

外奇穴，可镇静安神；足三里、三阴交补益后天、化生气血以助生髓之源。

本研究采用针刺结合归脾汤治疗心脾两虚型老年抑郁性失眠症疗效十分良好，治疗组患者与治疗前相比 GDS 评分与 PSQI 评分均有统计学意义，且治疗 2 周后与 4 周后 2 次评分显示：随着治疗时间的延长，疗效不断提高。患者变得笑容增多，更好交际，睡眠和食欲都有所好转，在 4 周后 90.0% 以上患者失眠的症状都得到了减轻。其疗效与国际公认的抗抑郁药米氮平相当，且不良反应少，体现了中医辨证治疗的特色与优势。本研究采用随机对照的研究方法，有效避免了潜在未知因素对试验结果的影响，使研究结果更加可靠，进一步丰富了老年抑郁性失眠症的中医病因病机理论。

[参考文献]

[1] 李春林, 金秋, 吴凡, 等. 沈阳地区抑郁症患者常见情

志症状与中医分型的相关调查[J]. 中国临床康复, 2006, 10(47): 42-45.

[2] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则: 第 1 辑[S]. 1993: 61.

[3] 陈昌惠. 老年抑郁症流行病学[J]. 实用老年医学, 2001, 15(1): 3.

[4] 傅华. 预防医学[M]. 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 26-110.

[5] 傅俊杰. 归脾汤加减治疗心脾两虚型失眠 55 例[J]. 中医临床研究, 2013, 5(15): 28-29.

[6] 黄燕贞, 倪敏, 施贝德, 等. 归脾汤、耳穴压豆联合治疗心脾两虚型不寐 48 例[J]. 中国中医药科技, 2014, 21(3): 313-314.

(责任编辑: 刘淑婷)

度退行性腰椎滑脱症综合物理治疗临床研究

吴锐彬, 王伟, 林镇树

潮州市潮州医院, 广东 潮州 521000

[摘要] 目的: 观察 度退行性腰椎滑脱症综合物理治疗的临床效果。方法: 回顾性研究本院收治的 度退行性腰椎滑脱症患者 80 例, 随机分成 2 组各 40 例, 治疗组采用综合物理治疗, 包括牵引、手法治疗、护具保护、体能训练等; 对照组采用药物治疗。观察 2 种方法治疗的临床疗效、症状改善程度及复发率, 评价 2 组治疗效果。结果: 2 组患者治疗 1 月后进行 JOA 评分, 2 组治疗后较治疗前 JOA 评分均有改善, 治疗前后比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗后治疗组评分高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后治疗组总有效率高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 综合物理治疗疗效确切, 在治疗中重视正确的系统化治疗方法, 能够进一步加强疗效。

[关键词] 度退行性腰椎滑脱症; 物理治疗; 日本骨科学会 (JOA) 评分

[中图分类号] R681.5*3 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 04-0259-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.04.124

退行性腰椎滑脱症(DLS)是腰腿痛的主要原因之一, 临床上主要表现为长期反复下腰部疼痛, 痛点在腰部、臀部, 有时放射至骶部甚至下肢, 患者不耐劳累, 对工作、生活活动造成明显影响。随着人口老龄化, 退行性腰椎滑脱症患者日益增多。一般按 Meyerding 分度系统分为四度, 资料表明^[1], 退行性腰椎滑脱的滑脱程度大多在 度以内, 主要发生在腰 4~5

节段。 度滑脱仅有 10%~15% 需要手术治疗, Matsunaga S 等^[2]对退行性滑脱患者的长期随访也证实, 多数滑脱患者仅需保守治疗。本病病程进展缓慢, 非手术治疗疗效确切, 且是首选的治疗方法, 但目前学术界对最佳非手术治疗方案没有共识。笔者通过对 度退行性腰椎滑脱症予综合物理治疗与口服非甾体类消炎镇痛药的治疗进行分析比较, 对临床疗效、可行

