DOI:10.13193/j.issn.1673-7717.2025.02.045

刺络放血联合“通脊”电针治疗腰椎间盘突出症的临床研究

谭维选,袁代富,陈艺,周杨嘉琪
(遵义医科大学附属医院,贵州 遵义 563099)

摘要:目的 探究刺络放血联合“通脊”电针治疗腰椎间盘突出症的临床研究。方法 选取医院针灸科2022年1月—2023年1月收治的88例腰椎间盘突出症患者。根据治疗方法将患者分为观察组(48例)与对照组(40例),对照组使用传统的常规针刺治疗,观察组使用刺络放血联合“通脊”电针治疗。观察比较两组患者在疼痛视觉模拟评分(Visual analogue scale,VAS)、日本骨科学会(Japanese Orthopaedic Association,JOA)的评分、外周静脉血中缓激肽(Bradykinin,BK)、SP物质、Fas-FasL因子的含量变化、临床疗效和治疗前后血清炎症因子包括肿瘤坏死因子-α(Tumor necrosis factor-α,TNF-α)、白细胞介素-6(Interleukin-6,IL-6)、C-反应蛋白(C-reactive protein,CRP)以及功能障碍指数(Oswestry disability index,ODI)。结果 治疗前两组病人的SP、BK、Fas-FasL的含量差异无统计学意义($P>0.05$)。在治疗7、14 d后,观察组血清中SP与BK的含量显著低于对照组($P<0.05$)。而治疗7 d、14 d后,两组患者的Fas-FasL差异无统计学意义($P>0.05$)。两组治疗前VAS差异无统计学意义($P>0.05$)。在治疗7 d、14 d后,观察组的VAS评分显著低于对照组($P<0.05$)。两组治疗前JOA差异无统计学意义($P>0.05$)。在治疗7 d、14 d后,观察组的JOA评分显著高于对照组($P<0.05$)。观察组的总有效率(97.92%,47/48)高于对照组(82.50%,33/40),差异有统计学意义($P<0.05$)。IL-6、TNF-α、CRP的浓度水平方面,两组患者治疗前差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后观察组IL-6、TNF-α、CRP水平较对照组显著降低($P<0.05$)。治疗前两组患者ODI差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后观察组ODI评分显著低于对照组($P<0.05$)。结论 刺络放血联合“通脊”电针治疗显著改善了患者的生活质量、BK、SP含量得到提升,治疗周期减少,降低患者炎性因子水平效果显著。

关键词:刺络放血;通脊电针;腰椎间盘突出症;功能障碍指数;血清炎症因子
中图分类号:R245;R245.97;R274.981.53 **文献标志码**:A **文章编号**:1673-7717(2025)02-0220-05

Clinical Study on Treatment of Lumbar Disc Herniation by Blood Letting Puncture and “Tongji” Electroacupuncture

TAN Weixuan, YUAN Daifu, CHEN Yi, ZHOU-YANG Jiaqi
(Affiliated Hospital of Zunyi Medical University, Zunyi 563099, Guizhou, China)

Abstract: *Objective* To explore the clinical study of blood letting puncture combined with “Tongji” electroacupuncture in the treatment of lumbar disc herniation. *Methods* From January 2022 to January 2023, 88 patients with lumbar disc herniation were selected from the acupuncture and moxibustion department of the hospital. According to the treatment method, the patients were divided into an observation group (48 cases) and a control group (40 cases). The control group was treated with traditional conventional acupuncture, while the observation group was treated with blood letting puncture and “Tongji” electroacupuncture for lumbar disc herniation. The changes of pain visual analogue score (VAS), Japanese Orthopaedic Association (JOA) score, bradykinin (BK), substance P (SP), Fas-FasL factor in peripheral venous blood, clinical efficacy, and serum inflammatory factor interleukin-6 (IL-6), tumor necrosis factor-α (TNF-α), C-reactive protein (CRP) and Oswestry disability index (ODI) before and after treatment between the two groups were observed and compared. There was no obvious difference in the levels of SP, BK or Fas-FasL between two groups before treatment ($P>0.05$). After 7 and 14 days of treatment, the levels of SP and BK in the serum of the observation group were obvious lower than those of the control group ($P<0.05$). After 7 and 14 days of treatment, there was no obvious difference in Fas-FasL between two groups ($P>0.05$). There was no obvious difference in VAS between two groups before treatment ($P>0.05$). After 7 and 14 days of treatment, the VAS score of the observation group was obvious lower than that of the control group ($P<0.05$). There was no obvious difference in JOA between two groups before treatment ($P>0.05$). After 7 and 14 days of treatment, the JOA score of the observation group was obvious higher than that of the control group ($P<0.05$). The total effective rate of the observation group (97.92%, 47/48) was higher than that of the control group

