

腰腿阳性反应点揉拨联合小针刀治疗 腰椎间盘突出下肢放射痛的价值分析

于芳伟

(东海仁慈医院中医科, 江苏 连云港 222300)

【摘要】目的 探讨腰腿阳性反应点揉拨联合小针刀治疗对腰椎间盘突出下肢放射痛患者疼痛程度和炎症因子的影响, 为提升该疾病的临床治疗效果提供依据。**方法** 选取 2022 年 2 月至 2023 年 3 月东海仁慈医院收治的 80 例腰椎间盘突出下肢放射痛患者, 以随机数字表法分组。两组患者均接受常规功能康复训练, 对照组 (40 例) 在常规功能康复训练基础上采用小针刀治疗, 观察组 (40 例) 患者在对照组的基础上加用腰腿阳性反应点揉拨治疗。两组患者均进行 2 周治疗。比较两组患者治疗 2 周后临床疗效, 治疗前及治疗 1、2 周后视觉模拟量表 (VAS) 疼痛评分及治疗前、治疗 2 周后血清炎症因子水平的变化。**结果** 治疗 2 周后观察组患者总有效率高于对照组; 与治疗前相比, 治疗 1、2 周后两组患者 VAS 疼痛评分均降低, 且观察组均低于对照组; 治疗 2 周后患者血清白细胞介素 -10 (IL-10) 水平平均升高, 且观察组高于对照组; 白细胞介素 -18 (IL-18)、肿瘤坏死因子 - α (TNF- α) 水平平均降低, 且观察组均低于对照组 (均 $P<0.05$)。**结论** 临床为腰椎间盘突出下肢放射痛患者实施腰腿阳性反应点揉拨联合小针刀治疗, 可明显减轻其疼痛程度与炎症反应, 疗效确切。

【关键词】 小针刀; 腰腿阳性反应点; 腰椎间盘突出症; 下肢放射痛

【中图分类号】 R681.5

【文献标识码】 A

【文章编号】 2096-3718.2023.22.0073.03

DOI: 10.3969/j.issn.2096-3718.2023.22.024

腰椎间盘突出是指由于椎间盘退变或损伤导致其内部物质 (胶原纤维环和髓核) 向外凸出, 从而对周围神经根或脊髓神经根造成压迫或刺激的一种病变。下肢放射痛是腰椎间盘突出最常见的症状之一, 且随着腰部活动的增加, 疼痛可能加剧。该病患者通常为单侧下肢疼痛, 部分为双侧出现疼痛, 疼痛一般从臀部开始, 沿着大腿后侧或前侧延伸到小腿、脚跟、足底乃至脚趾^[1]。腰椎间盘突出下肢放射痛可导致睡眠障碍和疲劳感、降低患者生活质量等。对腰椎间盘突出下肢放射痛的治疗方案有多种, 但常规西医治疗效果不佳, 中医学认为, 腰椎间盘突出症归属“经筋病”“腰痛病”“偏痹”等范畴, 与气血瘀滞、经络阻塞等有关, 这些因素会使腰部气血运行不畅, 筋脉缺少气血滋养, 从而导致腰间盘突出^[2]。小针刀和腰腿阳性反应点揉拨是中医针对腰椎间盘突出症的典型治疗措施, 小针刀松解并剥离疼痛结节, 解除机械压迫, 减轻疼痛和炎症反应; 腰腿阳性反应点揉拨可改善血液循环, 调节经络^[3]。鉴于此, 本文探讨小针刀联合腰腿阳性反应点揉拨治疗对腰椎间盘突出下肢放射痛患者疼痛程度和炎症因子的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2022 年 2 月至 2023 年 3 月东海仁慈医院收治的 80 例腰椎间盘突出下肢放射痛患者, 以随机

