

肌筋膜牵拉对微创术后腰椎间盘突出症患者生活质量的影响

韦世杰 梁超明 何建业
(广西柳州市鹿寨县中医医院 鹿寨 545600)

摘要:目的:观察肌筋膜牵拉疗法对微创术后腰椎间盘突出症患者生活质量的影响。方法:选取 85 例腰椎间盘突出症患者,随机分为治疗组及对照组。两组患者均予微创髓核消融术治疗,治疗组患者术后同时给予肌筋膜牵拉疗法治疗。分别于术前、术后第 2 周和 3 个月时依照 VAS 评分、JOA 评分改善率和生活质量评分进行评估。结果:两组患者经相应治疗后,治疗组患者疼痛改善程度、JOA 评分改善率和生活质量等均明显优于对照组。结论:肌筋膜牵拉疗法可提高微创术后腰椎间盘突出症患者的生活质量,能缓解患者疼痛,改善腰部功能,具有良好的疗效及安全性。

关键词:腰椎间盘突出症;肌筋膜牵拉;生活质量
中图分类号:R 681.53 **文献标识码:**B **doi:**10.3969/j.issn.1671-4040.2012.04.026

腰椎间盘突出症 (lumbar intervertebral disc prolapse, LIDP) 是腰腿痛的最常见病因之一^[1]。临床上大多数 LIDP 患者经保守治疗后症状均得到一定程度缓解,但仍有部分患者疼痛及腰部功能恢复不佳,病情容易反复,随着微创介入治疗技术的迅速发展,使总体疗效有所提高,但紧张的腰背肌使患者的康复时间延长,生活质量相对较低^[2]。本研究自 2008 年 8 月~2011 年 8 月采用肌筋膜牵拉疗法对微创髓核消融术后患者的整体疗效进行评估,发现可缩短患者康复时间,患者腰腿部疼痛、腰部功能和

1 临床资料

1.1 一般资料 纳入研究的 85 例患者均为 2008 年 8 月~2011 年 8 月于我院收治的行微创髓核消融术治疗的 LIDP 病例,男 48 例,女 37 例;其中累及 L_{4/5} 椎间盘 51 例,L₅/S₁ 椎间盘 34 例,均为单个节段。随机分为治疗组 43 例和对照组 42 例:治疗组男性 25 例,女性 18 例,平均年龄 (48.9±16.8) 岁,L_{4/5} 椎间盘 27 例,L₅/S₁ 椎间盘 16 例,病程 7 d~2.5 年;对照组男性 23 例,女性 19 例,平均年龄 (50.1±14.7) 岁,L_{4/5} 椎间盘 24 例,L₅/S₁ 椎间盘 18 例,病程 10 d~3 年。两组患者的年龄、性别、突出部位与病程等无显著性差异 ($P>0.05$)。

1.2 纳入标准 (1) 年龄 18~69 岁,男女不限; (2) 经 CT 或 MRI 确诊为 L_{4/5} 或 L₅/S₁ 腰椎间盘突出症; (3) 临床症状和体征与影像学表现一致。

1.3 排除标准 (1) 局部或全身急性或慢性感染者; (2) 术后出现严重并发症者; (3) 患肢出现严重神经、肌肉和血管异常,导致肢体丧失运动功能者。

1.4 治疗方法 对照组单纯应用微创髓核消融术治疗,术后进行拱桥式腰背肌训练。治疗组在对照组基础上,应用肌筋膜牵拉疗法治疗。于术后第 2 天,患者俯卧位,用约 10 个易罐吸附于腰背肌群起止点及肌腹处。采用分推法、牵拉法、抖法(上下抖

动)松解肌肉,力量由轻到重,由远离痛点到痛点,每次 5 min,以可感到患者痉挛的肌肉慢慢放松为度。施术过程中询问患者的感觉和疼痛,避免使用暴力。然后在保留易罐的情况下,再进行拱桥式腰背肌训练。

