

针灸治疗腰椎管狭窄症术后残余神经症状 34 例

高春雨¹ 高景华^{1,2} 杨克新¹ 孙武¹ 银河¹ 孟州令^{1,3} 李建国¹ 李路广^{1,3△}

〔摘要〕 目的:观察针灸治疗腰椎管狭窄症术后残余神经症状的临床疗效。方法:纳入 34 例腰椎管狭窄症术后残余神经症状的患者,针灸治疗 2 周,治疗后随访 1 个月,比较治疗前后的 VAS 和 JOA 评分。结果:随访 1 个月, T_1 与 T_0 , T_2 与 T_1 , T_3 与 T_2 的 VAS 和 JOA 评分比较,差异有统计学意义($P < 0.01$); T_2 与 T_1 , T_3 与 T_2 的临床疗效进行比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:针灸治疗有效改善腰椎管狭窄症术后残余神经症状,有临床推广应用价值。

〔关键词〕 腰椎管狭窄症;手术;针灸;术后残余神经症状

〔中图分类号〕 R681.5 **〔文献标志码〕** B **〔文章编号〕** 1005-0205(2019)07-0045-03

腰椎管狭窄症术后残余神经症状^[1,2],是指腰椎管狭窄症患者行后路腰椎手术后,仍残存部分术前腰腿痛症状和体征,或暂时缓解后又加重,而且部分患者表现为术前并无疼痛和麻木的部位出现了新症状和体征,如骶部疼痛、对侧下肢放射痛和麻木以及走路跛行等。随着生活条件的改善,人均寿命的提高,越来越多腰椎管狭窄症患者愿意接受手术治疗,以改善症状提高生活质量。后路腰椎减压内固定术临床应用广泛,是治疗腰椎管狭窄症的经典术式,但术中广泛的软组织剥离以及对神经根、硬膜囊的长时间牵拉,易导致患者出现术后神经刺激症状^[3,4]。研究表明^[5-8],由于术中牵拉神经导致的水肿与粘连、术后血肿及各种炎症介质的刺激,4.6%~57.3%患者会在术后 2~10 d 内出现神经非压迫或损伤性的下肢疼痛、麻木加重等现象。近年来本院应用针灸治疗腰椎管狭窄症内固定术后残余的下肢疼痛、麻木等神经症状取得了令人满意的效果,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

选择 2017 年 6 月至 2018 年 10 月中国中医科学院望京医院脊柱二科住院手术治疗后出现残余神经症状的腰椎管狭窄症患者 34 例,其中男 19 例,女 15 例;年龄最大者 74 岁,年龄最小者 44 岁,平均年龄 61.2 岁;

病程最长 17 个月,最短 5 个月,平均病程 11.2 个月。

1.2 诊断标准

目前腰椎术后残余神经症状尚缺乏统一的诊断标准,结合病史、体格检查及相关辅助检查,腰椎管狭窄症术后相关残余神经症状做出诊断的主要依据:1)腰椎管狭窄症术后,腰部与下肢仍有明显的放射痛(VAS 评分 >3 分);2)术后受累神经分布区的肌力、反射和皮肤感觉异常者;3)术后 X 线、CT 及 MRI 检查内固定物位置良好。

1.3 纳入标准

1.3.1 西医纳入标准 1)腰椎管狭窄症术后患者;2)患者 40 岁 $<$ 年龄 <75 岁,性别不限;3)初次行腰椎手术,术式均为腰椎管减压、椎弓根钉内固定、植骨融合术,且手术主要由同一术者操作完成;4)术后腰部与下肢放射痛 VAS 评分 >3 分。

1.3.2 中医纳入标准 根据《骨伤科专病中医临床诊疗》^[9]及《中医诊断学》^[10]确定:面色淡白,神疲乏力,下肢肢体疼痛、麻木,或可触及肿块而质硬,舌淡紫或有瘀点瘀斑,脉细涩。中医辨证分型:气虚血瘀,属于中医“痹症”范畴。

1.4 排除标准

1)不符合上述任何一条纳入标准;2)术中并发脑脊液漏或术中术后输血影响观察结果;3)伴脊髓损伤或马尾神经损伤等出现神经功能障碍;4)合并感染。

2 方法

2.1 治疗方法

1)针灸选穴:扶兔、足三里、上巨虚、条口、下巨虚、丰隆、血海、阴陵泉、三阴交。操作方法:病人取仰卧位,常规用 75%乙醇消毒皮肤待干后,选择 40 mm 毫针,按

基金项目:国家自然科学基金面上项目(81473694)

¹ 中国中医科学院望京医院脊柱二科(北京,100102)

² 中医正骨技术北京市重点实验室

³ 北京中医药大学

△通信作者 E-mail:20160935128@bucm.edu.cn

每个穴位操作方法分别进针(直刺 25~40 mm),得气后施提插捻转平补平泻法,治疗 1 次/d,每次 20 min,7 d 为 1 个疗程,中间休息 2 d,共 2 个疗程。

