

中西医结合治疗腰椎间盘突出症 54 例临床观察

黄国荣¹, 何美林², 胡翠芬¹

(1. 云南省曲靖市第二人民医院, 云南 曲靖, 655000;

2. 曲靖医学高等专科学校, 云南 曲靖, 655011)

[摘要] 目的:探讨硬膜外侧隐窝置管神经根冲击松解联合藤黄健骨片治疗腰椎间盘突出症的临床疗效。方法:对54例腰椎间盘突出症患者在C型臂定位引导下进行硬膜外侧隐窝置管神经根冲击松解治疗3次,同时口服藤黄健骨片治疗3周。术前、术后1周、3周、3个月分别对患者进行VAS评分和依据改良的MacNab腰腿痛评价标准评价其疗效。结果:术后3个月治疗总有效率为98.15%。治疗后各时点VSA评分与术前比较,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。结论:硬膜外侧隐窝置管神经根冲击松解联合藤黄健骨片治疗腰椎间盘突出症具有较好的治疗效果。

[关键词] 腰椎间盘突出症;中西医结合疗法;硬膜外侧间隙;冲击疗法;藤黄健骨片

[中图分类号] R274.915.3 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.08.040

腰椎间盘突出症又称腰椎间盘纤维环破裂髓核突出症,由于腰椎间盘发生退行性变,在外力的作用下使腰椎间盘纤维环破裂、髓核突出,刺激或

压迫神经根、马尾神经所表现出的一种综合病症,是一种临床常见病、多发病,是腰腿痛最常见的病因之一。好发于中青年,男性多于女性,近年来该

3.4 治疗结果

3.4.1 2组综合疗效比较 总有效率治疗组为90.0%,对照组为76.7%,组间比较,差异有统计学意义。(见表1)

表1 2组综合疗效比较(n)

组别	n	治愈	好转	无效	总有效率(%)
治疗组	30	12	15	3	90.0 ^a
对照组	30	9	14	7	76.7

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.2 2组症状疗效比较 总有效率治疗组为86.7%,对照组为76.7%,2组比较,差异有统计学意义。(见表2)

表2 2组症状疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	15	11	4	86.7 ^a
对照组	30	14	9	7	76.7

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

4 讨论

现代医学认为,腰椎间盘突出症是由于腰椎间盘变性,纤维环部分或全部破裂,髓核膨出或突出,突出后压迫脊髓神经或马尾神经,出现以腰腿放射性疼痛为主要表现的病变。解除突出组织对神经根的机械性压迫和无菌性炎症的化学刺激是治疗的关键^[3]。

《素问·脉要精微论》载:“腰者肾之府,转摇不能,肾将惫矣”。《素问·刺腰痛》载:“衡络之脉令人腰痛,不可以俛仰,仰则恐仆,得之举重伤腰,……肉

里之脉令人腰痛,不可以咳,咳则筋缩急”。《医学心悟》载:“腰痛拘急,牵引腿足”。以上均说明,本病可由外伤引起,咳嗽加重,表现为腰痛合并下肢痛。其病机以正虚为本,邪实为标;肾虚经脉气血不足为本,风寒湿瘀阻滞经络为标。治疗以补肾强骨,益气养血,祛风散寒,活血祛瘀为法。本观察结果表明,运用加味血痹汤辅助手法、牵引、理疗等方法治疗腰椎间盘突出症有明显疗效。牵引、理疗(超短波)、手法能有效解除因椎间盘突出引起的肌肉痉挛,松解粘连,改善血液循环,促进代谢产物和致痛物质的排泄,使疼痛缓解^[4]。配合加味血痹汤益气养血,补肾强筋,活血祛瘀止痛,可明显提高腰椎间盘突出症的治疗效果。方中黄芪、党参益气;熟地黄、牛膝补肾强腰;当归、白芍、川芎、丹参、鸡血藤养血活血;三七粉、没药活血祛瘀止痛;青风藤、乌梢蛇祛风除湿,通络止痛;桂枝祛风寒,温通经脉;甘草调和药性。诸药配合,共奏益气养血、补肾强腰、活血祛瘀、通络止痛之功效。

参考文献

- [1] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:201.
- [2] 俞大方. 中医推拿学(5版)[M]. 上海:上海科学技术出版社,1994:128.
- [3] 左智. 壮腰通络方治疗腰椎间盘突出症46例疗效观察[J]. 新中医,2013,45(3):77-78.
- [4] 管亦坚,潘寒松,梁一民. 补肾通痹汤治疗腰椎间盘突出症临床观察[J]. 新中医,2017,49(1):87-89.