[收稿日期] 2014-12-22

[基金项目] 潮州市卫生和计划生育局科研项目 (潮卫科研 201448 号)

[作者简介] 吴锐彬 (1982-), 男, 主治医师, 研究方向: 骨折保守治疗与脊柱相关性疾病。

性进行评价,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 患者诉有反复腰腿疼痛、腰痛,与活动相关,腿部有神经分布区域疼痛或者皮肤感觉麻木,部分患者可出现间歇性跛行。体格检查:棘突、棘旁及棘间可出现压痛点,组成坐骨神经的神经根受压可出现直腿抬高试验阳性,病程较长的患者可出现肌肉萎缩,乏力,感觉及反射减弱。通过腰椎侧位、斜位、前屈-后伸位X线摄片检查,发现椎体滑脱,腰椎滑脱水平与临床症状体征相符的滑脱者。按 Meyerding 分度系统,是腰椎侧位X线摄片上将下位椎体上缘前后径分为4等分,上位椎体向前移位<1/4者为Ⅰ度,1/4~1/2为Ⅱ度,1/2~3/4为Ⅲ度,>3/4者为Ⅳ度,与下位椎完全错开者为全滑脱。本项目选择Ⅰ度以内的退行性腰椎滑脱症患者。CT、MRI检查可进一步了解椎间盘退变突出,硬膜囊、侧隐窝受压,黄韧带肥厚情况等。

1.2 排除标准 滑脱>Ⅲ度者;合并有严重的其他器质性病变患者(包括恶性肿瘤、骨折、骨髓炎等);合并有心脑血管疾病、肝肾等严重原发疾病患者;精神病患者,以及治疗不合作或同时进行其他治疗者;孕妇或患有血证的患者;合并有中央型腰椎间盘突出者。

1.3 一般资料 观察病例为2011年3月—2014年6月本院收治确诊的Ⅰ度退行性腰椎滑脱症患者80例,应用计算机统计软件产生随机区组数字表,根据受试患者进入研究的时间先后顺序,按随机区组编号随机分为2组各40例。2组一般资料经统计学处理,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,见表1。

表1 2组一般资料比较

组别	n	性别		年龄(岁)			JOA评分分数 ($\bar{x}\pm s$)(分)
		男	女	最大	最小	平均年龄($\bar{x}\pm s$)	
治疗组	40	12	28	81	46	59.9±10.6	14.52±4.70
对照组	40	14	26	78	47	61.2±10.5	13.68±4.52

2 治疗方法

2.1 治疗组 予综合物理治疗,包括牵引、手法治疗、护具保护、体能训练。牵引:HXY-型多功能牵引床。牵引时患者仰卧于牵引床上,屈膝脚底平踏于床上,牵引重量15~20kg,根据体重、体质、病情调整牵引重量,密切注意牵引体位及重量。手法治疗:基本顺序是先按摩、推拿腰背伸肌群,降低腰背伸肌群的高张力状态,然后屈髋屈膝抱滚,15~20min,再以腰椎为支点摆动骨盆及双下肢作为理顺手法。注意避免暴力手法。护具保护:手法治疗后戴腰围,侧身起床,治疗期间日常生活活动仍需腰围保护。体能训练:指导患者进行躯干屈肌群的训练。治疗10天为1疗程,症状缓解后,患者每天自行进行躯干屈肌群锻炼。总共治疗1月,治疗结束后3月内观察复发率,如3月内出现症状加剧者,

计入复发。

2.2 对照组 非甾体类药物选择肠溶双氯芬酸钠肠溶片(扶他林片,北京诺华制药有限公司生产,国药准字H11021640,每片25mg),每次25mg,每天3次,口服。药物治疗必要时可同时保护胃肠道防止消化道溃疡等副作用。总共治疗1月,观察方法同治疗组。

