

银质针针刺疗法对腰椎间盘突出症患者下肢微循环的影响

王诚宏¹ 慈鸿飞¹ 王哲¹

下肢末梢循环障碍所引起的下肢发凉或畏寒,即人们俗称的“老寒腿”,是腰椎间盘突出症患者普遍存在的临床症状^[1]。银质针疗法是将针刺作用和温热作用相结合,具有普通针刺所不具有的止痛功效,并且还具止痛迅速、副作用小及操作简便等特点。我们采用银质针针刺疗法对腰椎间盘突出症患者进行肌肉松解治疗,观察下肢微循环的改善情况,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

腰椎间盘突出症患者102例均为我院住院患者,随机分为银质针针刺疗法治疗组(银质针组)和常规疗法治疗组(牵引+中频+热疗,常规组)各51例。全部病例均按诊断标准^[2]检查确诊。

银质针组男28例,女23例;年龄23—63岁,平均41.3岁;病程2—28个月,平均9.5个月;突出部位L4/5 38例,L5/S1 31例。常规组男30例,女21例;年龄20—65岁;病程4—31个月,平均10个月;突出部位L4/5 37例,L5/S 130例。两组患者的年龄、病程和病情等一般资料具有可比性,差异无显著性($P>0.05$)。

1.2 治疗方法

1.2.1 银质针组治疗方法:①患者取俯卧位,在软组织痛特定病变部位,正确选择压痛点;②以深层病变软组织为中心,避开血管、神经或脏器选出多个进针点,无菌操作下表面麻醉;③银质针对准深层病变区方向分别做直刺或斜刺,经过软组织病变区,直达肌肉或筋膜等在骨骼上的附着处(压痛点);④在针尾上装一艾球燃烧;⑤在一个病变区作一次银质

针针刺疗法,每个压痛点一刺入一根银质针,30min。

1.2.2 常规组治疗方法:采用日本OG GIKEN公司生产ORTHOTAC OL-2000牵引机,腰部牵引采用仰卧位,牵引重量为体重50%,牵引50s,间歇10s,每次20min,每日1次。调制中频采用北京产T99-B调中频治疗仪,电极150cm²×2,腰背并置,调制波形为正弦波,调幅度100%,调制频率0—150Hz,电流强度以患者耐受为宜,中频频率4000 Hz,每日治疗1次,每次20min,共治疗12次。汤岗子温泉全身浸浴,水温38—42℃,每日1次,每次15min;蜡垫温度48—52℃,包裹法,每日1次,每次15min。两组患者均治疗12次后判定疗效。

1.3 主要观察指标

治疗前及治疗后14天,检查患肢甲皱微循环的输入支管径、流速(粒速)等各项指标的变化情况。微循环检测仪采用徐州恒达光学电子仪器有限公司,型号WXT-4A-1。临床评估采用日本整形学会于1984年制定的《腰椎疾患治疗成绩评分表》^[3]。

1.4 统计学分析

用Stata软件,计量资料采用 t 检验或配对 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,显著水平定为 $P=0.05$ 。

2 结果与讨论

治疗前及治疗后14天的疗效判定,患肢甲皱微循环的输入支管径、流速指标的变化情况比较,结果见表1。经统计学检验,二组间有显著性差异。同时,下肢循环血量可因血管管径、血液流速以及管祥数影响。上述变量的改善,也意味着下肢末梢循环血流量的增加。

表1 治疗前后患者下肢微循环变化情况比较

($\bar{x}\pm s$)

	输入支管径(μm)		组内 t 值	组内 P 值	流速(mm/s)		组内 t 值	组内 P 值
	治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
银质针组($n=51$)	15.86 \pm 6.50	18.01 \pm 3.31	8.45	<0.05	0.19 \pm 0.09	0.37 \pm 0.13	18.74	<0.05
常规组($n=51$)	14.68 \pm 6.37	17.81 \pm 2.97	7.78	<0.05	0.21 \pm 0.11	0.31 \pm 0.08	9.11	<0.05
组间 t 值	0.66	0.71			1.12	0.91		
组间 P 值	>0.05	>0.05			>0.05	<0.05		