(收稿日期:2017-11-20)

病发病率呈逐年上升且趋向年轻化。其中以 $L_{4/5}$ 、 L_5/S_1 椎间盘突出率最高,约占 90%~96%^[1]。绝大多数患者都可经非手术疗法得到缓解或改善^[2]。微创介入治疗和中医药治疗疗效确切,安全性高,并发症低,成为治疗腰椎间盘突出症的主要方法。笔者自 2015 年 3 月至 2016 年 3 月间采用硬膜外侧隐窝置管神经根冲击松解联合藤黄健骨片中西医结合治疗腰椎间盘突出症 54 例,取得满意疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取我院门诊经 MRI、CT 检查及临床诊断证实为腰椎间盘突出症患者 54 例,其中男 37 例,女 17 例;年龄 16~70 岁,平均 43.4 岁;病程 6 个月至 10 年,平均 1.5 年;所有病例均行 CT 或 MRI 检查,发病部位在 $L_4 \sim S_1$ 36 例,在 $L_5 \sim S_1$ 115 例, $L_2 \sim S_1$ 有 2~3 个间隙突出 3 例。

1.2 诊断标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[3]中腰椎间盘突出症的诊断标准拟定。(1)有腰部外伤、慢性劳损或受寒史;(2)腰痛向臀部及下肢放射,腹压增大时疼痛加重;(3)病变部位椎旁有压痛,并向下肢放射,腰部活动受限;(4)直腿抬高或加强试验阳性;(5)下肢受累神经支配区有感觉过敏或迟钝,病程长者可能出现肌肉萎缩,拇趾肌力减弱;(6)经 CT 或 MRI 确诊为腰椎间盘突出症。

2 治疗方法

术前根据 MRI、CT 检查确定病变穿刺间隙,患者入无菌手术室,常规监测血压、心率、SPO₂,取俯卧位,腹下垫一薄枕使腰椎后凸,在 C 型臂下定位症状较重的椎间隙并标记。常规消毒铺巾后以 18G 硬膜外穿刺针沿棘突旁开 2~3cm 垂直进针,沿小关节内侧缘穿刺到硬膜外间隙侧隐窝神经根附近,推注射器阻力消失,回抽无脑脊液或/和血液后,注入 2% 利多卡因 3mL,观察 5min 后无腰麻症状,出现相应部位硬膜外麻醉症状,确认穿刺到位后,以 20~30mL/min 的速度注入消炎镇痛液 10mL(含复方倍他米松针 1mL、2% 利多卡因 5mL、甲钴胺 0.5mg、维生素 B₁ 200mg)冲击侧间隙、侧隐窝和神经根。如合并多间隙椎间盘突出,则先以带刻度标示的硬膜外导管测定所穿刺间隙达相应突出间隙的距离并在患者体表标示,通过硬膜外侧间隙置管并根据硬膜外导管所标示刻度判定到相应的间隙,每一间隙注入消炎镇痛液 5~10mL(所有间隙注入总量小于 30mL),完毕拔出硬膜外导管加压包扎针孔。术毕翻转改平卧位观察 60min 后无

异常,并交代注意事项后方可离开医院。术后电话随访 3d,每间隔 7d 以相同方法治疗 1 次,共 3 次为 1 个疗程。患者治疗后嘱口服藤黄健骨片 3 次/d,2 片/次,饭后服用,疗程 4 周,同时加强腰背肌锻炼。