3 统计学方法

采用SPSS 18.0软件对所得数据进行统计学分析,计量资料采用t检验,计数资料采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 临床疗效评判标准:比较治疗前后疗效,参照日本骨科协会评分系统JOA评分(Japanese orthopaedic association score)。JOA评分包含:主观症状9分(下腰痛,腿痛兼/或麻刺痛,步态);临床体征6分(直腿抬高试验,感觉障碍,运动障碍);日常活动受限14分(平卧翻身,站立,洗漱,前屈,坐位大约1h,举重物,行走);膀胱功能-6~0分(正常,轻度受限,明显受限):满分29分。改善率=[(治疗后评分-治疗前评分)/(正常评分-治疗前评分)]×100%。治愈:改善率≥75%;良好:改善率50%~74%;好转:改善率25%~49%;无效:改善率<25%。评分采集时间为治疗前、治疗后1月。

4.2 2组患者治疗前后JOA评分比较 见表2。2组患者治疗1月后进行JOA评分,2组治疗后JOA评分较治疗前均有改善,治疗前后比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。2组治疗后比较,治疗组疗效优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表2 2组患者治疗前后JOA评分比较($\bar{x}\pm s$) 分

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	40	14.52±4.70	23.93±3.94
对照组	40	13.68±4.52	18.48±4.78

与治疗前比较,① $P<0.05$;与对照组治疗后比较,② $P<0.05$

4.3 2组临床疗效比较 见表3。治疗后治疗组总有效率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表3 2组临床疗效比较

组别	n	例数				总有效例数(%)
		治愈	良好	好转	无效	
治疗组	40	15(37.5)	19(47.5)	6(15.0)	0	40(100)
对照组	40	3(7.5)	6(15.0)	17(42.5)	14(35.0)	26(65.0)

5 讨论

退行性腰椎滑脱症影响因素较多,并且常合并椎间盘膨出、突出,小关节肥大,骨赘形成、韧带肥厚钙化、椎管狭窄等。目前,治疗方案尚存争议,治疗方法较多,以下是针对本研究所选方法做一些探讨。

药物治疗目前以非甾体类药物为主,目的是减少炎症反应,减少骨骼肌肉疼痛的程度。尹恒等^[8]认为,本病病因是移位椎体刺激周围软组织,产生无菌性炎症渗出,并进一步刺激神经末梢或炎性肿胀挤压神经根。Frymoyer JW^[9]提出的治疗方案中也建议使用非甾体类消炎止痛药,但老年人需注意观察胃肠道反应。本研究使用非甾体类药物,消除炎症,从而缓解症状。另外,日常治疗可配合弥可保、维生素B族等营养外周神经药物。

曾有少部分学者质疑退行性腰椎滑脱症予牵引治疗的安全性,认为本病椎体稳定性较差,牵引治疗容易加重滑脱,加重神经压迫导致症状加重。目前没找到有相关文献证明牵引禁忌用于退行性腰椎滑脱症。刘锴等^[5]通过治疗观察,认为通过牵引可拉伸腰椎间隙,使之产生负压和中心回吸作用,有利于滑脱腰椎回位、组织回纳及改善椎间盘小关节及软组织的位置关系。牵引治疗力线属于人体垂直轴上的应力,并未在矢状轴或冠状轴上加大椎体滑脱的方向产生力学影响,故未能加重滑脱程度。本研究观察牵引治疗过程中,确实有效并且安全,当然,对于滑脱伴有椎间盘中央型脱位者来说仍然是牵引的禁忌症;控制牵引体位、时间及根据体重、体质、病情调整牵引重量是必须的。

手法治疗目的是降低腰背伸肌群肌肉高张力状态,改善肌群之间的协调性和柔韧性,然后以屈膝屈髋被动运动手法整脊。许常永^[6]采用屈脊位手法治疗该病,意在扩大椎管有效空间,减轻黄韧带及椎间盘对硬囊之压迫,对抗人体重力作用于腰部的前移剪力,改善关节突关节应力状态,促进其功能及结构重建。从运动解剖学看,屈曲位整脊法能有效扩大狭窄椎管硬膜囊矢状径,增加一定程度的内容积,可以减轻因滑脱导致的继发性椎管狭窄。

