

骶管滴注联合小针刀治疗椎间盘源性腰痛的临床疗效

付忠全(重庆市巫溪县中医医院骨科 405800)

【摘要】 目的 探讨骶管滴注结合小针刀治疗椎间盘源性腰痛的临床疗效。方法 选取 2011 年 3 月至 2013 年 6 月在重庆市巫溪县中医医院就诊的 84 例椎间盘源性腰痛患者,随机分为 A、B 两组,每组各 42 例,A 组予以小针刀治疗,B 组给予骶管滴注与小针刀相结合治疗,评定患者治疗前后不同时间的疼痛指数及临床疗效。结果 两组患者治疗后疼痛指数虽有降低,但 B 组较 A 组降低更加明显,差异有统计学意义($P < 0.05$);B 组治疗后总有效率为 88.1%,A 组为 78.6%,差异有统计学意义($P < 0.05$);A 组患者在治疗后 1 周时总有效率为 69%,相比于治疗结束时的 78.6%明显降低;B 组患者在治疗后 1 周时的总有效率为 90.5%,相比于治疗结束时的 88.1%有明显提高,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 骶管滴注与小针刀相结合的方法更为安全、有效,有助于为患者减轻疼痛,提高生活自理能力。

【关键词】 椎间盘源性腰痛; 针刀治疗; 骶管滴注

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.05.036 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2014)05-0658-02

椎间盘源性腰痛(DLBP)是由椎间盘退变后疼痛感受器接受疼痛刺激信号所导致,其症状主要表现为腰臀部疼痛及下肢放射性痛,椎旁、臀中肌压痛^[1]。目前,对疼痛产生的机制尚不完全清楚,因此,临床治疗十分棘手。部分学者认为椎间盘变性、纤维环膨出、破裂后髓核液释放出的糖蛋白和 P 物质对神经根产生强烈的化学性刺激是其主要的致痛机制^[2-3]。前期临床所采用的传统髓核切除术及椎间盘内注射治疗等手段虽能一定程度上有效缓解疼痛,但由于此类治疗方法创伤大、治疗费用高且并发症较多,导致患者难以接受,而单纯的手法或针灸治疗又难以获得明显的治疗效果。因此,寻找一种有效、便捷而又切实可行的治疗方法具有非常重要的现实意义。近年来,骶管滴注结合小针刀治疗 DLBP 逐渐在临床中得到越来越多的应用,其治疗效果较为显著且治疗成本较低,已被越来越多的临床医师推荐。本文选取本院 2011 年 3 月至 2013 年 6 月就诊的 84 例 DLBP 患者,分别采取小针刀或骶管滴注与小针刀相结合治疗,现将其治疗情况报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2011 年 3 月至 2013 年 6 月在本院就诊的、经 CT 或 MRI 证实为腰椎间盘突出或膨出的 84 例 DLBP 患者,其中男 36 例,女 48 例;年龄 25~57 岁,平均为(47.59±5.42)岁;所有患者均有超过 6 个月的持续腰痛,并经 4 个月以上保守治疗无效,经影像学资料证实无神经根卡压及节段性不稳定,椎间盘造影提示椎间盘有退变。排除疑有或已确诊的椎体或椎管内结核、骨髓炎、肿瘤患者及患有严重的骨质疏松症患者;青光眼、糖尿病、高血压、全身感染性疾病及精神疾病患者;血液病患者;有严重心、脑、肺、肾等器质性病变及其他明确原因导致的腰椎病变患者。所有患者均签署知情同意书。经医院医学伦理委员会同意,根据患者诊治先后顺序,将 84 名患者随机分为 A、B 两组,每组 42 例,A 组予以小针刀治疗,B 组给予骶管滴注与小针刀相结合治疗,两组患者的年龄、性别、病程等一般资料差异无统计学意义($P > 0.05$),组间具有可比性。

1.2 方法 A 组采用小针刀治疗:患者取俯卧位,腹部垫高,根据患者病情选取阿是穴常规消毒后铺无菌巾,术者戴无菌手套及口罩,用 1%利多卡因 2 mL 局部麻醉,然后用针刀垂直进针一定深度后,沿肌束方向进行剥离,进针深度及剥离次数根