数字表法分组。对照组 (40 例) 患者年龄 42~85 岁, 平均 (65.02 \pm 5.97) 岁; 病程 1~4 年, 平均 (2.52 \pm 0.64) 年; 男性 19 例, 女性 21 例。观察组 (40 例) 患者年龄 41~87 岁, 平均 (65.11 \pm 5.95) 岁; 病程 1~4 年, 平均 (2.55 \pm 0.63) 年; 男性 20 例, 女性 20 例。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。纳入标准: ①符合《腰椎间盘突出症诊治与康复管理指南》^[4] 中腰椎间盘突出下肢放射痛的相关诊断标准, 中医符合《中医骨伤科学 (第 2 版)》^[5] 中“腰痛病”的诊断标准; ②结合 CT/MRI 等影像学检查后确诊; ③未达到必须接受手术治疗的指征; ④精神状态良好; ⑤具备配合与执行能力。排除标准: ①存在腰椎管狭窄; ②存在椎间盘往中央突出趋势; ③有精神疾病、认知异常情况; ④严重心血管疾病; ⑤服用抗凝药物或者有凝血功能障碍; ⑥依从性差。本研究经院内医学伦理委员会批准, 且患者均已签署知情同意书。

1.2 治疗方法 所有患者均接受针对腰椎间盘突出症的常规功能康复训练: 核心稳定性练习 (包括平板支撑、桥式运动和腹部收缩等); 柔韧性训练 (包括伸展和瑜伽式练习等); 腰背肌群加强训练 (包括深蹲、硬拉和背部延伸等); 静力练习 (包括矫正姿势、慢慢站立和坐立、保持正确的抬重姿势等); 平衡和协调训练 (包括单脚站立、平衡板练习和步态训练等); 有氧运动 (包括快

走、游泳和骑自行车等)。对照组患者同时采用小针刀治疗。首先对患者进行全面评估和诊断,了解病情、症状和相关影像学结果。患者取俯卧位,寻找并确认患椎棘突间、腰椎旁、肌肉痉挛处、臀部及下肢压痛点或病变部位,作标记;对标记点进行消毒和局部麻醉,使用小针刀刺入皮肤标记处,刀面和肌纤维的方向保持平行,垂直进针,注意不要损伤重要血管、神经。通过小针刀对患者的棘上韧带、横突间韧带、棘间韧带进行松解和剥离,出针后在进针位置用创可贴遮盖,进行压迫止血。1 次/周,治疗 2 周。观察组患者在对照组的基础上加用腰腿阳性反应点揉拨治疗。对患者腰背部及下肢肌肉进行触诊,从上到下,由浅至深,先触摸后点压,寻找腰腿阳性反应点,以詹黄张按摩法^[6]为基础,具体操作如下:选择患者臀部上内 1/4 骶骨侧,用手肘压住其坐骨神经根部,旋拨按摩;针对髌骨等附骨筋能直接拨动者,以刮拔或者旋拨的手法处理,寻找最粗的一根筋,弹动到患者的臀部深处,对于附骨筋不能直接拨动的可结合针灸针刺;大腿四方肌腱通过拇指、掌根、肘尖进行拨动;小腿肌腱拍打后使用拨法处理。揉拨时应注意力度适中,以免对患者造成不适或伤害。每个腰腿阳性反应点揉拨 3~5 min 即可。1 次/d,治疗 2 周。若当天接受小针刀治疗,则于小针刀治疗前进行。

1.3 观察指标 ①临床疗效。治疗 2 周后对患者进行直腿抬高试验,试验结果显示角度在 70° 以上,腰椎功能恢复到正常范围,腰腿疼痛情况消失且不影响生活和作为为显效;角度在 50°~70° 间,腰椎功能有所改善,只有过度活动或者劳累时才会出现疼痛症状为有效;未满足上述标准甚至部分症状恶化,对患者正常生活和工作影响严重为无效^[7]。总有效率=显效率+有效率。②视觉模拟量表(VAS)疼痛评分^[8]。在治疗前和治疗 1、2 周后分别对两组患者应用 VAS 疼痛评分进行评估,评分范围为 0~10 分,分值越高表示疼痛程度越严重。③炎症指标。分别在治疗前、治疗 2 周后患者清晨安静空腹状态下抽取其外周静脉血 3 mL,离心(2 500 r/min,10 min),取血清,采用酶联免疫吸附试验法检测血清白细胞介素-10(IL-10)、白细胞介素-18(IL-18)、肿瘤坏死因子-α(TNF-α)水平。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 25.0 统计学软件分析数据,计数资料以[例(%)]表示,采用 χ^2 检验;计量资料经 S-W 法检验证实符合正态分布,以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 治疗 2 周后,观察组患者总有效率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较 [例 (%)]					
组别	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	40	26(65.00)	4(10.00)	10(25.00)	30(75.00)
观察组	40	32(80.00)	7(17.50)	1(2.50)	39(97.50)
χ^2 值					8.538
P 值					<0.05

