

温针灸结合中药热奄包改善腰椎间盘突出症患者炎症因子和凝血功能的研究

王 萍, 周行艳*

(睢宁县中医院骨伤科, 江苏 徐州 221200)

【摘要】目的 探究温针灸结合中药热奄包治疗腰椎间盘突出症患者的临床疗效, 以及对其机体炎症反应及活化部分凝血活酶时间 (APTT)、凝血酶原时间 (PT) 的改善情况。**方法** 采用随机数字表法将睢宁县中医院 2021 年 1 月至 2022 年 1 月纳入的 50 例腰椎间盘突出症患者分为对照组 (25 例, 常规针刺结合中药热奄包治疗) 与观察组 (25 例, 在对照组基础上联用腰部夹脊穴温针灸治疗), 治疗期间均进行护理干预, 两组患者均治疗 4 周。比较两组患者临床效果, 治疗前后腰椎功能、疼痛程度评分, 凝血功能与血小板功能指标, 血清 β -内啡肽 (β -EP)、转化生长因子 β_1 (TGF- β_1)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-6 (IL-6) 水平。**结果** 治疗后观察组患者临床总有效率 (88.00%) 显著高于对照组 (48.00%); 与治疗前比, 治疗后两组患者 Oswestry 功能障碍指数 (ODI)、视觉模拟疼痛量表 (VAS) 评分、纤维蛋白原 (FIB)、血小板计数 (PLT)、血小板压积 (PCT) 及血清 TGF- β_1 、TNF- α 、IL-6 水平均显著降低, 观察组低于对照组; 日本骨科协会 (JOA) 功能评分和血清 β -EP 水平显著升高, 观察组高于对照组; 血浆 APTT、PT 均显著延长, 观察组长于对照组 (均 $P < 0.05$); 治疗期间两组患者不良反应总发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。**结论** 温针灸结合中药热奄包治疗腰椎间盘突出症, 能抑制炎症反应, 改善机体凝血功能和血小板功能, 降低疼痛程度, 促进腰椎功能恢复, 提高临床疗效。

【关键词】 腰椎间盘突出症; 温针灸; 中药热奄包; 凝血功能; 炎症因子

【中图分类号】 R681.5

【文献标识码】 A

【文章编号】 2096-3718.2023.04.0128.04

DOI: 10.3969/j.issn.2096-3718.2023.04.042

腰椎间盘突出症属于中医“腰痛”“痹症”等范畴, 是由于脏腑功能失调、气血阻滞造成的, 故以活血化瘀、祛湿止痛、强筋健骨为原则进行治疗。中药热奄包是指多种中药混合制成的药包, 具有活血祛瘀、行气散肿等作用; 在针刺腰椎间盘突出症治疗中, 针刺可促进血液循环, 调节脏腑; 温针灸是通过针体将热力传入穴位, 发挥行气、活血、化瘀等功效, 提高治疗效果^[1]。在治疗期间加用优质护理干预, 可有效调节患者的心理状态, 进而增强其治疗信念, 提高治疗效果^[2]。本研究旨在探究温针灸结合中药热奄包治疗腰椎间盘突出症及其机体炎症反应及活化部分凝血活酶时间 (APTT)、凝血酶原时间 (PT) 的改善情况, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 通过随机数字表法将睢宁县中医院 2021 年 1 月至 2022 年 1 月纳入的 50 例腰椎间盘突出症患者分为两组。对照组 (25 例) 中男、女患者分别为 13、12 例; 年龄 31~76 岁, 平均 (53.64±2.75) 岁; 病程 1~6 年, 平均 (3.42±0.51) 年; 椎间盘病变部位 L_{3/4}、L_{4/5}、L₅/S₁ 患者分别为 3、11、11 例。观察组 (25 例) 中男、女患者分别为

14、11 例; 年龄 30~78 岁, 平均 (53.71±2.84) 岁; 病程 1~7 年, 平均 (3.32±0.49) 年; 椎间盘病变部位 L_{3/4}、L_{4/5}、L₅/S₁ 患者分别为 6、10、9 例。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 组间具有可比性。纳入标准: 符合西医《腰椎间盘突出症诊疗指南》^[3] 和中医《中医骨伤科学 (第 2 版)》^[4] 中的相关诊断标准者; 腰腿部疼痛、下肢怕冷、弯腰及抬腿活动受阻者; 下肢受累神经支配区有感觉过敏或迟钝, 病程长者出现肌肉萎缩者等。排除标准: 巨大中央型腰椎间盘突出症者; 伴有骨折或病变严重需手术者; 晕针者等。院内医学伦理委员会已对本研究进行严格审查且批准实施, 患者均签署知情同意书。