2)术后常规预防感染:注射用头孢呋辛钠 1.5 g,每 8 h 一次,术前 0.5 h 首次用药,停药标准为体温正常/血常规提示白细胞正常范围。若头孢呋辛钠过敏,则改为注射用克林霉素钠 1.2 g,2 次/d 治疗。

2.2 疗效观察

1)采用疼痛视觉模拟标尺法(VAS)对治疗前后的下肢疼痛程度进行观测记录。2)采用 JOA 量表评估患者症状缓解和功能改善情况。JOA^[11]评分系统包括主观症状、临床体征、日常生活受限度及膀胱功能,满分为 29 分,分别于治疗前(T_0)、治疗后 1 周(T_1)、治疗后 2 周(T_2)和疗程结束后 1 个月(T_3)随访,共 4 个时间点进行观察,记录观察指标。

2.3 疗效评价

2.3.1 原始积分 患者治疗前的症状体征积分之和为原始积分。患者治疗及随访期间各访视时间点的症

状体征积分之和为访视积分。

JOA 疗效指数=[(访视积分-原始积分)/(29-原始积分)] $\times 100\%$ 。

2.3.2 疗效评定标准 临床控制为症状体征消失或基本消失,疗效指数为 $>75\%\sim 100\%$ 。显效为症状体征明显改善,疗效指数为 $>50\%\sim 75\%$ 。有效为症状体征均有好转,疗效指数为 $>25\%\sim 50\%$ 。无效为症状体征无明显改善,疗效指数为 $\leq 25\%$ 。

2.4 统计学方法

应用 SPSS 20.0 统计软件进行统计学处理分析。所有计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,计量资料用 t 检验,计数资料用卡方检验或秩和检验。 $P<0.05$ 差异有统计学意义。

3 结果

3.1 治疗前后患者的 VAS 评分比较

所有患者 T_1 与 T_0 , T_2 与 T_1 及 T_3 与 T_2 的 VAS 评分比较,经配对 t 检验,均有明显改善,差异有统计学意义($P<0.01$),见表 1。

表 1 治疗前后患者的 VAS 评分比较($\bar{x}\pm s$)

项目	T_0	T_1	T_2	T_3
VAS 评分	6.69 \pm 0.90	4.78 \pm 0.83 ¹⁾	2.91 \pm 0.82 ¹⁾	1.69 \pm 0.74 ¹⁾
t		12.596	14.117	9.184
P		<0.01	<0.01	<0.01

注:1)各观察点 VAS 评分相比, $P<0.01$ 。

3.2 治疗前后患者的 JOA 评分比较

所有患者 T_1 与 T_0 , T_2 与 T_1 及 T_3 与 T_2 的 JOA 评分比较,经配对 t 检验,均有明显改善,差异有统计学意义($P<0.01$),见表 2。

表 2 治疗前后患者的 JOA 评分比较($\bar{x}\pm s$)

项目	T_0	T_1	T_2	T_3
JOA 评分	10.215 \pm 1.12	15.96 \pm 1.28 ¹⁾	22.68 \pm 1.31 ¹⁾	24.56 \pm 0.76 ¹⁾
t		6.152	5.689	2.121
P		<0.01	<0.01	<0.01

注:1)各观察点 JOA 评分相比, $P<0.01$ 。

3.3 T_1 , T_2 和 T_3 临床疗效比较

所有患者 T_2 与 T_1 和 T_3 与 T_2 的临床疗效率进行行比较,经卡方检验,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 3。

表 3 T_1 , T_2 和 T_3 临床疗效比较 [例(%)]

时间	临床控制	显效	有效	无效	有效率/%	χ^2	P
T_1	0(0)	6(17.6)	23(67.7)	5(14.7)	85.3		
T_2	3(8.8)	28(82.4)	2(5.9)	1(2.9)	97.1 ¹⁾	37.542	<0.01
T_3	16(47.1)	18(52.9)	0(0)	0(0)	100.0 ¹⁾	14.069	0.003

注:1)各观察点临床疗效比较, $P<0.05$ 。

4 讨论

腰椎管狭窄症是导致中老年患者腰背痛、下肢疼痛、感觉障碍及肌力减弱、间歇性跛行等症状的重要原因之一,已经严重影响中老年患者的生活质量。后路腰椎减压内固定手术是治疗该病的有效方法,但该术式手术切口大,术中需剥离椎旁肌并较长时间撑开、渗血多,减压致神经根血供受阻,甚至发生再灌注损伤,

术后易发生术区软组织水肿、术腔渗血、血肿、神经根充血水肿等,可继发贫血、发热、反跳性下肢疼痛等不良反应^[12]。因此,如何通过有效的措施减少术后相关并发症的发生,提高腰椎内固定术后患者的生活质量,已经成为脊柱外科医生不能回避的问题。

