

针刀松解夹脊穴治疗强直性脊柱炎临床观察

林文川 卢美珍

摘要:目的 通过观察针刀松解夹脊穴对强直性脊柱炎(AS)患者腰椎灵活度、疼痛程度的改变,研究该治疗方案有效性、可行性。**方法** 选取 2021 年 10 月—2022 年 10 月于漳浦县中医院康复科住院部及门诊部治疗的 AS 患者 60 例,按照随机数字表法将患者分为观察组及对照组,各 30 例。观察组进行针刀治疗,对照组仅采用口服塞来昔布治疗。疗程 14 d。对比治疗前后胸廓活动度、VAS 评分、枕墙距、指地距。**结果** 治疗后,2 组胸廓活动度、VAS 评分、枕墙距、指地距比较,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组总有效率高于对照组($P<0.05$)。治疗期间均无不良事件发生。**结论** 针刀松解夹脊穴能够改变脊柱两侧肌肉张力,增加脊柱灵活度,减轻疼痛,解除关节活动受限。

关键词:大倭;强直性脊柱炎;针刀疗法;夹脊穴

doi:10.3969/j.issn.1003-8914.2024.11.036 文章编号:1003-8914(2024)-11-2236-03

强直性脊柱炎(Ankylosing spondylitis, AS)是一种自身免疫性、炎症性的慢性疾病,常累及脊柱及骶髂关节,少数青年患者早期也可见跟腱疼痛,严重者可出现脊柱椎体间骨桥形成,造成脊柱畸形及关节僵直改变^[1]。AS 在中医学中归为“大倭”范畴^[2]。《素问·骨空论》云:“督脉为病,脊强反折,腰痛不可以转摇”。《素问·痹论》指出:“骨瘦不已,复感于邪,内会于肾……肾痹者,善胀,以代踵,脊以代头”。由此说明,大倭是一种脊柱强直,不能屈伸,坐起困难,腰背转侧均受限的疾病。此病不同于一般的痹证,具有难治性、致残性和破坏性等特点。大倭病因病机较为复杂,外感、内伤等因素均可影响疾病发展,目前研究认为肝肾亏虚、气血不足是此病的内因,常见诱发因素为外感风寒湿邪。主要病机目前有两种理论:一是先天理论,医家认为是患者的先天禀赋不足,肝肾精血不足,肾精不足,督脉失于温煦,风寒湿邪乘虚深侵肾督,后滞于经络关节,气血经络痹阻不通,不通则痛;二是患者患病病程日久,久病伤于气血,气血不充,运行无力,或寒湿滞留,郁而化热,瘀滞不通,影响气血津液运行,导致痰瘀互结,而致筋骨磨损,关节畸变,腰背强直废用。由此可见虚、邪、痰、瘀均是此病特有的病理因素。肝肾不足,气血不充,寒、湿、痰、瘀,滞留经络,痹阻不通是病机的关键所在。临证以症为纲,参合舌脉及全身症状,确定病损性质,正虚为本,邪实为标,根据病机转化,治虚为主,兼以祛邪。因此中医在 AS 的治疗上以“补虚泻实,标本兼顾”为主要治则,以补益肝肾、益气养血,祛风除湿、散寒止痛为方向^[3]。正如严西亭在

《得配本草》中提出的,治疗此病须用“主督”“走督”“通督”等药物。中医学在几千年的诊疗中积累了丰富的经验,大多医家对大倭的治疗遵循“急则治其标,缓则治其本”原则,急性期祛风寒湿之邪,缓解期补肾强督,活血通络,“急则治其标,缓则治其本”思想贯穿始终。祛邪扶正展示了中医的魅力,提高了患者的生活质量。

AS 好发于青壮年男性,在中国的发病率为 0.08%~0.35%^[4,5]。AS 起病隐匿,早期不易明确诊断,仅有部分患者在早期可出现轻度的全身症状。AS 患者到后期多数会伴有关节病变,最常见的骶髂关节的病变,可上行发展至颈椎。临床上 AS 少见非常典型的症状,多数仅见晨起时腰骶部僵硬、疼痛,活动后减轻,也可见夜间痛,经消炎止痛治疗或轻微活动后,症状减轻。临床上也可见部分患者同时出现几个脊柱节段病变,再向周围关节侵袭,逐步出现脊柱“竹节样”改变。AS 在病情不断发展后,部分患者可出现疼痛程度逐步减轻,但是脊柱曲度逐步变化,出现脊柱僵直,下肢弓形发展,脊柱关节活动度逐步下降,脊柱周边肌肉出现痉挛、僵硬,进一步加重关节受限。由于早期病情隐匿,症状较轻,多数患者难以察觉,无法在早期发现,以致于延误病情,失去最佳治疗时期。早诊断、早治疗能够减少 AS 患者后期的骨关节功能障碍,有效改善 AS 患者预后^[6]。

