

# 中医综合治疗腰椎间盘突出症及 CT 检测评估其疗效的应用价值

曾瑞敏<sup>1</sup>, 黄友翰<sup>2</sup>

1. 苍南县人民医院, 浙江 苍南 325800; 2. 苍南县中医院, 浙江 苍南 325800

[摘要] 目的: 研究 CT 测量腰椎间盘突出物占椎管面积比值对中医综合治疗疗效的评估价值。方法: 选取本院 120 例腰椎间盘突出患者为研究对象, 采用中医综合疗法治疗, 观察其 CT 表现, 根据突出物所占椎管面积大小分为 Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ 度 3 个等级, 分析 3 个等级患者治疗前后视觉模拟评分 (VAS)、腰椎日本骨科协会评估治疗 (JOA) 评分、直腿抬高试验 (SLR) 及腰部活动度 (LMA) 等指标变化。结果: 随着突出物所占椎管面积增大, 患者 VAS、SLR 值增加 ( $P < 0.05$ ), JOA、LMA 值减小 ( $P < 0.05$ ), 提示患者突出物所占椎管面积大, 病情逐渐加重。治疗后 Ⅰ~Ⅱ 度患者 VAS、JOA、SLR、LMA 值均较治疗前改善 ( $P < 0.05$ ); Ⅲ 度患者 VAS 值也较治疗前改善 ( $P < 0.05$ )。结论: 中医综合治疗腰椎间盘突出症效果显著, 突出物面积越小, 其疗效越显著。

[关键词] 腰椎间盘突出症; CT; 腰椎间盘突出物; 椎管面积; 中医综合疗法

[中图分类号] R681.5+3 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 06-0111-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.06.053

腰椎间盘突出症为骨科临床常见疾病, 对患者正常生活与工作均有极大不良影响, 其治疗方式众多, 可分为手术治疗与保守治疗两大部分。手术治疗恢复期长、费用高, 故应用较少。而采取中医综合治疗等保守治疗方式, 也可让患者得到不同程度的恢复<sup>[1]</sup>。CT 扫描技术的不断发展为中医学治疗提供了更多的技术支持, 以往医生对椎间盘突出物的大小采取目测判断, 具有一定的主观性, 可能影响观察结果<sup>[2]</sup>。故本文观察 CT 测量腰椎间盘突出物占椎管面积比值对中医综合治疗疗效的评估价值, 现将结果报道如下。

## 1 临床资料

1.1 诊断标准 满足《中医骨伤科学》<sup>[3]</sup>诊断标准, 腰痛伴坐骨神经痛, 腰部慢性损伤史, CT 扫描、MRI 检查显示椎间盘突出。

1.2 中医辨证标准 参考中医辨证分型相关标准<sup>[4]</sup>, 分为风寒湿困型、肝肾亏损型、气滞血瘀型。

1.3 一般资料 选取本院 2011 年 4 月—2014 年 6 月 120 例腰椎间盘突出患者为研究对象。男 80 例, 女 40 例, 年龄 18~58 岁, 平均(42.51±5.20)岁; 风寒湿困型 25 例, 肝肾亏损型 39 例, 气滞血瘀型 56 例。CT 检查: 使用日本产岛津 7800 螺旋 CT 全身 CT 机, 患者取仰卧位, 常规扫描 L<sub>3/4</sub>、L<sub>4/5</sub>、L<sub>5/S<sub>1</sub></sub> 3 个椎间隙, 每个椎间隙扫描 3 个断面。将上述患者根据 CT 检查突出物所占椎管面积大小分为 Ⅰ度、Ⅱ度、Ⅲ度 3 个组别, Ⅰ度 46 例, Ⅱ度 50 例, Ⅲ度 24 例。所有患者均签订知情同意书。

## 2 治疗方法

2.1 中药离子导入 在患者腰部和患肢疼痛处贴骨友灵(沈阳市长青制药厂), 后用导入治疗仪(HY-D 型电脑中频药物导入治疗仪, 北京华医新技术研究所制造)贴于喷药处进行治疗, 每周 3 次, 每次 30 min, 共治疗 2 周。

