

215-223.

- [5] Morgan ME, Flierman R, van Duivenvoorde LM, et al. Effective treatment of collagen-induced arthritis by adoptive transfer of CD₂₅⁺ regulatory T cells. *Arthritis Rheum*, 2005, 52:2212-2221.
- [6] Turka LA, Walsh PT. IL-2 signaling and CD₄⁺ CD₂₅⁺ Foxp₃⁺ regulatory T cells. *Front Biosci*, 2008, 13: 1440-1446.
- [7] Lawson CA, Brown AK, Bejarano V, et al. Early rheumatoid arthritis

is associated with a deficit in the CD₄⁺ CD₂₅⁺ high regulatory T cell population in peripheral blood. *Rheumatology (Oxford)*, 2006, 45: 1210-1217.

(修回日期:2010-12-09)

(本文编辑:松 明)

针刺拔罐治疗腰椎间盘突出症的临床研究

阿日嘎太 阿古拉 闫金玉 董亚莉

【摘要】 目的 观察蒙医针刺拔罐疗法对腰椎间盘突出症患者的临床疗效。**方法** 共选取腰椎间盘突出症患者 62 例,将其随机分为治疗组(32 例)和对照组(30 例)。治疗组使用蒙医针刺拔罐结合腰椎牵引,对照组使用针刺结合腰椎牵引进行治疗。分别于治疗前、治疗 1 个疗程后采用日本骨科学会评分系统(JOA)对患者腰椎功能进行评定,目测类比评分法(VAS)对患者疼痛情况进行评定。**结果** 治疗前 2 组患者腰椎功能 JOA 评分、疼痛 VAS 评分组间比较差异无统计学意义($P>0.05$)。1 个疗程后发现 2 组 JOA 评分、VAS 评分均较治疗前有明显改善,差异具有统计学意义($P<0.05$)。2 组间进行比较,治疗组的 JOA 评分、VAS 评分优于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。疗效方面,治疗组治愈 20 例,好转 10 例,无效 2 例,总有效率为 93.75%。对照组治愈 14 例,好转 12 例,无效 4 例,总有效率为 86.66%。治疗组的有效率优于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 蒙医针刺拔罐疗法结合腰椎牵引具有协同作用,可以有效缓解腰椎间盘突出症患者的疼痛症状,改善腰椎功能。

【关键词】 蒙医针刺拔罐疗法; 腰椎间盘突出症; 腰椎牵引

腰椎间盘突出症是一种临床常见病、多发病,是引起下背痛和坐骨神经痛的最主要原因之一,患者的疼痛问题是影响其生活质量的主要因素,该病近年来发病率呈上升趋势^[1]。目前在治疗方法上主要以保守治疗为主。根据文献与现代临床实践证实,蒙医针刺拔罐疗法对腰椎间盘突出症具有确切的疗效,同时具有起效迅速、止痛作用明显、选穴与治疗次数少、疗程短等特点^[2-3]。我们自 2006 年以来使用蒙医针刺拔罐结合腰椎牵引治疗腰椎间盘突出症患者,取得了满意的疗效,现报道如下。

资料与方法

一、临床资料

共选取 2006 年 7 月至 2010 年 4 月在我院治疗的腰椎间盘突出症患者 62 例。入选标准如下:具有腰腿痛、活动受限、咳嗽和排便时疼痛加重,腰椎棘突及棘突旁有压痛,患侧直腿抬高试验及加强试验阳性,肌力、感觉和神经反射异常等症状。CT 或 MRI 提示有腰椎间盘突出。排除标准如下:腰椎结核、腰椎肿瘤、妊娠或哺乳期妇女、糖尿病患者,合并有心、脑血管及肝、肾、造血系统等严重原发性疾病者。采用随机数字表法将上述患者分为治疗组(32 例)和对照组(30 例)。2 组患者的性

别、年龄、病程等一般资料经统计学分析,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表 1。

表 1 2 组患者的一般情况及病情比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	病程 (月, $\bar{x} \pm s$)
		男	女		
治疗组	32	15	17	40.62 ± 14.57	7.3 ± 1.6
对照组	30	14	16	41.15 ± 13.34	7.5 ± 1.3