基金项目:贵州省科学技术厅项目(黔科合成果-LC〔2021〕033)
作者简介:谭维选(1990-),男(苗族),贵州湄潭人,副主任医师,硕士,研究方向:针灸推拿治疗神经系统疾病及脊柱相关性疾病。

(82.50%,33/40), and the difference was obvious($P<0.05$). The levels of IL-6 and TNF-α in two groups before treatment. There was no obvious difference in CRP($P>0.05$). The levels of IL-6, TNF-α and CRP of the observation group after treatment were significantly reduced compared to those of the control group($P<0.05$). There was no obvious difference in ODI between two groups before treatment($P>0.05$). After treatment, the ODI score of the observation group was obvious lower than that of the control group($P<0.05$). *Conclusion* Acupuncture and blood letting puncture combined with "Tongji" electroacupuncture significantly improved the patients´quality of life, increased the levels of BK and SP, reduced treatment cycles and significantly lowered the levels of inflammatory factors.

Keywords: blood letting puncture; Tongji electroacupuncture; lumbar disc herniation; Oswestry disability Index; serum inflammatory factors

腰椎间盘突出症(lumbar disc herniation, LDH)主要是腰椎间盘发生变性、纤维环破裂,髓核突出对神经产生压迫从而表现出疼痛的疾病[1]。在我们日常的生活中,腰腿疼痛最为常见的原因之一就有LDH。LDH主要和椎间盘的退变、损伤、遗传、发育异常等因素相关[2]。常用治疗方法可以分为手术与非手术治疗。大多数的患者可以得到有效地缓解治愈[3]。由于人们对手术的恐惧与预后担忧,大多数人选择保守治疗。传统的中医在保守治疗这方面有绝对的优势,针灸、刺络放血等是治疗LDH患者的有效方法[4]。本次研究使用刺络放血联合"通脊"电针观察并探讨对LDH患者的疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料

挑选我院针灸科2022年1月—2023年1月治疗的腰椎间盘突出症患者88例。根据治疗方法将患者分为观察组(48例)与对照组(40例),对照组使用传统的常规针刺治疗,观察组使用刺络放血联合"通脊"电针治疗。观察组男女比例为30∶18;年龄30~60岁,平均(45.29±3.54)岁;病程1~15 d,平均(10.12±2.13) d。对照组男女比例为26∶14;年龄30~65岁,平均(50.23±2.54)岁;病程1~15 d,平均(10.23±1.89)d。一般资料差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究经本院医学伦理委员会批准。

1.2 诊断标准、纳入标准和排除标准

1.2.1 西医诊断标准 ①符合《实用骨科学》[5]的相关诊断。②腰臀部或者下肢有放射痛,直腿抬高试验、挺腹试验阳性。③DR照片上显示脊柱的侧弯与腰椎生理前凸消失。

1.2.2 中医诊断标准 符合《中医骨病学》[6]关于气滞血瘀型腰痛病的诊断标准,主症:腰腿疼痛,白天轻晚上重、腰部坚硬、俯仰旋转受限,痛处拒按。次症:舌质黯,脉弦紧。满足以上2个以上主症和次症即可诊断为气滞血瘀型腰椎间盘突出症。

