

Z 型拨针治疗腰骶部筋膜脂肪疝 75 例

赵学千¹ 康晟乾¹ 张喆¹ 杜渐¹ 贾育松^{1△}

[摘要] **目的:**探讨 Z 型拨针治疗腰骶部筋膜脂肪疝的临床疗效。**方法:**回顾性分析 75 例腰骶部筋膜脂肪疝患者采用 Z 型拨针治疗及随访资料。采用局部 VAS 评分评价患者治疗后疼痛改善情况,采用体表超声评价腰骶部脂肪疝大小变化情况。**结果:**经过 1~3 个疗程,治疗前后局部疼痛有明显改善,VAS 评分显著降低,差异有统计学意义($P<0.05$);体表超声在治疗后与治疗前比较脂肪疝直径变化不明显,差异无统计学意义($P>0.05$);末次随访与治疗前比较脂肪疝直径明显减小,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论:**Z 型拨针治疗腰骶部脂肪疝的临床疗效确切,操作简单,值得临床推广应用。

[关键词] 拨针;腰骶部;筋膜;疝

[中图分类号] R686.3 **[文献标志码]** B **[文章编号]** 1005-0205(2019)09-0052-03

腰骶部筋膜脂肪疝是由于腰骶部浅深筋膜损伤,使筋膜下脂肪组织通过筋膜裂隙孔疝出,对周围末梢血管或局部皮神经压迫刺激,从而引起腰骶部疼痛及下肢反射痛^[1]。该病病因不明,可能与肥胖、外伤、手术等原因相关,多发于中年肥胖女性,一般采用小针刀、封闭、手术等治疗方法^[2-4]。Z 型拨针属于针刀疗法中的一种,其针身较长,针尖圆钝,相较传统小针刀针具在治疗腰骶部筋膜脂肪疝中有更好治疗作用。笔者回顾性分析了 75 例在东直门医院骨伤一科行 Z 型拨针治疗腰骶部筋膜脂肪疝的患者,其治疗效果满意,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本研究 75 例患者均为 2017 年 10 月至 2019 年 4 月期间就诊于北京中医药大学东直门医院,均由贾育松主任医师独自完成操作。其中男 3 例,女 72 例;年龄 38~73 岁,年龄中位数为 53.5 岁;有腰部手术操作史 62 例,无腰部手术操作史 13 例。病程 1 个月~10 年,病程中位数为 1.5 年。临床表现为单纯腰痛患者为 41 例,腰部及臀部疼痛的患者 23 例,腰痛及下肢痛的患者 11 例。所有患者操作前均同意操作并签署知情同意书。

1.2 诊断标准

诊断标准参照《腰臀部脂肪疝致腰腿痛的诊断与治疗》^[5]:1)多见于中年肥胖女性,有腰部外伤或手术史;2)有腰臀部或腰腿疼痛,腹压增高如咳嗽,打喷嚏等对疼痛没有影响;3)在髂后上棘附近可触及一群大小不等,压痛明显的皮下结节;4)支腿抬高试验正常,下肢感觉正常;5)该疼痛经封闭治疗后,腰腿疼可消失或缓解;

6)腰骶部局部肿物 B 超下可见脂肪异常堆积^[6],X 线未见明显异常,MRI 排除腰椎间盘突出等疾病。

1.3 纳入标准

1)符合以上腰骶部筋膜脂肪疝的诊断标准;2)身体一般状况良好,可以耐受拨针治疗;3)腰椎 MRI 检查、腰椎 X 线片等未见明显异常,腰骶部局部肿物 B 超下可见脂肪异常堆积;4)末次随访时间为治疗后 1 个月以上,临床资料完整;5)向患者详细介绍操作相关内容,签署知情同意书。

1.4 排除标准

1)腰椎间盘突出、梨状肌综合征等引起的腰腿痛;2)对于疼痛不能耐受,有痛觉过敏;3)对于局麻药物过敏;4)近期内行其他方法治疗,对疗效观察有影响;5)凝血功能异常,易引起出血不止。

