DOI:10.13193/j.issn.1673-7717.2025.04.036

血府逐瘀汤联合温针灸治疗腰椎间盘突出症疼痛的临床研究

于涛[1,2],邢春旭[2],郑维[2],王海[2],李晓宁[3]
(1.黑龙江中医药大学,黑龙江 哈尔滨 150000;2.牡丹江医科大学附属第二医院,黑龙江 牡丹江 157010;
3.黑龙江中医药大学附属第二医院,黑龙江 哈尔滨 150000)

摘要:目的 探究血府逐瘀汤联合温针灸治疗腰椎间盘突出症疼痛的疗效及对疼痛介质和炎症因子的影响。方法 选取2022年2月—2023年8月牡丹江医学院附属第二医院收治的腰椎间盘突出症疼痛患者86例。采用随机数字表法分为研究组和对照组,各43例。对照组予以温针灸治疗,研究组在对照组基础上联合血府逐瘀汤治疗。治疗14 d后,比较两组患者的中医证候、疗效、疼痛程度、血清疼痛介质及炎症因子、日常活动能力,记录治疗期间的不良反应。结果 两组治疗后主证评分、次证评分均降低($P<0.05$),研究组治疗后主症评分、次症评分低于对照组($P<0.05$)。研究组治疗总有效率高于对照组($P<0.05$)。两组治疗后腰痛、放射痛、偏移性疼痛、神经痛评分均降低($P<0.05$);研究组治疗后腰痛、放射痛、偏移性疼痛、神经痛低于对照组($P<0.05$)。两组治疗后5-羟色胺(5-hydroxytryptamine,5-HT)、前列腺素E2(Prostaglandin E2,PGE2)、肿瘤坏死因子-α(Tumor necrosis factor-alpha,TNF-α)均降低($P<0.05$);研究组治疗后5-HT、PGE2、TNF-α低于对照组($P<0.05$)。两组治疗后日常活动能力(Daily activity ability,ADL)评分均升高($P<0.05$),Oswestry功能障碍指数(Oswestry disability index,ODI)评分均降低($P<0.05$);研究组治疗后ADL评分高于对照组($P<0.05$),ODI评分低于对照组($P<0.05$)。两组不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 血府逐瘀汤联合温针灸治疗腰椎间盘突出症,有助于缓解患者的疼痛程度,抑制疼痛及炎症因子表达,提高患者的日常活动能力。

关键词:腰椎间盘突出症;疼痛;温针灸;血府逐瘀汤;疼痛因子
中图分类号:R245.8;R274.981.53 **文献标志码**:A **文章编号**:1673-7717(2025)04-0213-05

Clinical Study of Xuefu Zhuyu Decoction(血府逐瘀汤) Combined with Warming Acupuncture and Moxibustion on Pain of Lumbar Disc Herniation

YU Tao[1,2],XING Chunxu[2],ZHENG Wei[2],WANG Hai[2],LI Xiaoning[3]
(1.Heilongjiang University of Chinese Medicine,Harbin 150000,Heilongjiang,China;
2.The Second Affiliated Hospital of Mudanjiang Medical University,Mudanjiang 157010,Heilongjiang,China;
3.The Second Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine,Harbin 150000,Heilongjiang,China)

Abstract:*Objective* To explore the therapeutic effect of Xuefu Zhuyu Decoction(血府逐瘀汤) combined with warm acupuncture and moxibustion on the pain of lumbar disc herniation and its influence on pain mediators and inflammatory factors. *Methods* Eighty-six patients with lumbar disc herniation pain admitted to the Second Affiliated Hospital of Heilongjiang University o Chinese Medicine from February 2022 to August 2023 were selected and divided into a study group and a control group using a random number table method,with 43 cases in each group. The control group was treated with warm acupuncture and moxibustion,while the study group was treated with Xuefu Zhuyu Decoction on the basis of the control group. After 14 days of treatment,the traditional Chinese medicine symptoms,efficacy,degree of pain,serum pain mediators and inflammatory factors,and daily activity ability of the two groups of patients were compared,and adverse reactions during the treatment period were recorded. *Results* After treatment,the main symptom scores and secondary symptom scores decreased in both groups($P<0.05$). The main symptom scores and secondary symptom scores in the study group were lower than those in the control group after treatment($P<0.05$). The total effective rate in the study group was higher than that in the control group($P<0.05$). Both groups showed a decrease in scores of back pain,radiating pain,referred pain and neuropathic pain after treatment($P<0.05$). The study group had lower scores of back pain,radiating pain,referred pain and neuropathic pain than the control group after treatment($P<0.05$). The levels of serotonin(5-HT),prostaglandin E2(PGE2) and tumor necrosis factor-alpha(TNF-α) decreased in both groups after treatment($P<0.05$). The study group had lower levels of 5-HT,PGE2 and TNF-α than the control group after treatment

