

中西医结合治疗腰椎间盘突出症临床疗效观察

徐庆田, 张文, 高国强

滕州市中心人民医院, 山东 滕州 277500

[摘要] 目的: 观察中西医结合治疗腰椎间盘突出症患者的临床疗效。方法: 选取70例腰椎间盘突出症患者, 采用随机数字法分对照组和研究组各35例。2组均予神经根阻滞治疗, 研究组再予针刺治疗配合中药汤剂治疗。观察2组治疗前后疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分及Oswestry腰椎功能障碍指数(ODI)的变化。结果: 总有效率研究组97.1%, 对照组82.9%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后, 2组VAS评分、ODI均较治疗前降低($P < 0.01$); 研究组治疗1周、治疗2周、治疗4周的VAS评分、ODI均低于对照组($P < 0.01$)。结论: 中西医结合治疗腰椎间盘突出症疗效确切, 能有效改善患者的腰椎活动功能及减轻疼痛。

[关键词] 腰椎间盘突出症(LDH); 中西医结合疗法; 神经根阻滞; 针刺; 独活寄生汤

[中图分类号] R681.5⁺⁵ **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2016)09-0077-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.09.035

腰椎间盘突出症(LDH)是临床常见疾病之一, 好发于中老年人群, 临床以腰腿疼痛、或伴下肢放射性疼痛为主要表现。由于本病具有反复发作性, 久之可导致患者日常生活能力下降或丧失, 故而对家庭及社会造成重要影响。本院采用神经根阻滞联合针刺配合中药汤剂内服治疗LDH患者, 疗效确切。现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[1]中LDH的诊断标准拟定: ①病史: 有腰部外伤、劳损等慢性病史; ②症状: 腰部疼痛, 可沿下肢放射性疼痛, 受累区可有感觉过敏、或迟钝、或肌肉萎缩; ③体征: 脊旁压痛, 直腿抬高试验阳性; ④辅助检查: X线片示脊柱侧弯、生理曲度改变、椎间盘变窄, CT示椎间盘突出。

1.2 辨证标准 辨证属肝肾亏虚, 兼有血瘀证。症见: 腰膝酸软, 劳累后加重, 腰部痛有定处, 痛处拒按, 日轻夜重, 活动受限; 可伴阳痿、早泄、手足不温等症; 舌淡或暗, 可伴瘀点、瘀斑, 脉弦细。

1.3 纳入标准 ①符合诊断标准和辨证标准的患者; ②年龄30~60岁; ③知情并签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①无腰椎手术治疗史, 近3月使用过激素、近1周使用过镇痛药物治疗的患者; ②患有严重脊柱病变(骨结核、骨瘤等)、骨质疏松、马尾神经受压等的患者; ③合并妊娠、感染、严重心脑血管疾病及精神障碍的患者; ④依从性差的患者。

1.5 一般资料 选取2013年3月—2015年10月在本院治疗的70例LDH患者, 采用随机数字表法分为对照组和研究组各35例。对照组男19例, 女16例; 年龄32~57岁, 平均(44.52±2.37)岁; 病程3~52月, 平均(19.63±4.72)月; 椎间病变部位: L₃₋₄有10例, L₄₋₅有13例, L₅~S₁有9例, 其他3例。研究组男20例, 女15例; 年龄31~59岁, 平均(43.79±2.35)岁; 病程5~50月, 平均(18.78±4.64)月; 椎间病变部位: L₃₋₄有11例, L₄₋₅有12例, L₅~S₁有8例, 其他4例。2组性别、年龄、病程等一般资料比较, 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 予神经根阻滞治疗。确定腰椎病变部位, 选取2~3个点进行神经根阻滞治疗, 具体如下: 首先取2%利多卡因注射液(厂家: 湖南泓春制药, 规格: 每支5 mL)2 mL加地塞米松注射液(厂家: 郑州卓峰制药, 规格: 每支1 mL)2 mL、甲钴胺注射液(厂家: 葵花药业, 规格: 每支1 mL)1 mL、0.9%氯化钠注射液5 mL进行阻滞剂配伍, 分别在入院时、第3周时各用药1次。

2.2 研究组 ①神经根阻滞治疗同对照组。②针刺治疗: 首先以L₂₋₅夹脊穴、秩边、环跳、委中、承山为主穴, 采用平补平泻手法, 得气后留针。然后选腰椎及下肢各一组穴位进行电针治疗(电针仪为SDZ-型, 采用疏密波, 频率以患者耐受为度)。最后选仙鹤牌神灯治疗仪对腰部及下肢针刺穴位进行红外线照射, 共留针30 min。第1周每天1次, 第2~3周

