

穴位埋线联合常规针刺治疗慢性非特异性腰痛患者的效果分析

吴旭明 潘星安 陈静

(广东省佛山市中医院三水医院 佛山 528100)

摘要:目的:探讨穴位埋线联合常规针刺治疗慢性非特异性腰痛(CNLBP)患者的效果。方法:选取 2020 年 5 月至 2021 年 5 月收治的 92 例 CNLBP 患者作为研究对象,按随机抽签法分为对照组和观察组,各 46 例。对照组接受常规针刺治疗,观察组接受穴位埋线联合常规针刺治疗。对比两组的临床疗效,治疗前后腰部疼痛情况、腰部功能,并发症发生情况。结果:观察组治疗总有效率为 93.48%,高于对照组的 78.26%($P<0.05$)。治疗前,两组疼痛评估指数(PRI)、视觉模拟评分(VAS)、现时疼痛程度(PPI)对比,差异均无统计学意义($P>0.05$);治疗 8 周后,两组 PRI、VAS、PPI 均较治疗前降低,且观察组低于对照组($P<0.05$)。治疗前,两组 Oswestry 功能障碍指数(ODI)、日本骨科学会腰痛评价量表(JOA)评分对比,差异均无统计学意义($P>0.05$);治疗 8 周后,两组 ODI 指数均下降,且观察组低于对照组;两组 JOA 评分均提高,且观察组高于对照组($P<0.05$)。观察组并发症发生率为 17.39%,对照组并发症发生率为 8.70%,两组并发症发生率对比,差异无统计学意义($\chi^2=1.533, P=0.216$)。结论:穴位埋线联合常规针刺可提高 CNLBP 患者的临床疗效,有效缓解患者的腰部疼痛,进而改善其腰部功能,安全性较高。

关键词:慢性非特异性腰痛;穴位埋线;针刺治疗;腰部功能;并发症

中图分类号:R681.55

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2022.02.031

慢性非特异性腰痛 (Chronic Nonspecific Low Back Pain, CNLBP) 是发生在腰部到臀部的疼痛,严重可导致患者腰部活动困难,严重影响日常生活与工作。中医学认为 CNLBP 的发病是由经络气血阻滞或经脉痹阻导致,可采用中医物理治疗手段缓解患者的疼痛,其中针灸疗法是中医常用于缓解 CNLBP 患者疼痛的方式,于患者的肾俞、大肠俞等穴位行针刺治疗。但单纯针灸疗法方式较为单一,仅能一定程度上缓解疼痛、改善腰部功能^[1]。穴位埋线是针灸疗法的一个分支,其包含了封闭、针刺、割治等多种疗法,为一种复合疗法,具有埋线效应和后效应。岳红梅等^[2]应用穴位埋线和温针法治疗腰椎间盘突出症的疗效显著,且能降低患者炎症水平。孙文萍等^[3]在原发性痛经患者治疗中应用穴位埋线联合太极拳,结果表明可有效缓解患者痛经症状。在 CNLBP 患者治疗中应用穴位埋线疗法联合针刺,可能会有

效改善患者的腰部疼痛,继而促进腰部功能恢复。本研究探讨穴位埋线联合常规针刺治疗 CNLBP 患者腰部疼痛的效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2020 年 5 月至 2021 年 5 月收治的 92 例 CNLBP 患者为研究对象。纳入标准:符合《中国急 / 慢性非特异性腰背痛诊疗专家共识》^[4]中 CNLBP 诊断标准;近 2 个月内未接受针灸、物理等疗法治疗;不晕针者;认知功能、语言沟通能力正常;患者及家属对本研究内容知情,自愿参与并签订知情同意书。排除标准:合并椎管内感染或结核;合并其他部位疼痛;依从性差者;过敏体质;合并心、肝、肾血液系统疾病。将患者按随机抽签法分为对照组和观察组,各 46 例。两组性别分布、年龄、病程等一般资料对比,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表 1。本研究经医院医学伦理委员会批准。

表 1 两组一般资料对比($\bar{x}\pm s$)

