

引用:夏圆元,张立勇,王俏玲,黄晓钟. 针刀透压治疗腰椎间盘突出症 60 例临床观察[J]. 湖南中医杂志,2021,37(8): 74-76.

针刀透压治疗腰椎间盘突出症 60 例临床观察

夏圆元¹,张立勇²,王俏玲²,黄晓钟²

(1. 重庆市云阳县中医院,重庆 云阳,404500;

2. 湘潭市执一堂中医院,湖南 湘潭,411000)

[摘要] 目的:观察针刀透压治疗腰椎间盘突出症的临床疗效。方法:选取腰椎间盘突出症患者 120 例,采用随机数字表法将其分为 2 组,每组各 60 例。治疗组采用针刀透压治疗,对照组予以常规针刀治疗,比较 2 组综合疗效及改良日本骨科学会腰痛评分法(M-JOA)评分。结果:总有效率治疗组为 98.33%(59/60),对照组为 85.00%(51/60),2 组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。2 组 M-JOA 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($P<0.01$)。结论:针刀透压治疗腰椎间盘突出症较常规针刀治疗疗效更优。

[关键词] 腰椎间盘突出症;针刀透压;常规针刀

[中图分类号] R274.915⁺.3 **[文献标识码]** A **DOI:**10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.08.024

腰椎间盘突出症是针灸科的常见病、多发病,该病中医治疗方法门类繁多,有针灸、推拿、理疗、穴位注射、整脊、埋线、针刀等^[1]。在以上方法中,小针刀是目前中医治疗腰椎间盘突出症最常用、最有效的保守疗法。但笔者在多年临床工作中发现,小针刀治疗的局限亦颇多,主要包括治疗过程痛苦较大、远期疗效不稳定、医疗风险高等因素,常不被患者接受。因此,笔者采用改良针刀技术即针刀透压技术治疗腰椎间盘突出症,克服了小针刀疗法的缺陷,取得了显著的临床疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2019 年 1 月至 2020 年 12 月于重庆市云阳县中医院针灸科门诊收治的腰椎间盘突出症患者 120 例,将其随机分为治疗组和对照组,每组各 60 例。治疗组中,男 29 例,女 31 例;年龄 22~75 岁,平均 (46.13 ± 12.85) 岁;平均病程 (49.24 ± 10.27) 个月;腰椎间盘突出者 26 例,腰椎间盘突出者 34 例。对照组中,男 26 例,女 34 例;年龄 20~72 岁,平均 (45.78 ± 11.86) 岁;平均病程 (49.71 ± 10.63) 个月;腰椎间盘突出者 22 例,腰椎间盘突出者 38 例。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]

中的相关标准。1)有腰部外伤、慢性劳损或受寒湿既往史,大部分患者在发病前有慢性腰痛病史;2)常发生于青壮年;3)腰痛向臀部及下肢放射,腹压增加时引起疼痛症状加重;4)脊柱发生侧弯,腰椎生理曲度变直或消失,病变部位棘突有压痛,并向下肢放射,腰部活动受限;5)下肢受累神经支配区域有疼痛感觉过敏或迟钝,部分病程长者或可出现肌肉萎缩,直腿抬高试验或加强试验阳性;6)X 线片等影像学检查可发现脊柱侧弯,腰椎生理前凸消失,病变椎间盘间隙可能变窄,相邻椎体边缘常有骨赘增生。

1.3 纳入标准 1)符合上述诊断标准,并经 CT 或 MRI 影像检查,明确定位突出部位和节段;2)年龄 20~75 岁,性别不限;3)能完成诊疗活动,并且临床资料齐全,未接受过其他治疗方法;4)签署知情同意书,依从性良好。

1.4 排除标准 1)影像学检查见大块髓核突出,或脱出压迫硬膜囊,或临床症见马尾神经引起的严重神经功能障碍;2)腰椎结核、肿瘤、脊柱炎患者;3)合并严重感染者,或合并严重心脑血管疾病及肝肾疾患;4)合并腰部椎管狭窄;5)妊娠或哺乳期妇女。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用针刀透压治疗。患者取俯卧

