

针刀联合脊痛消胶囊治疗腰椎间盘突出症的临床观察

朱浩然

黑龙江中医药大学 2019 级中医骨伤研究生 黑龙江哈尔滨 150000

〔摘要〕目的 观察针刀联合脊痛消胶囊对腰椎间盘突出症(LDH)患者的临床疗效。方法 选择符合纳入标准的90例LDH患者,采用随机数表法分为治疗组、针刀组、脊痛消组,每组30例。治疗组针刀治疗联合口服脊痛消胶囊,针刀组单纯使用针刀治疗,脊痛消组只口服脊痛消胶囊治疗。比较三组治疗前后视觉模拟评分(VAS)、日本骨科协会评估治疗分数(JOA)。结果 治疗后三组VAS评分均低于治疗前、JOA评分均高于治疗前,差异有统计学意义($P < 0.05$),且治疗后治疗组患者VAS评分明显低于针刀组和脊痛消组、JOA评分明显高于针刀组和脊痛消组,差异具有显著统计学意义($P < 0.01$)。结论 针刀联合脊痛消胶囊治疗LDH效果较针刀组和脊痛消组明显,能更有效减轻患者疼痛,改善患者腰部功能。

〔关键词〕腰椎间盘突出症;针刀治疗;脊痛消胶囊

〔中图分类号〕R681.5 **〔文献标识码〕**A **〔文章编号〕**2095-7165(2021)05-072-02

腰椎间盘突出症在骨科疾病中多发,常见于20~50岁的青壮年,病情易反复且迁延难愈,主因椎间盘发生退行性病变后,纤维环部分或全部破裂,多年来治疗LDH临床效果显著,能明显改善患者腰部疼痛和功能活动障碍等症状,且不良反应少。针刀疗法是融针刺疗法的针和手术疗法的刀为一体,直接作用于病变组织,解除局部组织粘连及神经卡压,能有效改善LDH患者腰痛及活动受限等症状。笔者施以针刀联合脊痛消胶囊治疗LDH能取得满意的疗效。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料

选取2019年10月—2020年10月在黑龙江中医药大学附属第一医院骨科门诊就诊的LDH患者90例并随机分为针刀组30例、口服脊痛消组30例和治疗组30例。纳入患者中男性48例,女性42例。两组患者的基本资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准

1)腰痛;2)神经根性疼痛;3)下肢麻木无力;4)大小便功能障碍;5)患者具有腰椎间盘突出症相应的病史、症状、体征及影像学表现,且影像学及神经定位相符可诊断为腰椎间盘突出症^[1]。

1.3 方法

针刀组:嘱患者取俯卧位,腰部充分暴露,根据患者病史、症状、体征以及影像学报告,在病变椎体棘突旁压痛点以及影像学报告提示的病变部位,使用医用标记笔准确标记,一般选择6~8处压痛点。对标记点施术区域皮肤进行常规消毒,术者戴无菌手套,使用1%利多卡因局部浸润麻醉后行针刀松解术。

治疗组:针刀联合脊痛消胶囊治疗,方法与针刀组、脊痛消组一致。

1.4 统计学方法

采用SPSS23.0统计学软件进行统计学分析,数值用 $\bar{x} \pm s$ 表示,计量资料采用多独立样本t检验,组间参数比采用方差分析;计数资料采用 χ^2 检验, $P \leq 0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 三组治疗前后VAS评分比较

三组治疗前VAS评分差异无统计学意义($P > 0.05$),三组治疗后VAS评分较治疗前有明显降低,有统计学意义($P < 0.01$),治疗组评分明显低于针刀组、脊痛消组,有统计学意义($P < 0.01$)。见表1。

表1 三组治疗前后VAS评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	30	8.34±0.37	2.63±0.79
针刀组	30	8.46±0.41	4.18±1.08
脊痛消组	30	8.40±0.40	4.33±1.32

2.2 三组治疗前后JOA评分比较

三组治疗前JOA评分差异无统计学意义($P > 0.05$),三组治疗后较治疗前JOA评分明显降低,有统计学意义($P < 0.01$),治疗组评分明显低于针刀组、脊痛消组,有统计学意义($P < 0.01$)。见表2。

表2 三组治疗前后JOA评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	30	13.34±0.37	24.63±0.79
针刀组	30	13.46±0.41	19.88±1.08
脊痛消组	30	13.40±0.40	19.23±1.32