基金项目:黑龙江省卫生健康委员会科研项目(2020-397)
作者简介:于涛(1984-),男,山东茌平人,主治医师,硕士,研究方向:腰椎间盘突出保守与手术治疗。
通讯作者:李晓宁(1969-),女,黑龙江安达人,主任医师,博士研究生导师,博士,研究方向:针灸防治脑、脊髓疾病、颈腰痛临床及基础。E-mail:d274375004@163.com。

($P<0.05$). The activities of daily living(ADL) scores increased($P<0.05$), and the Oswestry Disability Index(ODI) scores decreased in both groups after treatment($P<0.05$). The study group had higher ADL scores than the control group($P<0.05$), and ODI scores were lower than those of the control group($P<0.05$). There was no statistically significant difference in the incidence of adverse reactions between the two groups($P>0.05$). *Conclusion* Xuefu Zhuyu Decoction combined with warm acupuncture and moxibustion is helpful to relieve the pain of patients with lumbar disc herniation, inhibit the expressions of pain and inflammatory factors, and improve the ability of daily activities of patients.

Keywords: lumbar disc herniation; pain; warm acupuncture and moxibustion; Xuefu Zhuyu Decoction(血府逐瘀汤); pain factors

腰椎间盘突出是以腰椎间盘髓核、纤维环损伤为主要病理表现的骨质疾病,在痛觉神经的刺激下,产生刺激性腰痛症状,严重降低患者的生活质量[1-2]。目前,针对该病的保守治疗方法包括卧床休息、局部按摩、牵引治疗等,旨在通过减轻椎间盘压力、促进血液流动、松弛腰背部的肌肉等缓解疼痛症状,但疗效有限,多数患者的疼痛症状改善不明显[3-4]。中医辨证认为,腰椎间盘突出属中医学"痹证""腰痛",当由风、寒、湿邪侵入人体经络所致,气血运行不畅致使气滞血瘀,肾气、筋骨不强以致骨伤进展[5],治疗中可施治行气化瘀、通经活络之法。血府逐瘀汤取自《医林改错》,是中医治疗中常用的活血化瘀、行气止痛的名方,活血与行气相伍、祛瘀与养血同施,既有升达清阳之功,又兼降泄下行之效[6]。温针灸是中医治疗中另一种经典疗法,以针刺经络,具有通经活络的作用,有助于减轻椎间盘对神经的压迫,改善疼痛症状[7]。然而,血府逐瘀汤联合温针灸治疗腰椎间盘突出症疼痛的疗效及安全性尚无定论。本研究采用前瞻性研究的方法,尝试验证上述两种中医疗法对改善腰椎间盘突出症患者疼痛症状的效果,为腰椎间盘突出症的中医决策提供参考。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取2022年2月—2023年8月牡丹江医学院附属第二医院收治的腰椎间盘突出症疼痛患者86例。该研究经过伦理委员会审核批准。采用随机数字表法分为研究组和对照组,各43例。对照组年龄43~55岁,平均(49.72±2.75)岁;男20例,女23例;发病时长1~5年,平均(3.26±0.93)年;发病部位:L4-L5 31例,L5-S1 12例。研究组年龄43~56岁,平均(50.42±2.86)岁;男18例,女25例;发病时长1~5年,平均(3.07±0.91)年;发病部位:L4-L5 29例,L5-S1 14例。两组患者的一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 诊断、纳入标准与排除标准