2 方法

2.1 治疗方法

患者俯卧于治疗床上,腹下垫枕,充分暴露腰背部,触诊腰骶部肿物及压痛点,用标记笔标记,以疼痛范围的边缘为进针点,根据疼痛范围选择“Z”型拨针(又名探针,标准号为 YZB/苏(苏)0199-2008)。常规消毒皮肤,铺洞巾,以 0.75% 盐酸罗哌卡因注射液局部麻醉,按压 1~2 min,用 9 号刀片破皮宽约 0.2 cm,深度达皮下,右手持拨针,左手按压治疗部位以引导拨针,先垂直刺入浅筋膜层,然后调整拨针刀角度约为 0°~15°,根据治疗部位肌肉丰厚程度,灵活选择角度大小,在进针点周围所标记的范围内操作,重点推剥触诊时所标记位置,推剥分离粘连的筋膜层,包括脂肪肿物、瘢痕及条索样物,以拨针刀下松动为度,再回抽针身推针至进针点皮下,变化方向继续治疗,呈放射状治疗所标记疼痛范围(见图 1)^[7]。治疗结束,出针后挤压出局部瘀血,拭去血液,然后采用 1 mL 得宝松(每支含二丙酸倍他米松按倍他米松计为 5 mg 和倍他米松磷酸

¹ 北京中医药大学东直门医院骨伤一科(北京,100700)

[△] 通信作者 E-mail:13466584110@163.com

钠按倍他米松计为 2 mg)+2 mL 0.75% 盐酸罗哌卡因注射液+2 mL 0.9% 生理盐水肿物局部注射。碘伏消毒,无菌贴贴敷针眼。2 d 内避免沾水及污染。每周治疗 1 次,最多可治疗 3 次。

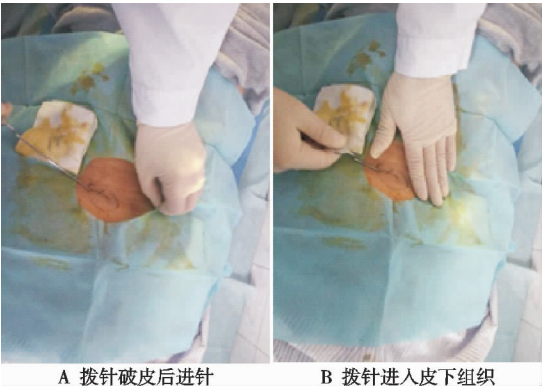


图 1 治疗方法

2.2 疗效评定方法

1)疼痛评价:术前、术后及末次随访采用疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分法评价疼痛改善情况。2)局部脂肪疝大小变化评价:术前、术后及末次随访采用脂

表 1 治疗前、治疗后、末次随访患者 VAS 评分及 B 超直径比较(±s)

项目	治疗前	治疗后	末次随访	F	P
VAS 评分	5.26±0.61	1.30±0.71	1.12±0.62	1 342.29	<0.001
B 超直径/cm	2.63±0.91	2.42±0.82	1.21±0.47	144.166	<0.001

4 讨论

发病机制探讨 腰骶部筋膜脂肪疝引起腰腿痛的机制是脂肪组织压迫腰神经后支引起其支配区的疼痛和向坐骨神经支配区的反射痛。骶髂关节后方的骶髂筋膜较薄弱,由 L_{1~3} 神经后支组成的臀上皮神经在骶棘肌外缘与髂脊交点向内 1.5 cm 范围内穿过筋膜后,形成固有孔隙进入臀部皮下,支配腰骶、臀及同侧下肢上段的感觉^[9,10]。当腰部开放手术、腰部扭伤或背阔肌剧烈收缩时或者由于腰骶部长期反复疲劳性损伤都会造成背阔肌起始腱及其深面的腰背筋膜浅层一并撕裂,腰背筋膜浅层下间隙内大量脂肪组织会由此裂口疝出或由筋膜上神经血管穿过时形成的固有孔隙疝出。疝出的脂肪水肿、充血、蒂扭转、嵌顿或压迫附近的神经引起局部疼痛和神经支配区的反射痛。同时压迫局部组织代谢发生障碍致局部疼痛炎性介质,组胺前列腺素及激肽类物质大量释放,从而引起疼痛,影响患者生活质量。女性骨盆较男性宽,此三角区相对较宽大,脂肪组织较男性丰富,另外女性腰背筋膜较男性相对薄弱,损伤后更易撕裂,所以女性腰骶部筋膜脂肪疝发病率较男性高^[2]。同时本研究还发现,在经过腰部开放手术后本病发病率明显增高,尤其是对 L₅S₁ 行内固定的患者。这可能与腰椎开放手术对腰骶部浅筋膜的损伤有关。因此,在临床过程中,对于术后的患者,术者更关注于手术本身的问题,对于腰椎术后继发的腰骶部筋膜脂肪疝往往误诊为手术损伤后的修复过程,从而耽误治疗。