二、治疗方法

治疗组采用针刺拔罐结合腰椎牵引的方法,对照组使用针刺结合腰椎牵引的方法进行治疗,具体操作方法如下。

1. 蒙医针刺拔罐疗法:患者取侧卧位,存在麻木、疼痛症状的下肢在上,屈髋屈膝 90°,健侧下肢在下,伸直。用真空拔罐器在腰部的大肠穴、小肠穴和膀胱穴(以上是蒙医学的专用穴位,大肠穴位于 L₃~L₄ 棘突中间及向左右两侧各 1 寸处共有 3 个穴位;小肠穴位于 L₄~L₅ 棘突中间及向左右两侧各 1 寸处共有 3 个穴位;膀胱穴位于 L₅-S₁ 棘突中间及向左右两侧各 1 寸处共有 3 个穴位。具体选择时根据 CT 片上显示的突出椎间盘位置而定,如 L₃₋₄ 椎间盘突出时选择大肠穴)上进行拔罐。经过 10 min 后取罐,对该部位进行常规消毒,铺无菌洞巾,用消毒的特制三棱针(直径 2~3 mm、针身长 105 mm、针尖长 8~10 mm 左右)对大肠穴、小肠穴和膀胱穴进行针刺,进针位置、深度、角度依据患者的腰椎间隙 CT 片进行定位测量,出针后在针孔上再次进行拔罐,此时会有血从针孔溢入罐内。10 min 后取罐,用消毒干棉球擦净抽出的血,敷以无菌纱布给以包扎,避免针孔处着水。放血量依据患者的体质、病情、血的颜色来严格

DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2011.02.021

作者单位:100029 北京,北京中医药大学基础医学院[阿日嘎太(2010 级博士研究生)];内蒙古医学院第二附属医院康复医学科(阿日嘎太、阿古拉、闫金玉、董亚莉)

掌握。如患者体质好、症状重、血色较黑,可以多放一些,反之则少放。间隔 4 d 后在患侧髌穴(位于股骨大转子与髌骨裂孔连线的外 1/3 和内 2/3 交界处,直刺 1~2 寸^[4])进行针刺拔罐,4 d 后在患侧膈穴(位于膈横纹正中,浅刺^[4])再次进行针刺拔罐,每个疗程共治疗 3 次。

2. 腰椎牵引:使用由美国进口的 TU100 腰椎牵引治疗床。患者取仰卧位,采用计算机控制牵引系统进行骨盆间隙牵引,每牵引 40 s 则放松 10 s,起始牵引力为体重的 30%,治疗过程中牵引力逐渐增加至体重的 50%(牵引力大小根据患者病情及耐受程度适当调整),每日牵引 1 次,每次 20 min,连续治疗 15 次为 1 个疗程。

3. 针刺疗法:使用 0.45 mm×75 mm 毫针,穴位、进针深度、角度均与治疗组相同。每次时间为 30 min,每隔 5 min 捻动针柄 1 次。每日进行 1 次治疗,连续 15 次为 1 个疗程。

三、疗效评定

于治疗前、治疗 1 个疗程后分别使用日本骨科学会评分系统(Japanese Orthopedic Association Scoring System, JOA)^[5]对患者腰椎功能进行评定,使用目测类比评分法(visual analogue scale, VAS)^[6]对患者疼痛情况进行评定,参照 1994 年国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》^[7]对疗效进行评定,治愈为腰腿痛消失,直腿抬高 > 70°,能恢复日常工作;好转为腰腿痛减轻,腰部活动功能改善;无效为症状、体征均无改善。进行疼痛评定时,使用中华医学会监制的 VAS 卡,卡上印有 10 cm 长线段,上面有可移动的游标,线段两端分别表示无痛(0 分)和最剧烈疼痛(10 分),让患者根据自身疼痛情况移动游标至相应的位置并计分。

四、统计学分析

采用 SPSS 11.0 版统计软件包进行数据分析,使用($\bar{x} \pm s$)表示所得数据,计量资料比较使用 t 检验,计数资料比较使用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

结 果

2 组患者治疗前的 JOA 评分、VAS 评分组间比较差异均无统计学意义($P > 0.05$)。经治疗 1 个疗程后发现 2 组患者 JOA 评分、VAS 评分均较治疗前有明显改善,差异具有统计学意义($P < 0.05$);2 组间比较,治疗组的 JOA 评分、VAS 评分优于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$),详见表 2。疗效方面,治疗组治愈 20 例,好转 10 例,无效 2 例,总有效率为 93.75%。对照组治愈 14 例,好转 12 例,无效 4 例,总有效率为 86.66%。治疗组的有效率优于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$),详见表 3。

表 2 2 组患者治疗前后 JOA、VAS 评分的比较
(分, $\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	JOA 评分	VAS 评分
治疗组	32		
治疗前		8.12 ± 1.43	7.8 ± 1.53
治疗后		2.32 ± 1.33 ^{ab}	2.92 ± 1.23 ^{ab}
对照组	30		
治疗前		8.57 ± 1.87	7.6 ± 1.25
治疗后		5.15 ± 1.43 ^a	4.16 ± 1.35 ^a