1.2.1 诊断标准 (1)符合《腰椎间盘突出症》[8]及《临床诊疗指南·疼痛学分册》[9]中腰椎间盘突出症疼痛的临床诊断:腰痛或下肢放射性疼痛;腰部压痛引起放射痛,符合受累神经根支配部位及其感觉障碍和肌力改变;腰椎侧弯试验、腰伸屈位加压试验、坐位伸膝试验、直腿抬高试验均阳性;腰椎计算机断层扫描(Computed tomography, CT)、数字X线成像(Digital X-ray imaging, DR)等影像学检查确诊腰椎生理解剖结构改变;(2)符合中医学《中医病证诊断疗效标准》[10]中气滞血瘀证的临床诊断:主症:腰脊强直、腰痛如刺、痛有定处、按之痛甚、下肢麻木或疼痛;次症:胸胁胀满、走窜疼痛、胁下痞块、刺痛拒按、性情急躁。

1.2.2 纳入标准 (1)符合上述诊断标准;(2)年龄>18岁;(3)可耐受中药汤剂及温针灸;(4)患者签写知情同意书。

1.2.3 排除标准 (1)合并其他关节损伤或骨质疾病;(2)合并风湿病;(3)妊娠、哺乳或经期女性;(4)针刺部位皮肤破损严重或感染;(5)合并心脑血管或呼吸系统急症;(6)腰椎、下肢、胸椎等部位骨骼发育畸形。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 予以温针灸治疗。参考《经络腧穴学》取穴:主穴为委中穴、肾俞穴,辅穴为阳陵穴、昆仑穴、承山穴、风市穴及环跳穴。针刺前,清洁、消毒穴位皮肤表面,取消毒毫针(0.30 mm×40.00 mm)依次进针诸穴,行中医捻转提插手法,以患者感觉酸胀感为得气,得气后针柄置1.5 cm艾柱,灸3壮,留针15 min。操作期间避免烫伤,以皮肤潮红为度。1次/d,维持治疗14 d后评估疗效。

1.3.2 研究组 在对照组基础上联合血府逐瘀汤治疗。方剂:桃仁12 g,红花9 g,盐焗全蝎3~5 g(约6~8只),蜈蚣10~18 g(约2~3只),水蛭0.3 g,三棱9 g,当归9 g,生地黄9 g,牛膝9 g,川芎6 g,桔梗6 g,赤芍6 g,枳壳6 g,柴胡6 g,甘草6 g。诸药混匀,分两次加水1500、1000 mL,煎煮2次,合并一煎、二煎药液,加热浓缩至500 mL,早晚分服各250 mL,每日1剂。所有煎药工作由院内煎药房采用全自动煎药机完成。维持治疗14 d后评估疗效。

1.4 疗效判定标准

1.4.1 中医证候 参考《中医病证诊断疗效标准》[10]评估治疗前后气滞血瘀证的改善情况。主症评分标准:症状严重程度包括重度、中度、轻度、无,依次对应评分为6、4、2、0分;次症评分标准:症状严重程度包括重度、中度、轻度、无,依次对应评分为3、2、1、0分。总分越高提示症状越严重。

1.4.2 疗效评价 显效:治疗后,各项症状明显好转,中医证候积分较治疗前降低>75%;有效:治疗后,各项症状好转,中医证候积分较治疗前降低>30%~75%;无效:治疗后,症状加重或改善不明显,中医证候积分较治疗前降低≤30%。

1.5 观察指标

1.5.1 疼痛程度 治疗前后,采用视觉模拟评分法(Visual analogue scales, VAS)分别评估患者的腰痛、放射痛(臀部、大腿后侧等)、偏移性疼痛、神经痛(刺痛、电击样疼痛、麻木等)的改善情况。VAS总分值0~10分,<3分为轻微疼痛,3~10分为中重度疼痛,得分越高提示疼痛程度越明显。

1.5.2 血清疼痛介质及炎症因子检测 治疗前后,采集患者的外周静脉血4 mL,以3500 r/min、离心半径13.5 cm离心分离12 min,取上清,采用Elisa法检测血清5-羟色胺(5-hydroxytryptamine, 5-HT)、前列腺素E2(Prostaglandin E2, PGE2)、肿瘤坏死因子-α(Tumor necrosis factor-alpha, TNF-α)水平。

1.5.3 日常活动能力评价 治疗后,采用日常活动能力(Dai-

ly activity ability, ADL) 评分及 Oswestry 功能障碍指数(Oswestry disability index, ODI) 评估患者日常活动能力的恢复状况, ADL、ODI 总分值均为 100 分, ADL 得分越高提示日常活动能力越好, ODI 得分越高提示功能障碍越严重。