2.2 中药治疗 根据证型给予不同治疗方案。①风寒湿困型: 治以温经通络止痛, 给予独活寄生汤加减治疗为主。处方: 杜仲、牛膝、细辛、茯苓、秦艽、桑寄生、桂心、芍药、甘草、人参、当归、干地黄各 6g, 独活 8g。每天 1 剂, 水煎, 分 2 次服。②肝肾亏虚型: 偏阳虚者治以温肾壮阳为主, 予金匮肾气丸(赤峰天奇制药有限公司)治疗, 每次 1 丸, 每天 2 次; 偏阴虚型治以滋阴补肾为主, 予六味地黄丸(通化茂祥制药有限公司)治疗, 每次 1 丸, 每天 2 次。③气滞血瘀型, 治以行气活血止痛, 予身痛逐瘀汤加味: 当归尾 10g, 五灵脂、川芎、桃仁、鸡血藤、香附、牛膝、延胡索、制乳香、制没药各 9g, 红花、甘草各 6g。每天 1 剂, 水煎, 分 2 次服。所有患者均勿食辛辣、冷酸食物, 7 天为 1 疗程, 共治疗 2 疗程。

2.3 牵引治疗 牵引体重 26~30 kg, 具体根据患者体重设定, 将上肢吊带由后背经两腋下向上分别挂钩于床头 T 字架上, 腰部牵引带从患者后腰部向前捆绑, 同时根据患者腰部对腹部牵引带两片间隔进行调整, 最后扣紧。每天 1 次, 每次 20 min, 治疗 2 周。

[收稿日期] 2014-10-27

[作者简介] 曾瑞敏 (1973-), 男, 副主任医师, 主要从事放射临床工作。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①腰椎日本骨科协会评估治疗(JOA)评分: 主  
观症状 9 分, 临床体征 6 分, 日常活动 14 分; ②疼痛视觉模  
评分(VAS)评分: 0~10 分, 10 分最痛, 0 分无痛; ③腰部活  
动度(LMA)评价: 腰椎前后屈伸及左右侧弯和旋转的总和, 共  
6 个方向; ④双侧直腿抬高试验(SLR)角度差测定: 健侧直腿  
抬高角度减去患侧直腿抬高角度的数值。

3.2 统计学方法 选用统计学软件 SPSS19.0 对数据进行分析  
处理, 计数资料以率(%)表示, 计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示, 组间对  
比进行  $\chi^2$  检验和  $t$  值检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 以腰椎 JOA 世界级功能评分为参照, 以改善  
率对疗效进行判定。改善率=(治疗后评分-治疗前评分)/治疗  
前评分 $\times 100\%$ 。优: 改善率 75%~100%, 良: 改善率 50%  
~74%, 可: 改善率 25%~49%, 差: 改善率 25%以下。

4.2 不同分级患者 VAS、JOA、SLR、LMA 值比较 见表 1。  
随着突出物所占椎管面积程度( ~ 度)增大, 患者 VAS、  
SLR 值增加( $P < 0.05$ ), JOA、LMA 值减小( $P < 0.05$ ), 提示患  
者突出物所占椎管面积大, 病情逐渐加重。治疗后 ~ 度患  
者 VAS、JOA、SLR、LMA 值均较治疗前改善( $P < 0.05$ );  
度患者 VAS 值也较治疗前改善( $P < 0.05$ )。

4.3 不同分级患者临床疗效比较 见表 2。 度、 度、 度

表 1 不同分级患者治疗前后 VAS、JOA、SLR、LMA 值比较( $\bar{x} \pm s$ )

级别	VAS 评分		JOA 评分		SLR(°)		LMA(°)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
度	5.10 $\pm$ 1.20	1.22 $\pm$ 0.48 <sup>③</sup>	17.84 $\pm$ 4.38	23.21 $\pm$ 4.24 <sup>③</sup>	45.87 $\pm$ 15.8	8.54 $\pm$ 4.61 <sup>③</sup>	117.61 $\pm$ 100.20	185.61 $\pm$ 33.20 <sup>③</sup>
度	5.84 $\pm$ 1.18 <sup>①</sup>	2.68 $\pm$ 1.12 <sup>③</sup>	11.54 $\pm$ 2.37 <sup>①</sup>	7.40 $\pm$ 2.34 <sup>③</sup>	50.10 $\pm$ 12.05 <sup>①</sup>	20.15 $\pm$ 3.67 <sup>③</sup>	100.21 $\pm$ 22.70 <sup>①</sup>	145.55 $\pm$ 19.41 <sup>③</sup>
度	6.50 $\pm$ 1.20 <sup>②</sup>	5.14 $\pm$ 1.57 <sup>③</sup>	9.14 $\pm$ 2.06 <sup>②</sup>	7.31 $\pm$ 2.60	54.31 $\pm$ 11.54 <sup>②</sup>	51.55 $\pm$ 11.20	70.84 $\pm$ 14.20 <sup>②</sup>	80.21 $\pm$ 15.10

