



· 临床研究 ·

侧隐窝注射配合浮针治疗腰椎间盘突出症的疗效观察

胡国良 (长沙市中医康复医院骨伤科 湖南长沙 410011)

摘要: **目的** 探讨侧隐窝注射配合浮针治疗腰椎间盘突出症的临床疗效。**方法** 将符合纳入标准的120例患者按随机数字表法分为实验组、对照A组和对照B组。实验组采用侧隐窝注射配合浮针治疗,对照A组采用侧隐窝注射治疗,对照B组采用浮针治疗。治疗前后采用视觉模拟量表(Visual Analogue Scale, VAS)评分及疗效指标进行评定。**结果** 3组患者治疗前后VAS评分均有改善且实验组较对照A、B组有较大改善($P<0.05$);实验组临床治疗总有效率明显高于对照A、B组($P<0.05$)。**结论** 侧隐窝注射配合浮针治疗腰椎间盘突出症疗效确切,更容易消除神经根炎症且对筋膜进行了松解,有利于腰椎的内、外源性平衡。

中图分类号: R681.5 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2017)07-128-02

腰椎间盘突出症(Lumbar disc herniation, LDH)是临床常见病、多发病,主要因椎间盘脱水变性,纤维环破裂,髓核突出压迫神经根所表现的一种综合征。主要表现为腰痛、下肢放射痛和下肢活动功能障碍。临床约90%患者采用保守治疗的方法^[1],笔者从2015年1月-2017年1月,采用侧隐窝注射结合浮针疗法治疗LDH,取得满意疗效,现报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

将收治的120例患者按随机数字表法分为3组,每组40例患者。实验组男性26例,女性14例;年龄23-58岁,平均(36.20±4.20)岁;病程3d至18个月,平均(6.60±2.20)个月。对照A组男性23例,女性17例;年龄19-61岁,平均(34.10±3.90)岁;病程2d至19个月,平均(5.90±2.30)个月。对照B组男性25例,女性15例;年龄20-59岁,平均(32.30±4.60)岁;病程2d至17个月,平均(4.40±2.10)个月。3组患者性别、年龄和病程比较,统计学处理 $P>0.05$,差异无统计学意义。

1.2 诊断标准

参照国家中医药管理局1994年发布《中医病证诊断疗效标准》^[2]:纳入标准:(1)符合LDH诊断标准。(2)如已接收其他治疗,则经过7d的洗脱期。(3)自愿参加,积极配合临床治疗方案和随访。

1.3 排除标准

(1)排除脊柱炎症病变、骨折、腰椎肿瘤、严重骨质疏松、中央巨大突出及滑脱症、引起严重神经功能障碍需要手术者。(2)排除严重的糖尿病、心血管疾病患者。

2 治疗方法

2.1 侧隐窝注射

行小关节内侧缘径路或椎板外切迹径路侧隐窝注射法^[3]。L4/5、L3/4突出选择患侧椎板外切迹进针,L5/S1突出选择患侧小关节内侧缘进针。注射消炎镇痛混合液(2%利多卡因5mL+曲安奈德40mg+维生素B₁₂1mg)。病人取侧卧位,使用等比例腰椎X线正位片确定小关节内侧缘或椎板外切迹的体表投影点。其中小关节内侧缘穿刺径投影点向外倾斜5°进针触到骨质即为小关节,椎板外切迹穿刺径投影点向内倾斜5°进针直达椎板,均测量进针深度,退针到皮下,再垂直进针,超过原测定深度后注意寻找突破感及负压,确定针尖到达侧隐窝后回抽无脑脊液及血液即可缓慢注入消炎镇痛剂,边回抽边注入,以防注入蛛网膜下腔。7d注射1次,4次为1个疗程,如双间隙突出较重则先注射较重一侧。