1.5.4 记录治疗期间的不良反应。

1.6 统计学方法

数据处理采用 SPSS 19.0 统计软件, 计数资料以例(%)表示, 采用 χ^2 检验; 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 t 检验。$P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 中医证候评分比较

两组治疗后主证评分、次证评分均降低(研究组, t = 9.736、19.213, 对照组, t = 8.073、12.185, $P < 0.05$); 研究组治疗后主证评分、次证评分低于对照组(t = −3.577、−4.079, $P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组腰椎间盘突出症疼痛患者中医证候评分比较($\bar{x} \pm s$)

单位: 分

组别	例数	时间	主证评分	次证评分
对照组	43	治疗前	16.23 ± 2.73	9.65 ± 1.81
		治疗后	10.47 ± 3.73 *	4.53 ± 1.53 *
研究组	43	治疗前	15.86 ± 3.39	9.47 ± 1.56
		治疗后	7.79 ± 3.19 *△	3.37 ± 1.07 *△

注: * 与治疗前比较, $P < 0.05$; △与对照组比较, $P < 0.05$。

2.2 疗效比较

研究组治疗总有效率(90.70%)高于对照组(72.09%)($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组腰椎间盘突出症疼痛患者疗效比较

单位: 例(%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	43	9(20.93)	22(51.16)	12(27.91)	31(72.09)
研究组	43	15(34.88)	24(55.81)	4(9.30)	39(90.70)
χ^2 值					4.914
P 值					0.027

2.3 疼痛程度比较

两组治疗后腰痛、放射痛、偏移性疼痛、神经痛评分均降低(研究组, t = 18.880、8.015、17.014、26.596, 对照组, t = 15.024、4.846、6.296、17.670, $P < 0.05$); 研究组治疗后腰痛、放射痛、偏移性疼痛、神经痛低于对照组(t = −8.738、−3.586、−7.576、−5.063, $P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组腰椎间盘突出症疼痛患者疼痛程度评分比较($\bar{x} \pm s$)

单位: 分

组别	例数	时间	腰痛	放射痛	偏移性疼痛	神经痛
对照组	43	治疗前	5.65 ± 1.00	4.70 ± 0.94	4.70 ± 0.89	7.12 ± 0.79
		治疗后	3.05 ± 0.53 *	3.74 ± 0.76 *	3.56 ± 0.80 *	3.95 ± 0.69 *
研究组	43	治疗前	5.88 ± 1.07	4.95 ± 1.15	4.74 ± 0.79	7.16 ± 0.69
		治疗后	2.00 ± 0.58 *△	3.14 ± 0.80 *△	2.44 ± 0.55 *△	3.21 ± 0.68 *△

注: * 与治疗前比较, $P < 0.05$; △与对照组比较, $P < 0.05$。

2.4 疼痛因子及炎症因子比较

两组治疗后 5 − HT、PGE2、TNF − α 均降低(研究组, t = 15.450、13.409、14.657, 对照组, t = 13.650、13.673、10.926, $P < 0.05$); 研究组治疗后 5 − HT、PGE2、TNF − α 低于对照组(t = −2.245、−4.676、−6.446, $P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组腰椎间盘突出症疼痛患者疼痛因子及炎症因子比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	5 − HT/(μmol/L)	PGE2/(μg/L)	TNF − α/(μg/L)
对照组	43	治疗前	0.94 ± 0.19	33.52 ± 4.60	2.38 ± 0.40
		治疗后	0.49 ± 0.11 *	21.82 ± 3.73 *	1.61 ± 0.24 *
研究组	43	治疗前	1.01 ± 0.23	32.02 ± 5.92	2.30 ± 0.38
		治疗后	0.44 ± 0.11 *△	18.13 ± 3.43 *△	1.25 ± 0.28 *△

注: * 与治疗前比较, $P < 0.05$; △与对照组比较, $P < 0.05$。

2.5 日常活动能力比较

两组治疗后 ADL 评分均升高(研究组, t = −9.211, 对照组, t = −5.840, $P < 0.05$), ODI 均降低(研究组, t = 17.337, 对照组, t = 10.473, $P < 0.05$); 研究组治疗后 ADL 评分高于对照组(t = 6.060, $P < 0.05$), ODI 评分低于对照组(t = −2.452, $P < 0.05$)。见表 5。

表 5 两组腰椎间盘突出症疼痛患者日常活动能力比较($\bar{x} \pm s$)