注:与组内治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.05$

表 3 2 组患者疗效比较

组 别	例数	治愈 (例)	好转 (例)	无效 (例)	总有效率 (%)
治疗组	32	20	10	2	93.75 ^a
对照组	30	14	12	4	86.66

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$

讨 论

目前研究发现腰椎间盘突出症导致疼痛的原因主要包括三种:破裂的椎间盘组织产生的化学性刺激及自身免疫反应使神经根发生炎症;突出的髓核压迫或牵张已有炎症的神经根,使静脉回流受阻,进一步加快水肿,从而使疼痛的敏感性增高;受压迫的神经根缺血。以上三种因素相互关联导致疼痛^[8-9]。

蒙医针刺拔罐疗法是将传统的针刺与拔罐相结合的一种外治法。它主要是根据蒙医的“引病外除”原则来达到治疗疾病的目的。蒙医学用辩证的观点观察疾病,认为疾病是一个不断变化的过程。人体生病后,疾病通过皮肤、肌肉、脉管或借助某种特殊诱因直接进入脉管,并渗于骨骼,降于脏,落于腑。在这些过程中血液起着决定性的作用,所以适当地放出一部分血液,引病外除的方法,对治疗和预防疾病有很好的疗效^[4]。腰椎间盘突出症属于蒙医学的“白脉病”范畴,是由于局部病血瘀滞所导致,针刺拔罐疗法可以直接作用于病变部位,通过放出局部的瘀血,直接起到治疗效果。由于拔罐疗法具有负压作用,进行针刺后再拔罐,局部的瘀血、炎性渗出物及一些致痛物质便可顺着针孔被吸出,直接起到了减轻局部压力的作用。局部的瘀血被吸出后会有新鲜血液流入,为无菌性炎症的消除和促进损伤神经的修复创造条件^[10]。同时放血疗法具有纠正机体免疫功能紊乱的作用^[11],可以改善腰椎间盘突出所造成的自身免疫反应。另外对大肠穴、小肠穴和膀胱穴进行针刺,不但可以缓解痉挛、解除粘连、消除炎症,还可刺激椎间盘病变部位附近的神经根、神经节或交感神经等深部的感受器,使刺激冲动通过不同类别的神经纤维,上传至人体的低级或高级中枢,并通过复杂的信号整合与痛觉调节,从而产生镇痛作用^[12-13]。本次研究当中由于使用了 CT 片对大肠穴、小肠穴和膀胱穴进行定位测量,所以所选择的穴位更加准确和安全。

腰椎牵引是治疗腰椎间盘突出症的有效手段之一^[14]。在腰椎牵引的过程当中,随着牵引力在一定范围内的增加,腰椎间隙增宽,使得突出的椎间盘有回纳的趋势,能减轻突出物对神经根的压迫,缓解神经根的水肿及疼痛^[15]。另外牵引可以放松和缓解腰部肌肉,使小关节的紊乱得以矫正,恢复正常的力学关系^[16]。

综上所述,本研究结果显示,针刺拔罐结合腰椎牵引、针刺结合腰椎牵引均对腰椎间盘突出症具有疗效。针刺拔罐疗法在缓解疼痛、改善患者腰椎功能和疗效方面均优于单纯的针刺疗法,并且同腰椎牵引具有协同作用,值得推广应用。

参 考 文 献

- [1] 梁国伟. 综合康复治疗腰椎间盘突出症的疗效观察. 中华物理医学与康复杂志, 2009, 31: 191-193.
- [2] 博·阿古拉. 蒙医技术综合治疗腰椎间盘突出症的疗效观察. 内蒙古民族大学学报(自然科学版), 2001, 16: 203-204.