与 度比较, ① $P < 0.05$ ; 与 度比较, ② $P < 0.05$ ; 与同组级治疗前比较, ③ $P < 0.05$

患者治疗优良率分别为 95.65%、72.00%、25.00%, 3 个分级  
患者间两两比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表 2 不同分级患者临床疗效比较 例

级别	n	优	良	可	差	优良率(%)
I 度	46	36	8	2	0	95.65
II 度	50	20	16	10	4	72.00 <sup>①</sup>
III 度	24	2	4	5	13	25.00 <sup>①②</sup>

与 I 度患者比较, ① $P < 0.05$ ; 与 II 度患者比较, ② $P < 0.05$

5 讨论

CT、MRI 等诊断技术的不断成熟为腰椎间盘突出症的深入  
研究提供了坚实的基础<sup>[4]</sup>, 本次研究应用 CT 检查技术, 分析  
腰椎突出物面积占椎管面积不同比值分析其和中药综合治疗疗  
效的关系。有研究发现, 当突出物占椎管面积 度时, 突出物  
与椎管距离较远, 而患者表现出的临床症状更加明显; 当突出  
物所占面积达到 度时中央型和偏侧性两种类型的症状表现基  
本持平; 当突出物所占达 度时, 突出物与硬膜囊越近则表示  
症状越严重<sup>[5]</sup>。

腰间盘突出主要因髓核、纤维环及软骨板发生退行性改  
变, 受外力影响出现椎间盘纤维环损坏, 髓核组织由破裂部突  
出至后方或椎管内, 压迫近脊神经导致疼痛等临床症状产  
生。中药内服均可活血止痛, 补益肝脏, 温经通督, 缓解炎症  
反应, 使炎症期时间缩短, 抑制结缔组织形成, 缓解瘢痕化对  
神经组织挤压, 从而缓解疼痛等临床症状。配合中药离子导入  
及牵引治疗, 进一步加强内服中药的治疗效果, 疗效相得益

彰。

从 VAS 评分改善情况可以看出, 经过中医综合治疗后 3  
个分度患者均显著改善( $P < 0.05$ ), 而突出物越小改善效果越显  
著。患者临床症状、体征改善方面, 度、 度的改善更为明  
显( $P < 0.05$ ), 度患者则治疗前后无显著差异。不同分度患者  
随 ~ 度变化疗效呈递减趋势, 度患者适宜采取保守治  
疗, 度患者则可先采取保守治疗以观察临床疗效, 无效则改  
为手术治疗, 前 2 级度患者适合采取保守治疗的原因是突出物  
较小, 临床表现轻, 保守治疗可消除炎症、促使髓核还纳,  
度则因突出较大、压迫严重, 必须及时采取手术治疗以尽快解  
除病痛。因此 CT 扫描属于辅助检查范畴, 在实际治疗中, 仍  
应以临床表现为主, 综合各因素制定治疗方案<sup>[6-7]</sup>。

综上, 中医综合治疗腰椎间盘突出症效果显著, CT 测量  
腰椎间盘突出物大小可为临床中医药保守治疗提供评价依据。

[参考文献]

[1] 侯键, 罗建, 罗才贵, 等. 中医踩跷法的三维腰椎 CT 微  
结构变化规律研究[J]. 重庆医学, 2010, 39(18):  
2456-2458.  
[2] 柯文坤, 社区成, 刘亚云, 等. 黄韧带退变与腰椎管狭  
窄症椎管形态的变化[J]. 中国组织工程研究, 2012, 16  
(17): 3041-3044.  
[3] 张安贞, 武春发. 中医骨伤科学[M]. 北京: 人民卫生出  
版社出版, 1988.  
[4] 王萍, 翟昭华, 李培岭, 等. 腰椎间盘突出症中医证型  
与 CT 及临床相关性研究[C]// 第十二次全国中西医结合