1.5 疗效评定方法 分别于术前、术后第 2 周和 3 个月时依照 VAS 评分、JOA 评分改善率^[3-4]和 SF-36 生活质量评分进行评估,按评定标准进行疗效评定。同时观察各组并发症的发生情况。

1.6 统计学方法 采用 SPSS13.0 统计软件进行相关统计分析,各独立组间参数比较等级资料采用秩和检验,计量资料用平均数±标准差 ($\bar{X} \pm S$) 表示,采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义, $P<0.01$ 为差异显著。

2 结果

2.1 VAS 疼痛评分 经 Mauchly 球形检验结果, $P=0.946>0.05$,满足球形假设,无需校正。治疗组和对照组治疗前后比较有显著差异;治疗后 2 周与 3 个月,治疗组与对照组比较有统计学差异 (P 值分别为 0.037 和 0.018)。时间与组别之间存在交互效应 ($F=5.946, P=0.031$)。见表 1。

表 1 治疗前与治疗后 VAS 疼痛评分比较 ($\bar{X} \pm S$) 分					
组别	治疗前	治疗后 2 周	治疗后 3 个月	F 值	P 值
治疗组	6.71±1.75	2.93±1.59	0.95±0.92	19.318	0.001
对照组	6.85±2.09	3.52±1.84	1.56±1.03	11.354	0.035
t 值	0.055	8.714	12.159		
P 值	0.981	0.037	0.018		

2.2 JOA 评分改善率 治疗组治疗后 2 周 JOA 评分改善率平均为 (78.15±2.53)%,其中优 27 例,占 62.8%,良 9 例,占 20.9%,中 7 例,占 16.3%,差 0 例,总优良率为 83.7%。对照组 JOA 评分改善率平均为 (57.46±3.19)%,其中优 22 例,占 52.4%,良 10 例,占 23.8%,中 8 例,占 19.0%,差 2 例,占 4.8%,总优良率为 76.2%。组间比较,显示治疗组效果优于对照组 ($P=0.008<0.01$),提示治疗后 2 周治疗组效果优于对照组。治疗后 3 个月随访时,治疗组 JOA 评分改善率提高到 (81.91±2.93)%,其中优 33 例,

占 76.7%，良 7 例，占 16.3%，中 3 例，占 7.0%，差 0 例，总优良率为 93.0%。对照组 JOA 评分改善率提高到(68.17± 4.64)%，其中优 23 例，占 54.8%，良 11 例，占 26.2%，中 6 例，占 14.3%，差 2 例，占 4.8%，总优良率为 81.0%。见表 2。

表 2 治疗前与治疗后 JOA 评分比较 ($\bar{X} \pm S$) 分			
组别	治疗前	治疗后 2 周	治疗后 3 个月
治疗组	13.52± 0.61	16.24± 0.33	16.59± 0.34
对照组	14.17± 0.63	15.69± 0.52	16.17± 0.58

2.3 SF-36 生活质量评分 治疗组 SF-36 生活质量量表评分结果显示，组内八个维度治疗前与治疗后 2 周、3 个月的 SF-36 评分比较有统计学差异。说明治疗后患者生活质量较治疗前提高。见表 3、表 4。

表 3 治疗组治疗前与治疗后 SF-36 评分比较 ($\bar{X} \pm S$) 分					
八个维度	治疗前	治疗后 2 周	治疗后 3 个月	F 值	P 值
躯体功能	0.53± 0.10	0.67± 0.12	0.77± 0.08	13.261	0.016
躯体角色受限	0.51± 0.15	0.59± 0.18	0.67± 0.20	6.659	0.042
躯体疼痛	0.42± 0.18	0.53± 0.14	0.63± 0.12	28.816	0.000
心理健康	0.44± 0.11	0.52± 0.12	0.62± 0.10	7.269	0.046
情绪角色受限	0.49± 0.15	0.58± 0.16	0.68± 0.24	18.903	0.008
活力	0.56± 0.21	0.61± 0.13	0.72± 0.11	23.717	0.001
社交功能	0.46± 0.16	0.59± 0.14	0.79± 0.16	11.908	0.039
整体健康	0.42± 0.13	0.52± 0.16	0.71± 0.14	15.493	0.015

