

引用:张书彪,常修河,王晓丹. 银质针导热联合针刀治疗慢性下腰痛46例临床观察[J]. 湖南中医杂志,2020,36(6):73-75.

银质针导热联合针刀 治疗慢性下腰痛46例临床观察

张书彪,常修河,王晓丹

(郑州市颈肩腰腿痛医院,河南 郑州,450015)

[摘要] 目的:观察银质针导热联合针刀治疗慢性下腰痛的临床疗效。方法:将慢性下腰痛患者92例随机分为2组,每组各46例。治疗组采用银质针导热联合针刀疗法,对照组单用银质针导热治疗。比较2组的综合疗效、腰椎屈曲范围、日常生活能力(ADL)评分、视觉模拟疼痛量表(VAS)评分、健康调查简表(SF-36)评分。结果:总有效率治疗组为91.30%(42/46),对照组为76.09%(35/46),2组比较,差异有统计学意义($P < 0.01$)。2组治疗后腰椎屈曲范围及ADL、VAS、SF-36评分比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。结论:银质针导热联合针刀运用于慢性下腰痛治疗效果明显,可有效改善腰椎屈曲范围,减轻疼痛,提高腰部功能,改善生存质量。

[关键词] 慢性下腰痛;针刀疗法;银质针导热

[中图分类号] R246.9 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.06.029

慢性下腰痛属于骨科常见疾病,其临床表现主要为腰骶、下背及臀部疼痛,若未及时治疗或者治疗不当,可随疾病进展而疼痛加重,直接影响患者的日常生活能力,降低生存质量^[1]。银质针导热和针刀治疗是该病临床常用的治疗方法。本研究将两者结合治疗该病,疗效满意,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取我院2017年4月至2018年8月收治的慢性下腰痛患者92例,按照随机数字表法将其分为2组,每组各46例。治疗组中,男22例,女24例;年龄34~75岁,平均(51.47±1.25)岁;病程7个月至3年,平均(1.79±0.58)年。对照组中,男23例,女23例;年龄35~75岁,平均(51.82±1.17)岁;病程7个月至4年,平均(1.90±0.62)年。2组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 符合《中医病证诊断疗效标准》^[2]中慢性下腰痛的临床诊断标准。1)腰痛反复发作,维持时间超过6个月;2)经椎间盘造影显示纤维环破裂,加压注射造影剂后可复制下腰痛;3)经MRIT2加权象椎间盘信号降低,部分患者纤维环后方可见高信号区。

1.3 纳入标准 1)符合上述诊断标准;2)资料齐全,能够配合研究;3)患者及家属自愿参加本研究并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)合并精神类疾病或沟通障碍;2)合并器官功能异常,血液、肝肾系统疾病、椎体滑脱、椎管狭窄、椎间盘突出、椎体侧弯或后突;3)有腰椎手术史;4)合并脊柱骨折、强直性脊柱炎。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用银质针导热治疗。医护人员协助患者采取俯卧位,将腰部垫高,完全显露腰骶位置,确定患者髂嵴、髂后上棘内侧缘1/3位置。按照骨盆髂嵴缘进行弧形进针,并标记进针点,共两行,每行5~6个,针距保持2~3cm。确定患者L3~S2椎板、小关节区、L2~4横突位置标记进针点,标记方式相同,针距保持1cm。常规消毒、麻醉后,以银质针在进针点进行直刺,直到产生针感。采用银质针加热巡检仪(上海曙新科技开发有限公司,型号:YRX-1A32),设置温度为90℃,肌肤表面接触点与针的温度约为42℃,加热时间控制在20min左右。密切关注进针点位置的肌肤变化并耐心询问患者有无灼热感,按照患者耐受程度调整银质针加热巡检仪的温度。治疗结束后取出银质针,采用无菌纱布轻柔按压进针点,时间在2~3min左右,未发现活动性出血后以碘酊消毒。每隔2周治疗1次,连续治疗3次。

2.2 治疗组 在对照组的基础上联合针刀治疗。医护人员协助患者采取俯卧位,严格按照疼痛位置及治疗前检查结果选择2~5个针对性压痛点,常

规消毒、麻醉后,选择0.8mm刀刃的小针刀在压痛点位置进针,按照纵形疏通方式分离粘连瘢痕产生的软组织,并遵照瘢痕具体情况选择刮除瘢痕、横向摆动、切开剥离或者彻底剥除等方式松解粘连的软组织。每周治疗1次,连续治疗2~3次。