目前对 AS 的研究中,认为该病与遗传、感染等因素有关。有研究提出,人类白细胞抗原 B27 (HLA-B27)与 AS 相关性较大,90% 的 AS 患者呈 HLA-B27 阳性,但这并不能说明 HLA-B27 能够成为明确 AS 诊断的依据^[7]。目前的 AS 常见用药中,有非甾体类消炎药、柳氮磺吡啶、甲氨蝶呤、糖皮质激素、生物制

作者单位:漳浦县中医医院康复科(福建 漳浦 363000)

通信方式:E-mail:3107009@qq.com

剂、沙利度胺等, AS 是一种慢性、全身性、持续性的疾病, 经过药物控制后, 症状虽能缓解, 但长期的药物使用, 会对患者肝肾功能造成负担, 对胃肠道造成刺激, 导致骨质疏松、脱发、贫血、感染, 甚至发生肿瘤风险等。早期 AS 多数选择用药, 若后期出现髋关节受累、脊柱竹节样改变严重致残, 影响心肺功能等, 可选择手术治疗, 但人工关节置换仍存在使用寿命问题, 而且手术同样只能缓解一时症状, 并不能完全根治, 所以在 AS 治疗中, “早发现、早治疗” 才是最

根本的原则, 此次研究就是从早入手, 解决早期的炎症性问题, 保护早期 AS 患者脊柱基本活动度, 延缓脊柱骨桥生长。本研究评估该治疗方法的临床疗效及安全性, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2021 年 10 月—2022 年 10 月于漳浦县中医院康复科住院部及门诊部治疗的 AS 患者 60 例, 随机分为 2 组, 每组 30 例。2 组患者的一般资料相比, $P > 0.05$, 具有可比性。见表 1。

表 1 2 组患者一般资料对比

(例, %, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	男/女	年龄/岁	病程/月	VAS/分	胸廓活动度/cm	枕墙距/cm	指地距/cm
观察组	30	18/12	32.97 $\pm$ 6.59	9.34 $\pm$ 3.02	7.58 $\pm$ 1.88	2.26 $\pm$ 0.85	4.68 $\pm$ 1.45	12.56 $\pm$ 3.88
对照组	30	14/16	33.54 $\pm$ 6.61	9.42 $\pm$ 2.64	7.42 $\pm$ 1.57	2.19 $\pm$ 0.62	4.42 $\pm$ 1.85	12.74 $\pm$ 4.47
t 值/ Z 值			-1.509	-1.653	-1.405	-0.247	-1.292	-0.499
P 值			0.131	0.098	0.160	0.805	0.196	0.618

1.2 诊断标准 AS 的诊断参照 1984 年修订的纽约标准^[8]。(1) 临床指标: ①下腰部疼痛, 持续时间至少 3 个月, 活动后可出现症状缓解, 休息时症状无改善; ②腰椎活动受限, 活动度下降; ③扩胸度范围较健康同龄人和同性别者减少。(2) 放射学骶髂关节炎标准^[9]: ①单侧骶髂关节炎 3~4 级; ②双侧骶髂关节炎 2~4 级。(3) 诊断: ①肯定 AS: 满足以下条件, 任意 1 个骶髂关节炎放射学标准和临床指标中的任意 1 项。②可能 AS: 符合 3 项临床标准; 或符合任意 1 个放射学骶髂关节炎标准而不具备任何临床标准。除外其他原因所致骶髂关节炎。

1.3 纳入标准 (1) 年龄在 18~45 周岁; (2) 符合 AS 诊断标准; (3) 此次治疗前 2 周内均未服用与治疗 AS 相关的药物; (4) 三大常规、生化、红细胞沉降率、胸片、心电图等基本常规检查结果正常。

