

腰椎间盘突出症椎间孔镜术后疼痛的临床效果研究

——以中药热奄包联合耳穴压豆为例

张洪杰

三二〇一医院脊柱外科 陕西汉中 723000

摘要: 目的: 探讨中药热奄包联合耳穴压豆治疗腰椎间盘突出症椎间孔镜术后疼痛的临床效果。方法: 回顾性分析我院脊柱外科于 2023 年 1 月至 2023 年 7 月收治的经皮脊柱内镜下髓核摘除患者 120 例, 根据性别、年龄和组间腰椎间盘突出症的平衡可比性原则是使用随机表法将 120 名患者随机分为对照组和观察组。对照组在基础治疗上采用常规口服塞来昔布消炎止痛等对症治疗, 观察组在常规治疗的基础上, 加用中药热奄包热敷联合耳穴压豆, 比较两组治疗前后的疼痛视觉模拟评分 (VAS 评分)、日本骨科学会腰痛评分标准 (JOA 评分) 及胃肠道不良反应的发生率。结果: 前两个组治疗前 VAS 和 JOA 评分之间未观察到统计学差异 ($p>0.05$)。治疗后, 两组的 VAS 和 JOA 评分均比治疗前评分显著改善。观察组的疼痛比对照组轻, 两组之间的差异具有统计学意义 ($p<0.05$), 观察组的 JOA 评分改善大于对照组, 两组之间的差异具有统计学 ($p<0.05$), 观察组胃肠道不良反应发生率明显低于对照组, 但组之间无统计学差 ($p>0.05$)。结论: 两种治疗方法都能减轻经皮脊柱内镜治疗腰椎间盘突出症患者术后疼痛, 但中药热奄包联合耳穴压豆治疗对提高患者神经功能及腰椎功能及睡眠质量, 优于常规治疗, 并有降低胃肠道不良反应发生率的倾向, 值得推广。

关键词: 中药热奄包; 耳穴压豆; 腰椎间盘突出症; 椎间孔镜; 椎间盘切除; 术后疼痛

腰椎间盘突出症 (Lumbar Disc Herniation, LDH) 是指腰椎间盘发生退行性病变后, 纤维环部分或全部破裂, 髓核单独或者连同纤维环、软骨终板向外突出, 刺激或压迫窦椎神经和神经根引起的以腰腿痛为主要症状的一种综合征^[1], 临床表现包括腰痛、下肢坐骨神经放射性疼痛及肢体麻木等; 近年来 LDH 的患病率逐渐上升, LDH 好发于 20 ~ 40 岁的人群, 且男性多于女性^[2]。目前经皮脊柱内镜髓核摘除术具有创伤小、出血少、对腰椎稳定性影响小及恢复快、费用低等优点, 是 LDH 治疗领域最为新兴的微创技术^[3-4]。虽然该技术能达到彻底解除神经根压迫、缓解疼痛的目的, 但是术中对神经根牵拉易造成局部血运障碍和神经束间水肿、髓核清除不彻底、切口局部渗血形成血肿进而压迫神经出现术后腰腿痛等症状^[5-6]。近年来, 笔者团队采用中药热奄包联合耳穴压豆治疗腰椎间盘突出症脊柱内镜术后残余疼痛, 取得了良好的结果, 总结如下。

1. 材料与方法

1.1 研究对象

2023 年 1 月至 2023 年 7 月, 我们科室选择了 120 名腰

椎间盘突出症患者进行首次经皮椎间孔镜下髓核摘除术。诊断标准: 慢性背部和以下肢疼痛史、臀部、大腿和小腿放射状疼痛为特征, 下肢直腿抬高试验显示阳性^[7]; 纳入标准: 年龄 ≥ 20 岁; 患者的临床症状包括腰痛并牵涉某侧下肢麻木疼痛、突出节段压迫的神经根与患者下肢症状对应; 影像学检查 (CT、MRI) 显示有单一节段腰椎间盘突出表现; 患者首次接受中药热奄包联合耳穴压豆治疗腰椎间盘突出症; 保守治疗无效愿接受手术患者; 患者自愿加入本研究。排除标准: 不符合纳入标准的病患、腰椎和背部损伤、皮肤病等病患、严重心血管和精神疾病患者、言语障碍患者。120 名患者被随机分为观察组和对照组, 每组 60 名患者。在性别和年龄等一般信息方面, 两组之间没有统计学显著差异 ($p>0.05$)。