表 4 对照组治疗前与治疗后 SF-36 评分比较 ($\bar{X} \pm S$) 分					
八个维度	治疗前	治疗后 2 周	治疗后 3 个月	F 值	P 值
躯体功能	0.55± 0.13	0.61± 0.18	0.75± 0.12	11.847	0.013
躯体角色受限	0.49± 0.15	0.51± 0.12	0.64± 0.15	8.453	0.037
躯体疼痛	0.47± 0.12	0.49± 0.16	0.59± 0.18	24.629	0.005
心理健康	0.46± 0.18	0.51± 0.18	0.58± 0.16	9.345	0.049
情绪角色受限	0.45± 0.15	0.59± 0.15	0.65± 0.17	21.542	0.003
活力	0.54± 0.19	0.63± 0.17	0.68± 0.19	19.375	0.011
社交功能	0.45± 0.14	0.51± 0.16	0.78± 0.13	9.171	0.041
整体健康	0.44± 0.16	0.47± 0.14	0.70± 0.16	13.527	0.019

3 讨论

3.1 肌筋膜牵拉疗法的作用机理 肌筋膜牵拉疗法源自肌筋膜按摩疗法(Myofascial Massage)，钟士元教授在应用肌筋膜牵拉疗法的原理上使用易罐吸附在身体躯干和髋、膝、肩、肘等关节附近并能牵动皮肤及其下方的肌筋膜，使其在任意方向上产生运动。在使用时，除了能产生传统火罐之作用外，使用者还能利用易罐吸附力强的特点，用手握着它进行牵拉皮肤，起到松弛肌筋膜、解痉止痛、降低末梢神经张力的作用。这种把拔罐法与推拿技术结合起来的方法，对不同年龄患者的脊柱、关节的急慢性损伤，以及手术后引起的疼痛等进行治疗，都收到理想的疗效，有望解决 LIDP 微创术后腰背肌软组织粘连、顽固性疼痛、肌肉无力的难题^[5]。我们在临床中发现，对于 LIDP 微创髓核消融术后的患者，术后按照肌筋膜牵拉操作方法进行辅助治疗，术后第 3 天患者可扶助行器下地行走，明显降低卧床并发症的发生(本组病例无卧床并发症发生)，提高患者生活质量。作者认为肌筋膜牵拉疗法提高 LIDP 微创术后病人康复效果的机理可能为：解除肌肉痉挛，LIDP 患者腰背肌痉挛是影响治疗后功能康复的重要因素，病人在腰部后伸时常有腰背部绷紧的一

种感觉，根据“十二经筋是属于十二经脉的筋肉系统，是十二经脉之气结聚散络于筋肉间，相互关联的循行体系。”十二经筋主要作用是约束筋肉骨骼，调控脊柱与全身各关节的屈伸活动，以保持人体正常的运动功能。易罐经筋沿经牵拉疗法疏通经脉，有利于气血运行，濡养筋骨，活动范围增大。

3.2 肌筋膜牵拉疗法联合微创髓核消融术治疗 LIDP 的疗效评价 本组病例研究结果显示：治疗组治疗前与治疗后 2 周、3 个月比较，VAS 评分具有显著统计学差异(P=0.001)，从治疗前的(6.71± 1.75)分下降到治疗后 3 个月的(0.95± 0.92)分，与对照组相比，治疗后 2 周与治疗后 3 个月，均具有统计学差异。提示治疗组与对照组随访 3 个月时疼痛明显改善，但是治疗组在治疗后 2 周，疼痛改善更加明显。