1.4 方法

1.4.1 治疗方法 对照组: 单纯采用塞来昔布(厂家: 江苏正大清江制药有限公司; 规格: 0.2 g; 国药准字 H20193414) 0.2 mg 口服, 每天 2 次。观察组: 每周进行 2 次针刀治疗, 术前排除禁忌证, 选取 L1~L5 两侧旁开 0.5 cm 夹脊穴, 碘伏消毒后铺无菌洞巾, 无菌操作, 应用 4 号针刀(0.4 mm $\times$ 50 mm, 汉章针刀, 北京华夏针刀医疗器械厂), 垂直进针到达骨面, 到达关节突关节处, 对关节囊进行十字切割, 进针方向与脊柱中线平行, 垂直进针, 到达骨面后稍微提起针刀横向切割对硬性组织剥离 3~5 次, 手下无明显阻力感时出针。出刀后局部消毒, 给予创可贴或纱布贴。2 组均治疗

2 周为 1 个疗程。

1.4.2 观察指标 视觉模拟(VAS)评分: 按疼痛程度分为 0~10 分, 0~3 分表示轻微疼, 尚可忍受; 4~6 分, 提示中度疼痛, 可出现夜寐不安, 但尚可忍受; 7~10 分提示剧烈疼痛, 难以忍受, 严重干扰生活作息。指地距: 患者双下肢伸直, 向下弯腰至最大曲度, 测量指尖与地面之间的距离, 正常值为 0 cm。胸廓活动度: 患者直立位, 做深吸气与深呼气的动作, 在第 4 前肋间水平测量 2 个动作之间的胸围差, 小于 2.5 cm 为异常。枕墙距: 患者收下颌, 目视前方, 双手自然垂放, 保持直立位, 背靠墙壁, 测量枕骨结节与墙壁之间的距离。正常时该距离为 0 cm。

1.4.3 疗效判定标准 患者症状消失, 脊柱活动度恢复正常, 关节无疼痛, 则为显效; 患者症状减轻, 关节、脊柱功能活动度较前增加, 则为有效; 患者病情症状改善不明显, 则为无效。总有效率 = (显效 + 有效) 例数/总例数 $\times$ 100%。

1.4.4 统计学方法 数据处理采用 SPSS 27.0 软件分析。计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示, 先行正态分布及方差齐性检验, 符合正态分布者, 方差齐用 t 检验, 方差不齐, 用 t' 检验, 均为双侧检验; 计数资料进行组内比较时, 符合正态分布采用配对样本 t 检验, 不符合采用配对秩和检验。计数资料用率(%)表示, 行 χ^2 检验, 等级资料采用秩和检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者临床疗效比较 治疗后, 观察组总有效率优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组患者临床疗效比较 (例,%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效	Z 值	P 值
观察组	30	21(70.0)	6(20.0)	3(10.0)	27(90.0)	-2.157	0.031
对照组	30	12(40.0)	13(43.3)	5(16.7)	25(83.3)		

2.2 2 组患者 VAS 评分比较 治疗后,2 组患者 VAS 评分均较治疗前降低;且观察组 VAS 评分明显低于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 2 组患者 VAS 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	VAS 评分
观察组	40	治疗前	7.58 ± 1.88
		治疗后	2.50 ± 0.94 ¹⁾²⁾
对照组	40	治疗前	7.42 ± 1.57
		治疗后	3.70 ± 1.51 ¹⁾

注:与治疗前比较,¹⁾ $P<0.05$;与对照组比较,²⁾ $P<0.05$ 。

2.3 2 组患者胸廓活动度 枕墙距 指地距比较 治疗后,2 组患者胸廓活动度、枕墙距、指地距均较治疗前改善;且观察组胸廓活动度、枕墙距、指地距改善优于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 4。

表 4 2 组患者胸廓活动度 枕墙距 指地距比较

(cm, $\bar{x} \pm s$)					
组别	例数	时间	胸廓活动度	枕墙距	指地距
观察组	40	治疗前	2.26 ± 0.85	4.68 ± 1.45	12.56 ± 3.88
		治疗后	3.97 ± 0.96 ¹⁾	0.76 ± 0.67 ¹⁾	3.20 ± 1.81 ¹⁾²⁾
对照组	40	治疗前	2.19 ± 0.62	4.42 ± 1.85	12.74 ± 4.47
		治疗后	2.45 ± 0.77 ²⁾	1.52 ± 0.73 ²⁾	6.23 ± 2.54 ¹⁾