1.2.3 纳入标准 ①患者及其家属知情同意。②符合腰椎间盘突出中西医诊断标准。

1.2.4 排除标准 ①无下肢及坐骨神经放射痛的患者。②合并有严重的糖尿病、心脏病等疾病的患者。③患者具有精神病,无法正常沟通。④晕针患者。⑤椎间盘脱出或游离,或腰椎滑脱Ⅱ°及以上患者。⑥年龄在25岁以下及70岁以上者。⑦腰椎骨折、结核、脓肿或其他占位性病变。

1.3 治疗方法

对照组进行常规的针刺治疗,患者采取俯卧位暴露疼痛部位,进行常规消毒,针具:φ0.35 mm×75 mm贵州安迪牌一次性无菌针灸针。选取第一、二、四腰椎棘突下的穴位悬枢、命门、腰阳关,向上斜刺进针0.5~1寸。选取骶管裂孔处的腰俞向上斜刺0.5~1寸。取腰眼,第四腰椎棘突下,旁开3~4寸的凹陷中,直刺1~1.5寸。肾俞位于第二腰椎棘突下旁开1.5寸,直刺0.5~1寸。使用由汕头市医用设备有限公司生产的电针仪,使用疏密波,根据患者耐受度来调整波段,范围在15~100 Hz。强度在1~2 mA,1次持续治疗30 min。观察组取穴:在病变节段及病变椎体上下节段旁开1寸处,左右对称。每次选取2~3个穴位。操作手法:局部消毒后,用采血针在相应治疗部位快速疾刺10~15次,尽量捏起局部皮肤,以减轻患者疼痛。针具为荣飞牌一次性使用医用采血针,规格23 G,0.60 mm。刺络后用3号玻璃罐在刺络部位拔罐,留罐6 min后取罐。刺络后进行"通脊"电针治疗,取穴水平后正中线旁开1寸,在病变椎体的上下节段各取穴,左右对称。操作手法:夹脊透刺法:采取俯卧位,平补平泻法捻转斜刺入皮下1.0~1.5寸,针刺时尽量透刺至椎板,刺中神经干,针感沿相应脊神经分布区域放射;根据病人胖瘦和肌肉丰厚程度进行针刺;并将同侧L3、L5针柄处分别连接穴位神经刺激仪,疏密波,刺激频波为20/100 Hz,强度1~2 mA,持续30 min。针具:φ0.35 mm×75 mm贵州安迪牌一次性无菌针灸针。

两组患者一共治疗2个疗程,1个疗程为7 d,每周共治疗5 d,共治疗14 d。

1.4 观察指标

1.4.1 蛋白变化 在两组患者治疗前、治疗后7 d、治疗后14 d,分别抽取晨起两组患者10 mL静脉血,3000 r/min,留取血清,使用由上海酶联生物科技有限公司提供的免疫检测试剂盒检测血清中的SP物质、外周静脉血中缓激肽(Bradykinin, BK)、Fas-FasL蛋白(分为4级,Ⅰ级色浅、颗粒稀疏;Ⅱ级:色黄棕、颗粒较细密;Ⅲ级:棕黄颗粒细密;Ⅳ级:色棕黑、颗粒密布)的含量变化。

1.4.2 视觉模拟疼痛评分 使用疼痛视觉模拟量表(Visual analogue scale, VAS)对两组患者治疗前及治疗后7 d、14 d的评分比较,满分为10分,0分为无痛,无任何症状,1~3分为轻度疼痛,4~6分为中度疼痛,7~10分为重度疼痛[5]。

1.4.3 日本骨科评定标准 使用日本骨科协会评估治疗分数(Japanese Orthopaedic Association, JOA)评分,观察比较两组治疗前、治疗后7 d、治疗后14 d的JOA评分,满分为29分,正常为2分,轻度为1分,受限为0分。分数与患者症状呈反相关。