- [3] 于银壮. 蒙医传统综合疗法治疗腰椎间盘突出症 92 例. 中国民族医药杂志, 2007, 14: 30-31.
- [4] 阿古拉, 主编. 蒙医传统疗法大成. 赤峰: 内蒙古科学技术出版社, 2000: 8-167.
- [5] 范振华, 主编. 骨科康复学. 上海: 上海医科大学出版社, 1999. 218-220.
- [6] 李丽, 王传英, 李庆波, 等. 悬吊技术联合蜡疗治疗慢性下腰痛的疗效观察. 中华物理医学与康复杂志, 2010, 32: 775-776.
- [7] 国家中医药管理局, 主编. 中医病证诊断疗效标准. 南京: 南京大学出版社, 1994: 201-202.
- [8] 洪雁, 赵枫林, 鹿欣, 等. 单穴位电针疗法在综合治疗腰椎间盘突出症中的临床应用. 中华物理医学与康复杂志, 2009, 31: 209-212.
- [9] 林忠豪, 郭毅斌. 综合治疗腰椎间盘突出症的疗效观察. 中华物理医学与康复杂志, 2008, 30: 69.
- [10] 苏雅拉其其格, 阿日嘎太. 蒙医拔罐放血疗法结合颈椎牵引治疗椎动脉型颈椎病的临床观察. 中国民族医药杂志, 2007, 13: 36-37.
- [11] 廖辉. 点刺放血治疗慢性疲劳综合征 32 例疗效观察. 中国针灸, 2004, 24: 91-92.
- [12] 张保国, 王小迪, 戴瑞美, 等. 针刺治疗急性闭合性软组织损伤 29 例. 中国针灸, 2010, 30: 352.
- [13] 黄仕荣, 林其雄, 汤骏, 等. 腰突穴针刺深度 CT 扫描定位研究. 中国针灸, 2006, 26: 635-638.
- [14] 马超, 伍少玲, 消秀红, 等. 腰椎间孔注射并腰椎牵引治疗急性腰椎间盘突出症的疗效观察. 中华物理医学与康复杂志, 2006, 28: 122-124.
- [15] 刘圣凤, 李佳蓉, 聂品, 等. 牵引加电针与牵引加干扰电综合治疗治疗腰椎间盘突出症的疗效观察. 中华物理医学与康复杂志, 2007, 29: 273-274.
- [16] 余宝贤. 综合康复治疗腰椎间盘突出症的观察分析. 中国医师进修杂志, 2009, 32: 46-48.

(修回日期: 2010-12-19)

(本文编辑: 阮仕衡)

急性期带状疱疹患者神经电生理改变与后遗神经痛的相关性分析

张冬云 张丽 张春敏 魏国 张春红 史永俭

【摘要】目的 探讨急性期带状疱疹患者神经电生理改变与后遗神经痛(PHN)的相关性。**方法** 初诊时采用目测类比分法(VAS法)对40例急性期带状疱疹患者疼痛程度进行评定,同时运用Keypoint 4M/4C型肌电图仪对患者皮损处神经及其支配肌肉进行电生理检测,检测内容包括肌电图异常自发活动、混合肌肉动作电位、运动神经传导速度(MNCV)、感觉神经传导速度(SNCV)等。患者治疗后随访2个月,根据其是否发生PHN将其分为PHN组及对照组,并对2组患者初诊时的疼痛VAS评分及电生理检查结果进行比较。**结果** PHN组共有9例(60%)患者出现神经传导速度减慢,对照组共有3例(12%)患者出现神经传导速度减慢,2组间差异具有统计学意义($P < 0.05$);另外本研究VAS评分 >7 分者有8例出现神经电生理异常,VAS评分 <7 分者有4例出现神经电生理异常,两者异常率间差异具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 急性期带状疱疹伴有重度疼痛患者容易出现神经电生理异常,神经传导速度减慢与PHN发生具有一定相关性,临床应对此类患者给予积极干预治疗,以尽可能降低PHN发生率。

【关键词】 带状疱疹; 后遗神经痛; 神经电生理

带状疱疹后遗神经痛(postherpetic neuralgia, PHN)是困扰中老年人群的顽症之一,临床虽有多种治疗手段,但通常只能暂时缓解疼痛,不能有效根治PHN。有研究证实,PHN与神经系统损伤具有一定相关性,是一种神经病理性疼痛^[1]。采用电生理技术检查神经损伤具有简便、客观、无创等优点,现已广泛应用于神经疾患的诊断领域。本研究为探讨急性期带状疱疹患者神经电生理改变与PHN的相关性,对40例急性期中老年带状疱疹患者进行神经电生理检测,并对其结果进行分析比较。现报道如下。

资料与方法

一、研究对象

共选取2007年1月至2008年6月间在我院皮肤科就诊的中老年带状疱疹患者40例,所有病例均符合带状疱疹的临床诊断标准^[1]。初诊时根据表1对患者病情进行评分(满分为16

表1 带状疱疹病情评分标准

评分	红斑面积 (cm ²)	水疱数量 (个)	糜烂面积 (cm ²)	疼痛程度
0分	无	无	无	无
1分	<10	1~10	<10	微痛,不影响工作和休息
2分	10~30	10~25	10~30	疼痛能忍受,可入睡,能正常工作
3分	31~50	26~50	31~50	疼痛明显,难以忍受,间断入睡,需适当用镇静药,影响工作
4分	>50	>50	>50	剧痛,伴明显全身症状,坐卧不安,不能入睡,需镇静药

DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2011.02.022

作者单位: 250033 济南, 山东大学第二医院皮肤科(张冬云、张春敏、魏国、张春红、史永俭), 肌电图室(张丽); 张冬云现工作单位为聊城市第三人民医院

通信作者: 张春敏; Email: cmzhang1878@yahoo.com.cn