

小针刀治疗老年腰椎管狭窄所致疼痛及功能障碍疗效观察

盛新君, 倪梦园

嘉兴富江骨伤医院, 浙江 嘉兴 314004

[摘要] 目的: 探讨小针刀治疗老年腰椎管狭窄所致疼痛及功能障碍的临床疗效。方法: 将 80 例老年腰椎管狭窄患者随机分为 2 组, 各 40 例, 对照组采取腰椎牵引治疗, 观察组行小针刀治疗, 观察比较 2 组临床疗效, 观察治疗前后疼痛视觉模拟评分法 (VAS) 评分、日本骨科协会疗效标准 (JOA) 评分及 T 淋巴细胞指标变化。结果: 临床治愈率、总有效率观察组分别为 52.5%、92.5%, 对照组分别为 17.5%、75.0%, 2 组比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组 VAS 评分较治疗前下降, JOA 评分上升, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 且观察组上述指标改善较对照组更显著 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组 CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 较治疗前显著上升, CD8⁺ 显著下降, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 且观察组上述指标改善优于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 小针刀治疗老年腰椎管狭窄, 能明显调节患者 T 淋巴细胞亚群水平, 对改善患者疼痛症状及功能障碍疗效显著。

[关键词] 腰椎管狭窄; 小针刀; 疼痛; 功能障碍; 老年人

[中图分类号] R681.5⁺7 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 11-0080-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.11.035

腰椎管狭窄典型症状为下腰疼痛、麻木或间歇性跛行等, 腰椎间盘突出症、黄韧带肥厚等均可引起^[1]。本病以中老年人 群为主要发病对象, 其发病率在我国人口老龄化现象下逐年增多^[2]。目前, 临床治疗老年腰椎管狭窄以保守治疗为主, 包括 针刺、腰椎牵引、推拿等, 疗效各异。近年来, 小针刀在腰 椎管狭窄等疾病中应用加多, 主要是通过对椎管外病变软组 织松解达到解除肌痉挛、缓解疼痛的目的, 且小针刀属于微 创操作, 安全性高^[3]。基于此, 本研究采取小针刀治疗老年 腰椎管狭窄, 探讨其疗效及对患者疼痛、功能障碍的改善作 用, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 X 线摄片检查显示椎管狭小, 椎管矢状径 多 15 mm 以下; 直腿抬高试验阳性或阴性; 均存在慢性 腰痛史, 部分既往有外伤史, 出现腰痛、间歇性跛行症状; 年龄 60~76 岁; 患者知情并签订治疗同意书。

1.2 排除标准 伴腰椎滑脱、腰椎结核、腰椎肿瘤者; 肝肾功能严重不全; 自身免疫性疾病、凝血系统疾病; 因 各种原因不能坚持完成本次研究者; 精神异常、认知障碍 者; 相关资料不全者。

1.3 一般资料 选取本院 2013 年 4 月—2015 年 12 月诊 治的腰椎管狭窄患者, 共 80 例。依据随机数字表法将患者分 为观察组和对照组各 40 例。观察组男 18 例, 女 22 例; 年龄

60~75 岁, 平均(63.5±2.7)岁; 病程 4~12 月, 平均(7.1± 2.0)月; 其中下肢麻木疼痛者 24 例, 夜间疼痛 3 例。对照组 男 21 例, 女 19 例; 年龄 60~76 岁, 平均(63.8±3.0)岁; 病程 5~14 月, 平均(7.4±2.2)月; 其中下肢麻木疼痛 23 例, 夜间疼痛 4 例。本次研究经医学伦理委员会批准。2 组 年龄、病程等一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 采取腰椎治疗, 牵引重量约为 7.6 kg, 具体 以患者可耐受为宜, 每次 30 min, 每天 1 次, 10 次为 1 疗 程。1 疗程结束后休息 3 天, 之后开始下 1 疗程。共治疗 4 疗程。

2.2 研究组 采取小针刀治疗, 治疗前先接受 X 线摄片、 CT 等影像学检查, 根据结果确定治疗节段。予患者俯卧位, 标记治疗点, 常规消毒铺巾。局部麻醉, 于棘突侧一横指处竖 直进针至 L₄₋₅ 或 L₅S₁ 椎板间孔, 进针速度缓慢, 通常接近神 经根时易感到下肢酸胀或存在热感, 此时需要略微退针, 下 肢感觉消退后于椎板间孔内行纵向切割及横向剥离, 如果椎板 间孔内紧张则适当上下或(和)左右摇晃, 椎板间孔针刀切口适当 扩大至让患者有下肢轻松感, 或者先冷感转变为热感后便可 出针。每天 1 次, 3 次为 1 疗程。1 疗程结束后休息 7 天, 共 治疗 2 疗程。