银质针是由古代“九针”中的提针和长针发展而成。银质针由纯银、铜与其他金属铸制而成,针体粗,直径为1.1mm,具有良好的导热性。临床上皮肤进针点针体温度变化多在43—51℃之间,组织温度39℃左右,存在温度差,所以组织内针身温度升高。骨骼肌细胞由于轻度热损伤出现炎性改变、细胞凋亡、再生修复的病理过程。有报道,温热银质针治疗后形成以针道为中心的圆柱形热传导生物学反应区。温热银质针是密集型针刺疗法,不同于传统的温针灸疗法及物理治疗使用的高频、超高频电疗法,其是银质针介导的热损伤疗法,是一种微创手术。王福根等^[4]临床研究发现,其主要治疗功效有消除炎症反应,增加局部血供和松解肌肉痉挛。

椎管外软组织损害的病理基础^[5]是由于急、慢性损伤或其他一些因素造成有关肌肉、筋膜的骨骼附着点产生无菌性

炎症,炎症引起疼痛,并继发肌痉挛,痉挛又加重炎症,长期的肌痉挛的力学作用,会阻碍其间的血液循环,加上炎症反应,血管本身也可引起痉挛收缩,形成恶性循环,这必然造成供血不足引起新陈代谢障碍而加重疼痛。而腰椎间盘突出突出的髓核刺激或压迫临近的神经根,引起椎旁肌反射性痉挛,产生肌肉充血、水肿等炎性改变,造成局部代谢障碍,炎性粘连等病理改变^[6]。

银质针针刺疗法对椎管外软组织损害所致的重症腰痛,包括腰椎间盘突出症患者有显著的持久的肌肉解痉作用。该疗法肌肉解痉功效的取得主要包括下列因素:①椎管

1 辽宁省鞍山市汤岗子医院,114048

作者简介:王诚宏,男,副主任医师

收稿日期:2009-01-23

外软组织损害性炎症反应的消除;②损害性病变区域血运较长时间的增加;③持久的肌痉挛可引起类似慢性骨筋膜室综合征的病理变化产生筋膜内压力增高,此疗法可以达到松解减压目的。银质针针刺治疗通过消除椎管外软组织损伤性炎症,此乃软组织疼痛的病理学基础,从而减轻或解除肌肉痉挛。另外,由于病变软组织长时间的得到充足的血供,有利于修复和正常代谢,也是解除肌肉痉挛、恢复正常肌力的重要因素。从银质针治疗所取得持久的远期疗效及治疗后一个月局部区域血流量仍然还较治疗前有明显增加的临床观察结果分析^[7],病变软组织可以获得较好的修复。

观察结果表明,银质针治疗后,患肢局部微循环管径增大、流速加快、促进局部血液循环改善是银质针治疗的一个重要方面。银质针针刺疗法其治疗的重要机制是改善血液循环。病变区血流量增加为以下原因:首先,针刺刺激皮肤感受器,通过不经脊髓的轴突反射,冲动一方面传入神经元,一方面经同一轴突的另一分支逆行到小动脉壁,引起局部血管扩张;其次,针刺刺激感觉神经末梢,使神经释放出少量“P”物质^[8-9],引起血管扩张反应;再次,由于艾灸的温热作用^[10],通过银质针将热传递至深层组织,热向周围扩散,病变的肌肉、筋膜附着区温度升高,小血管扩张,血液循环加强^[11]。

本研究证明针刺 14 天后血流较治疗前仍有明显的增加,说明长期改善血液循环是银质针疗效持久的重要原因。

究其原因,可能在于银质针针身直径 1.1mm,明显粗于一般的针灸针,加上艾灸的温热作用,起针后留下的腔隙有再血管化的可能。由于本文研究的病例少,观测时间短,所持见解有待于进一步探讨。

