

中医辨证联合牵引治疗腰椎间盘突出临床观察

杨杰保

玉环县中医院, 浙江 玉环 317600

[摘要] 目的: 观察中医辨证联合牵引治疗腰椎间盘突出临床疗效。方法: 95例腰椎间盘突出症患者, 随机分为2组。对照组采取牵引治疗; 观察组在对照组基础上行辨证治疗。10天为1疗程。比较2组总有效率及治疗前后临床症状评分。结果: 总有效率观察组93.8%, 对照组80.8%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后2组临床症状评分均显著降低, 与本组治疗前比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 观察组治疗后临床症状评分均低于对照组, 与对照组比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 中医辨证联合牵引治疗腰椎间盘突出临床疗效明显, 可改善患者临床症状。

[关键词] 腰椎间盘突出; 辨证施治; 牵引

[中图分类号] R681.5*3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 11-0109-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.11.050

腰椎间盘突出症(Lumber disc Herniation, LDH)为常见脊柱骨科疾病,也是导致腰腿疼痛最常见病症,主要原因为腰椎受到验证、退变、外伤或肿瘤等因素影响而发生腰椎纤维环后凸或断裂最终导致髓核脱出^[1]。该病临床治疗一直受到广泛关注。西医推荐类固醇类药物、非甾体类药物进行保守治疗或行手术治疗,但药物治疗副作用明显,而大部分患者对手术治疗接受度低,因此行之有效治疗手段较为缺乏^[2]。本院采用中医辨证联合牵引治疗腰椎间盘突出患者,收到较好的疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 符合《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[3]诊断标准; 经X线摄片、或CT检查确诊; 签署知情同意书。

1.2 辨证分型 气滞血瘀型: 腰部板硬, 转侧困难, 腰腿疼痛, 失眠多梦, 舌质暗红、苔薄白, 脉弦紧。气虚型: 下肢麻木, 神倦乏力, 苔薄滑, 脉沉滑。肾虚型: 阳虚者面色苍白, 肢体发凉, 腰腿乏力, 苔白滑, 脉细弱; 阴虚者失眠多梦, 口干舌燥, 面色潮红, 舌少苔, 脉弦细数。痹症型: 湿热者口干烦躁, 腰痛腿软, 苔厚腻, 脉濡数; 风寒者下肢麻木, 腰痛发凉, 转侧不利, 苔白腻, 脉沉缓。

1.3 排除标准 合并严重肝、肾、心脑血管疾病者; 精神病患; 严重腰椎管狭窄、游离型或中央型巨大突出者; 椎管内及软组织肿瘤者; 骨关节结核; 妊娠期或哺乳期妇女。

1.4 一般资料 选取本院2013年10月—2014年10月腰椎间盘突出症患者, 共95例。随机分为2组。观察组48例, 男25例, 女22例; 年龄24~58岁, 平均(40.6±4.9)岁; 病程0.3~4.2年, 平均(1.9±0.5)年; 发病部位: L₄₋₅ 31例、L₅~S₁ 10例、L₅~S₁ 7例。对照组47例, 男27例, 女22例; 年龄22~56岁, 平均(40.4±5.2)岁; 病程0.4~4.5年, 平均(2.0±0.6)年; 发病部位: L₄₋₅ 30例、L₅~S₁ 12例、L₅~S₁ 5例。2组性别、年龄、病程、发病部位等比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 采取牵引治疗: 应用ATA-D型自动牵引床(广州羊城医疗器械厂生产), 患者仰卧牵引床上, 让臀腰中间位置处于两床面交界处。结合患者年龄、病情、体重等因素评估耐受能力, 牵引力一般由30~50 kg开始, 之后逐渐增加至超过患者体重水平, 每次30 min, 每天1次, 持续牵引, 完成后卧床休息30 min, 10天为1疗程。

2.2 观察组 在对照组治疗基础上行辨证治疗: 气滞血瘀型处方: 秦艽、桃仁、川芎、地龙、甘草各10 g, 牛膝、当归、红花各9 g, 灵脂、没药各6 g, 香附、羌活各3 g。气虚型处方: 黄芪、延胡索各30 g; 川续断、杜仲、黑芝麻、桃仁、菟丝子、香附各20 g, 骨碎补、当归、党参各15 g, 香附、木瓜、甘草各10 g。肾虚型处方: 菟丝子、山药、川牛膝各20 g, 白芍15 g, 山茱萸、枸杞子各12 g, 骨碎补、茯苓、熟地黄、甘草各10 g, 小茴香6 g。痹症型处方: 防

[收稿日期] 2015-05-13

[作者简介] 杨杰保 (1970-), 男, 主治医师, 研究方向: 中医骨科。

风 20 g, 秦艽、杜仲各 15 g, 川芎、肉桂、独活、当归各 12 g, 人参、茯苓、细辛、牛膝、干地黄、桑寄生、芍药、甘草各 10 g, 干姜 6 g。

10 天为 1 疗程, 1 疗程评定疗效。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 2 组总有效率; 治疗前后各临床症状评分, 包括直腿抬高、椎旁压痛、行走功能、下肢麻木、腰腿疼痛等, 具体应用视觉评分量表(VAS)进行评估, 分值为 0 到 10 分, 分数越高则症状越严重。