单位: 分

组别	例数	时间	ADL	ODI
对照组	43	治疗前	50.19 ± 6.99	50.44 ± 9.34
		治疗后	61.88 ± 10.04 *	30.98 ± 6.82 *
研究组	43	治疗前	50.56 ± 14.58	49.91 ± 7.11
		治疗后	75.49 ± 10.76 *△	27.65 ± 5.71 *△

注: * 与治疗前比较, $P < 0.05$; △与对照组比较, $P < 0.05$。

2.6 不良反应发生率比较

两组治疗期间均未出现严重不良反应, 对症治疗或短暂停药后症状消失。其中对照组针刺部位轻微红肿 3 例, 瘙痒 2 例, 发生率为 11.63%(5/43); 研究组针刺部位轻微红肿 2 例, 瘙痒 2 例, 胃肠道反应 4 例, 发生率为 18.60%(8/43), 两组比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

3 讨论

多发痛是腰椎间盘突出症常见的临床特征, 因腰椎间盘向后方或侧方突出, 压迫毗邻正常生理解剖组织及周围神经根或脊髓所致, 以腰痛、放射痛(臀部、大腿后侧等)、偏移性疼痛、神经痛(刺痛、电击样疼痛、麻木等)及腿部无力等疼痛症状最为典型, 严重影响患者的身体健康[11-12]。目前, 腰椎间盘突出症的西医治疗以手术为主, 可快速解除压迫神经根或脊髓的突出部分, 缓解疼痛症状, 但术中创伤性高, 且术后伤口愈合、肌肉康复及功能恢复期长, 弊端明显[13-14]。保守治疗中以平面牵引、腰部按摩为主, 通过松弛患者腰部及背部的肌肉, 促使腰椎向正常力线移动, 但疗效往往无法达到临床预期。因此, 在缓解腰椎间盘突出症患者疼痛症状的同时, 缩短疗程, 降低手术率, 成为骨科医学者亟须突破的瓶颈。

中医诊疗结合腰椎间盘突出症的症状表现及病理特征, 以腰椎间盘突出症的发病时期分型, 将急性发作期、症状缓解期、恢复期分为气滞血瘀型、风寒湿痹阻型及气虚血亏型, 其中以急性发作期入院治疗的气滞血瘀型腰椎间盘突出症患者最为常见, 笔者以风、寒、湿、瘀切入辨证分析气滞血瘀型腰椎间盘突出症的病理病机: 风邪,《素问·五常政大论篇》中有载: "风者, 百病之始也。"风邪侵袭人体, 引起气机不畅, 致使气血运行受到干扰, 阻碍气机畅通, 在腰椎区域引发局部的气滞现象, 从而诱发腰椎间盘突出症[15-16]。寒邪,《素问·玉机真藏论篇》中提到: "寒气之邪, 入于脾, 脾病引腰肌, 腰肌引腰筋, 故曰腰痛。"寒邪的侵袭可导致脾脏功能失调, 进而引发腰肌和腰筋的疼痛。腰椎间盘突出症患者表现为腰部剧烈的刺痛感,