据患者病情,以患者耐受为度。出针时按压针孔数分钟后贴创可贴。嘱患者休息 30 min 后对患者的疗效进行评定并于 1 周后进行复查。

B 组采用骶管滴注与小针刀相结合治疗:患者取俯卧位,腹部垫高,腰骶部皮肤常规消毒后铺无菌巾,用 1%利多卡因 2 mL 局部麻醉,术者用 8 号针经骶管裂孔、骶尾韧带进行穿刺,将配置好的治疗液经穿刺针以 80 滴/分的速度持续输入,治疗液主要包括 0.9%氯化钠溶液 250 mL、100 mg 利多卡因、10 mg 地塞米松、2 mL 维生素 B₁、1 mL 维生素 B₁₂。1 h 内输完后,嘱患者休息 30 min 后按上述方法行小针刀治疗,治疗结束后对患者的疗效进行评定并于 1 周后复查。

1.3 观察指标 (1)采用疼痛视觉模拟评分法(VAS)^[2]对患者疼痛程度进行评估:将一条长度为 10 cm 直线 10 等分,从左至右,疼痛程度由无痛逐渐增强,让患者根据自己的疼痛程度标记,所对应的数据即为疼痛评分。(2)采用 MacNab 功能评价标准^[2]进行临床评价:症状消失、工作和运动正常为显效;腰部及下肢疼痛偶有发生,工作基本正常,无需特殊治疗为有效;症状改善不明显甚至加重,需要药物治疗为无效。显效率与有效率之和为总有效率。

1.4 统计学处理 使用 SPSS15.0 统计软件对数据进行统计分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示。计数资料以百分率表示,计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后不同时间疼痛程度比较 两组患者治疗后疼痛指数虽有降低,但 B 组较 A 组降低更加明显,差异有统计学意义($P < 0.05$),详见表 1。

表 1 A、B 组患者治疗前后不同时间疼痛程度评分($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	治疗前	治疗后	治疗后 1 周
A 组	42	6.52±0.36	3.48±0.16 ^a	3.26±0.24 ^a
B 组	42	6.57±0.41	3.01±0.13 ^{ab}	2.17±0.31 ^{ab}

注:与同组治疗前相比,^a $P < 0.05$;与 A 组治疗后相比,^b $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者治疗后不同时间临床疗效比较 B 组治疗后总有效率为 88.1%,A 组为 78.6%,B 组明显高于 A 组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。A 组患者在治疗后 1 周总有效率为

69.0%，相比于治疗后的 78.6% 明显降低；B 组患者在治疗后 1 周时的总有效率为 90.5%，相比于治疗后的 88.1% 有明显提高，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。两组患者均未出现任何不良反应，详见表 2。

表 2 A、B 组患者治疗后不同时间临床疗效比较 [n(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
A 组	42				
治疗后		10(23.8)	23(54.8)	9(21.4)	78.6
治疗后 1 周		8(19.0)	21(50.0)	13(31.0)	69.0 ^a
B 组	42				
治疗后		14(33.3)	23(54.8)	5(11.9)	88.1 ^b
治疗后 1 周		13(31.0)	25(59.5)	4(9.5)	90.5 ^{ab}

注：与同组治疗后相比，^a $P < 0.05$ ；与 A 组同一时间相比，^b $P < 0.05$ 。

3 讨 论

DLBP 患者腰部疼痛往往深且剧烈，不少患者虽无神经根卡压及节段性不稳定^[4-5]，但仍会出现腹股沟痛及大腿前外侧痛或小腿外侧呈根性分布特点的放射痛。目前，疼痛机理尚不十分清楚，但经过大量研究发现，可能与神经传导或病变椎间盘内累积大量炎性介质有关。已有报道认为髓管滴注疗法治疗 DLBP 之所以出现较好的疗效主要有以下几个原因^[6-7]：(1) 由于经髓管输入大量液体所形成的压力对神经根进行冲击，可钝性分离粘连受压的神经纤维，从而使粘连得以缓解；(2) 大剂量等渗液在椎管内所形成压力可使脱出的椎间盘处于悬浮状态，依靠压力恢复原位和弹性后，可有效解除其对神经根的压迫；(3) 液体内含含有具有营养神经细胞的药物，有助于恢复神经干和神经末梢的传导功能。

临床观点认为由于慢性软组织损伤疾病所引起的躯干四肢顽固性疼痛，如椎间盘源性腰腿痛伴椎旁、臀中肌压痛的患者是小针刀治疗的适应证。通过疏通和剥离由于椎间盘突出所累及的脊神经根远端的软组织粘连、结痂和臀中肌挛缩，可有效解除神经卡压，以达到疏通经络的效果，可迅速改善 DLBP 的临床症状^[8-9]。本文研究结果显示，B 组患者通过髓管滴注联合小针刀治疗椎间盘突出症所致的腰痛，其近期疗效显著优于 A 组，进一步说明髓管滴注与小针刀两种治疗方法的结合具有明显的协同作用。