3.2 统计学方法 运用 SPSS19.0 软件处理。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 行 *t* 检验; 计数资料以(%)表示, 行 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[9]判定: 临床痊愈: 无压痛点、腰腿疼痛消失, 可正常工作且直腿抬高试验结果呈阴性; 显效: 轻微压痛、腰腿疼痛缓解明显、基本恢复正常工作且直腿抬高试验结果呈阴性; 好转: 轻微腰腿疼痛、正常工作与生活生部分恢复、直腿抬高试验结果呈可疑阳性; 无效: 腰腿疼痛症状无明显缓解、直腿抬高试验结果呈阳性。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率观察组 93.8%, 对照组 80.8%, 2 组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 2 组临床疗效比较 例(%)

组别	<i>n</i>	临床痊愈	显效	好转	无效	总有效
观察组	48	23(47.9)	15(31.3)	7(14.6)	3(6.2)	45(93.8)
对照组	47	17(36.2)	10(21.3)	11(23.4)	9(19.1)	38(80.8)

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.3 2 组治疗前后临床症状评分比较 见表 2。2 组治疗前临床症状评分比较, 差异均有无统计学意义($P > 0.05$); 治疗后 2 组临床症状评分均显著降低, 与本组治疗前比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 观察组治疗后临床症状评分均低于对照组, 与对照组比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表 2 2 组治疗前后临床症状评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

项目	观察组(<i>n</i> =48)		对照组(<i>n</i> =47)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
直腿抬高	1.8±0.4	0.5±0.2	1.9±0.5	0.9±0.3
椎旁压痛	1.6±0.4	0.6±0.3	1.7±0.5	1.2±0.3
行走功能	2.4±0.5	0.8±0.3	2.5±0.6	1.2±0.5
下肢麻木	3.5±0.5	0.4±0.2	3.6±0.7	1.1±0.4
腰腿疼痛	3.8±0.8	0.7±0.2	4.0±0.9	1.2±0.4

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较,

② $P < 0.05$

5 讨论

腰椎间盘突出症属于中医学痹证、腰腿痛等范畴, 多因风

寒湿邪入侵、脏腑气血功能失调、虚劳伤精、外伤以致气血瘀滞、经络闭阻而发病^[4], 治疗手段包括推拿、针灸、牵引及方剂等, 且取得独特效果。本研究对照组采取牵引治疗方法, 结果显示患者临床症状获得明显改善, 效果满意。牵引治疗为腰椎间盘突出症常用治疗方法, 主要通过外力对患者椎间盘组织纠正, 以恢复正常解剖结构, 进而促进疾病好转。同时患者肌肉得到锻炼, 血液循环改善, 四肢麻木、疼痛等症状因此减轻^[5-6]。

观察组在牵引基础上加用辨证治疗, 与对照组比较, 直腿抬高、椎旁压痛、行走功能、下肢麻木、腰腿疼痛等症状获得更大幅度改善, 效果优于对照组。中医辨证将该病分为气滞血瘀型、气虚型、肾虚型、痹症型, 又将肾虚型分为阴虚与阳虚, 痹症型分为风寒与湿热两类, 针对患者实际情况应用方剂, 活血化瘀、温经舒络的同时, 气滞血瘀型患者行气止痛; 肾虚型患者补肾益阳; 气虚患者补气扶正; 痹症型患者疏通经络, 各有侧重^[7], 针对性更强, 疗效得到强化。本观察表明, 总有效率观察组 93.8%, 对照组 80.8%, 2 组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后 2 组临床症状评分均显著降低, 与本组治疗前比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 观察组治疗后临床症状评分均低于对照组, 与对照组比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。综上, 中医辨证联合牵引治疗腰椎间盘突出具有明显优势, 有效缓解患者症状, 效果显著, 值得借鉴与推广。

[参考文献]

- [1] 俞红, 沈灿, 刘艳丽, 等. 中医护理路径加中药导入熨疗在腰椎间盘突出症中的效果评价[J]. 护士进修杂志, 2013, 28(13): 1177-1178.
- [2] 白亚平, 王俊杰. 腰椎间盘突出症中医体质与相关影响因素的研究[J]. 中国中医急症, 2014, 23(9): 1662-1664.
- [3] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002.
- [4] 张虹. 运用中药辨证治疗脊髓型颈椎病[J]. 中医药学报, 2010, 38(6): 32-33.
- [5] 王新国. 辨证施治结合针刺夹脊穴治疗腰椎间盘突出症 32 例临床观察[J]. 中医药导报, 2009, 15(5): 67-68.
- [6] 吕云龙. 功能训练联合脉冲刺激对高龄老年椎间盘突出患者的疗效[J]. 中国老年学杂志, 2014, 22(15): 4381-4382.
- [7] 傅秀珍, 陈梦丽, 陈少华, 等. 腰椎间盘突出症 1294 例中医症候特征及护理探讨[J]. 广东医学, 2013, 34(13): 2112-2114.

(责任编辑: 马力)