1.4.4 临床有效率 两组患者治疗14 d后,评估两组患者的疗效,疗效分为3类,显效、有效、无效。总有效率=(显效+有

效)例数/总数×100%。

1.4.5 血清炎症因子 观察两组患者治疗前后肿瘤坏死因子-α(Tumor necrosis factor, TNF-α)、白介素-6(Interleukin-6, IL-6)、C-反应蛋白(C-reactive protein, CRP)水平变化。两组患者均采集治疗前与治疗后晨起空腹静脉血 5 mL,使用上海精密仪器仪表公司提供的 GL-25MS 高速冷冻离心机,3000 r/min,离心 15 min,留取血清,采用由上海酶联生物科技有限公司提供的 IL-6、TNF-α、CRP(固相夹心法酶联吸附实验)检测试剂盒,检测 IL-6 与 TNF-α、CRP 水平。

1.4.6 Oswestry 腰椎功能评分 采用 Oswestry 腰椎功能障碍指数(ODI)评分[6]。通过对生活能力、行走、站立、睡眠、提物等进行评估。ODI 问卷表满分为 50 分,分值越高表明患者的功能障碍越严重。观察两组患者治疗前后 ODI 分数。

1.5 统计学方法

SPSS 23.0 软件统计包予以相应的处理,以 $\bar{x} \pm s$ 格式代表计量资料,两组间均数用独立样本 t 检验,治疗前后用配对 t 检验,用例格式代表计数资料,两组间用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗前、治疗 7 d、14 d 后的 SP、BK、Fas-FasL 的含量比较

治疗前两组患者的 SP、BK、Fas-FasL 的含量差异无统计学意义($P>0.05$)。在治疗 7 d、14 d 后,观察组血清中 SP 与 BK 的含量显著高于对照组($P<0.05$)。而治疗 7 d、14 d 后,两组患者的 Fas-FasL 差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 1、表 2。

表 1 两组腰椎间盘突出症患者治疗前与治疗 7 d、14 d 后血清中 SP 值、BK 含量的比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	SP/(μg·mL^{-1})	BK/(μg·L^{-1})
观察组	48	治疗前	203.53±12.45	15.62±3.15
		治疗 7 d 后	142.58±10.78	12.58±2.78
		治疗 14 d 后	120.34±9.37	8.34±1.82
对照组	40	治疗前	200.87±11.65	16.21±3.07
		治疗 7 d 后	167.64±9.46	14.65±2.90
		治疗 14 d 后	145.51±8.97	10.91±2.56
两组患者治疗 7 d后比较		t 值	11.493	3.411
		P 值	<0.05	<0.05
两组患者治疗 14 d 后比较		t 值	12.792	5.489
		P 值	<0.05	<0.05

表 2 两组腰椎间盘突出症患者治疗前与治疗 7 d、14 d 后血清中 Fas-FasL 的含量比较($\bar{x} \pm s$) 单位:μg/mL

组别	例数	Fas			FasL		
		治疗前	治疗 7 d 后	治疗 14 d 后	治疗前	治疗 7 d 后	治疗 14 d 后
观察组	48	48.36±4.89	51.65±5.01	55.12±5.42	48.65±4.78	50.34±5.12	51.65±5.34
对照组	40	47.65±4.98	52.45±5.32	54.37±6.12	49.24±4.81	50.45±5.23	52.12±4.96
t 值		0.672	0.725	0.609	0.574	0.099	0.424
P 值		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

2.2 使用 VAS 对治疗前及治疗 7 d、14 d 后的评分比较

两组治疗前 VAS 差异无统计学意义($P>0.05$)。在治疗 7 d、14 d 后,观察组的 VAS 评分显著低于对照组($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组腰椎间盘突出症患者治疗前及治疗 7 d、14 d 后 VAS 评分比较($\bar{x} \pm s$) 单位:分

组别	例数	治疗前	治疗 7 d 后	治疗 14 d 后
观察组	48	8.78±1.21	3.18±1.13	1.24±0.87
对照组	40	8.86±1.34	4.14±1.26	2.86±0.98
t 值		0.294	3.765	8.211
P 值		>0.05	<0.05	<0.05

