

## 综合疗法治疗寒湿型腰椎间盘突出症 93 例

邬学斌<sup>1</sup> 张晶<sup>1</sup> 李红<sup>1</sup>

**【摘要】 目的:**观察中药穴位贴敷结合 TDP 照射治疗寒湿型腰椎间盘突出症的临床疗效。**方法:**93 例寒湿型腰椎间盘突出症患者,采用用穴位贴敷寒痛乐膏、TDP 照射,结合常规腰椎牵引、手法及口服中药治疗。**结果:**所有患者获得随访,随访时间均为 6 个月,无复发病例。治疗前和治疗后 1 个月相比,患者 JOA 评分得到明显改善,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),治疗优良率为 81.72%。治疗后 1 个月及 6 个月时,患者 JOA 评分无明显变化,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。**结论:**中药穴位贴敷、TDP 照射治疗腰椎间盘突出症疗效显著,可有效控制症状的复发。

**【关键词】** 腰椎间盘突出症;中药;穴位贴敷;TDP;寒湿型

**【中图分类号】** R681.5 **【文献标志码】** B **【文章编号】** 1005-0205(2017)07-0051-03

腰椎间盘突出症是骨伤科常见疾患之一,属于中医“腰痹证”、“腰腿痛”范畴,证型包括血瘀型、寒湿型、湿热型和肝肾亏虚型<sup>[1]</sup>。腰椎间盘突出症导致患者腰腿疼痛、麻木,功能活动受限可严重影响患者的工作和生活。临床观察表明 90% 以上的腰椎间盘突出症患者经保守治疗可使症状缓解或治愈,腰椎牵引、推拿和中药内服是常用的保守治疗方法。临床上寒湿型腰椎间盘突出症较为常见,其主要证候特点为腰腿冷痛重着,转侧不利,卧痛不减,受寒及阴雨加重,肢体发凉<sup>[2]</sup>。我科在常规保守治疗基础上采用自拟中药寒痛乐膏穴位贴敷结合 TDP 照射治疗寒湿型腰椎间盘突出症取得较好临床疗效,现报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

自 2014 年 1 月至 2015 年 8 月在本科住院的 93 例腰椎间盘突出症患者:年龄 22~56 岁;男 64 例,女 29 例;首次发病 76 例,2 次及 2 次以上发病 17 例;单节段突出 57 例,2 节段及 2 节段突出 36 例。

### 1.2 诊断标准

参照《中医病证诊断疗效标准》制定:1)有腰部慢性损伤史。2)腰痛伴一侧坐骨神经痛。3)腰椎侧凸畸形,生理前凸消失,活动受限,棘突旁压痛并放射至下肢。4)直腿抬高试验及加强试验(+),屈颈试验、颈静脉压迫试验、仰卧挺腹试验(+). 5)神经系统检查示膝腱、跟腱反射减弱,下肢皮肤节段分布区感觉过敏或迟钝,踇趾背伸或跖屈力减弱。6)X 线片可见椎间隙变窄、椎缘增生,脊柱侧凸,前凸消失,并除外其他疾病,或脊髓造影见硬膜前方有压迹缺损。7)腰椎 CT 或 MRI 检查提示腰椎间盘突出。

### 1.3 辨证标准

根据国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗

效标准》腰椎间盘突出症寒湿型(寒湿证)的中医辨证标准制定:1)腰痛伴下肢放射痛;2)下肢或者全身怕冷;3)弯腰及抬腿活动不利、沉重不适;4)受寒或阴雨天疼痛明显,活动不利加重;5)舌质淡,苔白或腻,脉沉紧或濡缓。

## 2 方法

### 2.1 治疗方法

采用以下治疗方法,10 d 为 1 疗程,本组患者均接受 1 个疗程的治疗。

**2.1.1 牵引** 采用 TR-200 型牵引床行仰卧式平面牵引,患者仰卧,牵引带固定患者胸腋部及骨盆,最大牵引质量不超过患者体质量的一半,每次持续牵引 30 min,每日 1 次。

**2.1.2 推拿** 先取俯卧位,从腰背部至患肢施以揉、滚、点、提捏、弹拨手法约 10 min;仰卧位,屈膝、屈髋旋转骨盆,拉伸下肢,以活动关节;俯卧位,按压臀部、髋过伸,按压腰部、腰过伸,旋转下肢和骨盆,按压腰部分别向背后斜扳右、左肩臂,旋转上段腰椎;后左、右侧卧位施以腰部定点斜扳手法;最后俯卧位,在腰腿部施以滚、揉、推、分筋、叩击、理筋等手法约 10 min. 每次治疗约 30 min,隔日 1 次。

