、手术时间、出血量等方面差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。见表 1。

表 1 两组患者一般情况比较($\bar{x} \pm s$)						
组别	男 (例)	女 (例)	年龄 (岁)	手术时间 (min)	出血量 (ml)	病程 (年)
治疗组	17	13	48.69± 3.8	127.2± 16.3	357± 30.5	2.3± 0.8
对照组	16	14	51.23± 4.3	121.8± 21.5	362± 40.2	2.1± 0.6

1.2 治疗方法 对照组(单纯西医治疗):采用甘露醇 125 ml+ 地塞米松 5 mg 静脉滴注,2 次/d,术后 3 d 停药;口服甲钴胺 500 mg,3 次/d,共治疗 2 周。治疗组(西医治疗+电针配合定向药透治疗):西医治疗同对照组;中医治疗:采用华佗牌电子针治疗仪,将敷料粘贴至电极片,注入甲钴胺注射液(约 1 ml),将电极片贴至专门穴位,并用胶布固定电极片以防止脱落。电针参数疼痛为主选连续波、低频率,根据患者病情和感觉程度调整输出强度,治疗 2 次/d,每次 30 min,7 d 为 1 个疗程,中间休息 1 d,共 2 个疗程;主穴:腰夹脊、肾俞、大肠俞、环跳、阳陵泉。配穴:循足太阳经疼痛者加承山、昆仑;循足少阳经疼痛者加风市、悬钟。

1.3 疗效评价 VAS 评分:分别于治疗前与治疗第 3、7、10 天时采用 VAS 对患者疼痛程度进行评定,将 1 条 10 cm 长线段均分为 10 等分,分别表示 0 分(无疼痛)~10 分(极度疼痛),由患者自行根据治疗期间的疼痛程度和异常感觉进行打分并记录。疗效评定标准参照国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》^[1]:痊愈:临床症状体征完全消失或接近消失,直腿抬高试验 $>85^{\circ}$;显效:临床症状部分消失,直腿抬高试验 $>70^{\circ}$;有效:临床症状部分消失,直腿抬高试验较治疗前显著改善,可从事较轻工作;无效:治疗前后无变化。

1.4 统计学分析 所有数据均采用 SPSS13.0 统计软件包处理,计量资料采用均数± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间差异采用 t 检验,率的显著性检验采用 χ^2

检验,等级资料采用 Ridit 分析。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后 VAS 评分比较 两组患者治疗后下肢神经疼痛症状均得到明显改善,VAS 评分均较治疗前降低,差异具有统计学意义($P<0.05$);治疗组患者在治疗第 7、10 天时,其 VAS 评分均显著低于对照组相应评分,表明治疗组患者疼痛改善程度明显优于对照组。见表 2。

表 2 两组治疗前后 VAS 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)						
组别	n	治疗前	治疗后			
			3 d	7 d	10 d	
治疗组	30	5.56± 1.03	3.42± 1.86 [#]	2.53± 0.6 [#]	1.89± 0.7 [#]	
对照组	30	5.38± 1.25	3.75± 1.53 [#]	3.86± 1.24 [#]	2.47± 1.34 [#]	

注:与治疗前比较,[#] $P<0.05$;与对照组比较,^{*} $P<0.05$ 。

2.2 两组临床疗效对比 治疗组在治愈率及总有效率方面明显优于对照组。见表 3。

表 3 两组临床疗效比较[例(%)]					
组别	n	治愈	好转	无效	总有效
治疗组	30	19(63.3) [*]	9(30.0)	2(6.7)	28(93.3) [*]
对照组	30	14(46.7)	12(40.0)	4(13.3)	26(86.7)

注:与对照组比较,^{*} $P<0.05$ 。

2.4 安全性评价 治疗组出现 2 例皮肤电针贴片周围轻微的皮肤瘙痒,未经处理,症状自行缓解;对照组未发现明显不良反应。

3 讨论

腰椎间盘突出症、腰椎管狭窄及腰椎滑脱是临床常见的腰椎疾病,下肢神经痛是主要症状,保守治疗无效者多需要行手术治疗^[2]。部分患者在腰椎术后仍在不同程度的坐骨神经痛,发病率为 10%~40%^[3]。研究表明,腰椎术后残留神经疼痛主要与神经的水肿和粘连有关,髓核摘除后炎症介质的释放及术中神经牵拉均会导致神经根的水肿与粘连^[4],因此术后消除神经根水肿是治疗腰椎术后残余神经痛的关键。目前国内外对腰椎术后神经疼痛多采用单纯西医治疗,术后采用激素及止痛药物进行干预。虽然短期内能有效减轻患者的症状,但在激素停药后容易导致症状复发或加剧;同时激素及止痛药物应用可能会产生一系列的并发症,严重时会导致胃溃疡大出血甚至危及生命。本研究中,术后激素应用的 3 d 内两组疗效无明显差异,但 7 d、10 d 时采用定向透药疗法能够明显缓解患者术后残留的腰腿痛。

腰腿痛属中医学“痹证”范畴,针灸疗法对本病具有确切疗效^[5]。电针疗法是传统针灸医学与现代物理医学相结合的治疗方法之一,其电流属低频脉冲调制电流,能较准确地控制刺激的量化参数,广泛应用