1.2 治疗与护理方法 对照组患者使用常规针刺结合中药热奄包治疗, 选取患者病变腰椎对应双侧的穴位, 采用华佗牌毫针 (0.30 mm×50 mm) 垂直行针: 对腰夹脊穴行针深度为 30~50 mm, 感到局部有酸胀感为宜; 对环跳穴、阳陵泉穴、委中穴行针以局部得气为宜, 均留针 30 min, 1 次/2 d。取白芥子、小茴香、补骨脂、吴茱萸、葫芦巴、蛇床子各 50 g, 碾碎后放入布袋子中制作热奄包, 恒温箱中加热, 在患者病变腰椎处放置热奄包进行热敷, 热敷温度最佳标准为使患者感到温热, 30 min/次, 1 次/d, 每 7 d

作者简介: 王萍, 大学本科, 主管护师, 研究方向: 骨伤科。

通信作者: 周行艳, 大学本科, 主治医师, 研究方向: 骨伤科。E-mail: 1559876187@qq.com

更换 1 次药包。观察组患者在对照组基础上进行腰部夹脊穴温针灸治疗：对腰夹脊穴行斜刺，以感到酸胀感为宜，得气后留针 30 min，之后将艾条（2 cm）插入腰椎处夹脊穴针孔中，艾条燃尽后持续留针 30 min，每治疗 6 d 休息 1 d。两组患者均治疗 4 周。治疗期间两组患者均接受常规康复训练，如行腰背肌训练、直腿抬高训练等，同时进行优质护理。体位指导：指导患者平卧休息，当患者可以下床活动时需佩戴腰围保护套，防止其腰部扭伤；卧床休息时指导患者深呼吸，可在床上进行四肢关节拉伸运动，加快血液循环，防止肌肉萎缩，且 3 个月内禁止过度弯腰，防止疾病复发。心理干预：给患者讲解成功的病例，告知配合治疗可促进疾病康复，使其保持乐观心态；在病房内播放轻柔音乐，或鼓励患者看书或下棋，以此缓解其焦虑感，避免因不良情绪影响治疗效果。饮食干预：指导患者进食清淡与易消化食物，嘱患者多饮水，防止诱发泌尿系统感染。

1.3 观察指标 ①临床疗效，分为显效（患者腰腿疼痛、麻木等症状消失，直腿抬高高度 $>85^{\circ}$ ，且能进行正常工作和生活）、有效（腰腿疼痛、麻木等症状有所缓解， $70^{\circ}<$ 直腿抬高高度数 $\leq 85^{\circ}$ ，对正常工作、生活有轻微影响）及无效（腰腿疼痛、麻木等症状无明显改善甚至加重，直腿抬高高度数 $\leq 70^{\circ}$ ，严重影响正常工作、生活）^[3]。总有效率=显效率+有效率。②分别采用 Oswestry 功能障碍指数（ODI）^[5]、视觉模拟疼痛量表（VAS）^[6]、日本骨科协会（JOA）^[7] 功能评分对患者进行评估，其中 ODI 总分 50 分，得分越低说明腰椎功能障碍越轻；VAS 总分 10 分，得分越低说明疼痛程度越轻；JOA 总分 29 分，分值越高腰椎功能恢复情况越好。③采集两组患者空腹静脉血 5 mL，抗凝后离心（转速 3 000 r/min，时间 15 min），提取血浆，使用全自动血凝分析仪对两组患者血浆 APTT、PT、纤维蛋白原（FIB）水平进行检测；使用血细胞分析仪检测血小板计数（PLT）、血小板压积（PCT）。④采血方法同③，使用酶联免疫吸附法对血清 β -内啡肽（ β -EP）、转化生长因子 β_1 （TGF- β_1 ）、白细胞介素-6（IL-6）、肿瘤坏死因子- α （TNF- α ）水平进行检测。⑤对两组患者治疗期间的不良反应发生情况进行记录并