[收稿日期] 2016-05-17

[作者简介] 盛新君 (1967-), 女, 副主任医师, 研究方向: 中医骨伤科学。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 2组患者临床疗效；治疗前后采视觉模拟评分法(VAS)评价患者疼痛症状，刻度数对应分数，0分表示无痛，10分表示疼痛强烈，分数越高表明疼痛越严重；治疗前后通过日本骨科学会疗效标准(JOA)评价患者功能障碍改善情况，主要包括主观症状、临床体征、日常活动受限度、膀胱功能四大维度，满分29分，分数越高表明功能恢复越好；治疗前后通过流式细胞仪测定CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺等T淋巴细胞亚群指标。

3.2 统计学方法 采用统计学软件SPSS 19.0分析研究数据。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，行t检验；计数资料采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[4]拟定。临床治愈：腰腿痛症状消失，功能恢复正常；有效：腰腿痛症状明显改善，功能部分恢复正常；无效：腰腿痛症状及体征不变或加重。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。临床治愈率、总有效率观察组分别为52.5%、92.5%，对照组分别为17.5%、75.0%，2组比较，差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

组别	n	临床治愈	有效	无效	总有效
观察组	40	21(52.5)	16(40.0)	3(7.5)	37(92.5)
对照组	40	7(17.5)	23(57.5)	10(25.0)	30(75.0)

与对照组比较，① $P < 0.05$

4.3 2组治疗前后VAS评分、JOA评分比较 见表2。疗程结束后，2组VAS评分较治疗前下降，JOA评分上升，差异均有统计学意义($P < 0.05$)；且观察组上述指标改善较对照组更显著($P < 0.05$)。

组别	时间	n	VAS评分	JOA评分
观察组	治疗前	40	6.86 ± 1.07	6.58 ± 1.20
	疗程结束后	40	1.79 ± 1.03	21.55 ± 4.23
对照组	治疗前	40	6.90 ± 1.09	6.60 ± 1.24
	疗程结束后	40	3.12 ± 1.10	17.26 ± 3.87

与同组治疗前比较，① $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，② $P < 0.05$

4.4 2组治疗前后T淋巴细胞亚群变化比较 见表3。疗程结束后，2组CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺较治疗前显著上升，CD8⁺显著下降，差异均有统计学意义($P < 0.05$)，且观察组上述指标改善优于对照组($P < 0.05$)。

5 讨论

腰椎管狭窄在中医学归属于痹证、腰腿痛等范畴。中医学认为，其病因病机根本在于肾气亏虚、气血不足，难以濡养经

表3 2组治疗前后T淋巴细胞亚群变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	n	CD3 ⁺ (%)	CD4 ⁺ (%)	CD8 ⁺ (%)	CD4 ⁺ /CD8 ⁺
观察组	治疗前	40	52.90 ± 4.76	38.80 ± 6.04	34.90 ± 1.13	1.15 ± 0.30
	治疗后	40	55.25 ± 1.02	49.59 ± 1.78	24.15 ± 7.41	1.78 ± 0.23
对照组	治疗前	40	53.02 ± 4.26	38.93 ± 4.17	33.78 ± 3.25	1.16 ± 0.27
	治疗后	40	54.70 ± 3.64	43.85 ± 2.43	27.53 ± 2.24	1.40 ± 0.25

与同组治疗前比较，① $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，② $P < 0.05$

脉，加上风、热、湿等外邪干扰致使经脉闭塞，不通则痛。如《景岳全书·腰痛》中记载：“腰痛证凡忧戚戚，屡发不已者，肾虚也。”认为腰痛发病根本在于肾虚，肾虚则腰府失养，因此腰不荣而痛。《证治准绳》中也提到：“腰痛有风、有湿、有寒、有热……”，指出风、热、湿等外邪入侵均可引发腰痛。

目前，临床治疗腰椎管狭窄首选保守治疗，包括牵引、理疗、中医疗法等。其中小针刀因其独特优势在老年腰椎管狭窄治疗中应用较多，其作用机制为：腰椎管狭窄主要是由各种原因导致椎管内压力上升，压迫硬膜或(和)神经根而成，治疗关键在于减压^[5]；小针刀治疗主要是通过切断部分黄韧带等病变软组织发挥椎管内减压作用，有利于疼痛症状缓解^[6]。小针刀操作仅局部麻醉，通常20~25min便可结束，操作简单，能极大减轻患者痛苦；同时小针刀基本不影响脊柱功能，创伤小，并发症少且恢复快。小针刀可发挥针刺作用，有通经活络、畅通气血功效，进而达到解除腰椎管狭窄所致疼痛症状。本研究结果显示，相比于腰椎牵引治疗，小针刀治疗更能缓解老年腰椎管狭窄患者的疼痛症状、改善腰椎功能障碍。其可能与小针刀通过对病变软组织直接松解，解除对神经根等压迫，促进局部微循环改善，提高毛细血管通透性，促炎症物质吸收，进而减轻神经根水肿等症有关^[7]。

T细胞亚群在机体细胞免疫功能维持上发挥重要作用，临床腰椎管狭窄多为继发退行性病变，本身可能伴免疫反应紊乱。为此检测T细胞亚群指标对疾病病机、疗效评价具有十分重要的意义。T细胞亚群指标包括CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺、CD4⁺/CD8⁺等，其中CD4⁺/CD8⁺被认为是机体免疫功能反映最为敏感指标之一。本研究结果显示，治疗后2组CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺水平较治疗前上升，而小针刀治疗后上述指标较上升幅度较对照组更显著。提示小针刀能明显调节机体免疫功能，这可能是小针刀治疗腰椎管狭窄可能机制之一。