3 讨论

腰椎间盘突出症(LDH)在骨科病中属于常见且多发的疾病,患者的身心健康多受到严重危害。现代医学对于LDH的发病机制阐述较为丰富,包括椎间盘退行性变、急性损伤、慢性损伤、椎间盘突出引起的无菌性炎症、LDH形成的机械性压迫、免疫反应等^[2]。常见病因为:椎间盘退变、椎间盘解剖因素的短板、受寒与受湿、外力作用等。因此,有效的控制危险因素,在延缓发病与减慢疾病进展起着举足轻重的作用。LDH的西医治疗手段可分为非手术治疗和手术治疗,非手术治疗主要为急性期卧床休息等,缓解后日常锻炼建议佩戴腰围、以游泳等脊柱负荷较小的运动为主。药物治疗主要为口服非甾体抗炎药以及硬膜外腔注射、骶管注射等。非手术治疗无效者,可遵患者需求或病情需要选择手术治疗,包括微创手术、腰椎融合术、开放性手术等^[3]。微创手术具有以下优势:不仅手术时间短,而且手术切口小以及术中出血量少、并发症少;从而患者能够在术后三天下床进行康复治疗,术后五天出院,患者接受程度高。开放手术方式主要

分为经前路或经后路行腰椎间盘髓核摘除术。任剑锋^[4]认为经前路行腰椎间盘髓核摘除术无须暴露椎管,能够降低硬膜外及神经根粘连、瘢痕或水肿的风险,能使脊柱后方结构保全,而且此术式相对保险,对于患者的术后护理更加方便,能够提早康复训练的时间。其不足之处在于无法直接切除从椎体后缘突出的髓核,且有一定风险会损伤输尿管、腹膜、腹后壁血管等结构。虽然经后路行腰椎间盘髓核摘除术术野清晰直观,可以将突出的髓核直接摘除同时充分松懈神经根,但此术式侵犯脊柱正常结构创伤较大,易致脊柱平衡性受极大影响,而且对术者要求较高。

LDH 应属于“腰痹病”、“痹症”、“腰痛”的范畴。中医治疗上方法众多且见效快、副作用小。治疗方法包括针刀疗法、针灸推拿治疗、口服中药及中成药、中药骶管注射等。针刀治疗利用针刀松懈病变椎体周围软组织的粘连,作为针灸的针与手术的刀之有机融合,创伤极小且疗效迅捷,患者接受度高。李远峰等^[5]认为针刀治疗能够使脊柱的失衡得以修正,肌群平衡得以调节,在人体自我修复机制作用下,解除或减轻骨质增生对于腰部周围神经和脊髓的压迫,从而减轻患者腰部疼痛,改善腰部活动障碍等。针刀作为一种极具

中医特色的外治法,在防治 LDH 中有着诸多优势,值得在临床推广应用。

综上所述,针刀联合脊痛消胶囊治疗 LDH 效果较针刀组和脊痛消组更为明显,能够有效减轻患者腰部疼痛,改善其腰部功能障碍,值得临床推广应用。

【参考文献】

- [1] 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
- [2] 段红光. 腰椎间盘突出症的发病机制和诊断 [J]. 中国全科医学, 2012(36):4227-4230.
- [3] 吴晓飞, 陈锋, 刘宁, 等. 腰椎间盘突出症中西医治疗方法选择 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2018, v.20;No.175(11):165-169.
- [4] 任剑锋. 腰椎间盘突出症手术治疗研究进展 [J]. 山西中医学院学报, 2011, 12(001):73-75.
- [5] 李远峰, 任明辉, 任树军, 王震, 姜益常. 经皮针刀松懈联合医用臭氧注射治疗腰椎间盘突出症的疗效评估 [J]. 针灸临床杂志 (7 期):43-45.