分析。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 20.0 统计学软件进行数据分析，计数资料以 [例 (%)] 表示，采用 χ^2 检验；经 K-S 检验证实本研究中计量资料均符合正态分布，以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，采用 t 检验。以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 治疗后对照组显效、有效、无效分别为 4、8、13 例，观察组分别为 10、12、3 例，观察组患者临床总有效率（88.00%）显著高于对照组（48.00%），差异有统计学意义（ $\chi^2=9.191, P<0.05$ ）。

2.2 两组患者 ODI、VAS、JOA 评分比较 与治疗前比，治疗后两组患者 ODI、VAS 评分均显著降低，观察组低于对照组；JOA 评分显著升高，观察组高于对照组，差异均有统计学意义（均 $P<0.05$ ），见表 1。

2.3 两组患者凝血功能与血小板功能比较 与治疗前比，治疗后两组患者 APTT、PT 均显著延长，观察组长于对照组；FIB、PLT、PCT 水平均显著降低，观察组低于对照组，差异均有统计学意义（均 $P<0.05$ ），见表 2。

2.4 两组患者血清因子水平比较 与治疗前比，治疗后两组患者血清 β -EP 水平显著升高，观察组高于对照组；血清 TGF- β_1 、TNF- α 、IL-6 水平均显著降低，观察组低于对照组，差异均有统计学意义（均 $P<0.05$ ），见表 3。

2.5 两组患者不良反应发生情况比较 治疗期间对照组患者中发生皮下淤血 1 例、血肿 3 例，不良反应总发生率 16.00%（4/25）；观察组患者中发生断针 1 例、血肿 1 例，不良反应总发生率为 8.00%（2/25），组间比较，差异无统计学意义（ $\chi^2=0.189, P>0.05$ ）。

3 讨论

中药热奄包是采用中药热敷结合穴位刺激的一种无创性外治疗法，通过加热将药物转变为蒸汽后输送至患处，打开患者皮肤毛孔，改善局部血液循环，促进药物的有效成分渗透血脉之中，直达病灶，起到“靶向用药”的作用^[8]。而常规针刺对于腰痛缠绵、病程较长的腰椎间盘突出症患者疗效欠佳，因此需探寻更为有效的治疗方案。

表 1 两组患者 ODI、VAS、JOA 评分比较（分， $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	ODI 评分		VAS 评分		JOA 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	25	37.65 \pm 6.32	19.97 \pm 4.85*	7.69 \pm 2.13	4.53 \pm 1.17*	12.97 \pm 2.86	18.01 \pm 3.13*
观察组	25	37.64 \pm 6.41	13.20 \pm 4.13*	7.73 \pm 2.21	2.31 \pm 0.16*	12.85 \pm 2.94	21.02 \pm 3.67*
<i>t</i> 值		0.006	5.314	0.065	9.400	0.146	3.120
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与治疗前比，* $P<0.05$ 。ODI：Oswestry 功能障碍指数；VAS：视觉模拟疼痛量表；JOA：日本骨科协会。

表 2 两组患者凝血功能与血小板功能比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	APTT(s)		PT(s)		FIB(g/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	25	30.13±0.47	32.41±1.05*	10.57±0.13	11.48±1.13*	3.47±0.98	2.72±0.64*
观察组	25	30.15±0.35	37.24±1.34*	10.54±0.15	14.17±1.18*	3.48±0.97	2.14±0.32*
t 值		0.171	14.186	0.756	8.232	0.036	4.053
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

组别	例数	PLT($\times 10^9/L$)		PCT(%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	25	195.21±17.83	165.14±12.37*	0.25±0.08	0.16±0.04*
观察组	25	195.32±17.76	154.38±12.25*	0.26±0.05	0.12±0.01*
t 值		0.022	3.090	0.530	4.851
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与治疗前比，* $P<0.05$ 。APTT：活化部分凝血活酶时间；PT：凝血酶原时间；FIB：纤维蛋白原；PLT：血小板计数；PCT：血小板压积。

表 3 两组患者血清 β -EP、TGF- β_1 、TNF- α 、IL-6 水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	β -EP(pg/mL)		TGF- β_1 (ng/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	25	140.56±20.35	180.54±21.76*	39.83±3.67	21.99±0.34*
观察组	25	140.78±20.41	210.73±24.64*	39.81±3.72	15.24±0.21*
t 值		0.038	4.592	0.019	84.454
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