治疗后 2 周、3 个月，治疗组与对照组 JOA 评分平均改善率与优良率均有所提高。治疗组优良率从治疗后 2 周时的 83.7%提高到治疗后 3 个月时的 93.0%。对照组优良率从治疗后 2 周时的 76.2%提高到治疗后 3 个月时的 81.0%。治疗组 JOA 评分平均改善率从治疗后 2 周时的(78.15± 2.53)%提高到治疗后 3 个月时的(81.91± 2.93)%。对照组优良率从治疗后 2 周时的(57.46± 3.19)%提高到治疗后 3 个月时的(68.17± 4.64)%。提示治疗后 3 个月虽然治疗组与对照组较治疗前与治疗后 2 周改善率提高，但是统计学结果显示治疗组效果优于对照组，且治疗组在治疗早期即显示出较好的疗效。

本研究应用 SF-36 生活质量量表对患者的主观感受进行评价，两组 SF-36 生活质量量表评分结果显示，组内八个维度治疗前与治疗后 2 周、3 个月的 SF-36 评分比较有统计学差异，说明治疗后患者生活质量较治疗前提高。但是，躯体功能、躯体角色受限、躯体疼痛、社交功能、整体健康五个维度治疗组与对照组相比，治疗后 2 周时有统计学差异(P 值分别为 0.004、0.007、0.000、0.042、0.035)，治疗后 3 个月时均无统计学差异。提示在治疗早期治疗组对生活质量的提高优于对照组。

微创髓核消融术是近十年来兴起的一种治疗 LIDP 的微创介入治疗新方法，该方法是介于传统保守疗法与开放手术之间的一种真正的微创治疗技术，具有不剥离腰部肌肉韧带、不破坏腰椎骨质结构、安全、痛苦小、见效快的优点，临床中取得了显著疗效^[6-7]。但是仍有部分患者术后疼痛及腰椎功能恢复不佳，病情容易反复。本研究针对微创疗法的不足之处，结合肌筋膜牵拉疗法有效缩短 LIDP 微

电针配合腰椎牵引治疗腰椎间盘突出症 216 例

陈建宇

(江苏省工人常州疗养院 常州 213003)

摘要:目的:观察电针配合腰椎牵引治疗腰椎间盘突出症的治疗效果。方法:216 例患者采取针刺接脉冲电配合牵引,观察治疗前后临床症状的变化。结果:治愈 141 例,占 65.28%;显效 37 例,占 17.13%;好转 23 例,占 10.65%;无效 15 例,占 6.94%;总有效率 93.06%。结论:电针配合腰椎牵引治疗腰椎间盘突出症具有方法简便、疗效确切、副作用及禁忌证少的特点。

关键词:腰椎间盘突出症;电针;牵引

中图分类号:R 681.53

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.04.027

腰椎间盘突出症主要指腰椎间盘纤维环松弛、变性、膨出或者纤维环破裂、髓核脱出压迫了相应的神经根,造成局部充血、水肿的炎症性反应而出现的一系列症状体征。是临床骨科诊治的常见病和多发病,是腰腿痛最常见的原因,统计表明,其发病率在轻劳动者中占 53%,重劳动者中占 64%;患腰痛者 30%可发展为椎间盘突出,推算发病率每年为 1%~2%^[1]。其主要临床特征是腰骶部疼痛及坐骨神经痛,伴行走不利、间隙性跛行。笔者采用电针配合腰椎牵引治疗本病 216 例取得良好效果。现总结如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 216 例均为住院病人,其中男 120 例,女 96 例;年龄最小 19 岁,最大 92 岁,以 30~50 岁居多;L₂₋₃ 椎间盘突出者 13 例,L₄₋₅ 椎间盘突出者 102 例,L₅~S₁ 椎间盘突出者 53 例,L₄₋₅、L₅~S₁ 椎间盘突出者 48 例;膨出者 121 例,脱出者 95 例;病程最短者 2 h,最长者 10 d;按经络分型,属太阳型 59 例,少阳型 66 例,督脉型 40 例,混合型者 51 例。诊断要点:根据临床症状和体征,全部病例均经过 CT 确诊。