**2.1.3 独活寄生汤加減内服** 药物组成:独活 12 g,杜仲 10 g,牛膝 9 g,细辛 3 g,秦艽 10 g,茯苓 10 g,桂枝 10 g,木瓜 10 g,川芎 10 g,当归 10 g,白芍 10 g,桑寄生 12 g,元胡 12 g,黄芪 12 g,党参 12 g,甘草 8 g,土鳖 9 g,红花 6 g,制川乌 10 g,乳香 10 g 等。水煎服,每日 1 剂,分 2 次温服。

**2.1.4 穴位贴敷寒痛乐膏** 药物组成:制马钱子 1 g,独活、茯苓、杜仲各 12 g,桑寄生 20 g,防风、川芎、桂枝、透骨草、大黄各 10 g,细辛 3 g,牛膝 15 g,制川乌、制草乌、全蝎各 10 g,桃仁、红花各 10 g,乳香、没药各 8 g,附子 10 g,防己 9 g. 药膏制法:将处方之药物焙干,混合粉碎过 100 目筛,再将药粉密闭保存。临床应

<sup>1</sup> 三峡大学仁和医院(湖北 宜昌,443001)

用时,用鲜姜汁配适量甘油,将药粉调成药膏,制成每个直径 2 cm 厚 0.5 cm 的药饼,备用。

穴位选择选用突出节段棘突旁开 2 cm 处(病变椎体及上、下各一椎体的两侧夹脊穴)。首先在相应的穴位上用 75% 酒精擦拭,再将药饼准确地贴敷到穴位上,并加盖油纸,外贴胶布即可,隔日换药 1 次。

**2.1.5 TDP 照射** 操作方法:患者俯卧位,在放置药膏相应的穴位,采用仙鹤-神灯 CQ-29 型特定电磁波(简称 TDP)治疗仪,灯头距离病灶 30~40 cm,仪器预热 15~20 min,使光源稳定后,照射 20 min,每日 1 次。

**2.2 疗效评定标准**

分别于治疗前、治疗结束后 1,6 个月时采用 JOA 评分(15 分法)<sup>[3]</sup>进行疗效评价。JOA 评分(15 分法),共 15 分,主观症状 9 分,临床体征 6 分,其中主观症状包括下腰痛(3 分)、腿痛和(或)麻木(3 分)、步态

(3 分);临床体征包括直腿抬高试验(2 分)、感觉障碍(2 分)、运用障碍(2 分)。分值越大说明病情越轻。治疗改善率=[(治疗后评分-治疗前评分)/(满分 15-治疗前评分)]×100%,≥75%为优,50%~74%为良,25%~49%为一般,<25%为差<sup>[4]</sup>。

**3 结果**

所有患者获得随访,随访时间均为 6 个月,治疗后 1 个月优良率为 81.72%,疗效情况见表 1,评分的具体结果见表 2~3。采用 SPSS 16.0 统计软件进行统计分析,数据采用  $\bar{x} \pm s$  表示,计量资料比较采用  $t$  检验。 $P<0.05$  差异有统计学意义。

表 1 患者疗效情况

疗效	优	良	一般	差
病例	27	49	15	2

表 2 患者治疗前、治疗后 1 个月随访的 JOA 评分比较( $\bar{x} \pm s$ )

时间	下腰痛	腿痛和(或)麻木	步行能力	直腿抬高	感觉障碍	运动障碍	总分
治疗前	1.12±0.12	1.34±0.35	1.68±0.86	1.01±0.33	1.02±0.32	1.17±0.76	8.42±0.87
治疗后 1 个月	2.30±0.49	2.51±0.50	2.69±0.48	1.86±0.42	1.37±0.41	1.83±0.28	12.13±1.35

注:治疗前与治疗后 1 个月总分比较, $t=2.463\ 2, P=0.018\ 2$ 。

表 3 患者治疗后 1 个月、治疗后 6 个月随访的 JOA 评分比较( $\bar{x} \pm s$ )

时间	下腰痛	腿痛和(或)麻木	步行能力	直腿抬高	感觉障碍	运动障碍	总分
治疗后 1 个月	2.30±0.49	2.51±0.50	2.69±0.48	1.86±0.42	1.86±0.42	1.83±0.28	12.13±1.35
治疗后 6 个月	2.28±0.32	2.41±0.46	2.55±0.62	1.84±0.37	1.61±0.35	1.83±0.48	11.95±1.49

注:治疗后 1 个月与 6 个月总分比较, $t=1.601\ 5, P=0.064\ 8$ 。

由表 2 可见,治疗前与治疗后比较差异有统计学意义( $P<0.05$ ),说明治疗后 1 个月具有明显的疗效;由表 3 可见,治疗后 1 个月与治疗后 6 个月总分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ),说明疗效稳定。