[收稿日期] 2016-04-09

[作者简介] 徐庆田(1977-), 男, 医学硕士, 研究方向: 中西医结合治疗颈肩腰腿疼痛。

隔天1次,第4周共2次,总疗程4周。③中药治疗,自拟独活寄生汤加味。处方:鸡血藤20g,五灵脂、桑寄生、当归各15g,制草乌、制乳香、制没药、桂枝、透骨草各12g,蜈蚣2条,地龙、泽泻、川牛膝、乌梢蛇、白芍、延胡索、炙甘草各10g。每天1剂,水煎2次,取浓缩汁250mL,早晚各服1次,连续服用2周为1疗程,共服14剂。若疗效明显或症状轻微减轻,再服用1疗程。如果患者伴有严重腰痛,可以在此方基础上增加白芷;如果患者有下肢麻木的症状,可以增加僵蚕。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察2组治疗前后疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分^[2]及Oswestry腰椎功能障碍指数(ODI)的变化。VAS最低分为0分,最高分为10分;ODI测定参照ODI量表^[3],最低分为0分,最高分为100分。以上项目均由同一主治医师在患者入院时、治疗1周、治疗2周、治疗4周进行评定。

3.2 统计学方法 采用SPSS17.0统计学软件进行数据处理。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验;计数资料以百分比表示,采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 临床痊愈:疼痛消失,无运动受限,能正常活动与工作;显效:主要临床表现减轻,能参加一定的工作,偶发非神经根性疼痛;有效:临床表现较前减轻,但影响工作及活动;无效:临床表现反复出现,神经根呈持续受损表现。总有效率=(临床痊愈例数+显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率研究组97.1%,对照组82.9%,2组比较,差异有统计学意义($\chi^2=3.968, P=0.046 < 0.05$)。

表1 2组临床疗效比较 例(%)

组别	n	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	35	10(28.6)	12(34.3)	7(20.0)	6(17.1)	28(82.9)
研究组	35	14(40.0)	14(40.0)	6(17.1)	1(2.9)	33(97.1) ^①

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.3 2组不同时间段VAS评分比较 见表2。入院时,2组VAS评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组VAS评分均较治疗前降低($P < 0.01$);研究组治疗1周、2周、4周的VAS评分均低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。

表2 2组不同时间段VAS评分比较 $(\bar{x} \pm s)$ 分

组别	n	入院时	治疗1周	治疗2周	治疗4周
对照组	35	7.81 \pm 1.42	4.73 \pm 1.02 ^①	3.41 \pm 0.78 ^①	2.17 \pm 0.53 ^①
研究组	35	7.93 \pm 1.44	4.03 \pm 0.89 ^{②①}	2.58 \pm 0.72 ^{②①}	1.40 \pm 0.27 ^{②①}

与入院时比较,① $P < 0.01$;与对照组比较,② $P < 0.01$

4.4 2组不同时间段ODI比较 见表3。入院时,2组ODI比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组ODI均较治疗前降低($P < 0.01$);研究组治疗1周、治疗2周、治疗4周的ODI均低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。

表3 2组不同时间段ODI比较 $(\bar{x} \pm s)$ 分

组别	n	入院时	治疗1周	治疗2周	治疗4周
对照组	35	73.64 \pm 9.85	53.86 \pm 7.62	36.84 \pm 6.95	21.33 \pm 4.37
研究组	35	74.52 \pm 9.79	42.64 \pm 8.15 ^①	24.38 \pm 5.47 ^①	14.06 \pm 2.65 ^①

与对照组比较,① $P < 0.01$

5 讨论

LDH是由于腰椎间盘突出性病变、纤维环破裂及髓核突出,导致出现相应神经根及马尾神经被刺激或压迫症状的一种综合征。目前认为,LDH的发病机制主要包括机械压迫、炎症化学及自身免疫等3种,并且各种机制相互影响、相互作用,一般发病多由2种或以上因素所致^[4]。患者往往表现为腰部疼痛及腰椎功能活动受限,故临床无论是采用手术还是非手术治疗均以减轻患者疼痛及改善腰椎功能为目的。本实验采用的基础治疗均为非手术治疗(神经根阻滞),取利多卡因以止痛,地塞米松以消炎、减轻椎间盘周围水肿,甲钴胺营养神经、促进受损神经修复。相关研究表明,糖皮质激素抗炎作用可长达2周^[5],故本实验于2周后再次进行神经根阻滞治疗,以增强疗效。结果显示,2组总有效率均高达80%以上。值得注意的是,在神经根阻滞时,必须对腰椎局部解剖熟悉,严格按照规范操作,避免穿刺时损伤神经、血管及脊髓等导致不良反应发生。