1.2 治疗方式

两组均接受经皮椎间孔镜下髓核摘除术, 并由同一外科医生进行。两组均接受脱水和神经营养药物治疗, 术后两组均采用脱水和神经营养药物以及常规外科换药, 指导并鼓励进行早期功能锻炼, 下床活动时佩戴腰围等健康指导。

1.2.1 基础治疗

术后常规护理, 包括: ①常规补液及营养神经(口服甲钴胺)治疗; ②除如厕或就餐其余时间尽量卧硬板床休息, 下地时需腰围固定; ③指导患者腰背肌功能锻炼, 如练习“飞燕式”、“五点支撑法”等; ④保持穿刺部位敷料干洁, 及时对切口渗出进行处理, 术后 2 周内禁沐浴。

1.2.2 对照组

在基础治疗的基础上予以口服塞来昔布消炎止痛等对症治疗。

1.2.3 实验组

在基础治疗的基础上行中药热奄包热敷及耳穴压豆联合治疗。

(1) 中药热奄包: 利用活血化瘀药物热敷患处, 可使药效经皮肤腠理吸收, 发挥散寒止痛、活血的作用^[8]。我院采用中药制剂配方为: 刘寄奴 12g、独活 12g、赤芍 12g、续断 12g、没药 9g、生艾叶 9g、桑枝 30g、红花 9g、川乌 9g、草乌 9g、桂枝 9g、伸筋草 12g、透骨草 12g、元胡 10g、细辛 10g, 用白醋均匀搅拌, 用纱布包裹后于蒸锅内高温熏蒸 30 分钟, 后外敷于腰脊(旁)点、环跳穴、承山、委中(阿是穴); 干预时间: 患者于术后 48 小时后接受中药热敷, 干预频次: 2 次/天, 30 分钟/次, 共干预 1 周。

(2) 耳穴压豆: 取坐骨神经、皮质下、肝、肾、神门穴, 其中贴压坐骨神经穴具有通络止痛、舒筋活血之效, 主治坐骨神经痛、LDH 等症; 贴压皮质下穴具有镇静、安神的作用; 贴压肝穴具有养血平肝、清热止痛之效; 贴压肾穴可益精气、壮肾阳; 贴压神门穴可安神益气, 上述诸穴合用可发挥补益肝肾、益气安神、活血通经止痛之效, 利于减轻患者疼痛, 改善睡眠质量。现代研究表明, 耳穴刺激可兴奋痛觉感受器, 使冲动传至脑干部的网状结构而发挥镇痛效应, 同时其能调动体液抗痛因素以提高痛阈^[9-10]。常规消毒, 将王不留行籽置于 0.5 cm × 0.5 cm 胶布, 贴于上述所选穴位, 按压 5 分钟, 至热、麻、胀、痛感, 1 次/天, 两耳交替, 每 2 天轮换 1 次。

1.3 观察指标

1.3.1 疼痛程度

用视觉模拟评分法(VAS)对患者疼痛程度进行评分。

1.3.2 下腰痛评分

由日本骨科学会腰痛评分标准(JOA 评分)评估下腰痛的分值。由研究者于术前 1 天、术后 7 天进行测量;

1.3.3 胃肠道副作用

如有胃痛、胃胀等。

1.4 统计学方式采用

SPSS 20.0 软件, 计量资料以均数 ± 标准差表示, 组间比较采用 t 检验, 检验水准 $\alpha = 0.05$, $P < 0.05$ 为差异有统计学。

2. 最后

2.1 两组患者疼痛水平的比较

术前 1 天两组疼痛程度比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 术后 1 周, 两组患者疼痛均有改善, 且观察组疼痛程度轻于对照组的疼痛, 差异具有统计学意义($P < 0.05$) (见表 1)。