2.2 浮针治疗

先在腰部寻找并标记痛点或压痛点(Myofascial trigger point, MTrP)^[4],在距离MTrP点3-5cm处确定进针点,常规消毒,针体与皮肤成15°-20°呈搁置状态。进针时针尖不要离开皮肤,快速透皮略达肌层即可,一般5mm左右。再将拇指、食指和中指提捏针柄然后轻柔缓慢提拉针身,使针尖离开肌层,退至皮下。确保浮针针尖在皮下后,即可放倒针身,单用右手持针,针尖对准MTrP点使针体沿皮下向前推进。扫散前,退后针芯,将管座上的突起放置于针座

上的卡槽内,用右手拇指和中指捏住针座,食指和无名指分居中指左右两边。拇指尖搁置在皮肤上,以拇指为支点,食指和无名指一前一后作杠杆运动,针体在皮下做散形运动。扫散动作要轻柔有节律,稳定、不或上或下,要圆中有方,方中带圆。扫散时神情专注,细心体会针下的感觉和病人的反应。扫散的同时医生左手配合轻轻上下捏揉患处周围。扫散时间为2min,次数为200次左右。一般扫散半分钟,50次左右既可以检验一下原病痛点是否有变化。扫散完成后抽出针芯,放回保护套管内。然后把胶布贴附于管座,以固定留于皮下的软套管。留针期间病人可照常活动。留针30min后拔出浮针的软套管部分。出针时一般先以左手拇、食指按住针孔周围皮肤,右手拇、食指拿捏浮针软套管管座,不要捻转提插,慢慢将软管起出,用消毒棉签按压防止出血。采用隔日治疗1次,4周为1疗程。

3 疗效观察

3.1 观察指标

采用视觉模拟量表(VAS)来评价每位患者治疗前后差别:0分,无疼痛;1-3分,轻微的腰腿痛,但易忍受;4-6分,腰腿疼痛影响睡眠,但能忍受;7-10分,强烈的腰腿部疼痛,且难以忍受。

3.2 疗效标准

参照国家中医药管理局1994年发布的《中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》^[5]进行评定。疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。临床痊愈:临床症状、体征积分改善>95%。显效:临床症状、体征积分改善>70%。有效:临床症状、体征积分改善30%。无效:临床症状、体征积分改善<30%。

4 统计学处理

全部数据采用SPSS23.0软件进行统计分析,均数±标准差又以 $x\pm s$ 表示;差值均数±标准差以 $d\pm sd$ 表示。多组计量资料采用单因素方差分析(One-wayANOVA),方差齐者用LSD法和S-N-K法,方差不齐则用Tamhane's T2法。

5 结果

2.1 各组治疗前后VAS评分比较

见表1。3组治疗前后评价均有所降低($P<0.05$),但实验组较对照A组和对照B组VAS评分明显降低($P<0.05$)。

表1:治疗前后VAS评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后
实验组	40	8.02±1.01	1.48±1.02* [△]
对照A组	40	7.87±1.12	3.78±1.31*
对照B组	40	7.92±1.09	3.96±1.29*

注:与该组治疗前比较* $P<0.05$,与对照A组治疗后比较[△] $P<0.05$,与对照B组治疗后比较[△] $P<0.05$ 。

2.2 各组临床疗效比较

表2 各组临床疗效比较(n)

组别	n	治愈	显效	有效	无效	愈显率(%)	总有效率(%)
实验组	40	25	12	2	1	92.50* [△]	97.50* [△]
对照A组	40	10	13	12	5	57.50	87.50
对照B组	40	8	11	13	8	47.50	80.00



注:与对照A组比较 * $P < 0.05$, 与对照B组比较[△] $P < 0.05$

见表2。实验组经侧隐窝注射和浮针治疗后的愈显率和总有效率均明显高于对照A组和对照B组($P < 0.05$)。

6 讨论

随着社会的发展人们的生活、工作方式不断改变,LDH发病率逐年增高^[6]。中医认为“腰为肾之府”,肝肾不足,腰府失养,瘀血阻络,气血不通为其主要病机。现代医学认为其发病机制主要与机械性压迫导致的腰椎失稳、化学性神经根炎以及自身免疫相关疾病等有关^[7]。有研究表明LDH是由于突出的椎间盘对神经根的压迫并刺激髓核内的糖蛋白产生5-羟色胺、白细胞介素-1 β 等炎性物质^[8]。同时突出的椎间盘可导致局部供血不足,引起相应筋膜层的紧张,从而导致出现MTrP。针对此情况,侧隐窝注射结合浮针治疗LDH就有明显的优越性。

