

# 针刺治疗腰椎间盘突出症遗留 下肢麻木临床观察※

● 李兆文\* 赵学田 方云添 詹文吉 肖 鹏

**摘 要** 目的:探讨针刺治疗腰椎间盘突出症遗留下肢麻木的临床疗效。方法:将 60 例腰椎间盘突出症遗留下肢麻木的患者分为药物对照组、针刺治疗组各 30 例,观测治疗前后临床疗效及肌电图的变化。结果:(1)在临床疗效方面,治疗后两组患者差异有显著意义( $P < 0.05$ ),治疗组疗效优于对照组。(2)两组间治疗后腓总神经运动传导速度、腓肠神经感觉传导速度比较差异有显著性( $P < 0.05$ );治疗组疗效优于对照组。结论:采用针刺涌泉穴为主的一组穴位,对治疗腰椎间盘突出症遗留下肢麻木有显著的临床疗效,优于药物组。

**关键词** 腰椎间盘突出症 下肢麻木 针刺 肌电图 JOA

腰椎间盘突出症(lumbardischerniation,简称LDH)是指由于腰椎间盘变性,纤维环破裂,髓核突出刺激或压迫神经根、马尾神经引起腰痛及下肢痛等一系列症状的神经综合征,是腰腿痛的最常见病因之一<sup>[1]</sup>。属中医“痹证”、“痿证”范畴。从临床研究来看,西药非手术疗法效果欠佳,且有部分疗法的副作用太大。中医学中的针刺疗法在治疗腰椎间盘突出症方面疗效独特,副作用小,深受广大患者欢迎。但腰椎间盘突出症经治疗后遗留的肢体麻木,一直是困扰患者及医疗工作者一个棘手的问题,治疗效果均不理想。笔者多年来对治疗腰椎间盘突出症遗留下肢麻木有着丰富的临床经验,提出“补肾健脾、行气活血通络、滋养肢体”的独特见解,采用针刺涌泉穴为主的一组穴位对腰椎间盘突出症遗留下肢麻木有显著的临床疗效<sup>[2]</sup>。我们于 2009 年 5 月~2012 年 10 月用针刺治疗腰椎间盘突出症遗留下肢麻木 30 例,现总结如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 60 例符合纳入标准的腰椎间盘突出症遗留肢体麻木患者均来自我院康复科、骨科门诊和住院病例。治疗组(针刺组):男 17 例,女 13 例,年龄在 18~60 岁之间,病程 2 月~4.5 年;对照组(药物组):男 20 例,女 10 例,年龄在 18~60 岁之间,病程 4 月~5 年;两组患者的性别、年龄及病程等分布情况经  $\chi^2$  检验和  $t$  检验, $P > 0.05$ ,差异无显著性,具有可比性(见表 1)。

表 1 两组病例性别比例、年龄、病程比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	男/女	年龄	病程
治疗组	30	17/13	37.42 ± 9.62	22.86 ± 9.52
对照组	30	20/10	39.04 ± 10.06	23.38 ± 9.79

注:两组之间性别、年龄、病程无统计学意义( $P > 0.05$ )。

## 1.2 诊断标准

**1.2.1 中医标准** 参照 1994 年国家中医药管理局第一版《中医病症临床诊断标准》中“腰椎间盘突出症”的诊断标准<sup>[3]</sup>:①有腰部外伤、慢性劳损或受寒湿史。大部分患者在发病前有慢性腰痛史。②常发生于青壮年。③腰痛向臀部及下肢放射,腹压增加(如咳嗽、喷嚏)时疼痛加重。④脊柱侧弯,腰椎生理弧度消失,病变部位椎旁有压痛,并向下肢放射,腰部活动

※基金项目 福建省漳州市中医院院级科技计划项目(No:ZZZY2010-X)

\* 作者简介 李兆文,男,主任医师,副教授,硕士研究生导师。主要从事针灸治疗骨与关节相关疾病的研究。

● 作者单位 福建省漳州市中医院(363000)

受限。⑤下肢受累神经支配区有感觉过敏或迟钝,病程长者可出现肌肉萎缩;直腿抬高或加强试验(+),膝、跟腱反射减弱或消失,足拇趾背伸肌力减弱。⑥X线摄片检查示脊柱侧弯,腰生理前凸消失,病变椎间隙可能变窄,相邻边缘有骨赘增生,CT 和 MRI 检查可显示椎间盘突出部位和程度。

1.2.2 西医标准 参照《腰椎间盘突出症》中腰椎间盘突出症的诊断标准<sup>[4]</sup>:①腰痛、下肢痛呈典型的腰骶神经根分布区域的疼痛,常表现下肢痛重于腰痛。②常按神经分布区域表现肌肉萎缩、肌力减弱、感觉异常和反射改变四种神经障碍体征中的两种征象。③神经根张力试验:无论直腿抬高试验或股神经牵拉试验均为阳性。④影像学检查:包括 X 线、CT、MRI 或特殊造影等异常征象与临床表现一致。