综上所述，小针刀能明显改善腰椎管狭窄患者疼痛症状及功能障碍，其可能机制之一可能是调节T细胞亚群指标，从而改善患者炎症状态。

[参考文献]

[1] 杨仁轩, 陈志强, 郭庆斌, 等. 1335例腰椎管狭窄症住

- 院患者中西医结合诊疗疗效观察[J]. 新中医, 2012, 44(5): 44-46.
- [2] 胡俊峰, 田雷. 小针刀松解配合星状神经节阻滞治疗椎动脉型颈椎病的疗效分析[J]. 西部医学, 2012, 24(8): 1471-1473.
- [3] 黄叶, 杨拯, 田芸, 等. 小针刀治疗腰椎间盘突出症的系统评价[J]. 时珍国医国药, 2010, 21(9): 2420-2422.
- [4] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 203.
- [5] 马良志, 孙红兵, 陈培芳, 等. 微针刀九针疗法治疗腰椎椎管狭窄症 30 例临床观察[J]. 新中医, 2014, 46(2): 177-178.
- [6] 余长江, 沈玉杰, 谢玲等. 腰交感神经节射频热凝结合针刀治疗腰椎管狭窄症[J]. 中国康复, 2013, 28(1): 52-53.
- [7] 刘海帆, 刘小卫. 小针刀治疗腰椎管狭窄症的临床研究[J]. 中国医药导报, 2010, 7(6): 58-59.
- (责任编辑: 冯天保)

活血消栓汤预防骨折后下肢深静脉血栓形成疗效观察

陈国锋, 纪建政, 汪守伍, 蔡为民, 杜运阿

南京中医药大学附属江苏省宿迁市中医院, 江苏 宿迁 223800

[摘要] 目的: 探讨自拟活血消栓汤预防骨折后下肢深静脉血栓形成的疗效。方法: 将 60 例骨折后下肢深静脉血栓形成患者随机分为 2 组各 30 例, 对照组术后予以常规抗炎、止痛等对症治疗, 治疗组在对照组的基础上配合活血消栓汤治疗。结果: 下肢深静脉血栓形成率观察组为 6.67%, 对照组为 43.33%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 活血消栓汤预防骨折后下肢深静脉血栓形成疗效显著, 值得临床推广应用。

[关键词] 下肢深静脉血栓; 骨折后; 活血消栓汤

[中图分类号] R364.1*5 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 11-0082-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.11.036

下肢深静脉血栓形成(Deep-vein thrombosis, DVT), 是指纤维蛋白、血小板及红细胞等血液成分在深静脉血管腔内不正常地凝集形成的凝血块, 是下肢骨折后并发症之一。其严重影响肢体功能的恢复, 后期遗留下肢深静脉阻塞或静脉瓣膜功能不全, 临床上轻者无症状, 最严重的危害是血栓脱落嵌顿到肺动脉形成肺血栓, 导致肺动脉高压和右心衰竭, 严重时出现心源性休克而导致死亡。临床中, 笔者自拟活血消栓汤预防骨折后下肢深静脉血栓形成, 取得了较好效果, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2014 年 6 月—2016 年 5 月在本院诊治的下肢骨折患者, 共 60 例, 其中股骨颈骨折患者 10 例, 股骨粗隆骨折患者 15 例, 股骨干骨折患者 9 例, 胫腓骨骨折患者 14 例, 踝关节骨折患者 12 例。所有患者随机分为 2 组各 30 例。实验组男 18 例, 女 12 例; 年龄 17~91 岁, 平均

(48.83±9.82)岁; 血红蛋白(140.61±5.02)g/L。对照组男 17 例, 女 13 例; 年龄 20~88 岁, 平均(49.27±10.67)岁; 血红蛋白(141.20±5.11)g/L。2 组一般临床资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照 1995 年中国中西医结合学会周围血管疾病专业委员会制定的《下肢深静脉血栓形成诊断标准》: 发病急骤, 患肢胀痛或剧痛, 股三角区或小腿有明显压痛; 患肢广泛性肿胀; 患肢皮肤呈暗红色, 温度升高; 患肢广泛性浅静脉怒张; Homans 征阳性。

1.3 排除标准 心力衰竭及严重肝、肾功能异常者; 有抗凝药物或食物等过敏病史者; 妊娠期、哺乳期患者; 不能配合应用中药口服者; 精神病患者; 双下肢发凉者。

2 治疗方法

2.1 对照组 骨折予以切开复位内固定术, 部分髌骨骨折行

[收稿日期] 2016-06-07

[基金项目] 江苏省宿迁市科技计划项目 (Z201465)

[作者简介] 陈国锋 (1978-), 男, 在职研究生, 副主任中医师, 研究方向: 中医骨伤科学。