组别	n	男[例(%)]	女[例(%)]	年龄(岁)	病程(年)	体质量指数(kg/m ²)
观察组	46	29(63.04)	17(36.96)	52.59± 8.23	5.26± 1.20	25.46± 3.04
对照组	46	25(54.35)	21(45.65)	53.96± 7.80	5.43± 1.28	25.18± 3.21
t/ χ^2		0.717		0.819	0.657	0.430
P		0.397		0.415	0.513	0.669

1.2 治疗方法 对照组采用常规针刺治疗。应用华佗牌 0.25 mm× 0.25 mm 针灸针,消毒皮肤后,选择双侧肾俞、大肠俞、悬钟、申脉、昆仑、环跳穴位进行针刺,直刺进针 1 寸,待得气后留针 0.5 h,每周行 3 次(周一、三、五)针刺治疗。观察组采用穴位埋线联合常规针刺治疗。穴位埋线方法:患者取俯卧位,选择 L1~L5 的夹脊穴,选择患者敏感的压痛点,常规消毒局部皮肤,取提前浸泡在 75%酒精中的 1 cm 长羊肠线,从针尖逆行放入一次性使用麻醉用针,将线注入穴位处肌层,随后出针,皮肤上针孔需采用碘伏再次消毒,再贴上创口贴。告知患者:埋线后 4 d 内穴位处禁止沾水、洗澡,以防止感染。每两周埋线 1 次,4 周为一个治疗疗程,在治疗期间避免剧烈运动,在必要时允许服用非甾体类抗炎药,但禁止应用作用于中枢神经系统的止痛药物。常规针刺治疗方法同对照组。两组均接受 8 周的治疗。

1.3 观察指标 (1)临床疗效:于治疗 8 周后,参考《中医病证诊断疗效标准》^[9]评估。显效,腰部疼痛症状基本消失,无肢体麻木或疼痛,腰椎活动功能恢复正常,患者日常生活、工作未受影响;有效,腰部疼痛较治疗前明显减轻,腰间活动能力有所恢复,但仍存在功能障碍,偶尔有肢体麻木或疼痛,不耐受劳动;无效,治疗后腰部疼痛症状及活动障碍较治疗前无改善或有加重,肢体麻木或疼痛经常发作,日常生活与劳动受限。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数× 100%。(2)腰部疼痛情况:于治疗前、治疗 8 周后,应用简化 McGill 疼痛问卷(SF-MPQ)^[10]评价,包括疼痛评估指数(PRI,共 15 个条目,疼痛程度:无为 0 分、轻为 1 分、中为 2 分、重为 3 分,0~45 分)、视觉模拟评分(VAS,0~10 的标尺,0 端为无痛,10

端为剧痛,患者自行选择能代表其疼痛程度的数字)^[11]、现时疼痛程度(PPI,为 0~5 分,依次表示无痛、轻痛、难受、苦难、可怕、极痛)^[12]。(3)腰部功能:于治疗前、治疗 8 周后,应用 Oswestry 功能障碍指数(ODI)^[13]评价,包括步行距离、坐位时间、站位时间等 10 个问题,总分 100 分,得分越低表示腰部综合功能越好;日本骨科学会腰痛评价量表(JOA)^[14]评分,从主观症状、体征等 4 各方面评价,总分 29 分,得分越高表示腰部功能障碍越轻。(4)并发症发生情况:记录两组 8 周治疗期间背部针刺部位或埋线部位出现的瘙痒、感染、血肿等情况。

1.4 统计学方法 本研究采用 SPSS20.0 统计学软件分析数据。年龄、VAS 评分等计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 *t* 检验;临床疗效、并发症等计数资料用%表示,采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效对比 观察组治疗总有效率为 93.48%,高于对照组的 78.26%($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组临床疗效对比[例(%)]					
组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效
观察组	46	25 (54.35)	18 (39.13)	3 (6.52)	43 (93.48)
对照组	46	20 (43.48)	16 (34.78)	10 (21.74)	36 (78.26)
χ^2					4.390
<i>P</i>					0.036