- 医学影像学术研讨会论文集. 2012: 907-912.
- [5] 冯法博, 孙垂国, 陈仲强, 等. “揭盖式”胸椎管后壁切除术治疗单节段胸椎黄韧带骨化症的疗效及其影响因素[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2014, (7): 585-592.
- [6] 陈金春, 黄建华, 黄建武, 等. 绝经后骨质疏松症骨密度T值与腰椎椎体CT值的相关性[J]. 中医正骨, 2009, 21(9): 1-3.
- [7] 方勇, 薛卡明. CT下椎管内侧隐窝封闭治疗腰椎间盘突出症32例临床观察[J]. 河北中医, 2011, 33(4): 529-530.
- (责任编辑: 冯天保)

## 艾附暖宫丸内服外敷治疗虚寒血瘀型 良性前列腺增生症 44 例疗效观察

李飞鹏<sup>1</sup>, 刘晓刚<sup>2</sup>

1. 平凉市中医院, 甘肃 平凉 744000; 2. 平凉医学高等专科学校, 甘肃 平凉 744000

[摘要] 目的: 观察艾附暖宫丸内服、外敷治疗虚寒血瘀型良性前列腺增生症的临床疗效。方法: 将 88 例患者随机分为 2 组, 治疗组 44 例采用艾附暖宫丸内服及药渣热敷中极穴治疗, 对照组 44 例给予非那雄胺片治疗, 于治疗前后行前列腺症状评分 (IPSS)、最大尿流率 (MFR) 比较。结果: 治疗后治疗组有 4 例前列腺体积缩小。2 组临床疗效比较, 经 Ridit 分析, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 治疗组疗效优于对照组。治疗后 2 组 IPSS 评分降低、MFR 值升高, 与治疗前比较, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 且治疗组 MFR 值升高较对照组更显著 ( $P < 0.05$ )。结论: 艾附暖宫丸内服外敷能提高患者最大尿流率, 改善其临床症状。

[关键词] 前列腺增生症; 良性; 虚寒血瘀; 艾附暖宫丸; 内服; 外敷

[中图分类号] R697.3 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 06-0113-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.06.054

前列腺增生症(BPH), 又称为前列腺良性肥大, 是中老年男性的常见病多发病, 以尿频、尿急、夜尿增多等膀胱刺激症状以及排尿困难、终末滴尿、尿潴留、充盈性尿失禁等梗阻症状为主要临床表现。日久不愈可并发尿路感染、膀胱结石、肾功能不全等多种并发症。随着社会经济的发展, 社会人口逐渐趋于老龄化, BPH 发病率有逐年增高的趋势。本病致病因素较多, 病理机制复杂, 病程较长, 缠绵难愈。临床上, 笔者运用艾附暖宫丸内服及药渣中极穴热敷治疗虚寒血瘀型前列腺增生症, 临床疗效显著, 结果报道如下。

### 1 临床资料

1.1 诊断标准 BPH 诊断标准: ①45 岁以上男性, 排尿踌躇、尿等待、尿线变细、费时费力、排尿间断、尿频、夜尿增多等排尿困难症状。②肛门指诊: 前列腺增大, 中央沟变浅或消失。③B 超检查: 前列腺增大, 质量 >20g, 测定膀胱残余

尿量 >10 mL。前列腺增生程度参照《黄家驷外科学》<sup>[2]</sup>相关标准评定。中医虚寒血瘀证标准<sup>[3]</sup>: 小便频数而清, 或点滴不爽, 或尿后余沥不尽, 或夜尿频多, 排尿费力, 小腹胀满疼痛, 面色苍白, 神气怯弱, 畏寒, 腰膝酸软无力或冷, 舌淡紫暗或有瘀斑、瘀点, 苔薄白, 脉沉细或迟涩。

1.2 纳入标准 凡符合本病诊断及中医辨证标准, 年龄 >45 岁, 能配合主诉者。

1.3 排除标准 ① <45 岁的男性; ② 尿路结石、前列腺癌、急性肾功能衰竭所致出现的少尿或无尿症状; ③ 神经源性膀胱、颈纤维化、尿道狭窄引起的排尿困难; ④ 淋病、尿路感染等引起的尿频; ⑤ 心脑血管、肝脏和造血系统等严重原发性疾病、难治性糖尿病及有糖尿病神经病变, 精神病患者; ⑥ 良性前列腺梗阻侵入性治疗性失败者; ⑦ 有盆腔手术或损伤者; ⑧ 对该药过敏; ⑨ 凡不符合纳入标准, 未按规定用药, 或合用其

[收稿日期] 2014-09-27

[作者简介] 李飞鹏 (1973-), 男, 主治医师, 主要从事医学临床工作。