1.3 纳入标准 符合以上诊断标准,确诊为腰椎间盘突出患者,经治疗后疼痛基本消失、仅觉单侧下肢麻木,并自愿同意治疗者。

1.4 排除标准 (1)孕、产妇、精神病患者;(2)脊柱炎症性病变,如结核、类风湿、增生性病变;(3)脊椎各部位骨折;(4)丛行及干性坐骨神经痛;(5)梨状肌损伤综合征;(6)臀上皮神经损伤;(7)椎管狭窄症,主要指先天发育性;(8)骶髂关节半脱位;(9)纤维变性椎间盘的急性紊乱;(10)尚需与脊髓马尾神经肿瘤,椎管内静脉丛充血,血栓闭塞性脉管炎,椎弓根崩裂及脊椎滑脱症等鉴别;(11)单侧下肢麻木伴有下肢疼痛肌力减退患者;腰椎不稳患者;腰椎间盘突出术后复发者;(12)未按规定治疗或不能坚持完成疗程治疗者,无法判断疗效或资料不全等影响疗效和安全性判断者。

## 1.5 治疗方法

1.5.1 治疗组 患者俯卧位,取患侧的涌泉穴为主,配合环跳、委中、足三里、阳陵泉共五个穴位。常规消毒后,用 28 号华佗牌不锈钢毫针,涌泉穴进针 0.5 ~ 0.8 寸,以针感向内踝部放射为佳,除涌泉用迎随补法,其余均用平补平泻,以得气感为度,病程超过半年用深刺,病程短于半年用浅刺。留针 30 分钟,每 10 分钟行针 1 次,每天 1 次,连续治疗 10 次为 1 疗程,共 2 个疗程。1 个疗程结束后,休息 3 天,行第 2 疗程,治疗两个疗程后评定疗效。

1.5.2 对照组 患者每日口服弥可保(甲钴胺糖衣片,卫材(中国)药业有限公司生产,规格:500μg/片,批号 040310),每次剂量均为 1mg(2 片),1 天 1 次,10 次为 1 个疗程,共 2 个疗程。1 个疗程结束后,休息 3

天,行第 2 疗程,治疗两个疗程后评定疗效。

1.6 观察指标 观察临床疗效,测定腓总神经运动传导速度(MCV)、腓肠神经感觉传导速度(SCV)。

1.7 疗效评定 参照改良日本骨科学会(JOA)评分法<sup>[5]</sup>进行评定,并按如下公式计算出改善率:改善率=(治疗后评分-治疗前评分)/(正常评分-治疗前评分)×100%。通过改善率可了解临床治疗效果:改善率达 90% 以上为临床治愈,60% ~ 89% 以上为显效,25% ~ 59% 为有效,25% 以下为无效。

1.8 统计学处理 采用 SPSS13.0 统计软件进行数据分析。计量资料以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,各组治疗前后比较用配对  $t$  检验及组间比较采用两组独立样本的  $t$  检验。计数资料用卡方检验。

## 2 结果

2.1 两组临床总有效率的比较 见表 2。

表 2 两组临床疗效比较(例)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率 (%)
治疗组	30	13	9	6	2	93.33 *
对照组	30	6	9	9	6	80.00

注:与对照组比较: \*  $P < 0.05$ 。

2.2 两组肌电图比较 治疗后两组间腓总神经运动传导速度比较,差异有显著性( $P < 0.05$ );治疗后两组间腓肠神经感觉传导速度比较,差异有显著性( $P < 0.05$ )。两组间治疗前后腓总神经运动传导速度差值比较,差异有显著性( $P < 0.05$ );两组治疗前后腓肠神经感觉传导速度差值比较,差异有显著性( $P < 0.05$ )。见表 3、表 4。

表 3 两组间治疗后肌电图比较( $\bar{x} \pm s$ , m/s)

组别	肌电图项目	
	腓总 N 运动传导速度	腓肠 N 感觉传导速度
治疗组治疗前	46.72 ± 1.97	42.84 ± 1.96
治疗组治疗后	48.00 ± 1.39 *	45.57 ± 1.22 #
对照组治疗前	46.63 ± 2.01	42.96 ± 1.83
对照组治疗后	46.89 ± 1.92	43.18 ± 2.01

注:与对照组比较: \*  $P < 0.05$ ; #  $P < 0.05$ 。

表4 两组治疗前后肌电图变化值组间比较( $\bar{x} \pm s, \text{m/s}$ )

组别	肌电图项目	
	腓总 N 运动传导 速度前后差值	腓肠 N 感觉传导 速度前后差值
治疗组	1.230 ± 0.828 *	2.733 ± 1.362 #
对照组	0.280 ± 0.633	0.313 ± 0.9313