(上接第 70 页)

临床关注和重视。目前中医医院对原发性肾病综合征患者在常规西药治疗基础上增加防己黄芪汤加味治疗,取得了较好的治疗效果。在中医学领域,原发性肾病综合征属于“水肿”“虚劳”等范畴,以肺脾肾亏虚为本,寒湿、湿热、瘀血为标,治疗的关键就是宣肺、健脾、补肾、活血、清热、利尿。防己黄芪汤基础方剂包含生黄芪、粉防己、白术、金樱子、芡实、玉米须、肾炎草、茯苓、泽泻、甘草、大枣、生姜,其中生黄芪具有益气固表、利水消肿的作用,粉防己具有祛风利水功效,两者相伍,共为君药。白术健脾益气、利水祛湿,强化黄芪和粉防己的功效,为臣药。金樱子、芡实可以发挥益肾涩精功效,玉米须可以利尿降压,肾炎草可以发挥消炎利尿的作用,茯苓健脾胜湿,泽泻利水渗湿,甘草具有调和药性的功效,诸多药物联合使用,共同发挥健脾固表、益肾涩精以及利水消肿的功效^[4]。另外,还可以根据患者具体的情况,加用针对性药材治疗效果显著提升。

本研究结果显示,观察组的治疗总有效率为 92.68%,高于对照组的 78.05%,差异有统计学意义($P < 0.05$);综上所述,对原发性肾病综合征患者实施防己黄芪汤加味治疗,能提高患者的治疗效果,值得临床推广应用。

【参考文献】

- [1] 石梅雪. 防己黄芪汤治疗原发性肾病综合征临床观察 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2021, 19(10):98-100.
- [2] 彭华东, 白发臣, 林研研, 王建挺. 加味防己黄芪汤对原发性肾病综合征微炎状态的影响分析 [J]. 海峡药学, 2020, 32(06):128-130.
- [3] 孙莉娜, 冯贺研, 程华, 刘玉宁. 加味防己黄芪汤治疗原发性肾病综合征 50 例 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(88):188-190.
- [4] 张妙时, 郑会芬, 丁琳婷. 防己黄芪汤治疗原发性肾病综合征水肿期的临床研究 [J]. 四川中医, 2018, 36(10):149-151.

(上接第 71 页)

西医认为治疗慢性荨麻疹中,应明确患者发病原因,再以此为依据选择有效的治疗方法,组胺类药物及免疫抑制剂已成为临床首选药物^[3]。依巴斯汀是一种组胺 H₁ 受体阻断剂,其在治疗慢性荨麻疹上效果显著,其主要通过抑制组胺释放,降低水中及炎症渗出达到治疗目的,具有药物作用时间长,不良反应少等特点。但是长时间使用会出现停药后复发的问

题。中医认为慢性荨麻疹主要致病机制为卫表不固,营卫失调,气血不足,血虚化燥生风,本病因先天禀赋不耐,风邪乘虚侵袭所致;或因平素体虚,卫表不固,风寒风热之邪外袭客于肌表,致使营卫失调而发病;或因饮食失节,使胃肠积热,复感风邪,内不得疏泄,外不得透达,郁于皮毛肌腠之间而发病;也可因久病体虚,气血不足,血虚化燥生风,复感外风之邪而诱发。针灸治疗具有调整阴阳、扶正祛邪的作用,针刺曲池、血海、足三里、三阴交等穴位,可起到补气行血、清热解表、活血祛风、祛风止痒等作用^[4]。中医针灸疗法以整体观念对疾病进行辨证论治,将扶正,祛邪作为主治方向,

标本同治,不仅具有较强的针对性,副作用也非常少,同时降低复发率。本文研究结果显示,观察组采取药物联合针灸进行治疗,治疗后总有效率为 93.33%,对照组采取药物治疗,治疗总有效率为 73.33%,两组数据对比差异具有统计学意义($P < 0.05$),经过 30 天随访,观察组患者复发率为 20.00%,对照组复发率为 46.67%,组间对比差异存在显著性($P < 0.05$),充分表明,针灸联合依巴斯汀治疗慢性荨麻疹具有显著的临床效果,提高治疗有效率,降低复发率,值得临床推广使用。

【参考文献】

- [1] 吕廷蓉, 应掌红. 依巴斯汀片联合复方甘草酸苷片治疗慢性荨麻疹的疗效评价 [J]. 临床合理用药杂志, 2020, 13(11):100-102.
- [2] 胡瑾瑾. 中西医结合治疗慢性荨麻疹疗效观察 [J]. 皮肤病与性病, 2018, 40(06):848-850.
- [3] 王玫玲, 闵玮, 钱齐宏, 杨子良, 宋琳毅, 周乃慧, 王森森. 不同剂量依巴斯汀治疗慢性荨麻疹的临床效果观察 [J]. 中国社区医师, 2018, 34(33):85-86.