3 疗效观察

3.1 观察指标 观察术后有无神经损伤、感染等并发症的发生。分别于治疗前、治疗后第 1 周、第 3 周、3 个月后通过复诊或电话随访以视觉评分法(VAS)评估疼痛程度。术后 3 个月通过复诊或电话随访进行疗效评价。

3.2 疗效标准 依据改良的 MacNab 腰腿痛手术评价标准^[4]拟定。优:疼痛消失,无运动功能受限,恢复正常工作;良:偶有疼痛,能做轻工作;可:有改善,仍有疼痛,不能工作;差:疼痛无改善,需要手术或其他微创方法治疗。

3.3 统计学方法 应用 SPSS 19.0 软件进行统计学分析。计量资料以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示。组内比较采用单因素方差分析,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 综合疗效 本组 54 例中,优 49 例(90.74%),良 3 例(5.55%),可 1 例(1.85%),差 1 例(1.85%),总有效率为 98.15%。

3.4.2 治疗前后不同时段 VAS 评分比较 治疗后不同时段 VAS 评分与治疗前比较,差异均有统计学意义。(见表 1)

表 1 治疗前后不同时段 VAS 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

时间	VAS 评分
治疗前	8.46 ± 1.73
1 周后	5.37 ± 2.34 ^a
3 周后	1.49 ± 0.34 ^a
3 个月	0.27 ± 0.13 ^a

注:与治疗前比较,^a $P < 0.01$ 。

3.5 不良反应 本组 54 例中,术后出现头晕头痛 8 例(占 14.81%),恶心呕吐 4 例(占 7.41%)。

4 讨论

侧隐窝是指椎间孔内口至硬膜囊侧壁的间隙,靠近椎弓根或椎间孔的空间,此处是神经根管的起始段,内有神经根及根动、静脉,还有硬膜外静脉丛。椎间盘突出多占据侧隐窝造成侧隐窝狭窄,神经根受卡压后出现瘀血、水肿、渗出等炎症反应,此处也是椎间盘最容易突出的部位,所以侧隐窝注药是治疗腰椎间盘突出症的最佳部位^[5]。侧隐窝注

射消炎镇痛药使药物直达病灶,使神经根的炎症更快地消除,同时药液积聚在神经根处产生一定的压力,对粘连的神经根起到松解作用,解除神经根卡压,从而达到治疗目的。

消炎镇痛液以类固醇激素、低浓度局部麻醉药、神经营养药为主,其中复方倍他米松为激素类药,能抑制前列腺素、组胺、缓激肽等致炎物质的产生与激活,抑制局部的自身免疫反应,减轻神经根水肿和炎性粘连,使突出组织萎缩,减轻压迫;利多卡因抑制神经细胞膜钠钾离子流动,阻断感受伤害性信息传入,并减轻神经源性神经肽介导的炎性反应,从而迅速止痛;B族维生素具有营养神经和对神经有复活作用,并有抗神经炎和修复神经细胞的功效。诸药协同,阻断局部组织缺血、炎症、水肿、纤维化之间的恶性循环^[6]。

中医学认为腰椎间盘突出症与肝肾亏虚、气滞血瘀有较为密切的关系,当肝肾亏虚时不能滋养腰部及下肢,则产生腰部和下肢疼痛;当气滞血瘀时则气血运行不畅,不通则痛,也会导致腰部及下肢疼痛^[7]。

藤黄健骨片组方源自国医大师刘柏龄教授多年临床经验方,以中医“治骨先治肾”的理论为基础,基于“补肾活血,强筋健骨”的治则,以补精益髓、行气活血、通经活络为治法。处方由熟地黄、淫羊藿、肉苁蓉、骨碎补(烫)、鹿衔草、鸡血藤、莱菔子(炒)7味药组成。熟地黄益精填髓,滋阴补血,补肝肾、益真阴,大补肝肾之真阴;淫羊藿祛风除湿,补肾壮阳;肉苁蓉益精血,补肾阳,入肾生髓;骨碎补续伤止痛,补肾强骨;鹿衔草强筋骨,祛风湿,止痛,镇痛补骨;鸡血藤益髓补肾,活血行气,通络止痛;莱菔子理气,健胃,消食,防补而滋腻。藤黄健骨片的成份中熟地黄、骨碎补、肉苁蓉、淫羊藿均有补肾功效,鸡血藤具有活血止痛作用,这些成份可以达到补肝肾、活血化瘀、止痛的效果,故用于治疗腰椎间盘突出症具有很好的疗效^[8]。