注:与对照组比较: \*  $P < 0.05$ ; #  $P < 0.05$ 。

### 3 讨论

中医认为“腰为肾之府”,腰痛与肾联系密切。肾藏精,主骨生髓,司二便,腰腿的灵健有赖于肾精的充足滋养,因此历代医家均认为肾虚在腰痛的发病中是最重要的因素。明·王肯堂《证治准绳·腰痛》指出:腰痛“有风、有湿、有寒、有热、有挫闪、有瘀血、有滞气、有痰积,皆标也。肾虚,其本也”。可见腰椎间盘突出症病机以肾虚为本,经络气血瘀滞、筋骨失养为标。中医认为肢体麻木属“痹证”范畴,实者乃风寒入络或气滞血瘀,常伴有疼痛;虚者多为气血不足,肝肾亏虚,肢体失荣<sup>[6]</sup>。肢体麻木患者病程反复,以虚者居多,提示在治疗腰椎间盘突出症遗留下肢麻木时必须从其发病的病因病机出发,以“补肾健脾胃,行气活血通络、滋养肢体”为原则。

针刺对治疗神经损伤恢复在临床上已得到充分认可,本项目组提出“补肾健脾、行气活血通络、滋养肢体”的独特见解,采用针刺涌泉穴为主的1组穴位对腰椎间盘突出症遗留下肢麻木有显著的临床疗效<sup>[7]</sup>。

从经脉循行看,足少阴肾经起于足小趾下,斜向足心出于舟骨粗隆,沿内踝后进入足跟,故足麻木患者肾虚精亏者居多。涌泉穴位于足底,为足少阴肾经之井穴,有滋水涵木之功。故补涌泉使肝肾得补,营血得生;肝肾足气血充,瘀滞消而足麻木得愈<sup>[8]</sup>。足三里,足阳明胃经合穴,四总穴之一,强壮要穴。主培中补元,行气止痛,利水消肿,疏通经络,调和气血,强身健体,祛邪防病。可治疗下肢痿痹,腰痛不得俯仰等。《灵枢·四时气》载:“着痹不去,久寒不已,卒取其三里”;《玉龙歌》曰:“寒湿脚气不可熬,先针三里及阴交”。环跳,为足少阳胆经腧穴,有通经活络、祛风除湿、强健腰膝、宣痹止痛之效<sup>[9]</sup>。因此选择以上5穴,诸穴合用,标本兼治,共奏“补肾健脾、行气活血通

络、滋养肢体”之效。

临床观察到,在获得良好针刺镇痛的外科手术患者血浆中,前列腺素增加,而组织胺、血清素、多巴胺B-羟化酶(DBH)及cAMP的水平相应减低<sup>[10]</sup>,提示针灸可以调节机体免疫,起到消炎的作用。血瘀症的临床和实验研究表明:针刺能改善微循环,血液流变学,血液动力学各指标的异常,可调整血栓素A2和前列环素II的动态平衡,阻抑血栓的形成,改善血液流变性呈粘浓凝、整状态<sup>[11]</sup>,提示针刺可以改善微循环。针灸尚可能直接通过促进损伤组织(尤其是神经组织)修复而发挥治疗作用<sup>[12]</sup>。

本研究通过针刺涌泉、足三里、委中、环跳、阳陵泉可以改善腰椎间盘突出症遗留下肢麻木的症状,提示针刺可能是通过“补肾健脾、行气活血通络、滋养肢体”,改善微循环,缓解了神经根内水肿、改善神经根营养障碍,促进炎症的吸收,缓解临床麻木症状,从而获得满意的疗效。该法具有操作简单方便,费用低廉,无副作用,体现中医简便验的特点,特别适于广大基层医院及农村医疗所推广运用,造福广大患者。

### 参考文献

- [1] 吴在德, 吴肇汉. 外科学[M]. 第3版. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 875.
- [2] 李兆文, 林石明, 林俊山. 针刺治疗腰椎间盘突出症后期患肢麻木的疗效分析[J]. 中国临床康复, 2004, 7(2): 2646.
- [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.
- [4] 胡有谷. 腰椎间盘突出症[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 195.
- [5] 日本整形外科学会. 腰痛疾患治疗成绩制定基准[J]. 日本会志, 1986, 60: 391-393.
- [6] 许爱珍, 郜敏辉. 涌泉穴温针法治疗足麻木36例[J]. 中国针灸, 2002, 22(3): 193.
- [7] 李兆文, 林石明, 林俊山. 针刺治疗腰椎间盘突出症后期患肢麻木的疗效分析[J]. 中国临床康复, 2004, 7(2): 2646.
- [8] 许爱珍, 郜敏辉. 涌泉穴温针法治疗足麻木36例[J]. 中国针灸, 2002, 22(3): 193.
- [9] 张新宽. 腰椎间盘突出所致坐骨神经痛的肌电图分析[J]. 中医正骨, 2004, 16(2): 17-18.
- [10] Kendall DE. 针刺的科学基础(第一部分)[J]. 国外医学·中医中药分册, 1991, 13(1): 40-42.
- [11] 桂水午. 针灸治疗血瘀证的临床和实验研究[J]. 上海中医药杂志, 1996, 8: 42.
- [12] 汤德安. 实验针灸学[M]. 天津: 天津科学技术出版社, 1990, 185.