

循坐骨神经走行区域穴位艾灸对 PTED 后残留症状的疗效研究

吴燕云

浙江省立同德医院 浙江 杭州 310012

摘要：目的：探讨循坐骨神经走行区域穴位艾灸对 PTED 后残留症状的疗效。方法：研究纳入 100 例患者，观察组采用循坐骨神经走行区域穴位艾灸治疗及物理治疗，对照组采用常规西药及物理治疗。比较观察组与对照组在 PTED 后患者中的 VAS 评分、JOA 评分、中医症候评分及症状恢复时间。结果：观察组总有效率 92.0%，对照组 74.0%，循坐骨神经走行区域穴位艾灸治疗效果优于对照组 ($P < 0.05$)。观察组在治疗后 1-4 周时的 VAS 评分、4 周时的 JOA 评分及中医症候总分均显著优于对照组 ($P < 0.05$)。症状恢复时间方面，观察组腰背部疼痛、下肢窜痛麻木、下肢酸软无力缓解时间均短于对照组 ($P < 0.05$)。结论：研究表明，循坐骨神经走行区域穴位艾灸可有效缓解 PTED 后残留症状患者的疼痛、改善腰椎功能及中医证候，缩短症状恢复时间，其疗效优于单纯西医治疗。

关键词：VAS 评分；JOA 评分；症状恢复时间；中西医结合治疗；腰椎间盘突出症

腰椎间盘突出症 (LDH) 近年来发病率持续攀升，经皮椎间孔镜下腰椎髓核摘除术 (PTED) 已成为治疗 LDH 的主流微创手术方式。然而，临床实践发现，术后仍有相当比例患者存在腰腿部疼痛、下肢麻木等残留症状，相关数据显示其发生率可高达 75%^[1]。笔者采用循坐骨神经走行区域穴位艾灸干预，获得较为满意的疗效，现总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象

选取在 2023 年 7 月至 2024 年 12 月期间浙江省立同德医院骨伤科收治的 PTED 后残留症状患者 100 例，按随机数字表法分为两组。所有患者入试前均签署对循坐骨神经走行区域穴位艾灸或标准治疗方案的知情同意书。

1.2 诊断标准：符合 LDH 诊断且行 PTED 术后，仍有单侧或双侧腰腿部疼痛 (VAS 评分下降小于 3)、麻木或放射痛，腰部活动受限较明显，直腿抬高试验阳性等。

1.3 纳入及排除标准

1.3.1 纳入标准：①符合 PTED 术后残余症状的诊断标准；②有明确的 PTED 手术指征，且为初次手术治疗；③仅 1 个节段行 PTED；④术后停用镇痛泵、口服中枢止痛类药物后仍有腰腿部疼痛 (VAS 评分下降小于 3)、麻木症状未完全消失；⑤年龄大于等于 20 周岁，男女不限；⑥手术由同一治疗组医师完成；⑦自愿接受该实验，并签署知情同意书。

1.3.2 排除标准：①伴随腰椎特异性病变，如结核、新鲜骨折、原发或转移性肿瘤，以及强直性脊柱炎、明显腰椎侧弯 (Cobb 角 $> 10^\circ$) 或先天性脊柱畸形者；②存在严重心脑血管疾病、肝肾功能不全、造血系统疾病等器质性病变者；③患有坐骨神经痛以外的周围神经病变，或存在梨状肌综合征等可能混淆症状判断的疾病者；④不同意本次研究方案者。

1.4 治疗方法

1.4.1 对照组：采用口服药物联合治疗：(1) 洛索洛芬钠片 (一三制药，国药准字 H20030769)：每次 60mg，每日 3 次；(2) 甲钴胺片 (亚宝，国药准字 H20041767)：每次 0.5mg，每日 3 次。两种药物均于餐后 30 分钟温水送服，连续服用 4 周为 1 个疗程。

1.4.2 观察组：在对照组药物治疗基础上，加用循坐骨神经走行区域穴位艾灸疗法，具体操作如下：(1) 体位与取穴：患者取俯卧位，暴露腰臀部及下肢，医者立于患侧，沿坐骨神经解剖走行，从腰骶部至足踝部依次选取环跳、秩边、承扶、殷门、委中、承山、阳陵泉、悬钟 (原“绝谷”)、昆仑共 9 个穴位。(2) 操作方法：选用纯艾条 (规格 25mm×200mm)，点燃一端后，先以悬灸法距穴位皮肤 3-5cm 处温和施灸，待局部有温热感后，改为雀啄灸 (艾条上下移动如雀啄状)，两种手法交替进行，以穴位局部皮肤出现红晕、患者自觉灼痛可耐受且无水疱为度；(3) 疗程设置：每穴施灸 3 分钟，每日治疗 1 次，连续干预 4 周为 1 个疗程，治疗期间避免艾灸部位接触冷水。