现代药理学研究证实^[9-12],熟地黄具有补血作用;鸡血藤具有抗炎、调节免疫系统作用;淫羊藿对调节骨代谢和防治骨质疏松有明显作用,同时淫羊藿还可明显促进神经突起的生长,促进神经节的DNA、RNA合成;肉苁蓉具有调节神经内分泌系统、抗氧化、抗炎作用,且有利于创伤愈合,可明显促进成纤维细胞生长,对术后椎间盘组织自主修复有帮助;骨碎补具有抗菌、抗炎、促进骨骼生长发育作用。经研究发现藤黄健骨片在治疗脊椎退行性疾

病引发的疼痛方面具有很好的疗效,可以用来替代需要长期服用某些缓解症状的非甾体抗炎药,又避免了可能会引起的胃肠道反应及肝肾损害等不良反应。

本研究采用了中西医结合治疗方法,西医治疗可使急性期神经水肿迅速消退和疼痛减轻,同时通过微创治疗松解卡压至水肿的神经根;而中医治疗可使神经水肿转入慢性期通过调动自身免疫力及抗病能力使腰椎间盘突出症得到快速恢复。

综上所述,微创介入治疗目前已成为腰椎间盘突出症治疗发展的新趋势,而在应用微创介入治疗技术的同时联合应用中药治疗则可提高治疗的有效性。硬膜外间隙置管神经根冲击松解对病变椎间盘局部进行治疗,而藤黄健骨片则对整个治疗和康复过程起到辅助作用。硬膜外间隙置管神经根冲击松解联合口服藤黄健骨片治疗腰椎间盘突出症的治疗效果确切,安全有效,不良反应少,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 胥少江,葛宝丰,徐印坎.实用骨科学(3版)[M].北京:人民军医出版社,2005:1678.
- [2] Chang YJ, Hsieh, Alan H, et al. Effective ness of four conservative treatments for subacute telow backpain[J]. Spine, 2002, 27(11): 1142 - 1149.
- [3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社, 1994: 201 - 202.
- [4] Mac Nab I. Negative disc exploration: An analysis of nerve root involvement in 68 patients[J]. JB one Joint Surg (Am), 1971(53): 891 - 903.
- [5] 张劲军,孙来保,徐康清,等. 侧隐窝注射治疗椎间盘源性坐骨神经痛的临床观察[J]. 中山大学学报:医学科学版, 2008(S2): 65 - 66.
- [6] 陈立民,姚猛,姜永庆,等. 硬膜外腔注射治疗腰椎间盘突出症临床疗效分析[J]. 中国疼痛医学杂志, 2004(5): 269 - 270, 273.
- [7] 高伟,郭爽. 论“不通则痛”[J]. 河南中医, 2012, 32(11): 1445.
- [8] 毛旭东,郑爽,刘鹏,等. 藤黄健骨片治疗腰椎间盘突出症的临床疗效观察[J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(35): 162.
- [9] 胡新阳. 藤黄健骨胶囊治疗膝关节骨关节炎疗效观察[J]. 浙江创伤外科, 2014, 19(2): 225 - 226.
- [10] 付成国,高红梅,白冰,等. RP - HPLC 法测定藤黄健骨丸中淫羊藿苷的含量[J]. 海峡药学, 2013, 25(7): 118 - 119.
- [11] 王彬,宋福晨,侯玉芬. 补阳还五汤加味合藤黄健骨丸治疗闭塞性动脉硬化症合并腰椎病变 89 例[J]. 山东中医药大学学报, 2013, 37(4): 302 - 303.
- [12] 贡联兵,冯常智. 藤黄健骨片的临床应用评价[J]. 中国医院用药评价与分析, 2012, 12(11): 967 - 969.

(收稿日期:2017-11-13)