第一作者:夏圆元,女,医学硕士,主治医师,研究方向:针刀、针灸治疗各种痛症

通讯作者:张立勇,男,医学硕士,副主任医师,研究方向:针刀透压治疗脊柱相关疾病,E-mail:2390969027@qq.com

位,腹部垫枕,并采用张立勇老师独创的骶髂四针:1)中骶髂(髂后上棘向内旁开 0.5~1 cm);2)上骶髂(髂后上棘上 1 cm 向外旁开 0.5 cm);3)下骶髂(髂后下棘向内旁开 1~1.5 cm);4)髂外(髂嵴最高点上 0.5 cm 处)。操作:术前在所选治疗点常规消毒后铺好洞巾,配戴好无菌口罩及一次性无菌手套。选用北京华夏牌 1.2 mm×95 mm 一次性专用透压针刀。进针方向:上骶髂操作时透压针杆,与皮肤呈 30°~45°,针尖对准治疗点,针尖朝向与人体纵轴呈 30°。中、下骶髂操作时透压针杆与皮肤呈 45°,针尖对准治疗点,针尖朝向与人体纵轴呈 45°。操作针法及进针层次:右手拇指和食指呈十字交叉持针柄,拇指与针柄方向一致,五指呈握拳状,按照上述治疗定点及方向进针,针尖贴近皮肤时以快速透彻刺入,寸劲发力透破腰骶筋膜,待针下有阻力后稍停顿,再运气以寸劲发力透破腰骶韧带,最后进入骶髂关节内,当针透入骶髂关节缝时,会发出“咔咔”的撕布似响声,此时针下出现强烈的滞针感后即可出针,需注意在上骶髂进针过程中,因上骶髂前方为盆腔后腹膜,有大血管及神经毗邻,当针突破增厚挛缩的髂腰韧带后,须调整透压针呈 35°向骶髂关节的外上方进针,确保安全。外髂进针时针尖与皮肤呈 15°~30°,紧贴髂嵴内侧缘往外层层透刺髂腰筋膜,左手食指和中指轻轻抵住针尖处,引导针尖透刺松解,以确保针尖避免刺入腹腔内。出针后处理:治疗操作完成后即拔出针刀,用棉签按压刀口片刻,然后在每一个治疗点上分别贴上云南白药创可贴。让患者休息 30 min,观察其无异常反应后方能准许离开。疗程:针刀透压治疗每 6 d 进行 1 次,3 次为 1 个疗程,治疗 1 个疗程后统计疗效。

2.2 对照组 采用常规针刀治疗。体位:同治疗组。选点:1)突出节段的棘突间韧带和上下关节突;2)病变节段椎管外口;3)梨状肌、臀中肌、腓肠肌、比目鱼肌等肌肉局部压痛结节;4)L3、L4 横突;5)腰腿部的筋膜压痛结节。操作:在治疗部位做好常规消毒后铺洞巾,佩戴无菌口罩及一次性塑胶手套,完成局部麻醉后,选用 0.8 mm×80 mm 及 0.6 mm×50 mm 一次性乐灸牌小针刀,右手持针,刀口线与血管神经肌纤维方向一致,垂直于皮肤快速进针,针刀到横突尖部时纵切横剥 3~4 次,针刀松解椎管外口时,应反复询问患者下肢有无放电和刺

痛等异常感觉,如有异常感觉则停止切割剥离,若无异常感觉则可继续往下推进针刀至关节突上下附近骨面切割病变深筋膜,直至阻力消失。整个操作过程以切割深浅筋膜、筋结、浅在肌肉附着点为目的,不要求强行到骨面。出针后处理及疗程均同治疗组。

3 疗效观察

3.1 观察指标 采用改良日本骨科学会腰痛评分法(M-JOA)评定患者腰腿部疼痛症状、体征及日常活动受限程度等情况。M-JOA 评分表总分为 30 分,轻度<10 分,中度≥10 分、但≤20 分,重度>20 分,分值越高表示患者腰椎功能障碍越严重^[3]。

3.2 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[2]及《中药新药临床研究指导原则》^[3]中的有关标准拟定。采用尼莫地平法计算 M-JOA 评分减少率,即(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。临床治愈:腰痛症状及臀部、下肢放射性疼痛基本消失,皮肤感觉和肌力基本恢复正常,临床症状和体征基本消失,直腿抬高试验≥70°,可恢复正常工作和生活,对重体力活动无影响,M-JOA 评分减少率≥90%;好转:腰部疼痛及患侧臀部、下肢放射痛明显减轻,脊柱正常生理曲度基本恢复,临床症状体征基本消失或明显改善,直腿抬高试验≥60°、但<70°,基本恢复正常工作和生活,对重体力劳动有一定的影响,M-JOA 评分减少率≥40%、但<90%;无效:症状无明显缓解,甚至加重,直腿抬高试验<60°,M-JOA 评分减少率<40%。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 24.0 统计学软件进行分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)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 98.33%,对照组为 85.00%,2 组比较,差异有统计学意义(*P*<0.05)。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	临床治愈	好转	无效	总有效
治疗组	60	36(60.00)	23(38.33)	1(1.67)	59(98.33)
对照组	60	29(48.33)	22(36.67)	9(15.00)	51(85.00)

3.4.2 2 组治疗前后 M-JOA 评分比较 2 组治疗前 M-JOA 评分比较,差异无统计学意义(*P*>0.05)。治疗后 2 组 M-JOA 评分与本组治疗前比

较,差异有统计学意义($P<0.01$),且治疗组明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.01$)。(见表2)