可能与寒冷加重了疼痛症状有关[17-18]。湿邪,《伤寒杂病论·湿痹论》中指出:“湿盛则重若裹,重若裹则脾气郁,脾气郁则胃气失降,胃气失降则腰痛。”湿邪的滞阻可能导致脾脏功能紊乱、胃气上逆,进而引发腰痛。湿邪亦可导致腰椎间盘区域的水湿滞留,加重气滞血瘀的症状[19-20]。血瘀,《素问·卫气通天论篇》中有记载:“气与血相逐行,以生肌肉、皮肤、腠理、毛发。”当气机不畅、血瘀凝滞时,血瘀在腰椎区域积聚,阻碍局部气血的运行,进而导致患者出现腰部坚硬、疼痛、久坐或久立后疼痛加重的症状[21-22]。中医治疗主张行活血化瘀、行气止痛的治疗方法。温针灸是针灸与艾灸相结合的治疗方式,通过对特定的穴位进行刺激,促进局部血液循环,以此达到活血化瘀,舒筋活络之效。委中穴属膀胱经,且膀胱经主筋所生疾病,临床上以放血为主,可起到活血散瘀的作用;肾俞穴属足太阳膀胱经,针刺可温经散寒、调补肾阳,主治腰痛;阳陵穴是筋脉聚会之处,可治疗所有与筋脉有关的疾病;昆仑穴属膀胱经,可疏通膀胱经经气,通经止痛,治疗气血瘀滞引起的腰背疼痛;承山穴属于足太阳膀胱经,主膀胱经经气之所发,针刺本穴位可以起到舒经通络理气的作用;风市穴属膀胱经,是治疗风痹疼痛的要穴,针刺此穴可起到祛风散邪、通络止痛的功效;环跳穴是足少阳经和足太阳经的交会穴,可同时疏通两个经的气血,温针灸法进行针刺能够通经脉之寒凝,起到解除疼痛的作用。对于腰椎间盘突出症的患者,本研究选取委中穴、肾俞穴、阳陵穴、昆仑穴、承山穴、风市穴及环跳穴进行治疗,以达到通经活络、止痛散瘀的功效。本研究选择在血府逐瘀汤基础上加减裁化,强化活血、通络、止痛的功效,其中桃仁、红花作君药,桃仁行滞破血而润燥,红花活血化瘀以止痛。以全蝎、蜈蚣、水蛭、三棱、当归、生地黄、牛膝作臣药,全蝎旨在活血化瘀、止痛镇痛、祛风止痒;蜈蚣主攻腰痛,可通络止痛、攻毒散结;水蛭可活血祛瘀、通络止痛;三棱可活血化瘀、利水消肿;当归可活血补血、调经止痛;生地黄可补肝肾、滋阴血、清热泻火,与当归合用,养血益阴;牛膝祛瘀止痛、活血通络、引血下行。川芎,赤芍,枳壳,柴胡作佐药,川芎可活血化瘀、舒筋活络;赤芍可清热凉血、活血散瘀;枳壳可行气活血、理气止痛;柴胡可解表散寒、疏肝理气。桔梗、甘草作使药,桔梗载药上行,甘草调和诸药。合而用之,使瘀化、血活、气行、痛消,有助于缓解腰椎间盘突出症患者的疼痛症状。同时兼施艾段温针灸,通经活络的同时,祛拔寒气,强化活血通络之效,进一步消除腰椎间盘突出症患者的疼痛症状。本研究结果得出,治疗后,研究组患者的中医证候、有效率均优于对照组,可见血府逐瘀汤联合温针灸治疗腰椎间盘突出症,有助于提高临床疗效,改善临床症状。

腰椎间盘突出症患者疼痛的持续与反复是疼痛因子持续释放及炎症因子活跃介导的结果[23]。腰椎由一系列椎骨及周围的软骨状结构(腰椎间盘)组成,可缓冲脊椎和吸收压力。当腰椎间盘发生突出、脱出或破裂时,突出的部分压迫周围的神经根,引起神经根受损及炎症反应,从而出现神经痛症状,且伴随神经传导异常,常引起疼痛信号从腰椎或骨盆区域沿着受累神经根的路径向下传导,出现偏移性疼痛及放射痛。5-HT 是一种参与疼痛传递及调节的神经递质,可作用于脊髓背角,与其他神经递质相互作用,通过改变疼痛神经元的兴奋性或抑制性来调节疼痛信号的传递。PGE2 是神经源性炎症的重要介质,当神经受到损伤或刺激时,神经细胞释放 PGE2,进而引发血管扩张、组织水肿、炎症反应及痛觉感受器的兴奋,增加腰椎间盘突出症患者的疼痛反应。TNF-α 是高敏性炎症介质,腰椎间盘突出后损伤毗邻组织,诱发炎症反应,促进 TNF-α 释放及炎性细胞浸润,加重关节损伤及疼痛反应。本研究结果显示,研究组治疗后腰痛、放射痛、偏移性疼痛、神经痛改善幅度更大,且 5-HT、PGE2、TNF-α 降低幅度更为显著,提示血府逐瘀汤联合温针灸治疗腰椎间盘突出症,有助于降低患者的疼痛因子表达,减轻疼痛症状。现代药理研究表明,全蝎具有镇痛抗炎、抗氧化应激、促生长、提高免疫力等药理作用[24];当归参与调节 5 羟色胺受体、凝血因子Ⅱ受体、内皮型一氧化氮合酶、环氧化酶等 71 个作用靶点,有助于改善疼痛、炎症反应[25];牛膝中牛膝总皂苷具有抗炎、抑制软骨基质降解等药理作用[26]。因此研究分析腰椎间盘突出症患者的疼痛症状改善及疼痛因子表达量下降与血府逐瘀汤中多项中药的药理活性有关。本研究中研究组治疗后 ADL 评分升高,ODI 评分降低,表明血府逐瘀汤联合温针灸治疗腰椎间盘突出症,有助于改善患者的日常活动能力,研究分析与患者的疼痛症状改善有关。本研究中两组患者治疗期间均未出现严重不良反应,可见血府逐瘀汤联合温针灸应用于腰椎间盘突出症的治疗中安全性良好。