**4 讨论**

腰椎间盘突出症是引起腰腿痛的常见病,多发于青壮年,既往有腰部外伤或慢性劳损病史,遇腰部扭挫、劳累或受凉后症状复发、加重。近年来该病有上升趋势,严重降低患者生活质量,给患者带来极大影响,因而临床高度关注该病<sup>[5]</sup>。对于腰椎间盘突出症发病机制,传统观点包括机械压迫学说和化学性神经根炎学说,以腰椎间盘突出和腰椎生物力学异常为主要病理改变,使腰椎内、外平衡不协调,外力损伤即可导致髓核突出或脱出,向后或后外方膨出或突出的椎间盘组织,进入椎管或者椎间孔,刺激、压迫脊髓和神经根,导致局部的无菌性炎症<sup>[6]</sup>、营养障碍和传导特性受损,出现腰腿麻痛。本病引起无菌性炎症,还造成腰部韧带、肌腱、腰椎间孔周围软组织充血水肿、渗出、增生,如不能及时有效治疗,久则发生粘连。现在更多从免疫学、炎症因子、细胞因子等方面研究探讨本病发病机制。传统上认为腰椎间盘突出症患者突出的髓核的机械压迫会引起神经根疼痛,但是单纯的机械压迫不能解释疼痛的发病机制。由于疼痛是炎症反应的主要特

征之一,神经根的炎症病变是引起坐骨神经痛的主要原因,大量研究表明椎间盘突出可引起机体的免疫学异常和局部慢性炎症的发生,出现或加重腰腿疼痛的发生,临床疼痛症状的程度与髓核暴露于机体免疫系统自身免疫反应的程度相关,椎间盘自身免疫反应越重,其临床症状和神经根刺激症状越重。根据上述腰椎间盘突出症多种发病机制,对腰椎间盘突出症治疗,应综合治疗,采取恢复腰椎内、外力学平衡,解除椎间盘组织对脊髓和神经根的刺激、压迫,消除水肿,抗炎促进炎症吸收,解除粘连,改善受压神经根营养障碍,控制椎间盘退变和自身免疫炎症等。本病表现为腰腿麻痛、肌肉萎缩无力,在中医理论中属于“腰腿痛、腰痹证”范畴。腰为肾之府,肾主骨生髓,肝主骨,筋骨损伤,血瘀气滞阻于经脉,不通则痛,发为腰腿疼痛。中医认为肝肾与筋骨有密不可分联系,多因正气亏虚,肝肾亏损,精血不足,筋脉失养,外伤或者风寒湿之邪乘虚侵入,痹阻经络,“不通则痛”引起本病。寒湿型腰椎间盘突出症主要是感受寒湿邪气,经脉受邪痹阻,寒性凝滞,湿性粘滞重浊,导致气血不通,腰痛转侧不利。故选择扶正祛邪、补肾强骨、散寒除湿、活血化瘀止痛、舒筋通络等作用的经典古方独活寄生汤加减内服治疗本病,方中当归、川芎、白芍、黄芪、党参、甘草、茯苓等补气养血,杜仲、牛膝、桑寄生等补肝肾强筋壮骨,制川

乌、独活、桂枝、细辛、秦艽、木瓜、茯苓等搜风驱寒，胜湿通络，蠲痹止痛，土鳖、红花、乳香、元胡等活血化瘀通络止痛，全方有祛风湿、活血化瘀通络，蠲痹止痛、益肝肾、补气血之功，现代药理研究表明，独活寄生汤具有抗炎、镇痛、调节免疫功能、扩张血管等作用<sup>[7]</sup>。笔者研制的具有渗透作用的外用膏剂，在特定电磁波照射作用下，具有物理和药物治疗的双重作用：外用方中制马钱子、独活、茯苓、防风、透骨草、大黄、细辛、制川乌、制草乌、全蝎、附子、防己等搜风驱寒，胜湿通络，蠲痹止痛，川芎、桂枝、牛膝、桃仁、红花、乳香、没药等活血化瘀，通络止痛，杜仲、桑寄生、牛膝等补肝肾强筋壮骨，内病外治，配合内服方，一道共奏搜风驱寒，祛湿通络，蠲痹止痛等功效。药物外敷能直达病所，很快渗透到组织，促进炎症和水肿消退，解除痉挛，阻止粘连，改善血循环，能促进破损的纤维环修复；TDP 照射物理作用，温经散寒，促进患处血液循环和新陈代谢，提高细胞膜及血管通透性，有利炎症吸收和细胞生长，促进病变组织修复再生，对本病炎症有良好抗炎作用，而且消肿止痛快。而且 TDP 间隔药物照射，可促进外敷药物局部吸收，起到类似灸法的作用。