3 疗效观察

3.1 观察指标 分别于治疗前、治疗后1个月,治疗后5个月记录腰椎屈曲范围、日常生活能力(ADL)及视觉模拟疼痛量表(VAS)评分,并在治疗前后采用健康调查简表(SF-36)对患者生活质量进行评价。1)腰椎屈曲范围。指导患者自然站立,检查其中指尖距离地面的距离记为A,随后使患者全力向前屈脊柱,检查中指尖距离地面的距离记为B,连续测量3次,取平均值,腰椎屈曲范围=A-B。2)VAS评分^[3]。0分,无痛;1~3分,轻微疼痛,可以忍受;4~6分疼痛明显,尚可忍受;7~10分强烈疼痛,难以忍受,影响睡眠、食欲、生活等。3)ADL评分^[4]。总分100分。<20分,严重功能障碍,生活完全需要依赖;≥20分、但<40分,生活需要较大帮助;≥40分、但<60分,生活需要一定帮助;≥60分,生活基本自理。4)SF-36评分^[5]。主要对生理功能、躯体疼痛、健康状况、社会功能进行评价,总分100分,分数越低提示生活质量越低。

3.2 疗效标准 根据《骨科临床疗效评价标准》^[6]制定。显效:相关症状消退,日常活动恢复正常,5个月内无复发;有效:相关症状减轻,日常活动恢复趋势,5个月内可能复发;无效:未达以上标准。

3.3 统计学方法 采用SPSS 18.0统计学软件进行统计分析,其中计量资料以均数±标准($\bar{x} \pm s$)表示,采用t检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验;以P<0.05为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组综合疗效比较 总有效率治疗组为91.30%,对照组为76.09%,2组比较,差异有统计学意义(P<0.01)。(见表1)

表1 2组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
治疗组	46	19(41.30)	23(50.00)	4(8.70)	42(91.30)
对照组	46	15(32.61)	20(43.48)	11(23.91)	35(76.09)
χ^2 值					8.476
P值					0.004

3.4.2 2组腰椎屈曲范围比较 2组腰椎屈曲范围治疗1、5个月后组间比较,差异均有统计学意义

(P<0.01)。(见表2)

表2 2组腰椎屈曲范围比较($\bar{x} \pm s$,cm)

组别	例数	治疗前	治疗1个月后	治疗5个月后
治疗组	46	43.59±8.45	65.47±10.21	73.68±10.74
对照组	46	44.02±8.63	51.69±9.45	60.54±10.13
t值		0.241	6.718	6.036
P值		0.810	0.000	0.000

3.4.3 2组治疗前后ADL、VAS评分比较 2组ADL及VAS评分治疗后1、5个月比较,差异均有统计学意义(P<0.05或P<0.01)。(见表3)

表3 2组治疗前后ADL、VAS评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	ADL评分			VAS评分		
		治疗前	治疗1个月后	治疗5个月后	治疗前	治疗1个月后	治疗5个月后
治疗组	46	28.45±3.39	51.36±4.74	86.55±1.26	6.84±2.18	4.43±1.37	2.14±0.61
对照组	46	28.07±3.42	43.47±4.09	73.45±2.85	6.93±2.21	5.12±1.60	3.70±1.13
t值		0.535	8.547	28.513	0.197	2.222	8.239
P值		0.594	0.000	0.000	0.845	0.029	0.000

3.4.4 2组治疗前后SF-36评分比较 2组SF-36评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表4)

表4 2组治疗前后SF-36评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	时间节点	生理功能	躯体疼痛	健康状况	社会功能
		治疗后	92.36±2.14 ^{ab}	90.15±2.36 ^{ab}	91.03±2.25 ^{ab}	94.21±1.47 ^{ab}
对照组	46	治疗前	63.72±6.13	56.90±8.52	60.88±5.93	65.03±4.08
		治疗后	85.49±3.58 ^a	82.47±3.25 ^a	87.41±3.06 ^a	88.23±2.05 ^a

注:与本组治疗前比较,^aP<0.05;与对照组治疗后比较,^bP<0.05。

4 讨论

腰椎中承受压力最大者为下腰椎,加之关节活动较多,各类腰椎管内外的软组织因受到损伤或劳损后可产生无菌性炎性反应,从而引发慢性下腰痛。其临床症状以疼痛为主,同时伴有下肢酸麻等,严重者可能出现肌痉挛或肌挛缩,直接限制了患者日常活动能力,降低生活质量^[7]。临床治疗以减轻疼痛、恢复日常生活能力为主,但治疗方式较多,因此选择有效治疗方式对保障患者身心健康至关重要^[8]。

临床对于本病既往多采用银质针导热进行治疗。该治疗在密集型银质针治疗的基础上应用银质针导热巡检仪,有效地弥补了艾绒燃烧后对银质针加热的缺陷。由于慢性软组织受损后产生的粘连及瘢痕难以自行吸收,若利用银质针导热治疗可有效减轻机体软组织损伤所造成的肌肉痉挛现象,

清除炎性疼痛,同时对机体软组织损伤造成的肌痉挛产生长时间的肌肉松弛效果,并促进病灶位置的血液循环。该法虽然取得一定的治疗价值,但单一治疗效果并不理想,不利于患者病情快速恢复^[9]。随着医疗水平的完善发展,临床提出在此基础上采取针刀治疗,可快速降低疼痛,缓解相关症状,改善病情^[10]。