综上所述,血府逐瘀汤联合温针灸治疗腰椎间盘突出症,有助于缓解患者的疼痛程度,抑制疼痛及炎症因子表达,提高患者的日常活动能力。

参考文献

[1] RUSCHEL L G, AGNOLETTO G J, ARAGÃO A, et al. Lumbar disc herniation with contralateral radiculopathy: a systematic review on pathophysiology and surgical strategies[J]. Neurosurg Rev, 2021, 44(2): 1071-1081.
[2] GADJRADJ P S, HARHANGI B S, AMELINK J, et al. Percutaneous transforaminal endoscopic discectomy versus open microdiscectomy for lumbar disc herniation: a systematic review and meta-analysis[J]. Spine, 2021, 46(8): 538-549.
[3] 周鑫,朱清广,孔令军,等. 脊柱微调手法联合传统功法治疗腰椎间盘突出症方案的专家调查研究[J]. 中国康复医学杂志,2021,36(4):443-447.
[4] 熊丽琴,王亚瑟,冯金坤,等. 探讨 CT 引导下椎间盘内射频电刺激定位法在椎间盘源性腰痛手术治疗中的应用价值[J]. 临床放射学杂志,2020,39(10):2046-2049.
[5] 吕林英,吕祺美,何幸峰. 温针灸治疗腰椎间盘突出症临床研究[J]. 新中医,2022,54(17):206-209.
[6] 张丽丽,吴李秀,朱慧梅. 循经取穴推拿联合温针灸对腰椎间盘突出症患者 ODI 指数和腰椎活动度的影响[J]. 中国中医急症,2023,32(1):123-126.
[7] 唐李莹,罗明,张垣,等. 夹脊穴温针灸联合 Proxomed Tergumed 系统康复训练对腰椎间盘突出症患者术后康复的效果[J]. 广东医学,2022,43(11):1432-1436.
[8] 胡有谷. 腰椎间盘突出症[M]. 3 版. 北京:人民卫生出版社,2004:190.
[9] 中华医学会. 临床诊疗指南-疼痛学分册[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:139-142.
[10] 国家中医药管理局医政司. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,2017:132-135.
[11] PESONEN J, SHACKLOCK M, SUOMALAINEN J S, et al. Extending the straight leg raise test for improved clinical evaluation of sciatica: validity and diagnostic performance with reference to the magnetic resonance imaging[J]. BMC Musculoskelet Disord, 2021, 22(1): 808.

DOI:10.13193/j.issn.1673-7717.2025.04.037

五行针灸重用原穴法联合宁神温胆汤治疗精神分裂症幻听临床研究

王威,蒋新新,陈正平
(绍兴市第七人民医院,浙江 绍兴 312000)

摘要:目的 观察五行针灸重用原穴法联合宁神温胆汤治疗精神分裂症幻听的临床疗效。方法 选择2021年6月—2023年1月于医院就诊的痰火上扰型精神分裂症患者82例,采用随机数字表法分成常规组(41例)与中医组(41例)。常规组给予利培酮口服治疗,中医组在此基础上给予五行针灸重用原穴法联合宁神温胆汤治疗。观察两组患者中医证候积分、阳性和阴性症状量表(Positive and Negative Symptoms Scale,PANSS)与幻听评定量表(Auditory Hallucination Rating Scale,AHRS)评分、脑神经递质水平、临床疗效与不良反应。结果 治疗后,中医组中医证候积分、PANSS与AHRS评分、多巴胺(dopamine,DA)水平均低于常规组($P<0.05$),5-羟色胺(5-hydroxytryptamine,5-HT)水平高于常规组($P<0.05$);中医组患者治疗总有效率高于常规组($P<0.05$);两组不良反应总发生率差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 五行针灸重用原穴法联合宁神温胆汤治疗精神分裂症可有效改善幻听等临床症状,改善脑神经递质水平,提高治疗有效率,安全性较高。