此外，利多卡因具有局部麻醉作用，能使神经末梢兴奋性降低，减少退变椎间盘内酸性物质的堆积，从而缓解疼痛^[10-11]；地塞米松具有较强的抗炎、消肿、止痛作用；B₁、B₁₂ 对神经有较好的亲和力，能够营养修复损伤的神经，有助于神经功能的恢复。以上药物通过髓管滴注，形成一定的压力对神经根及窦椎神经进行冲击，能够有效地消除神经的炎性水肿^[12-14]，营养修复神经，恢复神经的传导功能。小针刀治疗可以通过对穴位的刺激达到疏经通络，活血止痛的作用，亦可通过机械性剥离，松解软组织粘连，缓解疼痛。二者相结合，可以标本兼治，极大地提高了 DLBP 患者的生活质量^[15]。本研究结果显示，两组患者治疗后疼痛指数虽均有降低，但 B 组较 A 组降低更加明显，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，说明髓管滴注与小针刀相结合的方法相比于小针刀疗法更能够减轻患者疼痛。通过对两组疗效分析可知，B 组治疗后总有效率为 88.1%，A 组为 78.6%，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，说明髓管滴注与小针刀相结合的方法相比于小针刀疗法疗效更加明

显 ($P < 0.05$)。而且，A 组患者在治疗后 1 周时总有效率为 69.0%，相比于治疗后的 78.6% 明显降低，说明治疗后病情有反复。B 组患者在治疗后 1 周时总有效率为 90.5%，相比于治疗后的 88.1% 明显提高 ($P < 0.05$)，说明 B 组患者治疗后 1 周病情继续好转，远期疗效较好。两组患者术中均未出现任何不良反应，说明其治疗方法比较安全。

综上所述，髓管滴注与小针刀相结合方法疗效显著，具有安全、简便、微创治疗的特点，可迅速改善盘源性腰腿痛的临床症状，有助于患者减轻疼痛，提高生活自理能力，值得临床推广使用。

参考文献

- [1] 唐福兴, 梁博伟, 李宁宁, 等. 椎间盘退变程度与盘源性腰痛手术疗效的关系 [J]. 广东医学, 2013, 34(7): 1084-1086.
- [2] Hu YG. Prolapse of lumbar intervertebral disc [M]. 3rd ed. Beijing: People's Health Publishing House, 2004: 78-79.
- [3] Anon. Medical standards of TCM [M]. Nanjing: Nan jing University Press, 1994: 214.
- [4] Pauza KJ, Howell S, Dreyfuss P, et al. A randomized, placebo-controlled trial of intradiscal electrothermal therapy for the treatment of discogenic low back pain [J]. Spine J, 2004, 4(1): 27-35.
- [5] Zhao JS, Wu YX. Investigation of acupoint injection with infusion treatment for prolapse lumbar intervertebral discherniation [J]. People's Military Surgeon, 2005, 48(12): 698-699.
- [6] Sakou T, Masuda A. Operative approach and MRI classification of prolapse of lumbar intervertebral disc [J]. Clin Orthop Relat Res. 1993, (286): 174-179.
- [7] 朱汉章. 针刀医学原理 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 428-430.
- [8] 关圆, 倪家骧. 椎间盘源性腰痛的细胞病理学研究进展 [J]. 中国康复医学杂志, 2012, 27(7): 683-686.
- [9] 陈建颖. 髓管封闭结合小针刀治疗椎间盘突出症临床观察 [J]. 中国医药指南, 2011, 9(33): 155-155.
- [10] 高兆容, 曾湘穗. 髓管封闭治疗腰椎间盘突出症 [J]. 广西医学, 2009, 31(8): 1172-1173.
- [11] Peng B, Hou S, Wu W, et al. The pathogenesis and clinical significance of a high-intensity zone (HIZ) of lumbar intervertebral disc on Mr imaging in the patient with discogenic low back pain [J]. Eur Spine J, 2006, 15(5): 583-587.
- [12] 朱晓勤. 小针刀治疗椎间盘源性腰痛临床观察 [J]. 中医正骨, 2009, 21(6): 61-62.
- [13] 成磊, 查和萍, 范志勇. 扳机点小针刀治疗椎间盘突出症的理论探讨 [J]. 按摩与康复医学, 2013, 4(5): 86-88.
- [14] 何伟新. 小针刀治疗 62 例椎间盘突出症的疗效观察研究 [J]. 中国医药指南, 2013, 11(8): 282-283.
- [15] 孙景涵. 注射结合小针刀治疗腰椎间盘突出 350 例 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2013, 20(15): 66-67.