1.5 观察指标

1.5.1 疗效标准：参照《中医病证诊断疗效标准》及临床实践制定分级标准：分为痊愈、显效、有效、无效四个等级。

1.5.2 疼痛评分：每日查房时采用 VAS 评分测定疼痛强度。分别于治疗前、术后 1 天、术后 1 周、术后 2 周、术后 4 周各评估 1 次。

1.5.3 下腰痛评分系统 (JOA)：得分越高提示腰椎功能越好，功能障碍越轻；分别于治疗前、术后 1 天、术后 1 周、术后 2 周、术后 4 周记录评分。

1.5.4 中医证候积分：参照《中医病证诊断疗效标准》中“痹症”相关证候分级，对 3 项核心症状进行量化评分。

1.5.5 临床症状缓解时间：腰背部疼痛缓解时间：从治疗开始至疼痛 VAS 评分降至 3 分及以下且持续 ≥ 3 天的时间；下肢窜痛麻木缓解时间：从治疗开始至窜痛麻木发作频率减少 $\geq 50\%$ 且持续 ≥ 3 天的时间；腰部活动障碍缓解时间：从治疗开始至腰部活动度（前屈、后伸、侧屈）恢复至正常范围 80% 及以上的时间。由专人每日记录患者症状变化，以首次达到上述标准的时间为缓解时间。

1.6 统计学方法

采用 SPSS25.0 统计软件进行数据分析：计量资料（年龄、LDH 发病病程、VAS 评分、JOA 评分、中医症状评分等）以均数 \pm 标准差表示，组内治疗前后比较采用配对样本 t 检验，组间比较采用独立样本 t 检验；计数资料（性别）以例数表示，组间比较采用 χ^2 检验；等级资料（如疗效等级）以例数（百分比）[n (%)] 表示，采用 Wilcoxon 秩和检验；以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义，所有检验均为双侧检验。

2 结果

2.1 一般资料

本研究共纳入符合标准的 PTED 术后残留症状患者 100 例，按随机数字表法分为观察组与对照组，每组各 50 例。其中，观察组男性 28 例、女性 22 例，性别比例为 1.27:1；年龄范围 34 ~ 67 岁，中位数 52 岁，平均 (52.3 \pm 6.8) 岁，其中 40 ~ 60 岁患者占比 76% (38/50)；LDH 发病病程 1 ~ 6 个月，中位数 3 个月，平均 (3.3 \pm 1.1) 个月，病程 3 个月以内者 29 例 (58%)。对照组男性 26 例、女性 24 例，性别比例为 1.08:1；年龄范围 33 ~ 68 岁，中位数 52 岁，平均 (51.9 \pm 6.3) 岁，其中 40 ~ 60 岁患者占比 74% (37/50)；LDH 发病病程 2 ~ 6 个月，中位数 3 个月，平均 (3.3 \pm 1.0) 个月，病程 3 个月以内者 28 例 (56%)。对两组患者的基线资料进行统计学分析显示：性别构成 ($\chi^2=0.16$, $P=0.69$)、年龄分布 ($t=0.31$, $P=0.76$)、病程长短 ($t=0.05$, $P=0.96$) 等一般资料比较，差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)，提示两组患者具有良好的基线一致性，可作为对照进行后续疗效比较。

2.2 两组临床疗效比较 见表 1。

表 1 两组临床疗效比较统计表

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率 (%)
观察组	50	22	15	9	4	92.0*
对照组	50	13	12	12	13	74.0

注：* $P < 0.05$ 。

2.3 两组 VAS 评分比较 见表 2。

2.4 两组 JOA 评分比较 见表 3。

2.5 两组中医证候评分比较 见表 4。

2.6 两组症状缓解时间比较 见表 5。

表 2 两组 VAS 评分比较统计表

组别	治疗前	手术后 1 天	手术后 1 周	手术后 2 周	手术后 4 周
观察组	7.4 \pm 1.4	7.2 \pm 1.1	3.6 \pm 0.9	2.5 \pm 1.0	1.6 \pm 0.9
对照组	7.3 \pm 1.4#	7.2 \pm 1.1#	4.1 \pm 1.0*	3.0 \pm 0.8*	2.6 \pm 0.8*