中医学认为,LDH属于痹证、腰痛范畴。其病因多为劳损、风寒湿、瘀血等,病机为本虚标实,主要因肝肾亏虚、经脉失养所致,治疗上以标本兼治为原则。研究组采用针刺、电针及红外线照射治疗,其中针刺夹脊穴、秩边、环跳、委中、承山,可激发督脉及足太阳膀胱经的经气,达到调和气血之目的;电针采用疏密波,能促进内源性脑啡肽、内啡肽及强啡肽的分泌^[6],以达止痛之功;采用红外线照射,能有效改善微循环,散寒祛湿、活血化瘀,从而促进新陈代谢,以达康复之目的。相关研究也表明,电针治疗LDH疗效显著,依从性较好,能有效止痛^[6]。现代药理学研究表明,采用具有抗炎、扩张血管、解除血管痉挛、降低免疫反应、镇痛作用的中药能够有效减轻LDH患者的临床症状^[7-8]。因此,本研究采用了独活寄生汤加味内服治疗,方中鸡血藤、五灵脂、蜈蚣、地龙、当归活血化瘀以通络;桑寄生、川牛膝、白芍补肝肾,扶正以祛邪;制草乌、桂枝、透骨草、乌梢蛇、泽泻、制乳香、制没药、延胡索散寒祛湿、行气止痛;炙甘草调和诸药。诸药配伍,共奏补益肝肾、活血化瘀、通络止痛之功,可有效减少椎管内的炎症反应,减轻疼痛,促进患者局部(病变区)血液循环与变性神经纤维组织的修复和新陈代谢,减轻周围组织和关节部位之间

的粘连,有利于LDH临床症状的减轻。

本研究再次证实,采用神经根阻滞联合针刺配合中药汤剂内服治疗LDH疗效确切,中西医结合治疗具有协同作用,能有效改善患者的腰椎活动功能及减轻疼痛,值得参考。

[参考文献]

- [1] 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,1994:214-215.
- [2] 曲梅,丁晓宁,刘红兵,等. 针刺结合神经阻滞治疗腰椎间盘突出症疗效观察[J]. 中国针灸,2010,30(8):633-636.
- [3] 谭柯,郑敏,杨邦祥,等. 欧氏失能指数用于中国四川腰背痛患者功能测量的评价研究[J]. 四川大学学报:医学版,2009,40(3):559-561.
- [4] 王洪伟,李长青,周跃. 腰椎间盘突出症疼痛发生机制的研究进展[J]. 中国矫形外科杂志,2011,19(7):568-571.
- [5] 孙瑞卿,王贺春,王韵,等. 不同频率的电针对大鼠神经源性痛的治疗作用[J]. 中国应用生理学杂志,2002,18(2):128-131.
- [6] 刘军桥. 中医综合治疗腰椎间盘突出症临床研究[J]. 河南中医,2016,36(2):297-299.
- [7] 夏晓娜,翁良波. 中医补肾法联合针灸治疗老年腰椎间盘突出症52例[J]. 辽宁中医杂志,2014,41(5):945-946.
- [8] 武占红,王鹏,祁志敏,等. 中西医结合治疗腰椎间盘突出症[J]. 长春中医药大学学报,2016,36(1):120-122.

(责任编辑:吴凌)

针刺触激多裂肌技术治疗腰骶部筋膜炎临床观察

覃兴乐¹, 陈家承², 苏霞辉³, 徐森明⁴, 李新洲¹, 谭兴领¹

1. 右江民族医学院附属医院康复医学科,广西 百色 533000
2. 顺德和平外科医院疼痛康复科,广东 顺德 528000
3. 右江民族医学院附属医院针灸科,广西 百色 533000
4. 右江民族医学院,广西 百色 533000

[摘要] 目的:观察针刺触激腰部多裂肌治疗腰骶部筋膜炎的临床疗效。方法:采用针刀和针灸针作为针刺触激工具,将77例腰骶部筋膜炎患者随机分为针刀触激组40例,针灸针触激组37例。分别于治疗前、首次治疗后第4天、第8天、第12天采用疼痛视觉模拟评分法(VAS)对患者疼痛进行评定;首次治疗后第12天应用疼痛减轻比例和愈显率对临床疗效进行评定。结果:2组VAS评分较治疗前均有改善,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。2组间比较,针刀触激组治疗后VAS评分、愈显率均优于针灸针触激组,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。结论:多裂肌在腰骶筋膜炎发病中占据重要位置,针刺触激多裂肌治疗腰骶部筋膜炎安全有效;临床疗效针刀触激组优于针灸针触激组,针刀可作为临床针刺首选。

[关键词] 腰骶部筋膜炎;多裂肌;针刀;针灸针;触激

[中图分类号] R686.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2016)09-0079-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.09.036

腰骶部筋膜炎是指发生在腰骶部肌筋膜的无菌性炎症,是临床常见病、多发病,好发于青壮年。临床主要表现为腰骶部

隐痛、时轻时重,久坐久卧、劳累或受凉加重,休息好转,反复发作。笔者应用针刺触激多裂肌技术治疗本病取得良好疗

[收稿日期] 2016-03-25

[作者简介] 覃兴乐(1970-),男,副主任医师,研究方向:中西医结合治疗头颈肩腰腿痛及骨伤的康复。