

# 不同中医证型腰椎间盘突出症患者的 CT 表现比较

丁国勇

温州市龙湾区第一人民医院 CT 室, 浙江 温州 325024

**[摘要]** 目的: 探讨不同中医证型腰椎间盘突出症患者的 CT 表现。方法: 选择 100 例腰椎间盘突出症患者, 所有患者均接受中医临床辨证分型, 分为气滞血瘀型、风寒湿滞型、湿热痰滞型及肝肾亏虚型, 患者同时接受腰椎间盘 CT 检查, 比较不同中医证型患者的 CT 表现, 探讨 CT 对中医分型的价值。结果: 100 例腰椎间盘突出症患者共有 342 个椎间盘突出, 按照中医分型例数由多到少排列分别为肝肾亏虚型、气滞血瘀型、风寒湿滞型、湿热痰滞型; 气滞血瘀型 CT 表现以旁中央型突出为主、风寒湿滞型 CT 表现以中央型突出为主、湿热痰滞型 CT 表现以外侧型突出为主, 肝肾亏虚型 CT 表现三种突出均可见; 肝肾亏虚型严重小关节退变、侧隐窝狭窄、椎管狭窄、黄韧带肥厚及 Schmorl 结节例数均多于其他三型, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ )。结论: 不同中医证型腰椎间盘突出症患者的 CT 表现存在一定的差异, 采用 CT 检查可以为腰椎间盘突出症中医分型提供客观依据, 同时能够丰富中医辨证分型的内容。

**[关键词]** 腰椎间盘突出症; 中医证型; CT 表现

**[中图分类号]** R681.5+5 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 11-0111-02

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2015.11.051

腰椎间盘突出症是临床常见的疾病之一, 其好发于腰 4~5、腰 5~骶 1 椎体, 发病率高达 12%<sup>[1]</sup>。中医学认为, 腰椎间盘突出症属腰腿痛范畴, 并分为气滞血瘀型、风寒湿滞型、湿热痰滞型及肝肾亏虚型四型<sup>[2]</sup>。中医学在腰椎间盘突出症的诊断及治疗中起到重要的作用, 但常因缺乏客观的依据致使其诊断及治疗的可信度下降<sup>[3]</sup>。近来, 随着 CT 等辅助检查手段的出现, 中医诊断的科学性得到证实。本研究通过观察本院 100 例腰椎间盘突出症患者的 CT 表现, 探讨各中医证型腰椎间盘突出症患者的 CT 表现特点, 亦讨论 CT 对中医分型的价值, 结果报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 纳入标准** 所有患者均行腰椎 CT 或 MRI 检查明确为腰椎间盘突出症, 中医辨证分型, 诊断标准采用 1994 年《中医病证诊断疗效标准》<sup>[4]</sup>。根据诊断标准将患者分为气滞血瘀型、风寒湿滞型、湿热痰滞型、肝肾亏虚型。所有患者均由 2 名以上副主任中医师共同会诊后判定。

**1.2 一般资料** 选择 2014 年 1 月—2015 年 1 月期间在本院就诊的腰椎间盘突出症患者, 共 100 例。男 68 例, 女 32 例; 年龄 19~81 岁, 平均(48.42±6.03)岁; 病程时间 3 月~28 年, 平均(5.13±0.49)年; 有外伤病史 53 例, 无外伤病史 47 例。研究方案经本院伦理委员会讨论通过, 2 组患者入组前均

签署知情同意书。

## 2 CT 检查方法

所有患者均接受腰椎间盘 CT 检查, CT 仪器选用 GE 公司生产的 16 层螺旋 CT。CT 参数为层厚 3 mm、层距 3 mm、层数 12 层。CT 检测指标包括: 椎间盘突出部位、突出程度、突出个数, 小关节退变情况, 侧隐窝与椎管狭窄情况, 黄韧带肥厚情况及 Schmorl 结节。

## 3 统计学方法

采用 SPSS17.0 统计学软件, 计数资料采用  $\chi^2$  检验。

## 4 结果

**4.1 中医分型情况** 见表 1。100 例腰椎间盘突出症患者共有 342 个椎间盘突出, 按照中医分型例数由多到少排列分别为肝肾亏虚型、气滞血瘀型、风寒湿滞型、湿热痰滞型。

表 1 中医分型情况

组别	例/椎间盘突出数	占比例(%)
气滞血瘀型	26/107	26.00
风寒湿滞型	19/59	19.00
湿热痰滞型	17/50	17.00
肝肾亏虚型	38/126	38.00

**4.2 各中医证型腰椎间盘突出患者 CT 突出类型比较** 见表

**[收稿日期]** 2015-06-24

**[作者简介]** 丁国勇 (1973-), 男, 主治医师, 主要从事放射科工作。

2. 气滞血瘀型 CT 表现以旁中央型突出为主, 风寒湿滞型 CT 表现以中央型突出为主, 湿热痰滞型 CT 表现以外侧型突出为主, 肝肾亏虚型 CT 表现三种突出均可见。

表 2 各中医证型腰椎间盘突出患者 CT 突出类型比较 例(%)