表2 2组治疗前后M-JOA评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	60	24.73 $\pm$ 2.18	5.05 $\pm$ 1.44
对照组	60	22.81 $\pm$ 2.68	6.82 $\pm$ 2.32
t 值		4.29	-5.01
P 值		0.293	<0.01

4 讨论

针刀透压技术又简称透压针技术,是由湖南省针刀专业委员会秘书长张立勇所创立的疗法。张师在汉章先生所发明的小针刀技术基础上,结合自身治疗十余万例颈肩腰腿痛患者所积累的临床经验,通过改良小针刀而发明透压针,从而创立了针刀透压技术。透压针较传统小针刀要钝,为双刃圆钝型针,看似针刀,实则为针,操作时并不切割、剥离软组织,而是以透刺筋膜和骨缝或磨透骨膜为主要操作手法,临床操作比小针刀更安全、创伤更小、痛苦更少、见效更快、疗效更持久。

透压针之“透”为透破病变筋膜之意;“压”意为筋膜或者骨膜减张减压,释放筋膜骨膜的内压。从人体解剖结构可知,深筋膜具有包裹肌肉、神经血管束和内脏器官的解剖特点,在体内纵横交错、内外相连、上下贯通、左右缠绕,因此深筋膜或紧缩或僵硬或柔软的状态,都与人体的健康密切相关。张师认为健康最根本的状态是组织细胞能够得到足够且及时的血液滋养,深筋膜紧缩会导致其包裹的血管痉挛或牵拉,从而其供血区域出现缺血缺氧,引发各种病证。张师认为骶髂关节是人体骨结构的地基,人体重心所在,也是上下半身沟通的桥梁,90%以上的腰椎间盘突出患者骶髂关节均存在不同程度的旋移,是本病最主要的原因。从解剖结构来看,骶髂关节属于微动性关节,也是人体承受重力的最大关节^[4],位于人体中线的下部,骨盆的后部,占整个骨盆环稳定作用的60%,属于脊柱的基底部结构^[5],周围还有包括髂腰韧带、骶结节韧带、骶棘韧带等在内的数条强大韧带及背阔肌、胸腰筋膜后层等在内的肌肉及筋膜^[6],共同维持“腰-盆-髋”的整体力学平衡^[7]。张师独创骶髂四针,从骶髂关节入手,通过独特的透压针法松解其深部筋膜及韧带紧张痉挛,以四两拨千斤之功,恢复脊柱-骶-髋的力学平衡,恢复脊柱的异常力学应力。通过透压

骶髂使骨盆回正,从而回正脊柱,解除神经的卡压和腰部肌肉和筋膜的紧张及挛缩,最终缓解或解除本病的临床症状。

《素问·调经论》记载:“病在筋,调之筋;病在骨,调之骨”“经筋联络四肢百骸,主司关节运动”,均说明调节运动需从筋骨入手。又《难经》云:“督脉者,起于下极之俞,并于脊里,上至风府,入属于脑。”《素问·骨空论》曰:“督脉为病,脊强反折。”《灵枢·经筋》载:“足少阳之筋……其支者别起外辅骨,上走髀,前者结于伏兔之上,后者结于尻。”《灵枢·经脉》中言“足太阳膀胱之经……其支者,从腰中下挟脊,贯臀,入腠中”“是动则病脊痛,腰似折,髀不可以曲,腠如结,踡如裂”,因此张师提出万病不治开骶髂,认为腰骶部是督脉、足太阳膀胱经、足少阳胆经三经经脉、经筋气血交合之处,在此处施治,可调和三经气血,疏理经筋,通络止痛。

参考文献

- [1] 温泽发,牛淑芳,曾令友,等.腰痛六合散熨疗联合针刺治疗血瘀型腰椎间盘突出症[J].中国实验方剂学杂志,2018,24(7):217-222.
- [2] 中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准[M].北京:中国中医药出版社,2012:201-202.
- [3] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:30-35.
- [4] 师宁宁,沈国权,何水勇,等.骶髂关节紊乱与腰椎间盘突出之间相关性的流行病学研究与生物力学分析[J].中国骨伤,2014,27(7):560-564.
- [5] 刘慧,张喜林,周楠,等.步态仿真下腰椎间盘突出合并骶髂关节紊乱的有限元分析[J].医用生物力学,2017,32(1):46-53.
- [6] 刘红波,左亚忠,沈国权.骶髂关节功能紊乱所致下腰痛的诊断和手法治疗[J].颈腰痛杂志,2008,29(6):578-580.
- [7] 潘之清.实用脊柱病学[M].济南:山东科技出版社,1996:865-870.

(收稿日期:2021-02-27)

清心莲子饮

材料:中药颗粒莲子、莲子心各2袋(20g),连翘1袋(10g),生甘草1袋(3g),蜂蜜适量。

做法:将中药颗粒与蜂蜜混合,再加开水200ml,充分搅匀,分次饮用。

功效:养心安神,清热祛火。(http://www.cntcm.com.cn/news.html?aid=177573)