2.3 治疗前、治疗 7 d 后、14 d 后的 JOA 评分比较

两组治疗前 JOA 差异无统计学意义($P>0.05$)。在治疗 7 d、14 d 后,观察组的 JOA 评分显著高于对照组($P<0.05$)。见表 4。

表 4 两组腰椎间盘突出症患者治疗前、治疗 7 d 后、14 d 后 JOA 评分比较($\bar{x} \pm s$) 单位:分

组别	例数	治疗前	治疗 7 d 后	治疗 14 d 后
观察组	48	8.64±1.34	12.78±1.64	19.28±2.15
对照组	40	8.54±1.22	10.29±1.42	15.74±1.87
t 值		0.362	7.532	8.154
P 值		>0.05	<0.05	<0.05

2.4 治疗 14 d 后的疗效评估

总有效率方面,观察组(97.92%)较对照组(82.50%)高,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 5。

表 5 两组腰椎间盘突出症患者治疗 14 d 后的疗效比较 单位:例(%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
观察组	48	24(50.00)	23(47.92)	1(2.08)	47(97.92)
对照组	40	15(37.50)	18(37.50)	7(17.50)	33(82.50)
χ^2 值		-	-	-	4.548
P 值		-	-	-	0.033

2.5 血清炎症因子比较

IL-6、TNF-α、CRP 浓度水平方面,治疗前两组患者差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后观察组均较对照组降低($P<0.05$)。见表 6。

2.6 Oswestry 腰椎功能评分

治疗前两组患者 ODI 差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后观察组 ODI 评分显著低于对照组($P<0.05$)。见表 7。

3 讨论

椎间盘突出症中,腰椎间盘突出症是最为常见的疾病之一[7]。据有关调查资料表明,腰椎间盘突出症占了 90% 左右。病患的年龄大多数在 20~50 岁,约占人数的 80%,20 岁以下的发病患者仅有 6%[8]。且据统计 500 例腰腿痛的患者中,腰椎间盘突出症占 18.6%。由于现在年轻人忙于工作,缺乏锻炼,LDH 逐渐年轻化,且多见于男性,男女发病比例 10∶1[9]。过于肥胖或者过于瘦弱的人容易导致腰椎间盘突出。长时间的工作或者是工作姿势不良的患者,长期弯腰的患者更容易导

表 6 两组腰椎间盘突出症患者治疗前后 IL－6、TNF－α、CRP 水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	IL－6/(μg·L⁻¹)		TNF－α/(ng·L⁻¹)		CRP/(mg·L⁻¹)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	48	125.15±8.14	91.04±4.25	2.74±0.65	1.04±0.21	22.52±3.57	8.65±2.48
对照组	40	123.56±8.18	111.28±5.27	2.69±0.62	1.58±0.38	23.01±3.44	14.28±2.17
t 值		0.910	19.946	0.467	8.427	0.651	11.216
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

表 7 两组腰椎间盘突出症患者治疗前后 Oswestry 腰椎功能评分比较($\bar{x} \pm s$) 单位:分

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	48	42.56±7.98	13.16±6.42
对照组	40	42.02±7.93	24.22±6.44
t 值		0.316	8.035
P 值		>0.05	<0.05

致腰椎间盘突出[10－12]。“通脊”电针运用夹脊穴(Ex－B2),亦称华佗夹脊穴,中医理论认为夹脊穴与督脉循行部位一致,电针夹脊穴可联络沟通督脉和足太阳膀胱经以扶助阳气,在治疗 LDH 方面有显著的效果。

LDH 最先引发的症状为腰痛,而且是多见的症状,发生率为 91%[13]。腰痛主要发病部位在下腰背部或腰骶部[14]。LDH 患者 $L_4－L_5$ 及 $L_5－S_1$ 间隙发病,容易发生坐骨神经痛。坐骨神经痛是随着病情发展而逐渐发生的,初期为钝痛,随着病情的发展加重,呈现放射性的疼痛,从臀部、大腿后侧、小腿外侧再到跟部或足背[15]。