2.2 两组腰部疼痛情况对比 治疗前,两组 PRI、VAS、PPI 评分对比,差异均无统计学意义 ($P>0.05$);治疗 8 周后,两组 PRI、VAS、PPI 评分均较治疗前降低,且观察组低于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组腰部疼痛情况对比(分, $\bar{x} \pm s$)							
组别	<i>n</i>	PRI		VAS		PPI	
		治疗前	治疗 8 周后	治疗前	治疗 8 周后	治疗前	治疗 8 周后
观察组	46	18.24± 2.60	7.72± 1.14*	5.39± 1.21	2.07± 0.31*	3.28± 0.29	0.95± 0.21*
对照组	46	17.86± 2.15	9.31± 1.35*	5.67± 1.08	2.46± 0.47*	3.21± 0.25	1.24± 0.32*
<i>t</i>		-0.764	6.103	1.171	4.698	-1.240	5.139
<i>P</i>		0.447	0.000	0.245	0.000	0.218	0.000

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$ 。

2.3 两组腰部功能对比 治疗前,两组 ODI 指数、JOA 评分对比,差异均无统计学意义 ($P>0.05$);治疗 8 周后,两组 ODI 指数评分均降低,且观察组低

于对照组 ($P<0.05$);两组 JOA 评分均提高,且观察组高于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 4。

表 4 两组腰部功能对比(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	ODI 指数		JOA 评分	
		治疗前	治疗 8 周后	治疗前	治疗 8 周后
观察组	46	42.69± 5.24	19.32± 3.58*	11.23± 2.45	24.90± 4.45*
对照组	46	43.08± 5.40	22.65± 4.37*	10.96± 2.53	21.64± 4.31*
t		-0.352	3.998	0.520	-3.569
P		0.726	0.000	0.604	0.000

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$ 。

2.4 两组并发症发生情况对比 两组并发症发生率对比,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 5。

表 5 两组并发症发生情况对比[例(%)]

组别	n	瘙痒	感染	血肿	合计
观察组	46	5(10.87)	2(4.35)	1(2.17)	8(17.39)
对照组	46	4(8.70)	0(0.00)	0(0.00)	4(8.70)
χ^2					1.533
P					0.216

3 讨论

CNLBP 患者腰部疼痛可放射至下肢,导致腰部功能障碍,该病迁延反复,难以治愈,只能采取手段缓解疾病症状。中医认为其属“腰痛、痹症”范畴,与气血不通、经络阻滞有关,临床常行针灸治疗,通过针刺大肠俞、昆仑等穴位缓解患者腰部疼痛。但针灸疗法仅为短时间针刺,在针刺的时间内可有效缓解疼痛,但随着针灸针地拔出,缓解腰痛作用减弱,改善腰部功能的效果不理想^[11]。穴位埋线是由针刺发展而来的复合疗法,以“静以留针”为原则,将羊肠线埋入夹脊穴,从而刺激穴位,发挥作用,其联合针刺治疗可能会增强改善疼痛的效果,进而改善腰部功能。

本研究结果显示,治疗 8 周后,观察组的治疗总有效率高于对照组, PRI、VAS、PPI、ODI 指数评分均低于对照组,JOA 评分高于对照组($P<0.05$),说明在针刺治疗基础上增加穴位埋线可提高治疗 CNLBP 的效果,有效缓解患者的腰部疼痛,改善腰部功能。夹脊穴属经外奇穴,有舒经活络、调节脏腑之功效,现代研究认为夹脊穴可调节植物神经功能。应用麻醉针将羊肠线埋入位于 L₁~L₅ 的夹脊穴肌层内,羊肠线可被液化吸收,发挥了针刺、穴位刺激等作用,可调节督脉和膀胱经的气血功能,疏通全身经络、气血。夹脊穴处皮下有丰富的血管、神经,刺激该

处可作用于脊神经后内侧支和交感神经,降低腰处神经末梢的兴奋性,改善腰部疼痛,进而改善腰部功能。另有研究表示,羊肠线作为异物物激发人体的应激反应,使夹脊穴穴位下血管脉络网扩张,增加血流量,加快炎症和水肿的吸收,继而改善局部疼痛^[12]。穴位埋线的强刺激可调节全身阳气,舒筋活血、养血止痛,还能改善妇科疾病和泌尿系统疾病引起的腰部疼痛。夹脊穴的现代镇痛作用研究显示,针刺该穴位能调节 β - 内啡肽、血浆炎性介质、自由基等物质水平,调节痛觉信号通路^[13],从而起到镇痛作用。