针刀治疗是在经络学与解剖学上发展而来,同时借鉴了现代骨伤科研究成果。其在学习过程中对粘连组织进行剥除,并清除瘢痕,松解肌肉,从而有效减轻神经压迫,缓解韧带肌肉的紧张挛缩,促进病灶位置的微循环,改善局部代谢,进一步清除致痛物质。同时可影响病灶内微循环,减轻炎症组织中压力,降低其浓度,减轻血管痉挛,促进病灶位置缺血缺氧好转,从而发挥减轻疼痛的目的。由于针刀较粗,且针感较强,具有行气活血、通经活络之功效,利用针刀治疗可对触发点进行刺激,使中枢神经系统产生啡呔类物质,提升疼痛阈值,打破脊髓中枢的疼痛信号区域,增强镇痛效果。

本研究结果显示,总有效率治疗组为91.30%,对照组为76.09% ($P < 0.01$)。2组治疗后腰椎屈曲范围及ADL、VAS、SF-36评分比较,差异均有统计学意义 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),提示治疗组总有效率更高,能明显改善腰椎屈曲范围,减轻疼痛,改善日常生活能力,促进腰部功能恢复,提高生存质量。

综上所述,银质针导热联合针刀在慢性下腰痛

的治疗中具有重要作用,可快速降低疼痛,改善腰部功能,提高生活质量,为预后提供有利条件。

参考文献

- [1] CORREA, JULIANA B, PENA C, et al. Central sensitization and changes in conditioned pain modulation in people with chronic nonspecific low back pain; a case - control study [J]. Experimental Brain Research, 2015, 233(8): 2391 - 2399.
- [2] 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: 300.
- [3] 中华医学会. 临床诊疗指南·疼痛学分册 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 139 - 142.
- [4] 张明园, Elena Yu, 何海玲. 日常生活能力量表问卷与应用说明 [J]. 上海精神医学, 1995, 7(4): 5 - 6.
- [5] 陈天辉, 李鲁. SF - 36 V2 量表在中国人群的性能测试、常规制定及慢性病研究 [D]. 杭州: 浙江大学, 2008.
- [6] 蒋协远, 王大伟, 韩士章, 等. 骨科临床疗效评价标准 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 121 - 122.
- [7] 唐毅, 张良兵. 小针刀联合推拿治疗腰椎间盘突出症的临床效果及对患者致炎因子和生活质量的影响 [J]. 世界中西医结合杂志, 2017, 12(3): 406 - 409.
- [8] 黄殿祺. 针刀联合肌内效贴治疗慢性下腰痛 35 例临床观察 [J]. 湖南中医杂志, 2016, 32(7): 95 - 96.
- [9] 黄勇, 周英杰, 杨晓姣, 等. 独活寄生丸联合小针刀治疗腰三横突综合症临床观察 [J]. 世界中西医结合杂志, 2016, 11(6): 836 - 839.
- [10] 胡耀耀, 万超. 正清风痛宁注射液离子导入配合针刀治疗第3腰椎横突综合症的临床研究 [J]. 中国中医急症, 2018, 27(3): 414 - 417.

(收稿日期: 2019 - 05 - 15)

健脾不等于补脾

“健脾”这个词,似乎很容易被误解。谈到健脾,不少人第一反应就是补脾。补脾虽然是健脾的常用方式,但补脾与健脾的意思并不对等,健脾的内涵远大于补脾。

我们知道脾主运化,“运”是运转输送,“化”是消化吸收。脾主运化包括两个方面:一是运化精微,即脾具有把水谷化为精微,并将精微物质吸收转输至全身的生理功能;二是运化水湿,配合肺、肾、三焦、膀胱等脏腑,维持水液代谢的平衡。

健脾,是指健运脾气的治法,对应治疗的是脾失健运。脾失健运是中医的病机名称,是指因饮食不节、水湿痰饮、情志失调,或疾病日久,损伤脾胃,导致脾的运化功能失常。脾失健运的常见临床表现为食欲不振、腹部胀满、大便溏薄或水湿痰饮病症,舌苔或腻。导致脾失健运的病机有虚有实,虚者多为脾气虚或脾阳虚,无力运化;实者多为水湿痰饮、食滞等有形病理产物阻滞,妨碍了脾的运化。

因此,健脾的方式既可以是补脾,也可是祛湿、化痰、利水、消食、行气等。1) 从补虚角度。脾气虚导致的脾失健运,多用四君子汤、补中益气汤加减;脾阳虚导致的脾失健运,多用理中丸、附子理中丸加减。2) 从祛邪角度。湿阻导致的脾失健运,多用平胃散、藿香正气丸、胃苓汤加减;痰湿或痰饮导致的脾失健运,多用二陈汤、苓桂术甘汤加减;食滞脾胃,多用保和丸;气滞导致的脾失健运,多用舒肝和胃丸加减。3) 针对虚实错杂病机。补虚泻实同用,如脾虚有湿,多用参苓白术散;脾虚有痰,多用六君子丸;脾虚有痰兼气滞,多用香砂六君丸;肝气犯脾,多用逍遥散;脾虚气滞兼食积,多用枳实消痞丸等。(http://paper.cntcm.com.cn/html/content/2020-06/10/content_624400.htm)