1.2 治疗方法

1.2.1 针法 取穴:按经络分型取穴,一侧疼痛取病侧,双侧疼痛取双侧穴位。足太阳膀胱经痛:肾俞、秩边、殷门、委中、承山、昆仑。足少阳胆经疼痛:环跳、风市、阳陵泉、悬钟。腰骶部疼痛:腰阳关、肾俞、气海俞、次髎。混合型:肾俞、次髎、环跳、阳陵

泉、委中、承山。操作:患者取俯卧位或侧卧位,常规消毒后直刺进针,得气后平补平泻,秩边、环跳穴处可辨病情寒热虚实予行传统复式补泻手法之“烧山火、透天凉”。腰骶部穴位针感:局部放散,臀及下肢穴位针感:足太阳经穴沿下肢后侧向足底放射传导,足少阳经穴沿下肢外侧向足底放射传导。得气后接通上海产 G6805 脉冲电针治疗仪导线,每对输出的两个电极分别连接在两根毫针上,同一对输出电极连接在身体的同侧(以病侧为主),勿跨接在身体两侧,一般以肾俞配环跳、秩边配风市、委中配承山或阳陵泉配悬钟,选用疏密波,电流强度以病人耐受为宜。

1.2.2 腰椎牵引 采用平卧位骨盆牵引,牵引重量从 20~40 kg,逐次增加至 40~60 kg,最大重量以病人承受为度,每次牵引 20~30 min。

1.2.3 疗程 先电针,后腰牵,1 次/d,12 d 为 1 个疗程,疗程间歇 3 d,一般治疗 3~4 个疗程,最长者有治 3 个半月,约 7 个疗程。

2 疗效观察

2.1 疗效标准 疗效评定按《骨科临床疗效评价标准》^[2]。痊愈:腰痛、坐骨神经痛消失,脊柱畸形消失,直腿抬高试验 85° 以上,能正常工作;显效:腰痛、坐骨神经痛基本消失,脊柱畸形大部分消失,能坚持轻工作;好转:腰痛、坐骨神经痛减轻,脊柱畸形改善,直腿抬高有进步;无效:治疗 4 个疗程,腰痛、坐骨神经痛未减轻,脊柱仍畸形,直腿抬高试验无好转。

创髓核消融术后患者的康复时间,有效缓解疼痛,使患者早期离床活动,有效降低卧床并发症的发生率,提高患者生活质量,具有良好的疗效及安全性。

参考文献

[1]曾宪春.综合疗法治疗腰椎间盘突出症疗效观察[J].实用中西医结合临床,2011,11(3):67-68
[2]彭全成,何敬敏,乐绍银,等.腰背肌稳定性训练治疗微创术后腰椎间盘突出症的疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2011,33(3):221-223

[3]日本骨科学会.颈部椎间盘性脊髓症治疗成绩判定基准[J].日本整形外科学会杂志,1975,99:1-2
[4]金大地.现代脊柱外科手术学[M].第 2 版.北京:人民军医出版社,2001.386-387
[5]庞智晖,曾伟恒,张颖,等.快速康复程序结合筋膜牵拉疗法促进全髋置换患者康复的临床研究[J].中医正骨,2011,23(6):9-12
[6]尚鸿生,宋锦旗,户红卿,等.经皮穿刺臭氧髓核消融术治疗腰椎间盘突出症[J].实用骨科杂志,2011,17(1):13-16
[7]胡永胜,张玉坤,田慧中,等.臭氧髓核消融术治疗椎间盘源性腰痛疗效分析[J].中华临床医师杂志(电子版),2011,5(5):1470-1472

(收稿日期:2012-04-19)