LDH 在中医上属于“痹证”等范畴,病机大多是肾阳气不足、正气出现虚亏,或者是感受风寒湿邪,跌打损伤,导致腰腹的气滞血瘀,瘀血阻滞腰腹经络,致不通则痛[16]。中医在治疗腰椎间盘突出症这一疾病的方法多样,最常见的有针灸、正骨、拔罐等,并多嘱咐患者予以如热毛巾湿敷、打拳等锻炼辅助治疗。与西医相比,中医治疗具体的疗程差不多,但有效率方面更高、改善的效果更为明显、病情稳定,对机体无侵入性损伤、不良反应不大等优势,因此受到多数腰椎间盘突出症患者的青睐[17]。临床治疗中,虽然西医手术治疗很重要,但是属于对机体的侵入性治疗手段,患者伤口明显、复发风险较高,因此存在一定的风险,推荐将中医疗法作为首选治疗方案[18]。中医古籍中腰腿痛患者的症状体现为腰腿疼痛、活动不利、肌体麻木,腰痛患者多表现为肝肾两亏,风湿外邪入体,气血瘀堵,下肢疼痛。针对此证,中医多采取补气通经,疏肝补阳,利用刺络放血、“通脊”电针等方式活通经络,减轻患者痛苦[19]。其中刺络放血疗法是用针刺穴位或体表小静脉而放出少量血液的治疗方法,通过针刺放血将瘀滞的气血放出,由此经络可通畅,气可运行,血随气行,痛则可以消除[20]。针刺可以刺激神经及血管壁的感受器,引起血管的收缩、扩张改善血液的流变性、降低循环阻力。血液的流动可以改善血管局部病变的病灶,改善局部的微循环[21]。电针对穴位的刺激可以改变血液的循环、抑制炎症[22－23]。腰椎棘突下缘旁开 0.3 寸进行针刺,可刺激脊神经后内侧支浅支;0.5 寸可缓解深层肌肉的痉挛状态;1 寸可解除或减轻神经卡压状态[24]。本课题组前期研究发现,电针脊穴(后正中线旁开 1 寸、病变椎体上下节段处)可明显减轻腰痛。

机体受到创伤时,自身的生理机制遭到破坏,进而导致机体处于应激状态,并进一步引发炎症反应的发生,相关研究亦发现炎症因子水平升高被视为引起腰椎间盘突出症患者腰部疼痛的关键因素,当神经根受压时,局部供血障碍导致缺血缺氧,可引起炎症因子水平升高[25]。目前,临床常用来反映炎症水平的指标主要有 IL－1、IL－6、TNF－α 以及 CRP 等,其中 IL－6 是一种多效应的细胞因子,可刺激炎性细胞聚集、激活和炎性递质的释放,促进腰椎间盘退行性变的炎症过程;IL－1 作为重要的炎性介质之一,在炎症介导和细胞免疫中发挥重要作用;CRP 是一种因组织损伤后产生的反应蛋白,参与了多种病理反应;而 TNF－α 是导致椎间盘突出症的一个重要致炎因子,由吞噬细胞释放后,具有促进浸润而引起炎症和组织损伤,诱导神经痛觉过敏作用[26－27]。

SP 是疼痛递质因子之一,能有效反映疼痛水平,疼痛程度与 SP 水平呈现正相关。Fas－FasL 能引起细胞的凋亡、降低炎症因子水平。本试验中观察组 SP、BK 的含量均低于对照组,总有效率也高于对照组。刺络放血联合“通脊”电针治疗的患者 VAS、JOA 评分及治疗有效率均好于常规的针刺治疗,Oswestry 功能障碍指数也低于对照组,同时也降低了 LDH 患者的炎症因子水平,使得疼痛递质因子水平降低,缓解患者疼痛。

综上所述,刺络放血联合“通脊”电针治疗腰椎间盘突出症患者有显著的疗效,能显著降低患者疼痛、提高患者生活水平,但本试验存在样本数量偏少等缺点,具体结果有待进一步探讨。