表 1 两组患者疼痛程度比较

组别	n	术前 1 天(分)	术后 1 周(分)
观察组	60	62.35 ± 10.25	24.25 ± 10.25
对照组	60	63.15 ± 9.65	42.15 ± 9.35 #

与术前 1 天比较, * $P < 0.05$; 与对照组比较, # $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者 JOA 评分比较

术前 1 天两组患者 JOA 评分差异无统计学意义($P > 0.05$); 术后 1 周, 两组 JOA 评分均升高, 且观察组 JOA 评分高于对照组($P < 0.01$) (见表 2)。

表 2 两组患者 JOA 评分比较

组别	n	术前 1 天(分)	术后 1 周(分)
观察组	60	15.32 ± 5.35	26.35 ± 2.85
对照组	60	16.15 ± 4.25	22.85 ± 5.25 ##

与术前 1 天比较, * $P < 0.05$; 与对照组比较, ## $P < 0.05$ 。

2.3 两组胃肠道发生不良反应比较

观察组及对照组的胃肠不良情况发生率分别为 1.7% 和 8.3%, 观察组低于对照组, 但比较差异无统计学意义($P > 0.05$), 见表 3

表 3 两组患者胃肠道不良反应发生率比较

组别	n	胃肠道症状	不良反应发生率
观察组	60	1	1.7%
对照组	60	5	8.3%

3. 讨论

随着人民生活水平的提高, 腰椎间盘突出症的发病率明显升高, 目前经皮椎间孔镜技术治疗腰椎间盘突出症在治

疗腰椎间盘突出症方面取得了良好的效果。这项技术属于微创手术,具有创伤小、出血少、恢复快、临床疗效显著等优势;但部分患者术后仍存在神经根压迫或刺激而遗留相应神经所支配区域的症状,其中主要表现为下肢的酸胀麻木感以及腰背部疼痛感,或因腰背部疼痛而出现腰椎功能障碍,活动受限较为明显,对患者期待的术后回归正常生活带来了一些负面作用^[11],有文献称上述症状的发生率为 0% -21%^[12]。

中西医根据不同的理念,对椎间孔镜术后的疼痛的治疗积累了丰富的临床经验。现代医学多采用非甾体类药物以及脱水治疗,治疗方式较为普通,且具有一定的副作用,特别是对胃肠道的刺激较大。而祖国医学对于孔镜术后的治疗,有口服中药及针灸、推拿、热敷等多种治疗方式,具有操作方便、易于被患者接受、毒副作用较小等优点。本研究选择了中药热奄包外敷联合耳穴压豆治疗腰椎间盘突出症术后的疼痛不适,取得了良好的效果。

本研究显示,两组患者腰椎间盘术后疼痛水平均明显低于治疗前,两种方式都可以缓解疼痛。但观察组胃肠道反应发生率明显低于对照组。原因可能是中药热奄包直接作用于患者腰部,使药性由表入里,通过温经散寒、活血化瘀、通络止痛等功效,对于解除腰部肌肉痉挛、消除炎性物质对神经根刺激具有良好作用,因此可减轻并消除疼痛^[13]。

张琪等^[14]认为中药熏蒸利用药物挥发的有效成分与蒸汽温热效应共同作用于机体,以扩张局部毛细血管、改善机体血液运行、促进炎症因子吸收,从而达到温经通络、修复损伤组织、缓解疼痛的目的,与本文外用中药热奄包取得了一致的效果。吴思等^[15]将复元活血汤加减后,联合椎间孔镜治疗腰椎间盘突出症患者,与对照组相比,观察组的患者术后肢体疼痛、功能恢复快,且并发症少;梁科勇等^[16]将八珍汤用于腰椎间盘突出患者的微创内窥镜骨髓消融术后的患者,能够有效缓解残余疼痛;这些研究均彰显了中医药在腰椎间盘突出症患者行椎间孔镜术后的优势。

