

侧隐窝注射枝川液治疗腰椎间盘突出症的疗效观察

李城女 方有花 方毅琦

腰椎间盘突出症(lumbar disc herniation, LDH)是门诊常见病、多发病。目前保守治疗中,硬膜外注射糖皮质激素类别、最佳剂量、注射路径并没统一论^[1]。国外有指南建议,为了减少发生脊髓缺血性事件,推荐使用地塞米松^[2]。枝川液注射治疗是日本枝川直义创立的用于解除患者病痛的一种治疗方法^[3],其有效成分就是地塞米松。本次研究评价侧隐窝注射枝川液治疗LDH的临床疗效。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2023年7月至2024年6月淳安县第一人民医院就诊的LDH患者50例。入选标准包括:①腰背疼痛伴下肢放射性疼痛,活动受限,咳嗽或排便时可出现疼痛加重;辅助检查有相应棘突及棘旁压痛,直腿抬高试验或加强试验阳性;数字化疼痛评分 ≥ 6 分;②腰椎间盘突出CT结果示相应椎间盘突出;③患者均签署知情同意书并自行选择治疗方法。排除标准包括:①小关节呈矢状排列;②因结核、骨质疏松症、肿瘤等因素造成的腰腿痛;③存在椎管内穿刺禁忌证。本次研究已经通过本院伦理委员会审批。根据患者的治疗意愿分为研究组和对照组,各25例。研究组中男性18例、女性7例;年龄35~65岁,平均年龄 (51.48 ± 9.02) 岁;双间隙(腰4/5,腰5/骶1)突出者16例、腰4/5突出者4例、腰5/骶1突出者5例。对照组中男性15例、女性10例;年龄30~68岁,平均 (51.96 ± 11.49) 岁;双间隙(腰4/5,腰5/骶1)突出者17例、腰4/5突出者3例、腰5/骶1突出者5例。两组在病变部位、性别、年龄等方面比较,差异均无统计学意义(P 均

>0.05)。

1.2 方法 研究组采用患侧侧隐窝注射枝川液治疗。选择椎板外切迹入路穿刺方法,测量等比例腰椎间盘突出CT突出患侧最明显层面的病变间隙距后,以正中中线垂直线交点为A点,沿该垂线在患侧椎板外切迹的皮肤投影点(B点)为进针点,并用记号笔在患者皮肤上标注记号。常规消毒与铺巾后,用7号8~10 cm长细针从穿刺点快速进针,穿皮肤后稍向内倾斜 5° 进针,约3.5~5 cm深度遇到骨质感,即为椎板,注射0.5%利多卡因3 mL。退针后再垂直进针,找到椎板外切迹,再沿其外缘继续进针,遇到阻力和韧感即为黄韧带,缓慢加压进针,一旦阻力消失,针尖便进入侧隐窝,回抽无血、无液后,再在B超技术确认引导下快速注入枝川液5 mL。对腰4/5和腰5/骶1双间隙LDH患者分别行腰5和骶1(2点法)椎板外切迹入路侧隐窝穿刺;对腰4/5或腰5/骶1单间隙LDH患者行腰5或骶1椎板外切迹入路侧隐窝穿刺。每间隙注射枝川液5 mL,每周注射一次,三次为一个疗程。

对照组采用药物对症治疗。选择联合口服药物,包括消炎镇痛、活血化瘀药物和镇痛药物,治疗3周。

1.3 检测指标 ①治疗有效率:参照中华骨科学会脊柱学组腰背痛手术评定标准判断两组治疗后的疗效。优:症状消失,腰椎活动度、直腿抬高试验和神经功能恢复正常,恢复正常工作和生活;良:症状大部分消失,腰椎活动度和神经功能部分改善,直腿抬高试验达 60° ,能恢复部分工作;可:症状有所减轻,腰椎活动度和神经功能有所改善,直腿抬高试验 $<60^\circ$,未能恢复正常工作;差:症状未见改善甚至加重,相关体征无改善^[4]。有效率=(优+良)例数/总例数 $\times 100\%$ 。②疼痛缓解度:于治疗后1个月时评估,疼痛缓解评价标准采用数字评分方法^[5]。

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2025.004.022

基金项目:淳安特别生态功能区科研项目(2024-10)

作者单位:311700 浙江淳安,淳安县第一人民医院疼痛科/麻醉科

0 分:无疼痛;1~3 分:轻度疼痛;4~6 分:中度疼痛;7~10 分:重度疼痛。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 16.0 统计学软件进行数据分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示。组间计量资料比较采用 t 检验;计数资料比较采用 χ^2 检验。设 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗有效率情况比较见表 1

表 1 两组治疗有效率情况比较

组别	<i>n</i>	优/例	良/例	可/例	差/例	有效率/例(%)
研究组	25	14	9	2	0	23(92.00)*
对照组	25	6	10	2	7	16(64.00)