参考文献

- [1] 宣蛰人. 宣蛰人软组织外科学 [M]. 上海: 文汇出版社, 2002.580—589.
- [2] 戴闽. 实用骨科疼痛与治疗 [M]. 北京: 人民军医出版社, 2008.188—189.
- [3] 贾连顺,李家顺.现代腰椎外科学[M].上海:上海远东出版社, 1995.120—124.
- [4] 王福根. 腰腿痛病临床治疗方案选择[J]. 中国疼痛医学杂志, 2005,11:209.
- [5] 王福根. 腰腿痛病临床治疗方案选择 [J]. 中国疼痛医学杂志, 2005,11(2):109.
- [6] 周静. 推拿结合肌力训练治疗腰椎间盘突出症的疗效观察[J]. 中国康复医学杂志, 2007,22(9):826—827.
- [7] 王军,王福根,李信玉,等. 成人股骨头缺血性坏死髓痛的研究 [J]. 中国疼痛医学杂志, 1995,1(2):63—96.
- [8] Richard A.Deyo.Outcome measurement for low back pain research:a proposal for standardized use [J]. Spine,1998,23(18):2001—2013.
- [9] Patrick DI.Assessing health-related quality of life in patients with sciatica[J].Spine,1995,20:1899—1909.
- [10] 胡农根,张全爱,朱雄心,等. 银质针治疗腰突症手术后遗症临床观察[J]. 针灸临床杂志, 2008,24(9):4—5.
- [11] 王福根,江亿平,王素平,等. 银质针治疗腰椎间盘突出症的临床肌电图观察[J]. 中国疼痛医学杂志, 1999,5(4):194—197.

·传统医学与康复·

头针治疗预防卒中后抑郁的近期疗效观察

冯玲¹ 茹文亚¹ 孙新芳² 蔡镛杰¹ 杜筱蓓³ 吴月峰¹

卒中后抑郁(post stroke depression, PSD)是脑卒中后情绪障碍的主要表现形式,对患者的功能恢复及生存质量的改善有负面影响,主要表现为躯体疾病症状的扩大和加重^[1]。本研究通过对卒中患者的早期头针治疗,探讨对卒中后抑郁发生的预防及对患者的功能康复的影响。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选择 2007 年 3 月—2008 年 12 月在本院神经内科、康复科住院的脑梗死偏瘫患者 72 例。

纳入标准:①符合全国第四届脑血管病学术会议制订的诊断标准^[2],经头颅 CT 或 MRI 证实;②经汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评定无抑郁存在(总分 ≤ 7 分),经运动功能评定采用简易 Fugl-Meyer 运动功能评测法(Fugl-Meyer assessment, FMA)、日常生活活动能力(ADL)评定采用改良 Barthel 指数(modified Barthel index, MBI);③经神经内科处理、神经系统症状、体征不再进展 48h 后,病程 < 2 周。

排除标准:①接受过溶栓治疗或脑出血患者;②年龄 > 80 岁;③意识不清、失语、严重认知功能障碍(用简易精神状态检查表,即 MMSE;文盲 < 17 分,小学文化者 < 20 分,中学及以上文化者 < 23 分者);④严重感染,严重心、肺、肝、肾疾病;⑤外

地可能失访者。

将研究对象按入院顺序随机分为治疗组和对照组,每组各 36 例。治疗组男 23 例,女 13 例;平均年龄 44—79(平均 64 ± 4.6)岁;病程 2—14(平均 7 ± 6)天;文化程度:文盲 3 例,小学 22 例,中学及以上 11 例。对照组:男 22 例,女 14 例;年龄 46—79(平均 63 ± 7.6)岁;病程 3—13(平均 7 ± 7)天;文化程度:文盲 2 例,小学 22 例,中学及以上 12 例。两组性别、年龄、病程、文化程度,差异均无显著性意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法

对照组给予神经内科治疗、康复治疗,合并有原发病者,给予相应治疗。

治疗组在对照组基础上给予头针治疗。神经内科治疗由神经内科医生根据卒中性质及程度选择用药,合并有其他原发病的,予原发病治疗。

康复治疗:根据患者的病程、运动能力及日常生活活动能力障碍,按统一模式,循序渐进。包括早期良姿位摆放、运

1 浙江省绍兴市人民医院康复中心, 312000

2 浙江省绍兴市人民医院神经内科

3 浙江省绍兴市人民医院精神科

作者简介:冯玲,女,主任医师

收稿日期:2009-02-17