注：# $P > 0.05$, * $P < 0.05$ 。

表 3 两组 JOA 评分比较统计表

组别	治疗前	手术后 1 天	手术后 1 周	手术后 2 周	手术后 4 周
观察组	12.8 \pm 3.4	15.1 \pm 4.0	16.2 \pm 4.2	16.8 \pm 3.9	19.6 \pm 3.9
对照组	12.2 \pm 4.1#	14.7 \pm 4.9#	16.6 \pm 3.9#	15.8 \pm 3.0#	17.9 \pm 3.5*

注：# $P > 0.05$, * $P < 0.05$ 。

表 4 两组中医症候评分比较统计表

组别	腰背部疼痛		下肢窜痛麻木		肢体酸软无力		症候总分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	3.0±0.7	1.0±0.7	3.2±0.7	1.2±0.8	3.1±0.6	1.1±0.7	9.2±1.3	3.3±1.1
对照组	3.1±0.8#	1.8±0.7*	3.0±0.8#	1.7±0.6*	2.9±0.7#	1.7±0.8*	9.0±0.8#	5.3±1.2*

注：#P > 0.05, *P < 0.05。

表 5 两组症状缓解时间比较统计表

组别	腰背部疼痛缓解时间 (天)	下肢窜痛麻木缓解时间 (天)	肢体酸软无力缓解时间 (天)
观察组	1.7±0.6	4.0±0.6	7.0±1.3
对照组	3.8±0.8*	6.2±1.4*	9.7±2.3*

注：*P < 0.05。

3 讨论

中医将 PTED 后残留的腰腿痛、麻木等症状归为“不仁”、“痹症”范畴，核心病机为“不通则痛”与“不荣则麻”^[2]。手术虽解除了髓核对神经的机械压迫，但术后局部气血运行不畅、经络阻滞、筋脉失养的状态仍可能持续，导致症状残留。本研究选取的环跳、秩边、委中、阳陵泉等穴位，均为坐骨神经走行区域的关键腧穴，其中环跳为足少阳与足太阳经交会穴，可疏通腰腿经络；委中为“腰背委中求”的要穴，善治腰脊强痛；阳陵泉为筋之会穴，能舒筋活络^[3]。艾灸通过温热刺激这些穴位，可发挥“温通经络、行气活血、濡养筋脉”的作用——温热效应助气血运行以解“不通”，气血充盛则筋脉得养以除“不荣”，与病机高度契合，故能有效缓解症状。

PTED 后残留症状根据文献报道，其发生率可最高达 75%，是导致患者术后不适感、影响生活质量的重要问题之一。目前西医多依赖非甾体抗炎药与神经营养剂，但存在停药后症状反复、长期用药安全性受限等问题。本研究证实，循坐骨神经走行区域穴位艾灸操作简便、成本低廉、患者接受度高，且与西药联合可显著提升疗效、缩短病程，为临床提供了“中西医协同”的新选择^[4]。尤其对于不耐受长期服用非甾体药物的患者，艾灸可作为重要补充疗法，减少药物依赖。本研究结果显示，在常规西药（洛索洛芬钠+甲钴胺）治疗基础上联合循坐骨神经走行区域穴位艾灸，可显著提高 PTED 后残留症状患者的临床疗效，改善疼痛、腰椎功能及中医证候，缩短症状缓解时间，且安全性良好（研究期间未观察到严重不良反应）。

参考文献：

[1] 吴新江, 刘云龙, 阚瑞, 等. 经皮椎间孔镜技术治疗腰椎间盘突出症的可行性及临床应用 [J]. 现代医药卫生, 2017, 33(24): 3759-3761.

[2] 欧小燕, 柳刚. 针灸治疗腰椎间盘突出症机制研究进展 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2023, 25(04): 162-166.

[3] 王滢婷, 杨向炎. 穴位注射甲钴胺联合艾灸灯加针刺治疗特发性面神经麻痹 23 例 [J]. 浙江中医杂志, 2024, 59(04): 322-323.

[4] 吴萌萌, 张利达, 杨坤, 等. 艾灸对原发性坐骨神经痛大鼠坐骨神经干及脊髓腹角 GAP-43 表达的影响及其神经修复作用 [J]. 中国针灸, 2021, 41(02): 183-188.

基金：浙江省中医药科技计划项目（2023ZL318）