参考文献

[1] 林明琴, 方御权, 曾珊. 温针灸治疗寒湿痹阻型腰椎间盘突出症的临床观察[J]. 中国民间疗法, 2021, 29(15): 32－35.
[2] 邓德万, 王彬, 周震, 等. 针灸治疗腰椎间盘突出症机制研究概况[J]. 针灸临床杂志, 2020, 36(1): 91－94.
[3] 方琼, 唐心恬, 来钰栋, 等. 腰椎间盘突出症微创手术治疗进展[J]. 山东医药, 2022, 62(22): 103－107.
[4] 赵苏丹, 郭运岭, 许莉, 等. 辨证施护对保守治疗腰椎间盘突出症患者病情恢复及护理满意度的影响[J]. 西部中医药, 2023, 36(4): 126－129.
[5] 胥少汀, 葛宝丰, 徐印坎. 实用骨科学[M]. 4 版. 北京: 人民军医出版社, 2012.
[6] 袁浩. 中医骨病学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1998: 131－132.
[7] 张洋, 尚晖, 郭晓鹏. 两种术式治疗腰椎间盘突出症的疗效比较[J]. 临床骨科杂志, 2022, 25(3): 342－346.
[8] 布日古德, 娜布其, 巴虎山. 蒙医综合疗法治疗腰椎间盘突出症的疗效观察[J]. 中国民族医药杂志, 2022, 28(1): 6－7.
[9] 马坦坦. 循经取穴推拿联合针刺疗法治疗腰椎间盘突出症的疗效研究[J]. 当代医药论丛, 2021, 19(12): 159－160.

DOI:10.13193/j.issn.1673-7717.2025.02.046

“宣肺降气”针法联合涤痰汤对缺血性脑卒中恢复期肺部感染患者肺功能的影响

高珺[1],张赛雪[1],王静平[2],樊志忠[2],杨金华[1],薛新宏[1]
(1.华北理工大学附属医院,河北 唐山 063000;2.唐山市丰润区中医医院,河北 唐山 063000)

摘要:目的 研究以“宣肺降气”针法为基础,联合涤痰汤治疗缺血性脑卒中恢复期肺部感染患者肺功能的影响。方法 纳入2022年7月—2023年7月收治的80例缺血性脑卒中恢复期肺部感染患者,采用随机数字表法分为观察组和对照组各40例。对照组采取西医常规治疗、“宣肺降气”针法,观察组在对照组的基础上联合涤痰汤治疗。对比两组治疗后的临床疗效、肺部感染评分(clinical pulmonary infection score,CPIS)、肺功能第一秒用力呼气量(forced expiratory volume in the first second,FEV_1)、最大自主通气量(maximal voluntary ventilation,MVV)、用力肺活量(forced vital capacity,FVC)、最大呼气峰流速(peak expiratory flow,PEF)水平、血气指标血氧分压(partial pressure of oxygen,PaO_2)、酸碱度(potential of hydrogen,pH)、动脉血二氧化碳分压(partial pressure of arterial blood carbon dioxide,$PaCO_2$)水平、咳嗽评分、咳痰评分、疲劳严重程度量表(tumor necrosis factor alpha,FSS)评分及不良反应发生率。结果 两组患者治疗前CPIS、咳嗽、咳痰、FSS评分、血气PaO_2、pH、$PaCO_2$、肺功能FEV_1、PEF、MVV、FVC差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,观察组患者的有效率为97.50%(39/40),高于对照组的85.00%(34/40)($P<0.05$);治疗2周、4周两组CPIS、咳嗽、咳痰、FSS评分均小于治疗前,且观察组改善更明显($P<0.05$);治疗2周、4周两组患者的血气指标PaO_2较治疗前升高,$PaCO_2$、pH较前降低,且观察组改善更明显($P<0.05$);治疗2周、4周两组肺功能指标FEV_1、MVV、PEF、FVC均较前提高,且观察组改善更明显($P<0.05$);治疗期间观察组不良反应发生率为7.50%(3/40),低于对照组10.00%(4/40),差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 “宣肺降气”针法联合涤痰汤治疗缺血性脑卒中恢复期肺部感染有较高的疗效,其能在保障安全性的基础上改善患者肺功能、缓解临床症状。