脂肪疝局部超声评价脂肪疝大小变化。3)疗效评定标准参照《腰骶部筋膜脂肪疝》^[1]制定。

2.3 统计学方法

应用统计学软件 SPSS20.0 中文版进行数据分析。计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,计量资料比较采用方差分析。 $P < 0.05$ 差异有统计学意义。

3 结果

75 例患者其中 48 例采取 1 次拨针治疗,13 例患者行 2 次拨针治疗,14 例接受 3 次拨针治疗。治疗后疗效评价:治愈 34 例,显效 27 例,好转 9 例,无效 5 例,显效率为 81.33%(61/75)。末次随访疗效评价:治愈 39 例,显效 23 例,好转 10 例,无效 3 例,显效率为 82.67%(62/75)。3 例无效患者后于门诊手术室采用腰骶部筋膜脂肪疝的手术治疗^[8]后痊愈。VAS 评分显示患者拨针治疗前后差异有统计学意义($P < 0.05$),表明拨针治疗腰骶部筋膜脂肪疝可以减轻患者疼痛症状。体表超声在治疗后与治疗前比较脂肪疝直径变化不明显($F = 2.204, P = 0.14$),末次随访与治疗前比较脂肪疝直径明显减小,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

中医学认为腰骶部筋膜脂肪疝属于“腰痹”的范畴,其病机为经络气血不畅,不通则痛,气血瘀积日久形成有形之结节。《灵枢·九针十二原》指出:“以微针通其经脉,调其血气”。根据腰骶部筋膜脂肪疝的病因病机,运用拨针治疗,发挥积者破之,聚者散之,通其经脉,调其气血的作用。拨针被广泛应用于临床,在治疗从现代医学上讲,拨针在治疗腰骶部筋膜脂肪疝时,其主要作用机理在于对腰神经后支组成的臀上皮神经的毁损,从而对于神经支配的肌肉、皮肤等达到去神经化的作用。同时对于排列整齐的脂肪组织结构进行破坏,从而使脂肪组织排列较为松散,部分脂肪组织液化。减轻脂肪组织对于臀上皮神经的压迫作用。本研究表明在 Z 型拨针治疗早期即可起到明显的止痛作用与该机制相关。在拨针治疗后,采用得宝松局部注射,起到避免脂肪组织损伤后形成瘢痕组织,继续对神经压迫。另外,可以减轻局部炎症反应,改善局部微循环,最终起到减少复发的作用。笔者的研究结果显示在拨针治疗前后脂肪疝的大小变化较小,后期随着脂肪组织的吸收,脂肪疝明显缩小。

目前治疗腰骶筋膜脂肪疝主要有手术、针灸治疗、小针刀治疗等治疗方法。陈荣恒、Yang 等^[8,11]均通过手术的方式治疗;邓家明等^[12]应用局部封闭加针刀治疗;贺淑文等^[13]用银质针梅花围刺法为主治疗本病;孙瑞台^[14]报道了应用消结膏治疗本病可消除较表浅的结节及肿胀,促进局部血液循环。还有一些研究者应用针灸配合拔罐或走罐^[15]等一些治疗手段进行治

疗,均取得了显著的疗效,其中以手术治疗最为多见。笔者认为手术疗法疗效优越,但其花费时间较长、手术费用较多且创伤较大,而其他传统治疗方式周期长,治疗后易复发,经过长期的治疗后患者痛苦较大,加之多次治疗后易形成新的创伤瘀血粘连等。而拨针治疗则具有治疗简便、花费较少、治愈率高、创伤较小等优点。

综上所述,拨针治疗腰骶部筋膜脂肪疝疗效确切、安全可靠,可由点到面立体钝性分离腰臀部深、浅筋膜及肌肉,改善局部血液循环,减少粘连形成,从根本上缓解疼痛,同时减少了患者进行手术治疗的费用及时间,节省了医疗成本,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 杨占辉,孙建华,丁浩,等.腰骶部筋膜脂肪疝[J].中国骨伤,2001,14(3):136-138.
- [2] 石伟,杨有庚,白云深,等.腰骶部筋膜脂肪疝所致下腰痛的治疗效果分析[J].中国临床康复,2006,10(24):45-47.
- [3] 刘兆石,刘长松,刘秀梅.多功能液针刀治疗腰骶筋膜脂肪疝的临床观察[J].中国康复医学杂志,2005,20(9):699-700.
- [4] 肖峰,李永灿,高淑杰.小针刀治疗腰骶筋膜脂肪疝 84 例报告[J].针灸临床杂志,2003,19(11):45-46.
- [5] 刘玉琛.腰臀部脂肪疝致腰腿痛的诊断与治疗[J].中国骨伤,1995,8(3):39-41.
- [6] 郑爱平.高频彩色多普勒超声对骶髂筋膜脂肪疝的诊断价值[J].实用临床医学,2012,13(6):97-98.