注:与治疗前比较,¹⁾ $P<0.05$;与对照组比较,²⁾ $P<0.05$ 。

3 讨论

临床上 AS 主要症状表现为慢性炎症性腰背部疼痛,最常见的病变部位在骶髂关节处,有一部分患者会伴有髋关节或膝关节处的肿胀、疼痛,临床上还偶见少数青年患者出现双侧跟腱疼痛或踝关节不明原因肿胀,但随着 AS 病情的进展可逐步出现脊柱僵硬、活动度下降,甚者出现胸曲明显增大,呈严重驼背现象。目前 AS 发病机制尚未完全明确,也没有较为系统且持续有效的治疗方案。且该病起病初期难以明确诊断,多数为不典型症状,常常延误治疗,以致于后期出现关节僵硬、脊柱竹节样等改变后治疗效果不佳。现今临床上 AS 常见的治疗早期一般是药物治疗,如非甾体类消炎药、生物制剂等,长期使用对患者肝肾功能、胃肠黏膜、免疫系统等各方面产生不利的影响,中药制剂也是常用药物之一,但是中药制剂存在疗效不定、持续

性不佳等劣势,而手术治疗一般要晚期才会介入,通过手术介入,也无法完全根治,人工关节的置换具有使用寿命,没办法一劳永逸。晚期的 AS 患者受长期的疼痛及关节受限、体态异常等困扰,部分患者会产生焦虑、抑郁等精神方面问题,给患者带来极大的影响,所以早诊断、早治疗对于该病有着极大的意义。

针刀疗法是一种闭合性微创治疗方法,是针灸与现代医学相融合的产物,作用类似于九针中的“铍针”。而夹脊穴是经外奇穴,也叫华佗夹脊穴。位于人体的督脉左右两侧,将脊柱夹在中间,所以被称为夹脊穴,底下解剖分布有浅层的斜方肌、背阔肌、菱形肌;中间层面的上下锯肌;深层次的骶棘肌和横突棘突间的短肌。从神经解剖学来说,夹脊穴的穴位定位与脊髓各个神经节段关系极为密切,针刺夹脊穴时不仅可刺激脊神经后支,同时因经络作用还可触及前支,所以针刺夹脊穴可以影响交感神经,从而参与调节脏腑活动,具有调理脏腑气血的功用。针刀具有针刺及剥离松解的功能。所以针刀松解夹脊穴,从内而治,经夹脊穴刺激,从经络层面调节脏腑气血,因而治本;从外而治,针刀主要是针对脊柱的软组织损伤,剥离粘连组织,改善脊柱活动范围,解除脊柱活动受限。

综上所述,针刀治疗 AS,能有效调整脊柱活动度,缓解疼痛,促进脊柱功能恢复,疗效突出,安全性高。

参考文献

[1] ZHU W, HE XX, CHENG KY, et al. Ankylosing spondylitis: Etiology, pathogenesis, and treatments[J]. Bone Res, 2019, 7:22.

[2] 国家中医药管理局医政司. 22 个专业 95 个病种中医诊疗方案(合订版)[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2010:254-259.

[3] 陆莉君. 独活寄生汤治疗强直性脊柱炎临床观察[J]. 光明中医, 2021, 36(5):772-774.

[4] STOLWIJK C, VAN ONNA M, BOONEN A, et al. Global prevalence of spondyloarthritis: A systematic review and meta-regression analysis[J]. Arthritis Care Res (Hoboken), 2016, 68(9):1320-1331.

[5] QUILIS N, SIVERA F, SEOANE-MATO D, et al. Prevalence of ankylosing spondylitis in Spain: EPISER2016 Study[J]. Scand J Rheumatol, 2020, 49(3):210-213.

[6] 赵征,黄烽. 强直性脊柱炎的早期精准诊断策略[J]. 中华内科杂志, 2020, 59(7):559-562.

[7] 丁繁荣,姜萍,刘巍. 强直性脊柱炎发病机制的研究进展[J]. 山东医药,2019,59(17):102-105.

[8] VAN DER LINDEN S, VALKENBURG HA, CATS A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis: A proposal for modification of the New York criteria[J]. Arthritis Rheum, 1984, 27(4):361-368.

[9] 丁香园. 强直性脊柱炎的诊断与治疗骨科专家共识[J]. 中国全科医学,2013,16(32):3036.

(编辑:李佳丽 收稿日期:2023-11-01)