侧隐窝是椎间孔内口至硬膜囊侧壁的腔隙,为神经根管的起始段,在此处神经根最易受压和发生炎性反应。经小关节内侧缘或椎板外切迹行硬膜外腔侧隐窝穿刺,所注射的药液中曲安奈德可降低毛细血管通透性,减轻充血,抑制炎症浸润,同时配合利多卡因可阻断恶性刺激传导使椎间小关节和周围组织松弛,减缓局部小关节和组织的力学失稳而导致的损害。

浮针是一种新型针具,通过在病灶周围浅筋膜层进行挤压、牵拉,特别是扫散动作时,由于浅筋膜中的一些物质在生命期间属胆甾相液晶体,而胆甾相液晶体可产生压电效应^[9],由此产生的电子沿着具有半导体特性的蛋白质、黏多糖构成的通道经过身体,当刺激传达到病变组织时,由于反压电效应,电流又被变成所需的化学能或机械能以恢复分子、细胞水平生理作用,改变细胞的离子通道,调动人体的内在抗病机制,从而消除MTrP,缓解局部肌肉的紧张,使血液循环

畅通,从而达到祛除疼痛的目的。

基于此,我们提出侧隐窝注射配合浮针皮下扫散对于LDH的治疗具有很大的优越性,该方法一方面消除了局部组织和神经根的无菌性炎症,减轻了神经根的水肿;另一方面又可以增加肌肉的血液循环,消除局部浅筋膜的紧张。所以两者结合可改变神经根与突出物的位置关系以及恢复腰椎内、外源性平衡从而治疗LDH。

参考文献

- [1] 靳伟, 瞿玉兴, 赵洪等. 经椎间孔硬膜激素封闭治疗腰椎间盘突出突出症的研究进展[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2014, 24(2):171.
- [2] 卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 1997:145.
- [3] 宋文阁, 傅志俭, 马玲等. 硬膜外腔侧隐窝穿刺的研究[J]. 中华麻醉学杂志, 1998, 18(4):248-250.
- [4] 张长春. 浮针治疗腰痛症的应用[J]. 针灸临床杂志, 2004, 20(6):2-4.
- [5] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994:202.
- [6] 王国基, 王国军, 彭健民等. 腰椎间盘突出症致病因素的流行病学研究[J]. 现代预防医学, 2009, 36(13):2401-2403.
- [7] 李华南, 王金贵, 丛德毓等. 中医综合治疗方案治疗腰椎间盘突出症多中心随机对照研究[J]. 中医杂志, 2015, 56(21):1840-1843.
- [8] 李小明, 黄海华, 刘斌等. 传统中医方法与胶原酶溶解术治疗腰椎间盘突出症的临床疗效比较[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2012, 19(5):295.
- [9] 张建宏, 范建中, 齐志强. 浮针治疗腰三横突综合征的疗效观察[J]. 中国康复理论与实践, 2005, 11(9):752-753.

(上接第126页)

气与血流之间的比值。呼气末正压通气可以有效地克服气道阻力与呼吸弹性阻力,减少吸气做功,使得呼吸机疲劳得以有效缓解,在很大程度上提高了肺泡的通气量,从而有效改善肺通气与换气状况。然而NIPPV治疗不能对COPD患者呼吸中枢的兴奋性加以改善^[4]。

AECOPD并发II型呼吸衰竭患者体内 β -内啡肽分泌及释放明显增加,导致血浆 β -内啡肽浓度明显增高,此因素可选择性作用于中枢 μ 和 δ 受体而抑制呼吸中枢,降低呼吸冲动,进一步促使呼吸动力下降,导致呼吸困难、降低肺通气量,引起严重缺氧和二氧化碳潴留。纳洛酮属于一种特异性较大的阿片类受体拮抗剂,能够竞争性地与阿片受体相结合,从而阻断了阿片类物质对中枢神经系统的抑制性作用,改善了意识并解除了呼吸抑制的状态。所以,纳洛酮联合NIPPV具有双重性治疗优势。马胜喜等研究表明^[5]:纳洛酮联合NIPPV治疗AECOPD合并II型呼吸衰竭,可以有效提高PaO₂水平,降低PaCO₂水平,能够有效改善患者呼吸功能。本研究结果恰好与上述结论相符。