组别	n	中央型	旁中央型	外侧型
气滞血瘀型	26(107)	29(27.10)	65(60.75)	13(12.15)
风寒湿滞型	19(59)	39(66.10)	11(18.64)	9(15.26)
湿热痰滞型	17(50)	11(22.00)	11(22.00)	28(56.00)
肝肾亏虚型	38(126)	44(34.92)	41(32.54)	41(32.54)

4.3 各中医证型腰椎间盘突出患者椎体和附件变化情况比较见表 3。肝肾亏虚型严重小关节退变、侧隐窝狭窄、椎管狭窄、黄韧带肥厚及 Schmorl 结节例数均多于其他三型, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ )。

表 3 各中医证型腰椎间盘突出患者椎体和附件变化情况比较 例

组别	n	严重小关节退变	侧隐窝狭窄	椎管狭窄	黄韧带肥厚	Schmorl 结节
气滞血瘀型	26	9	7	4	2	2
风寒湿滞型	19	6	5	6	7	7
湿热痰滞型	17	10	4	3	6	6
肝肾亏虚型	38	28	22	24	30	25

与气滞血瘀型比较, ① $P < 0.05$ , ② $P < 0.01$ ; 与风寒湿滞型比较, ③ $P < 0.05$ , ④ $P < 0.01$ ; 与湿热痰滞型比较, ⑤ $P < 0.05$ , ⑥ $P < 0.01$

## 5 讨论

中医学认为, 腰椎间盘突出症属腰腿痛范畴, 其主要病机为气滞血瘀、风寒湿滞、湿热痰滞与肝肾亏虚。其中气滞血瘀型有明显外伤史, 常由于外伤导致气血瘀阻经络引起疾病; 风寒湿滞型有明显劳伤劳损病史, 风寒湿邪留滞太阳膀胱经阻滞经络, 气血运行不畅, 肌肉筋膜失养引起疾病; 湿热痰滞型患者有脾虚病史, 痰湿留滞, 久则化热引起疾病, 常表现为痛处伴有热感, 雨天痛重, 活动痛减, 苔黄腻, 脉濡数; 肝肾亏虚型患者有长期慢性疾病病史, 肾虚精亏导致血瘀引起疾病<sup>[5-6]</sup>。

CT 是诊断腰椎间盘突出症的首选辅助检查手段, 其用于鉴别不同中医证型腰椎间盘突出症的价值受到关注。本次研究结果显示, 100 例腰椎间盘突出症患者共有 342 个椎间盘突出, 其中肝肾亏虚型占 38%、气滞血瘀型占 26%、风寒湿滞型占 19%、湿热痰滞型 17%, 由此可见肝肾亏虚型是腰椎间盘突出症最常见的中医证型。此研究结果与甘伟等<sup>[7]</sup>报道的 40% 相近。同时本次研究还发现气滞血瘀型 CT 表现以旁中央

型突出为主、风寒湿滞型 CT 表现以中央型突出为主、湿热痰滞型 CT 表现以外侧型突出为主, 肝肾亏虚型 CT 表现三种突出均可见, 肝肾亏虚型严重小关节退变、侧隐窝狭窄、椎管狭窄、黄韧带肥厚及 Schmorl 结节例数均多于其他三型。由此研究结果得出通过了解腰椎间盘突出症患者的突出类型结合中医证候可以有效的区别气滞血瘀型、风寒湿滞型与湿热痰滞型, 但仅仅通过突出类型对于肝肾亏虚型仍较难鉴别, 需要进一步观察椎体和附件的情况加以区分, 肝肾亏虚型的椎体和附件病变的严重程度往往高于其他三型, 与程大文等<sup>[8]</sup>报道相近。

总之, 不同中医证型腰椎间盘突出症患者的 CT 表现存在一定的差异, 采用 CT 检查可以为腰椎间盘突出中医分型提供客观的依据, 同时丰富中医辨证分型的内容。

## [参考文献]

- [1] 胡晓光, 郑秋兰, 韩军龙, 等. PLDD 结合椎管内持续给药治疗单纯性腰椎间盘突出症疗效观察[J]. 中国临床医生, 2014, 42(1): 75-76.
- [2] 孟魏魏, 蔡秀水, 口锁堂, 等. 上海市长宁区社区腰椎间盘突出症患者中医证型的调查研究[J]. 中医药临床杂志, 2012, 24(10): 991-993.
- [3] 贾玉柱, 王健, 吴震, 等. 腰椎间盘突出症中医分型与 MRI 影像学表现相关性分析[J]. 浙江中西医结合杂志, 2011, 21(5): 326-327.
- [4] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 156.
- [5] 方俊华, 陈家红, 龚娅玲, 等. 腰椎间盘突出症 CT 影像指标与中医证型关系分析[J]. 亚太传统医药, 2015, 11(3): 78-79.
- [6] 王凌云. 腰椎间盘突出症 CT 影像学改变与中医证型的关系[J]. 湖北中医杂志, 2014, 36(6): 17-18.
- [7] 甘伟, 艾阳平. 腰椎间盘突出性腰痛患者 MRI 影像与中医证型的相关性分析[J]. 山东中医药大学学报, 2014, 38(5): 449-451.
- [8] 程大文, 尉迟以浩, 曹长贵, 等. 腰椎间盘突出症中医分型的 CT 诊断研究[J]. 江苏中医药, 2006, 27(5): 30-31.

(责任编辑: 刘淑婷)