于国内外针灸的临床及基础研究^[6]。电针治疗腰椎间盘突出症有其独特的疗效,电针使病变局部的肌肉受到规律脉冲电刺激,从而使肌肉组织得到松解,减轻神经根压迫^[7];电针还能改善腰椎局部的血液循环,加快组织细胞代谢,从而促进炎症物质的吸收和神经功能的恢复^[8];同时,电针刺激可以促进坐骨神经纤维的轴浆运输,改善神经根周围的水肿及营养障碍。此外,电针通过刺激某些穴位将激活脊髓中的脑啡肽和脑内的内啡肽系统,促进中枢释放止痛物质,能够有效缓解坐骨神经痛。

中医内病外治法源远流长,早在公元 2 世纪我国医学典籍《内经·素问》中就有记载,中医外治法结合经络腧穴,有其独到之处,中药敷贴大都采用穴位疗法,并取得较好的效果。研究表明,经穴对药物具有放大效应和外敏感性,经络系统类似低电阻的运行通路,药物贴敷于特殊经穴,能够迅速在相应组织器官产生较强的药理效应,起到单相或双相调节作用^[9]。定向药透疗法是一种将物理治疗与药物治疗效应融成一体的治疗技术,通过皮肤电针的定向作用,把活血化瘀、止痛通络的液态药物密封在皮肤表面并将其激活,使药物分子由皮肤定向透入深层组织,形成有效的治疗药场,电针刺激和药能的双重治

疗效应,增加局部组织的血流量,不但利于消除神经组织的瘀血水肿和无菌性炎症,而且为神经组织的修复提供了物质和环境^[10-11]。综上所述,采用电针配合定向药透治疗腰椎术后腰腿痛,适应范围广、并发症少,且有效率高、痛苦小,临床疗效较为确切,具有很好的应用前景。

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,2010.185-186
[2]程永红.腰椎间盘突出症手术治疗研究进展[J].颈腰痛杂志,2011,32(6):459-462
[3]Chan CW,Peng P.Failed back surgery syndrome[J].Pain Med,2011,12(4):577-606
[4]浦波,胡侦明.腰背疼痛与神经肽 P 物质[J].中国脊柱脊髓杂志,2000,10(4):245-247
[5]何广新,曲延华.疼痛针灸治疗学[M].北京:中国中医药出版社,1994.34-38
[6]洪海平,朱东勋,徐玉云,等.电针腰穴对改善腰椎间盘突出症腰椎功能的研究[J].针灸临床杂志,2013,29(10):31-33
[7]刘永辉,侯希敏.脉冲电刺激促进周围神经再生的应用[J].骨与关节损伤杂志,2000,15(5):342-343
[8]杨宗保,封迎帅,易受乡.电针环跳穴对腰椎间盘突出症坐骨神经损伤修复的实验研究[J].中华中医药杂志,2012,27(1):199-201
[9]徐立刚,梁佳树.穴位贴敷结合腰椎牵引治疗腰椎间盘突出症 68 例[J].中医外治杂志,2009,18(3):20-21
[10]刘斌,王红,韩俊泉,等.中药经皮给药及透皮吸收研究进展[J].中国中西医结合外科杂志,2012,18(6):641-643
[11]李瑞峰,谷福顺,郑昆仑,等.促进中药透皮吸收方法研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2012,14(12):215-217

(收稿日期:2016-07-23)

采用中西医结合治疗子宫腺肌病的疗效观察

韩凤英

(河南省郑县中医院妇科 郑县 467100)

摘要:目的:对中西医结合治疗子宫腺肌病(AD)患者的临床效果进行观察。方法:选取在我院治疗的 92 例 AD 患者,随机分为 A 组与 B 组,每组 46 例,对 B 组实行单纯西医治疗,对 A 组实行中西医结合治疗,对比分析两组患者的治疗效果、子宫缩小情况和不良反应的发生情况。结果:A 组的治疗总有效率 (82.61%) 高于 B 组 (56.52%);A 组的子宫缩小率 (89.13%) 高于 B 组 (67.39%);A 组的不良反应总发生率(6.52%)低于 B 组(21.74%),差异均有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:对 AD 患者实行中西医结合治疗,可有效提升患者的治疗总有效率及子宫缩小率,并减少不良反应的发生,值得推广。

关键词:子宫腺肌病;中西医结合;疗效观察

中图分类号:R711.74

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.08.014

子宫腺肌病(AD)属于良性病变疾病,主要是因子宫内膜间质或内膜腺体对子宫肌层造成侵害,而造成的肌纤维增生所致,并且多发于中年经产妇。目前临床上主要以西医药物治疗该病,虽有一定疗效,但无法彻底根治,停止治疗后容易复发,疗效欠佳。目前,有研究表明中西医治疗 AD 患者可获得明显疗效,并且不良反应较少,缩宫效果显著^[1]。我院为进一步探究中西医结合疗法在 AD 的临床治疗中的应用效果,开展了相关研究。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 5 月~2016 年 5 月于

我院治疗的子宫腺肌病(AD)患者 92 例,随机分为 A 组与 B 组,每组 46 例。其中 A 组患者年龄 22~51 岁,平均年龄(38.45± 8.23)岁;病程 1~8 年,平均病程(3.61± 1.56)年;B 组患者年龄 21~50 岁,平均年龄(38.12± 7.73)岁;病程 1~9 年,平均病程(3.86± 1.76)年。两组患者的一般资料相比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,存在可比性。

1.2 纳入标准 所有对象须经西医诊断为 AD,病程在 1~10 年之间,年龄在 21~51 岁范围内,既往身体健康,无重要脏器疾病,均须知情同意本研究治疗。