2.2 两组患者 VAS 疼痛评分比较 与治疗前相比,治疗 1、2 周后两组患者 VAS 疼痛评分均降低,且观察组均低于对照组,差异均有统计学意义(均 $P<0.05$),见表 2。

表 2 两组患者 VAS 疼痛评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)				
组别	例数	治疗前	治疗 1 周后	治疗 2 周后
对照组	40	6.26±1.13	2.93±0.21*	2.09±0.16**
观察组	40	6.52±1.20	1.72±0.13*	0.76±0.03**
t 值		0.998	30.985	51.672
P 值		>0.05	<0.05	<0.05

注:与治疗前比,* $P<0.05$;与治疗 1 周后比,** $P<0.05$ 。VAS:视觉模拟量表。

2.3 两组患者炎症因子水平比较 与治疗前相比,治疗 2 周后两组患者血清 IL-10 水平均升高,且观察组高于对照组;血清 IL-18、TNF-α 水平均降低,且观察组均低于对照组,差异均有统计学意义(均 $P<0.05$),见表 3。

3 讨论

腰椎间盘突出症临床发病率较高,剧烈疼痛使得患者难以进行正常的生活与工作。临床常以中西医结合的方式对患者进行治疗,以达到良好疗效。功能康复训练是在腰椎间盘突出症干预过程中一种极为重要的方式,临床应用

表 3 两组患者炎症因子水平比较 ($\bar{x} \pm s$)							
组别	例数	IL-10(pg/mL)		IL-18(pg/mL)		TNF-α(μg/L)	
		治疗前	治疗 2 周后	治疗前	治疗 2 周后	治疗前	治疗 2 周后
对照组	40	11.37±2.37	14.12±3.10*	59.88±4.79	32.09±3.71*	17.63±3.48	11.87±2.03*
观察组	40	11.46±2.46	17.07±3.35*	59.96±4.82	28.74±3.64*	17.28±3.52	7.76±1.24*
t 值		0.167	4.088	0.074	4.076	0.447	10.928
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:与治疗前比,* $P<0.05$ 。IL-10:白细胞介素-10;IL-18:白细胞介素-18;TNF-α:肿瘤坏死因子-α。

逐渐成熟,患者通过功能康复训练一方面可以改善姿势和身体力学,减少对椎间盘的压力,从而减轻疼痛;另一方面,其还可以增强核心肌群的力量和稳定性,改善腰椎的稳定性;另外,功能康复训练还有助于帮助患者恢复腰椎正常运动范围和功能并预防腰椎间盘突出再次损伤^[9]。但这个过程相对漫长,效果依赖于患者的依从性及耐受程度,部分患者难以坚持,从而导致康复效果不理想。中西医结合综合疗法在治疗腰腿疼痛中应用广泛,其中包括电针、推拿、药物治疗等,上述治疗方法虽疗效尚可,但患者存在经济负担压力以及治疗配合度较差的问题。

中医学认为,腰椎间盘突出症多与气血瘀滞、肝肾不调、湿邪内停等有关,归属“经筋病”“腰痛病”“偏痹”等范畴,因此治疗以祛邪通络、活血行气为主要治疗原则,以强化腰部功能,缓解疼痛^[10]。推拿、针灸、拔罐、刮痧等方法可促进患者的血液循环,维持气血通畅,从而缓解腰部疼痛。小针刀作为一种传统中医治疗方法,将中医经络与西医脊柱微创相结合,常用于腰椎间盘突出引起的下肢放射痛;小针刀治疗主要是通过松解疼痛结节,解除机械压迫来改善患者腰椎间盘突出病变局部血液循环,疏通经络,从而缓解患者症状^[11]。

在腰椎间盘突出突出的情况下,椎间盘的移位导致了神经根的受压,引发下肢放射痛。腰腿阳性反应点揉拨也是中医针对腰椎间盘突出症的典型治疗措施,根据中医理论,十二经脉内属脏腑、外络肢节,脏腑有病必然通过经络反应于体表,以其特殊的阳性反应而表现出来,腰腿阳性反应点揉拨可以促进气血循环,调和经络,缓解疼痛和改善局部血液循环^[12]。本研究中,观察组患者总有效率高于对照组;与治疗前相比,治疗 1、2 周后两组患者 VAS 疼痛评分均降低,且观察组均低于对照组,提示小针刀联合腰腿阳性反应点揉拨治疗对腰椎间盘突出下肢放射痛患者疗效更好,相较于单用小针刀治疗,两者联合可以协同发挥更好的治疗效果。