组别	例数	TNF- α (pg/mL)		IL-6(ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	25	55.43±4.57	34.71±3.99*	132.67±13.20	115.97±12.35*
观察组	25	55.51±4.65	27.64±3.42*	132.84±13.21	102.42±12.03*
t 值		0.061	6.727	0.046	3.930
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与治疗前比，* $P<0.05$ 。 β -EP： β -内啡肽；TGF- β_1 ：转化生长因子 β_1 ；TNF- α ：肿瘤坏死因子- α ；IL-6：白细胞介素-6。

夹脊穴位于脊柱附近，与督脉及太阳经相邻，具有调理气血、平衡阴阳等功效，温针灸通过艾条燃烧过程所发出的红外线使患者感受到温热感，从而刺激患者腰夹脊穴，提高腰椎部位温度，改善血液循环，舒筋活络，调节脏器功能，达到温补的效果，从而调节局部代谢，改善腰椎功能^[9]。护理过程中医护人员通过与患者沟通可评估其心理特点，并对其心理状态进行调节和疏导，同时引用成功病例，加强患者治疗信心，并告知患者积极配合治疗的重要性，增强患者依从性，提高治疗效果。本研究中，治疗后观察组患者 ODI、VAS 评分及 FIB、PLT、PCT 水平均显著低于对照组，临床总有效率、JOA 评分均显著高于对照组，血浆 APTT、PT 均显著长于对照组，提示温针灸结合中药热奄包治疗能改善机体凝血功能和血小板功能，降低疼痛程度，促进腰椎功能恢复，从而提高临床疗效。 β -EP 对 P 物质的释放具有抑制作用，同时能与神经组织的阿片受体结合发挥镇痛作用；TGF- β_1 是一种可对 II 型胶原

的产生进行刺激的因子，能够反映患者的腰椎间盘突出性病变更进展；TNF- α 、IL-6 等通过刺激炎症介质的释放，而引起椎间盘退变。温针灸能调节瞬时感受器电位芳草酸受体 1 通道蛋白水平，促进抗炎神经肽释放，从而抑制炎症因子水平，减轻炎症损伤^[10]。本研究结果表明，与对照组比，治疗后观察组患者血清 TGF- β_1 、TNF- α 、IL-6 水平显著降低，血清 β -EP 水平显著升高，提示温针灸结合中药热奄包治疗腰椎间盘突出症能抑制患者炎症反应，缓解疼痛。

综上，温针灸结合中药热奄包治疗腰椎间盘突出症能抑制炎症反应，改善机体凝血功能和血小板功能，降低疼痛程度，从而促进腰椎功能恢复，提高临床疗效，值得临床推广应用。

参考文献

[1] 邓敏,邱伟,关宇英. 艾灸联合中药热奄包治疗腰椎间盘突出症

帕罗西汀联合认知行为疗法治疗抑郁症的效果 及对患者睡眠质量的影响

李运松¹, 马媛媛²

(1. 泗阳县脑科医院精神科二病区; 2. 泗阳县脑科医院护理部, 江苏 宿迁 223700)

【摘要】目的 研究帕罗西汀联合认知行为疗法治疗抑郁症患者的效果及对患者血清相关因子水平、睡眠质量的影响。**方法** 以随机数字表法将泗阳县脑科医院 2020 年 7 月至 2022 年 7 月收治的 104 例抑郁症患者分为两组, 各 52 例。两组患者均予以认知行为疗法干预, 同时对对照组患者使用氟西汀治疗, 观察组患者使用帕罗西汀治疗, 均治疗 2 个月。比较两组患者治疗后睡眠质量改善情况, 治疗前后血清相关因子水平变化及症状自评量表 (SCL-90) 评分。**结果** 观察组患者治疗后的觉醒时间、睡眠潜伏期均显著短于对照组, 觉醒次数显著少于对照组, 总睡眠时间显著长于对照组; 较治疗前, 治疗后两组患者血清 5-羟色胺 (5-HT)、谷胱甘肽过氧化物酶 (GSH-Px)、超氧化物歧化酶 (SOD) 水平均显著升高, 观察组显著高于对照组; 两组患者血清白细胞介素-1 β (IL-1 β) 水平及 SCL-90 评分中抑郁情绪、焦虑情绪、强迫症状、敌对状态评分及观察组患者人际敏感、恐怖症状、躯体化、精神病性评分均显著降低, 观察组显著低于对照组 (均 $P<0.05$)。**结论** 相较于氟西汀, 采用帕罗西汀联合认知行为疗法可进一步提升抑郁症患者机体 5-HT 水平, 稳定患者情绪, 从而恢复患者机体氧化-抗氧化系统平衡, 减少炎症因子的释放, 此外, 其还在改善患者睡眠质量中效果显著, 从而更利于患者心理状态的改善。