综上所述,纳洛酮联合无创正压通气治疗AECOPD并发II型呼吸

衰竭的临床疗效显著,值得在临床上进行推广。

参考文献

- [1] 陈秀丽, 刘扣英, 孙培莉, 等. 稳定期COPD患者CAT评分与6min步行距离相关性研究[J]. 护士进修杂志, 2013, 28(10): 869-871.
- [2] 劳永光, 黄庆, 宋小娟. 重组人生长激素对急性呼吸窘迫综合征患者营养状况和免疫功能的影响[J]. 中国基层医药, 2012, 19(7):1007.
- [3] 曹启生. 纳洛酮联合无创呼吸机治疗老年慢性阻塞性肺疾病并发呼吸衰竭的疗效[J]. 中国老年学杂志, 2011, 23:4707-4708.
- [4] Tucker PS, Dalbo VJ, Han T, et al. Clinical and research markers of oxidative stress in chronic kidney disease[J]. Biomarkers, 2013, 18(2): 103-115.
- [5] 黎小惠, 叶彬, 黄瑞珠. 纳洛酮与无创呼吸机联合在老年慢性阻塞性肺疾病并发呼吸衰竭治疗中的应用分析[J]. 西部医学, 2014, 02:172-174.

(上接第127页)

气道阻力增加,患者机体的换气功能受到影响,进而机体将处于长期低氧状态,低氧状态可能使内皮损伤加重并进一步加重病情。

本次通过对不吸烟的慢性阻塞性肺疾病患者和长期吸烟病患的炎症因子表达水平及体质量指标的研究显示,观察组100例患者的炎症因子以及和肽素平均水平均远远高于对照组90例患者的平均水平($P < 0.05$),差异具有显著性;两组患者的体质量指数差异不明显,不具有统计学意义($P > 0.05$)。吸烟虽然对患者体质量指标无明显影响,但是长期吸烟会促使患者炎症反应加重,进而加剧病情,影响患者生活质量,因此,临床治疗中应建议慢性阻塞性肺疾病患者戒烟来配合治疗。

参考资料

- [1] 杜海莲, 岳红梅. 慢性阻塞性肺疾病患者血清IL-17、IL-6、IL-8、CRP、TNF- α 的变化及其相关性[J]. 昆明医科大学学报, 2015, 9(36): 95-97.
- [2] 程璘令, 苏柱泉, 刘君, 陈昌荣, 冉丕鑫, 刘雅雅. 吸烟和

生物燃料所致慢性阻塞性肺疾病患者临床特征差异研究[J]. Chinese Journal of Practical Internal Medicine, 2014, 10(10): 992-995.

- [3] Emami-Ardestani M, Zaerin O. Role of serum interleukin 6, albumin and C-reactive protein in COPD patients[J]. Tanaffos, 2015, 14(2): 134-140.
- [4] 陈子伟, 庄俊合, 罗宜红等. 血浆IL17在慢性阻塞性肺疾病综合评估中的作用[J]. 广州医科大学学报, 2015, 43(2):97-100.
- [5] 黄其钦, 蒋加雁, 卢成跃等. 血浆IL-23、IL-17水平与慢性阻塞性肺疾病的相关性研究[J]. 医学研究杂志, 2015, 44(2):123-6.
- [6] 阎萍, 张纳新, 曾金洁, 王宁. 吸烟对慢性阻塞性肺疾病患者炎症反应和肽素水平的影响[J]. 中国老年学杂志, 2016, 8(36): 3754-3756.
- [7] 井军虎, 李立宇, 李建强, 等. 慢性阻塞性肺疾病急性加重期血清和肽素水平的变化及临床意义[J]. 山东医药, 2014, 54(37): 19-20, 23.