本研究中,与治疗前相比,治疗 2 周后两组患者血清 IL-10 水平均升高,且观察组高于对照组;血清 IL-18、TNF- α 水平均降低,且观察组均低于对照组,提示小针刀联合腰腿阳性反应点揉拨治疗对患者炎症反应的改善作用更明显。小针刀的刺激可以通过神经调节机制改善痛觉传导,减轻疼痛感知,刺激神经末梢,改变神经元传递的兴奋性,减少疼痛信号的传递;小针刀刺激由于促进了局部血液循环,提高氧气和营养物质的供应,因此可加速组织修复;机体受到小针刀刺激后会释放内源性物质,如内啡肽等,从而发挥镇痛和抗炎作用,减轻疼痛和炎症反应^[13]。腰椎间盘突出后,周围肌肉往往会出现紧张和痉挛,按摩揉拨可以缓解肌肉紧张,减轻疼痛感,另外,按摩揉拨特

定的穴位可以刺激相应的神经系统,可能通过调节神经兴奋性来缓解症状。康复功能训练以早期、规律、循序渐进为原则,主要通过锻炼和加强肌肉群的支持来减轻腰椎间盘突出引起的下肢放射痛。小针刀和腰腿阳性反应点揉拨则针对具体的病因进行治疗,如刺激特定的穴位、调节神经系统等。联合使用这些治疗方法可通过不同的角度和层面对腰椎间盘突出症状进行综合治疗,从而达到相互配合的效果,提高治疗的全面性和针对性。

综上,小针刀联合腰腿阳性反应点揉拨治疗对腰椎间盘突出下肢放射痛患者疗效佳,减轻患者疼痛的效果好,且更易减轻患者炎症反应,改善患者症状,值得临床应用。

参考文献

- [1] 张建,耿玲,王云兵,等.电刺激治疗腰椎间盘突出下肢放射痛的前瞻性研究[J].颈腰痛杂志,2007,28(3):174-176.
- [2] 彭捷,熊辉,倪力力.身痛逐瘀汤联合针灸治疗腰椎间盘突出术后下肢麻木临床观察[J].山西中医,2022,38(1):44-45.
- [3] 李松岩,刘宇,王世轩.中医治疗腰椎间盘突出症的研究进展[J].实用中医内科杂志,2023,37(2):33-35.
- [4] 中国康复医学会脊柱脊髓专业委员会基础研究与转化学组.腰椎间盘突出症诊治与康复管理指南[J].中华外科杂志,2022,60(5):401-408.
- [5] 詹红生,何伟.中医骨伤科学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2016:216-218.
- [6] 喻贵波,夏光荣.“詹黄张”按摩法治腰椎间盘突出症临床研究[J].实用中医药杂志,2022,38(6):1046-1047.
- [7] 刘艳,刘莹,张绍昆.腰椎间盘突出症微创术后功能锻炼对老年患者血清 MMP-3、TNF- α 及 IL-1 β 水平的影响[J].中国老年学杂志,2018,38(19):4675-4678.
- [8] 孙兵,车晓明.视觉模拟评分法(VAS)[J].中华神经外科杂志,2012,28(6):645.
- [9] 丁玉琳,李力.温针灸联合康复训练对腰椎间盘突出症患者腰部功能的影响[J].环球中医药,2018,11(6):926-928.
- [10] 刘籽宏,王锐,彭文东,等.针灸治疗腰椎间盘突出症临床研究进展[J].实用中医药杂志,2023,39(7):1470-1473.
- [11] 翁煜宏,李笔锋,沈祖泓,等.化瘀消痛汤联合小针刀治疗气滞血瘀型腰椎间盘突出症的疗效观察[J].中华中医药学刊,2019,37(1):162-165.
- [12] 程艳彬,朱清广,孔令军,等.推拿调控腰椎间盘突出症神经损伤的外周-中枢镇痛机制探讨[J].中华中医药杂志,2022,37(4):2186-2190.
- [13] 张松,张国龙,胡新宇,等.小针刀联合内热针治疗飞行人员腰椎间盘突出症的效果及对血清 SP、5-HT 和关节功能的影响[J].空军医学杂志,2021,37(5):386-389.