关键词:五行针灸;宁神温胆汤;精神分裂症;幻听
中图分类号:R246.6;R277.749.3 **文献标志码**:A **文章编号**:1673-7717(2025)04-0217-04

Clinical Study of Five-Element Acupuncture Reusing Source Acupoints Method Combined with Ningshen Wendan Decoction(宁神温胆汤) in Treatment of Schizophrenia Auditory Hallucinations

WANG Wei,JIANG Xinxin,CHEN Zhengping
(The Seventh People's Hospital of Shaoxing,Shaoxing 312000,Zhejiang,China)

基金项目:浙江省中医药科技计划项目(2022ZA176)
作者简介:王威(1975-),男,浙江绍兴人,主治医师,学士,研究方向:针灸中医精神心理。
通讯作者:陈正平(1968-),男,湖南桂东人,主任医师,学士,研究方向:精神疾病社区康复与治疗、司法鉴定。E-mail:532275253@qq.com。

[12] HARENI N,STRÖMQVIST F,STRÖMQVIST B,et al. Back pain is also improved by lumbar disc herniation surgery[J]. Acta Orthop,2021,92(1):4-8.
[13] MARIAJOSEPH F P,CASTLE-KIRSZBAUM M,KAM J,et al. Relationship between herniated intervertebral disc fragment weight and pain in lumbar microdiscectomy patients[J]. J Clin Neurosci,2022,102:75-79.
[14] GHAFFARI-RAFI A,NOSOVA K,KIM K,et al. Intradural disc herniation in the setting of congenital lumbar spinal stenosis[J]. Neurochirurgie,2022,68(3):335-341.
[15] 卢华锋,朱贝贝,任珊. 散寒除湿汤联合温针灸治疗寒湿型腰椎间盘突出症临床研究[J]. 新中医,2021,53(13):83-86.
[16] 陈栎,黄跃鹏,潘鸿锥,等. 电针联合易罐疗法治疗腰椎间盘突出症所致坐骨神经痛临床研究[J]. 新中医,2021,53(11):145-148.
[17] 丘明旺,方婉仪,宋佳颖,等. 雷达图多元评价针刺治疗腰椎间盘突出症的系统评价/Meta分析[J]. 中国组织工程研究,2020,24(24):3904-3910.
[18] 梁栋,柏立群. 柏立群益气活血通络法治疗气虚血瘀型腰椎间盘突出症临证经验[J]. 中华中医药杂志,2020,35(3):1296-1299.
[19] 张明健,刘君,林杪,等. 对原发性痛经寒凝血瘀证患者任、督、冲三脉经穴热学特性的研究[J]. 北京中医药大学学报,2022,45(12):1266-1276.
[20] 陈祁青,马东,赵继荣,等. 基于网络药理学-分子对接探讨黄芪桂枝五物汤治疗腰椎间盘突出症的作用机制[J]. 世界科学技术-中医药现代化,2022,24(3):1184-1197.
[21] 童宝龙,闫鹏,沈广文,等. 行气活血化瘀汤联合康复锻炼治疗腰椎间盘突出症临床研究[J]. 新中医,2023,55(1):115-119.
[22] 肖延成,茆军,邢润麟,等. 王培民运用温经通络汤治疗腰椎间盘突出症的临床经验[J]. 中国中医基础医学杂志,2020,26(1):124-126,129.
[23] COSAMALÓN-GAN I,COSAMALÓN-GAN T,MATTOS-PIAGGIO G,et al. Inflammation in the intervertebral disc herniation[J]. Neurocirugia (Astur: Engl Ed),2021,32(1):21-35.
[24] 杨志欣,汲丽丽,刘慧,等. 全蝎化学成分和药理作用的研究进展[J]. 中南药学,2020,18(9):1523-1529.
[25] 张莹莹,张科,宋崟,等. "川芎-当归"药对主要活性成分的网络药理学研究[J]. 安徽医药,2023,27(1):19-24.
[26] 黄竞杰,杨俊兴,陈浩雄. 牛膝总皂苷治疗膝骨关节炎的药理研究进展[J]. 中药新药与临床药理,2021,32(4):592-595.