关键词:涤痰汤;缺血性脑卒中;肺部感染;宣肺降气针法
中图分类号:R246.6;R255.2 **文献标志码:**A **文章编号:**1673-7717(2025)02-0224-05

基金项目:河北省中医药管理局科研项目(2024352)
作者简介:高珺(1988-),女,河北唐山人,主治医师,硕士,研究方向:中医康复。
通讯作者:薛新宏(1972-),女,河北唐山人,主任医师,硕士,研究方向:康复。E-mail:xxhzxm129@sohu.com。

[10] 闫芝勤,任晓琴. 康复运动操在腰椎间盘突出症护理中的应用效果[J]. 护理管理杂志,2011,11(12):878-879.
[11] 李新生. 手法联合穴位注射对LDH疼痛程度及JOA评分的影响[J]. 深圳中西医结合杂志,2020,30(14):27-28.
[12] 高英,王美琪. 规范运动处方康复训练对腰椎间盘突出症的临床疗效[J]. 昆明医科大学学报,2021,42(8):148-151.
[13] 王吉龙. 针灸结合针刀触激术治疗腰椎间盘突出症下肢症状的临床观察[J]. 养生保健指南,2020(10):253.
[14] 赵伟,史本龙,朱泽章. 腰椎椎间盘突出症患者腰骶部形态学[J]. 脊柱外科杂志,2019,17(3):203-206.
[15] 崔怀峰,火兴珠. 坐骨神经痛患者的针灸康复治疗效果分析[J]. 反射疗法与康复医学,2020,29(1):83-84.
[16] 李霞,窦逾常,乔桐. 平衡针治疗腰椎间盘突出症[J]. 长春中医药大学学报,2021,37(6):1360-1362.
[17] 李江涛,齐雨. 推拿联合针灸治疗血瘀型腰椎间盘突出症的临床疗效观察[J]. 世界中医药,2020,15(6):113-117.
[18] 伍素科,张平. 平衡针治疗腰椎间盘突出症腰腿痛的疗效观察[J]. 深圳中西医结合杂志,2021,31(20):79-81.
[19] 张晓丽,冯琦钒,王能,等. 电针华佗夹脊穴+中极对脊柱损伤后神经源性尿潴留的治疗作用研究[J]. 中华中医药学刊,2020,38(8):170-173.
[20] 黄兹谕,胡万钧,张志伟,等. 补肾祛湿汤联合刺络放血治疗腰椎间盘突出症效果分析[J]. 中华中医药学刊,2022,40(6):174-177.
[21] 钟远鸣,叶伟权,邱伟,等. 腰椎间盘突出症的中医药治疗进展[J]. 海南医学院学报,2022,28(6):471-475,480.
[22] 张冲锋,李现林,彭卫兵,等. 中药、针刺、灸法和推拿等中医疗法治疗血瘀型腰椎间盘突出症的网状Meta分析[J]. 中国组织工程研究,2021,25(17):2781-2788.
[23] 张盛强,潘星安,陈静. 三通推拿法配合温经通督针刺在腰椎间盘突出症治疗中应用研究[J]. 辽宁中医药大学学报,2021,23(12):13-16.
[24] 姜永霞,程博,蒋松鹤,等. 腰段夹脊穴的解剖学特征及其临床意义[J]. 中国针灸,2012,32(2):139-142.
[25] 刘会亭. 中医针灸推拿治疗腰椎间盘突出症对腰椎功能及炎症反应的影响[J]. 反射疗法与康复医学,2022,3(10):42-44.
[26] 林诗婷,李春蓉. 火龙罐综合灸对气滞血瘀型腰椎间盘突出症患者腰椎功能及炎症反应的影响[J]. 中医外治杂志,2022,31(6):6-8.
[27] 林冠林,蔡振宇. 经皮射频靶点热凝联合臭氧消融对腰椎间盘突出症患者髓核回缩效应及炎症反应的影响[J]. 中外医学研究,2021,19(31):125-128.