此外,本研究结果还显示,两组的并发症发生率对比差异无统计学意义($P>0.05$),提示在常规针刺治疗基础上增加穴位埋线不会增加 CNLBP 患者的并发症发生率。黄娜等^[14]的研究也表明,穴位埋针治疗慢性腰痛患者的安全性好,仅出现埋针处瘙痒等并发症,本研究与之相似。经分析认为,因羊肠线是由小肠外表面的薄膜支撑,容易被人体吸收,故不会增加感染、瘙痒等并发症的发生。

综上所述, 穴位埋线联合针刺可提高治疗 CNLBP 的临床疗效,有效缓解患者的腰部疼痛,进而改善其腰部功能,且不会增加并发症。本研究也存在一定的不足:一方面在于纳入观察的样本量偏少,可能使得部分研究结果出现统计学偏差。另一方面在于,CNLBP 患者因腰痛等临床症状可严重影响其日常生活与工作,而本研究未观察治疗前后患者的生活质量情况,不足以全面反映穴位埋线的治疗价值。在未来研究中,可进行前瞻性、大样本研究,并补充观察生活质量改善情况。

参考文献

[1]金晓飞,李茹,陈利芳,等.浮刺结合温灸治疗慢性非特异性腰背痛:随机对照预试验[J].中国针灸,2018,38(10):1058-1062.
[2]岳红梅,曾林,黄子亮.温针法联合新型穴位埋线治疗腰椎间盘突出症疗效观察[J].辽宁中医杂志,2018,45(12):2641-2644.
[3]孙文萍,王树林,李永平.穴位埋线联合太极拳治疗原发性痛经(气滞血瘀证)的临床研究[J].针灸临床杂志,2018,34(1):37-40.
[4]中国康复医学会脊柱脊髓专业委员会专家组.中国急 / 慢性非特异性腰痛诊疗专家共识[J].中国脊柱脊髓杂志,2016,26(12):1134-1138.
[5]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,1994.213-214.
[6]胡海游.简化版的 McGill 疼痛问卷表(SF-MPQ)在术后静脉自控镇痛的应用[D].长沙:中南大学,2014.1-35.
[7]俞华,赵翠霞,张大锐,等.针灸埋线结合穴位注射治疗骨质疏松腰痛临床研究[J].陕西中医,2018,39(1):128-130.(下转第 110 页)

示,作息不规律、高血压、高脂血症及肥胖等均为冠心病合并心力衰竭的高危因素,因此除了临床治疗手段以外,有效的护理干预也是提高冠心病合并心力衰竭患者预后的关键^[9]。小组制护理根据护理人员专长分配工作,有效提升护理工作整体性,调动护理人员工作积极性,同时对患者整个护理过程有明确计划,各成员各司其职,共同发挥作用^[10]。

本研究结果显示,干预后,两组左心室射血分数均高于干预前,且观察组高于对照组;两组左心室舒张末期内径均低于干预前,且观察组低于对照组;两组干预后健康状况调查简表评分均较干预前提高,且观察组高于对照组,提示小组制护理能有效改善冠心病合并心力衰竭患者心功能及生活质量。分析原因为,小组制护理可降低护理缺陷,确保护理质量,通过优化人力,提高各班次工作安全性及有效性。同时护理人员可通过掌握患者病情进展情况,修改护理计划,同时对患者进行饮食、运动指导并督促执行,鼓励患者参与护理全过程,加强护患关系,进而改善患者心功能指标及生活质量。小组组长层层把关,及时发现安全隐患、工作缺陷与纠纷苗头,将护理缺陷杜绝于萌芽状态,做到防患于未然。为了避免因个人差错影响小组绩效,护理人员在工作中反复查对,规范各项护理操作,减少疏漏并改正不足,从而全面促进护理质量改进与提高。本研究结果与徐红雪^[11]等学者报道相似。

此外,本研究还发现,干预后,两组负面情绪均得到改善,且观察组效果较优,提示小组制护理能改善患者负面情绪,这与刘璇^[12]等学者的研究结果相符。大部分冠心病合并心力衰竭病人会出现焦虑、抑郁、恐惧及悲观等负面情绪,不利于治疗及预后。小组制护理通过与患者沟通交流,在发现患者出现负面情绪时立即给予心理护理,改善患者情绪,鼓励患

(上接第 100 页)

[8]钱贞,张丽霞,朱突,等.脊髓损伤患者神经病理性疼痛现状调查及相关影响因素分析[J].中华物理医学与康复杂志,2017,39(8):582-587.
[9]孙志杰,张义龙,孙贺,等.倍他米松联合医用生物蛋白胶在腰椎管狭窄患者腰椎神经根减压术中的临床疗效研究[J].临床和实验医学杂志,2016,15(21):2095-2099.
[10]陆鹏,刘敏,刘小毅,等.开玄充络罐针法治疗腰椎间盘突出症的临床随机对照试验[J].针灸临床杂志,2016,32(10):5-8.