大部分腰椎疾患在缓解期可以通过脊柱背伸肌群的锻炼得到缓解及维持,但实际上并不适合于退行性腰椎滑脱症患者。Sinaki M等^[7]将滑脱导致下腰痛患者分为屈曲锻炼组和伸直锻炼组,3月的总体康复率,屈曲组58%,伸直组6%。3年的总体康复率,屈曲组61%,伸直组0%。没有解剖基础与力学原理支持做背伸运动锻炼。Labelle等^[8]研究发现骨盆入射角(PI)、骨盆倾斜角(PT)、骶骨斜坡角(SS)和腰椎前凸角(LL)等参数越大,滑脱程度越大;PI值决定腰椎滑脱的发展,且PI值增加可能是腰椎滑脱进一步加重的一个危险因素。因此退行性腰椎滑脱症患者运动需选择躯干屈肌群的训练,加强屈肌群的强度与协调性,同时减小前凸角和腰骶角,减少应力作用;同时运动增加了局部血液循环,可减少炎症介质刺激作用,缓解疼痛。适当的运动可以增加脊椎周围各肌群的协调性,提高脊柱的稳定性。

综上所述,本研究明确了一些传统认识误区,选择治疗方法均通过从病理解剖结构、生物力学等方面入手干预,解除神经压迫及刺激,减少腰椎前凸屈度,减小腰骶角,减少腰椎剪切应力,实现腰椎的动态平衡,进而达到治疗目的。而药物治疗是改善循环,消肿,减少神经根炎症,减少关节刺激,消炎止痛,进而缓解临床症状,改善患者生活质量。目前,一度退行性腰椎滑脱症无标准治疗方法,临床实践上可见多种治疗方法搭配治疗的现象。本研究结果认为综合物理治疗的疗效较好。各种治疗方法在细节方面仍然有许多可以深入研究之处,比如牵引时间及重量的细化;用药剂量的细化;手法治疗的力度及强度等等,均可进一步深入探讨研究。治疗个体化也许是本病研究的最终归宿。

[参考文献]

- [1] Vibert BT, Sliva CD, Herkowitz HN. Treatment of instability and spondylolisthesis: surgical versus nonsurgical treatment [J]. Clin Orthop Relat Res, 2006, 443: 222-227.
- [2] Matsunaga S, Ijiri K, Hayashi K. Nonsurgically managed patients with degenerative spondylolisthesis: A10 to 18 year follow-up study [J]. J Neurosurg Spine, 2000, 93 (2): 194-198.
- [3] 尹恒, 马勇. 手法治疗退行性腰椎滑脱症 20 例报告 [J]. 四川中医, 2006, 24(10): 103-104.
- [4] Frymoyer JW. Degenerative spondylolisthesis: diagnosis and treatment [J]. J Am Acad Orthop Surg, 1994, 2: 9-15.
- [5] 刘锴. 抖法配合牵引治疗退行性腰椎滑脱症 33 例疗效观察 [J]. 新中医, 2007, 39(2): 42-43.
- [6] 许常永. 屈脊位手法治疗退行性腰椎滑脱症 30 例 [J]. 安徽中医学院学报, 1998, 17(2): 35-36.
- [7] Sinaki M, Lutness MP, Ilstrup DM, et al. Lumbar spondylolisthesis: retrospective comparison and three-year follow-up of two conservative treatment programs [J]. Arch Phys Med Rehabil, 1989, 70: 594-598.
- [8] Labelle H, Ronssouly P, Berthonmud E, et al. Spondylolisthesis, prevalence and spinopelvic balance: a correlation study [J]. Spine (Phila Pa 1976), 2004, 29 (18): 204-205.

(责任编辑:刘淑婷)