【关键词】 抑郁症; 帕罗西汀; 认知行为疗法; 氟西汀

【中图分类号】 R749.4

【文献标识码】 A

【文章编号】 2096-3718.2023.04.0131.04

DOI: 10.3969/j.issn.2096-3718.2023.04.043

抑郁症作为临床常见的一种心理疾病, 会造成患者睡眠质量下降, 影响患者的生活质量。目前临床常采用 5-羟色胺 (5-HT) 再摄取抑制剂治疗抑郁症患者, 其中以氟西汀、帕罗西汀最为常见。氟西汀可选择性抑制 5-HT 转运体, 阻断突触前膜对 5-HT 的再摄取, 从而产生抗抑郁作用, 但会出现乏力、失眠、头晕头痛等不良反应; 而帕罗西汀作为一种苯基哌啶衍生物, 是一种强效、高

选择性 5-HT 再摄取抑制剂, 与氟西汀作用机理基本相似, 适用于各种抑郁症患者^[1]。认知行为疗法是一组通过改变患者思维、信念及行为的方式来改变患者的不良认知, 达到消除不良情绪和行为的短程心理治疗方法, 对改善抑郁症患者心理状态具有积极作用^[2]。基于此, 本研究旨在进一步对比出氟西汀、帕罗西汀治疗的效果, 现报道如下。

作者简介: 李运松, 大学本科, 副主任医师, 研究方向: 精神疾病的诊疗。

- 临床观察 [J]. 光明中医, 2022, 37(11): 1906-1909.
- [2] 刘燕媚, 李碧娟, 陈培娥. 空气波压力治疗仪联合优质护理治疗腰椎间盘突出症伴下肢麻木的疗效观察 [J]. 中医临床研究, 2017, 9(27): 129-131.
- [3] 中华医学会骨科学分会脊柱外科学组, 中华医学会骨科学分会骨科康复学组. 腰椎间盘突出症诊疗指南 [J]. 中华骨科杂志, 2020, 40(8): 477-487.
- [4] 赵文海, 詹红生. 中医骨伤科学 [M]. 2 版. 上海: 上海科学技术出版社, 2020: 278-285.
- [5] 鲁维丽. 改进延续性护理对腰椎间盘突出症患者神经功能恢复及 ODI 评分的影响 [J]. 现代诊断与治疗, 2021, 32(13): 2151-2152.
- [6] 王德加, 彭鸿辉. 经皮椎间孔镜技术治疗对腰椎间盘突出症患者 VAS 评分、ODI 评分及并发症的影响 [J]. 中国处方药, 2021, 19(5): 150-151.
- [7] 艾国庆. 经皮椎间孔镜椎间盘突出髓核摘除术治疗腰椎间盘突出症的近远期效果及对患者 VAS、ODI、JOA 评分的影响 [J]. 中国医学创新, 2022, 19(8): 5-9.
- [8] 朱小丽. 中药热奄包联合腰背肌功能锻炼对腰椎间盘突出症患者疼痛及功能康复的影响 [J]. 医学理论与实践, 2021, 34(16): 2910-2911.
- [9] 尚德锋. 腰部夹脊穴加用温针灸治疗腰椎间盘突出症临床观察及对疼痛的效果 [J]. 新中医, 2016, 48(7): 134-136.
- [10] 张欣凯, 郭永昌, 马家宾, 等. 温针灸治疗中期股骨头缺血性坏死的疗效观察及对炎症因子水平和血流动力学的影响 [J]. 上海针灸杂志, 2022, 41(10): 1001-1005.