者配合治疗,提高患者信心。小组制护理使护理人员责任感更强,真正将患者作为“我的患者”,主动为所管患者提供优质服务,并且更加关注服务过程中每个细节,针对患者实际需要提供个性化护理服务,使每个患者都感受到与众不同的关怀与照顾,从而拉近护士与患者间距离,增强患者安全感,充分满足患者及家属需求,提高护理满意度。

综上所述,小组制护理能有效改善冠心病合并心力衰竭患者心功能及负面情绪,提高患者生活质量及护理满意度。

参考文献

[1]邱金玉.曲美他嗪联合美托洛尔治疗老年冠心病并发心力衰竭患者疗效分析[J].内科,2019,14(4):474-476.
[2]白瑞娟.基于跨理论模型的协同护理模式在老年冠心病患者护理中的应用分析[J].内科,2019,14(1):122-125.
[3]马亚芳,李芝,蒋玉梅,等.基于“阿米巴”管理模型的“专病小组制”护理模式的构建[J].护理研究,2021,35(12):2218-2222.
[4]中华医学会心血管病学分会心力衰竭学组,中国医师协会心力衰竭专业委员会,中华心血管病杂志编辑委员会.中国心力衰竭诊断和治疗指南 2018[J].中华心力衰竭和心肌病杂志,2018,2(4):196-225.
[5]Li J,Zhong D,Ye J,et al.Rehabilitation for balance impairment in patients after stroke: a protocol of a systematic review and network meta-analysis[J].BMJ Open,2019,9(7):e026844.
[6]Dunstan DA,Scott N.Norms for Zung's self-rating anxiety scale [J]. BMC Psychiatry,2020,20(1):90.
[7]Jokelainen J,Timonen M,Keinonen-Kiukaanniemi S,et al.Validation of the Zung self-rating depression scale (SDS) in older adults[J].Scand J Prim Health Care,2019,37(3):353-357.
[8]毕颖斐,王贤良,赵志强,等.冠心病中医证候地域性特征的临床流行病学调查[J].中医杂志,2020,61(5):418-422,461.
[9]刘炎,蔡安平,周颖玲.早发冠状动脉粥样硬化性心脏病病因及危险因素研究进展[J].岭南心血管病杂志,2017,23(5):643-648.
[10]史新风,王东峰,许笑蕊.责任制小组护理模式对预防高血压脑出血患者术后肺部感染的作用[J].齐鲁护理杂志,2019,25(7):79-81.
[11]徐红雪,张国会.一体化护理对老年冠心病合并心力衰竭患者遵医行为、生存质量的影响[J].国际护理学杂志,2021,40(5):887-890.
[12]刘璇,龚佳青.干预性护理对高龄冠心病并慢性心力衰竭患者心理状态和心肌损伤指标及护理满意度的影响[J].实用心脑血管病杂志,2018,26(21):383-385.

(收稿日期: 2021-08-10)

[11]沙书娅,张铭,孟庆良.基于俞募配穴法针灸结合康复治疗非特异性腰痛的临床疗效[J].世界中医药,2018,13(11):2847-2850.
[12]金秀莲.穴位埋线“十七椎”治疗肾虚型腰痛的临床研究[D].北京:北京中医药大学,2018.13-69.
[13]杨淑瑞.穴位埋线“腰五针”治疗肾虚型腰痛的临床疗效观察[D].乌鲁木齐:新疆医科大学,2020.1-20.
[14]黄娜,赵娜娜.穴位埋线联合常规针刺治疗慢性腰痛的有效性和安全性[J].颈腰痛杂志,2020,41(6):704-706.

(收稿日期: 2021-12-08)