本研究表明,与治疗前相比,观察组和对照组治疗后 VAS 和 JOA 评分效果改善显著,单侧椎间盘突出患者残余疼痛的治疗均显著缓解,但中药热奄包联合耳穴压豆治疗对患者疼痛程度缓解更加明显、JOA 评分改善效果更好,表明中药热奄包联合耳穴压豆治疗有利于患者神经功能及腰椎功能的恢复,且不增加胃肠道的不良反应,可有效改善患者的生活质量。

当然,本组研究存在样本量较小、观察干预时间较短,不能有效观察到患者的长期疗效;存在一定主观原因等不足,期望后期扩大样本量、延长随访时间、多中心参与、建立科学有效的针对腰椎间盘突出症孔镜术后残留疼痛的中医药治疗方案。

参考文献:

- [1] 王楠,张啸宇,李敬池. 防风-秦艽治疗腰椎间盘突出症的网络药理学研究[J]. 上海中医药杂志,2021,55(2):16-23.
- [2] 陈康,杨富国,罗园超,等. 不同脊柱内镜手术治疗腰椎间盘突出症的疗效及并发症比较[J]. 中国骨伤,2024,37(3).
- [3] 龚礼,范少勇. 腰椎间盘突出症微创治疗的临床进展[J]. 江西中医药,2019,50(3): 77-80.
- [4] 陈康,杨富国,罗园超,等. 不同脊柱内镜手术治疗腰椎间盘突出症的疗效及并发症比较[J]. 中国骨伤,2024,27(3):228-234.
- [5] 原超,朱辉,宋振杰,等. 椎间孔镜手术治疗腰椎间盘突出症早期复发原因分析及治疗策略[J]. 中国骨与关节损伤杂志,2021,36(5):496-497.
- [6] 花奔,花良春,段黄强,等. 经皮内镜椎板间入路椎间盘切除术治疗腰椎间盘突出症[J]. 临床骨科杂志,2023,25(3):323-327.
- [7] 中华医学会. 临床诊疗指南:骨科分册[M]. 北京:人民卫生出版社,2009.
- [8] 戴莲,何晶,胡晓静,等. 中药热奄包联合推拿按摩对甲状腺癌患者术后颈肩综合征的治疗效果分析[J]. 中国医药,2023,18(8):1240-1243.
- [9] 徐帅. 益气补肾活血法辅助治疗冠心病稳定型心绞痛临床观察[J]. 四川中医,2021,39(9):73-75.
- [10] 戴建兴,黄欣,陈生. 益气活血方治疗冠心病不稳定型心绞痛临床观察[J]. 中国临床医生杂志,2019,47(8):920-923.
- [11] 胡梁深,范少勇,周明,等. 黄芪桂枝五物汤加减治疗神经根型颈椎病 Key-Hole 术后感觉异常[J]. 江西中医药大学学报,2020,32(1):40-42.
- [12] 文猛,魏腾飞,万云峰. 腰椎间盘突出症患者椎间孔镜术后复发因素的病例对照研究[J]. 中国医药科

学,2020,10(2):15-18,22.

[13] 王莉,徐萍,王书云,等.中药封包热敷干预联合腰背功能锻炼护理在腰椎间盘突出症手术患者中的应用[J].四川中医,2020,38(9):207-210.

[14] 张琪,王宝娟,王琳,等.基于免疫反应调节系统探讨中药熏蒸疗法在治疗骨关节疾病中的研究进展[J].贵州中医药大学学报,2021,43(4):98-103.

[15] 吴思,谢海波,张小青,等.复元活血汤加减联合椎间孔镜治疗腰椎间盘突出症的临床疗效研究[J].中国中西医结合外科杂志,2022,28(3):402-405

[16] 梁科勇,尚立勇,游新茂,等.八珍汤对腰椎间盘突出症微创孔镜下椎间盘髓核摘除患者的疼痛及生活质量的影响[J].中国中西医结合外科杂志,2021,27(5):754-757.

作者简介:

张洪杰(1990—),女,汉族,陕西汉中,本科学历,单位:三二〇一医院,主管护师,研究方向为脊柱外科的临床护理及科研工作。

基金项目:全脊柱内镜下腰椎间盘突出融合技术开发及应用(陕西省重点研发计划 S2020-YF-YBSF-1129)。