注:*:与对照组比较, $P<0.05$ 。

由表 1 可见,研究组患者的治疗有效率高于对照组,差异有统计学意义($\chi^2=5.71, P<0.05$)。

2.2 两组治疗前后疼痛评分比较见表 2

表 2 两组治疗前后疼痛评分比较/分

组别	治疗前	治疗后
研究组	6.40±0.57	0.84±1.19*
对照组	6.20±0.40	2.88±2.01

注:*:与对照组治疗后比较, $P<0.05$ 。

由表 2 可见,治疗前,两组患者的疼痛评分比较,差异无统计学意义($t=1.41, P>0.05$)。治疗后,研究组患者的疼痛评分明显低于对照组,差异有统计学意义($t=-4.28, P<0.05$)。

3 讨论

LDH 是疼痛门诊最常见的以腰腿痛为临床表现的疾病。LDH 好发于腰 4/5、腰 5/骶 1 两个节段,占比达 90% 以上^[6]。导致 LDH 腰腿疼痛的发病机理涵盖机械性因素、化学性因素和自身免疫等。侧隐窝是靠近椎弓根或椎间孔的间隙,脊神经由此进入椎间孔。椎间盘突出时因释放的化学介质刺激侧隐窝处的脊神经和受压迫的神经根发生淤血、水肿、渗出等炎症反应,诱发患者出现腰腿疼痛等症状,增加患者痛苦,降低患者生活质量。地塞米松通过抗炎作用、抑制受损感觉神经的异常放电,阻止疼痛的传导,达到止痛效果。在侧隐窝注射枝川液使小剂量地塞米松直接作用于病变局部,快速注药产生的短暂液压具有分离粘连效应,降低突出物与神经根的接触,减少被刺激的神经,降低感觉神经的疼痛传导频率,发挥镇痛的效果。

本次研究结果显示,研究组患者的治疗有效率高于对照组,疼痛评分明显低于对照组(P 均 <0.05),表明侧隐窝注射枝川液治疗 LDH 效果比口服药物更有效。侧隐窝注射枝川液与其他硬膜外注射药物的治疗方法相比,配方简单,其中微量的地塞米松即便误入血管或蛛网膜下腔也不会发生严重的并发症,更没有全脊麻的风险,比较适合不愿住院患者。另外本次研究采取 CT 影像图片定位穿刺点联合 B 超引导注射药物方法,避免患者和操作医生影像辐射损伤的风险,有利于缓解医患心理压力。

引起 LDH 的原因有内外因素,因此,在诊疗过程中需要告知患者 LDH 治疗是一个“疗-养”结合的过程,在日常工作生活中要合理休息,注意保护腰部,避免扭伤腰部肌肉;加强腰背部肌肉锻炼,增强肌力,利于恢复机体功能,降低复发率。

综上所述,侧隐窝注射枝川液治疗 LDH 是一种安全、有效、可行的治疗方法,可以作为疼痛较剧烈的 LDH 患者首选的治疗方法,特别适合一些存在基础疾病需要口服多种药物的 LDH 患者。本次研究也存在不足之处,治疗后未对患者进行长期随访,数字化疼痛评分未排除主观因素,对疼痛程度的评估可能有偏差,因此,对侧隐窝注射枝川液治疗 LDH 的确切疗效还有待于多样本进一步验证。

参考文献

- 1 张福,朱立新.硬膜外注射糖皮质激素治疗腰椎间盘突出症的研究进展[J].实用医学杂志,2019,35(7):1177-1180.
- 2 Cotten A, Drapé JL, Sans N, et al. Societé d'imagerie musculosquelettique (SIMS), federation de radiologie interventionnelle (FRI), and societé française de radiologie (SFR) recommendations for epidural and transforaminal corticosteroid injections[J]. Diagn Interv Imaging, 2018, 99(4): 219-224.
- 3 湛锐,李优春,李似伟.神经阻滞联合枝川疗法治疗带状疱疹神经痛的临床研究[J].当代医学,2019,25(31):29-31.
- 4 范亚朋,李道通.椎管内外三联疗法联合椎间盘丸治疗腰椎间盘突出症临床研究[J].新中医,2020,52(5):126-129.
- 5 Hartrick CT, Kovan JP, Shapiro S. The numeric rating scale for clinical pain measurement: A ratiomeasur? [J]. Pain Pract, 2003, 3(4):310-316.
- 6 中华医学会疼痛学分会脊柱源性疼痛学组.腰椎间盘突出症诊疗中国疼痛专家共识[J].中国疼痛医学杂志,2020,26(1):2-6.

(收稿日期 2024-08-10)

(本文编辑 高金莲)