腰椎内固定手术过程中椎骨及周围附属组织遭受创伤、术中出血、术后引流及术腔渗血等,致使患者元

气大伤、气血亏虚,同时因手术易损伤经脉、血溢脉外,离经之血阻滞气机,故机体气血瘀滞痹阻脉络,气血不能濡养四肢筋骨肌肉,而易引起患者术后出现不同程度的下肢疼痛、麻木加重的现象^[13,14]。根据“脾为气血生化之源”和“治痿独取阳明”的中医理论:脾气健旺,运化正常,则气血生化有源,同时脾主统血,脾气健运,气足则能摄血,使血行脉中而不致逸出脉外,可减少术区渗血;“阳明”乃多气多血之经,扶正固本、调整阴阳,气机调畅,气行则血行。脾胃脏腑经络互为表里,皆属中焦,二者化生气血,共为脏腑气机升降之枢纽,故脾胃健运则气血充沛,脏腑气机调畅,则四肢筋骨肌肉得以充养^[15]。依据上述观点,笔者认为腰椎管狭窄症患者术后早期的病机主要为气虚血瘀,其中以气血亏虚为本,血瘀为标,故治法上多以益气补血、活血化瘀通络为则,取穴上以阳明胃、太阴脾经为主,具体取穴为扶兔、足三里、上巨虚、条口、下巨虚、丰隆、血海、阴陵泉、三阴交,施以平补平泻手法,补益后天之本,使气血津液化生有源,经气畅、筋骨得养,则下肢疼痛、麻木、痿软无力得缓^[16]。

后路腰椎减压内固定手术是目前治疗腰椎管狭窄症的有效疗法之一,但术后残留的下肢疼痛、麻木症状如不能得到及时有效的处理可导致患者身心和经济上的严重负担。由本次研究结果可知,对腰椎管狭窄症术后出现残留疼痛、麻木症状的患者辅以针灸治疗,从下肢疼痛程度(VAS 评分)和 JOA 评分系统中主观症状、临床体征、日常生活受限度及膀胱功能等进行评价,均有明显的改善。初步总结得出:腰椎管狭窄症患者术后予以针灸治疗可以有效改善术后残留的下肢疼痛、无力、麻木等症状,可有效避免患者术后第一次下地时因四肢无力而导致摔倒等不良事件的发生,对患者早下地、早锻炼和提高患者的治疗信心、生活质量具有重要的临床意义,同时缩短了患者的住院时间,对减少患者的医疗费用具有重要的经济意义。本研究为临床医生提供了一种切实可行的治疗方法,值得临床推广应用。

参考文献

[1] 于峥嵘,李淳德,刘宪义. 恩再适治疗腰椎管狭窄症术后残余神经症状的临床观察[J]. 中国医药,2006,1(12): 746-748.

[2] 张立庄,赵保礼. 康复训练联合骶管注射治疗腰椎手术失败综合征的效果分析[J]. 中国中医骨伤科杂志,2012,24(12):26-27.

[3] 谢世伟,赵学凌,张帆,等. 腰椎管狭窄症的外科治疗进展[J]. 山东医药,2017,57(48):103-106.

[4] YANG Y,ZHANG L,LIU B,et al. Hidden and overall haemorrhage following minimally invasive and open transforaminal lumbar interbody fusion[J]. Journal of Orthopaedics & Traumatology,2017,18(4):395-400.

[5] 李信,黄永辉,陈奇,等. 退变性腰椎管狭窄减压术后下肢疼痛的恢复规律及影响因素[J]. 骨科,2016,7(3):164-167.

[6] CHAN C W,PENG P. Failed back surgery syndrome[J]. Pain Medicine,2011,12(4):577-606.

[7] 何勃,张超,阮狄克,等. 下腰椎退行性疾病后路手术早期并发症原因分析及防治策略[J]. 临床误诊误治,2015,28(1):33-37.

[8] 岑毕文,尚晖,常巍,等. 术中应用曲安奈德对腰椎间盘突出症术后早期神经根水肿反应性疼痛的影响[J]. 骨科,2017,8(2):95-98.

[9] 林定坤. 骨伤科专病中医临床诊疗[M]. 3 版. 北京:北京大学医学出版社,2013:247-248.

[10] 季绍良. 中医诊断学[M]. 北京:人民卫生出版社,2002: 130.

[11] LAGUERRE D,AVWASSEUR T,VITAL J M,et al. A disabling cervical compressive myelopathy with normal JOA score[J]. Clinical Neurology and Neurosurgery, 2013,115(7):1147-1149.

[12] 李明,种衍学,宋将,等. 腰椎椎体间融合不同手术入路及并发症[J]. 中国矫形外科杂志,2017,25(13):1210-1214.

[13] 杨爱娣,向锋,杨丽娜,等. 十全大补汤合五味消毒饮加减对食管癌术后气血亏虚证患者免疫功能的影响[J]. 中国实验方剂学杂志,2016,22(11):174-178.

[14] 张建洛,杨宏涛,冯宏伟,等. 身痛逐瘀汤联合西医治疗腰椎间盘突出症半椎板切除减压术后下肢疼痛及麻木残余症状疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志,2018,27(4): 415-418.

[15] 张邵青,邱美榕,吴追乐. “治痿独取阳明”的古今研究及临床应用[J]. 陕西中医药大学学报,2016,39(2):9-12.

[16] 鞠申丹,宗蕾. 从“治痿独取阳明”谈痿证的针灸治疗[J]. 中国针灸,2015,35(9):956-959.

(收稿日期:2018-11-11)