(上接第 51 页)

在本组治疗结果中,治疗后肩关节功能评分明显优于治疗前,差异有统计学意义($P < 0.05$),治疗的总有效率为 100%。

综上所述,采用手法复位配合扁担夹板固定带治疗锁骨骨折,固定稳定可靠,发生移位概率小,有利于促进患肢肩关节的功能恢复,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] HUTTUNEN T T, LAUNONEN A P, BERG H E, et al. Trends in the incidence of clavicle fractures and surgical repair in Sweden: 2001-2012[J]. J Bone Joint Surg Am, 2016, 98(21):1837-1842.
- [2] 胥少汀,葛宝丰,徐印坎.实用骨科学(上下册)[M].北京:人民军医出版社,2012.
- [3] 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.
- [4] 黄桂成,王拥军.中医骨伤科学[M].北京:中国中医药出版社,2016.
- [5] CONSTAT C R, MURLEY A H. A clinical method of function assessment of the shoulder[J]. Clinorthop Relat

- [7] 魏千程,王自平,燕忠生,等.“Z”型拨针刀治疗腰背部肌筋膜炎临床观察[J].中国中医急症,2013,22(6):1024-1025.
- [8] 陈荣恒,谭家驹,甄作均,等.日间手术中心复合局部麻醉下腰骶部筋膜脂肪疝的治疗[J].中华疝和腹壁外科杂志(电子版),2014,8(2):126-127.
- [9] 薛文,管晓鹏,刘林.骶髂筋膜脂肪疝 58 例回顾性分析[J].实用骨科杂志,2016,22(2):181-182.
- [10] SIMMONS J W JR, RICKETSON R, MCMILLIN J N. Painful lumbosacral sensory distribution patterns: embryogenesis to adulthood[J]. Orthop Rev, 1993, 22(10):1110-1118.
- [11] YANG J S, CHU L, HAO D J, et al. Sacroiliac fascial lipocoele could be a neglected cause of lumbosacral pain: case study of percutaneous endoscopic treatment[J]. Pain Physician, 2015, 18(2):267-269.
- [12] 邓家明,赵政时,程兴杰,等.局部封闭加针刀治疗骶髂筋膜脂肪疝[J].中国冶金工业医学杂志,2003,20(4):77-78.
- [13] 贺淑文,李吉平,杨海涛.银质针梅花围刺法治疗骶髂筋膜嵌顿型脂肪疝[J].吉林中医药,2016,36(9):955-959.
- [14] 孙瑞台,曾磊.消结膏治疗腰骶部筋膜脂肪疝疗效观察[J].临床军医杂志,2003,31(4):113-114.
- [15] 田小刚,文碧玲.合谷刺针法配合走罐治疗骶髂部筋膜脂肪疝 37 例[J].甘肃中医,2009,22(10):42-43.

(收稿日期:2019-04-19)

Res, 1987, 214(1):160-164.

- [6] 何锦勇,叶勇光,利云峰.8 字绷带包扎固定法联合锁骨固定带治疗青少年锁骨骨折临床观察[J].中国中医骨伤科杂志,2011,19(8):63-64.
- [7] 唐佩福.锁骨骨折治疗方法的选择与思考[J].中国骨伤,2015,28(2):97-100.
- [8] 张彦龙,姚啸生.改良的“8”字绷带外固定治疗锁骨骨折的临床研究进展[J].沈阳医学院学报,2017,19(2):175-177.
- [9] DEANGELIS R D, GRAF K W, MASHRU R P. Intrapleural penetration of a clavicle fracture: an indication for operative fixation[J]. J Orthop Case Rep, 2017, 7(4):17-20.
- [10] 刘其兴,李绍波,赵剑波,等.桥接组合式内固定系统治疗锁骨中段骨折[J].创伤外科杂志,2018,20(12):900-902.
- [11] 郭真,汤志刚,诸葛天瑜,等.中医手法复位结合经皮中空双加压螺钉微创治疗锁骨中段骨折[J].浙江中医药大学学报,2018,42(9):741-743.

(收稿日期:2019-04-07)