腰椎牵引配合推拿，通过力作用，改变和恢复腰椎的生理曲度，改变腰椎小关节不对称状态，恢复关节内、外力学平衡。通过纵向牵引力，解除腰肌痉挛，减轻突出腰椎间盘突出对神经根的刺激与压迫，增大椎间隙和椎间孔，改变纤维环张力，加大纤维环内负压，促使突出的髓核回缩、移动，通过改变椎间盘突出物与神经根毗邻位置，解除神经根压迫<sup>[8]</sup>。用滚、揉、推、点、按等推拿手法，舒筋通络，促进血液循环，消肿止痛；弹拨手法松解神经根与周围组织的粘连，拔伸下配合腰椎斜扳能纠正腰椎后关节紊乱，通过上述推拿手法，解除肌肉痉挛，松解神经根与周围组织粘连，解剖结构的病理改变被逐渐恢复正常。手法治疗腰椎间盘突出

突出症的作用机理包括复位还纳机制、变位机制、松解神经根粘连、髓核突出物破裂、镇痛及提高痛阈、改善血液循环促进组织修复、调整脊柱松弛肌肉等作用<sup>[9]</sup>。据我们以往观察，单用推拿、牵引及内服中药治疗腰椎间盘突出症，症状减轻较慢，易复发。采用自拟中药寒痛乐膏穴位贴敷加 TDP 照射并结合推拿、牵引、中药内服，治疗寒湿型腰椎间盘突出症，中药贴敷配合特定电磁波，能发挥物理（特定电磁波）和药物治疗双重作用。本组综合疗法对寒湿型腰椎间盘突出症疗效好，且复发率低，值得临床推广应用。

## 参考文献

- [1] 贾龙, 张华. 手法结合其他中医疗法治疗腰椎间盘突出症的研究进展[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2016, 24(10): 75-78.
- [2] 白铨, 吕书勤, 马晓丽, 桂枝芍药汤治疗腰腿痛寒湿证疗效观察[J]. 新中医, 2016, 48(4): 106-108.
- [3] Hioki A, Miyamoto K, Hosoe H, et al. Cantilever transforaminal lumbar interbody fusion for upper lumbar degenerative diseases (mimimum 2 years follow up)[J]. Yonsei Med J, 2011, 52(2): 314-321.
- [4] 邓小川, 杨傲飞, 何承建. 盘龙七片配合腰椎小关节松解治疗风湿痹阻型腰椎管狭窄症[J]. 中国骨伤, 2014, 27(10): 833-837.
- [5] 谢忠祥. 针灸结合推拿手法治疗腰椎间盘突出症 50 例临床观察[J]. 中国民族民间医药, 2015, 8(20): 56-57.
- [6] 段红光. 腰椎间盘突出症的发病机制和诊断[J]. 中国全科医学, 2012, 15(12): 4227-4230.
- [7] 马彦旭. 独活寄生汤治疗腰椎间盘突出症随机对照试验的系统评价[J]. 中医杂志, 2012, 53(24): 2095-2098.
- [8] 周薇薇. 牵引配合穴位贴敷治疗腰椎间盘突出症 53 例[J]. 云南中医中药杂志, 2013, 34(9): 88.
- [9] 张晓刚, 李振彬. 腰椎间盘突出症发生机制及手法治疗现状[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2008, 16(8): 70-71.

(收稿日期: 2017-01-11)

(上接第 50 页)

- [4] 魏杰, 郭秀生, 梁庆元. 骨瓣或骨膜瓣移植治疗顽固性肱骨骨不连[J]. 中华显微外科杂志, 2009, 32(5): 403-404.
- [5] 牛俊岭. 锁定钢板内固定联合自体髂骨植骨治疗肱骨干骨不连 20 例[J]. 临床医学, 2016, 36(5): 81-82.
- [6] Camelli M. Surgical, biologic and implant-related factors affecting bone remodeling around implants[J]. Eur J Esthet Dent, 2013, 8(2): 279-313.
- [7] 吴敏, 官建中, 肖玉周, 等. 钢板联合皮质外骨桥技术治疗肱骨干骨折术后萎缩性骨不连[J]. 中国修复重建外科杂志, 2017, 33(1): 1-4.
- [8] 尹海磊, 蔡锦方, 刘立峰. 髂骨瓣钢板内植骨有限内周固定置入结合外固定支架治疗肱骨术后骨不连 13 例[J]. 中国组织工程研究与临床康复, 2010, 14(4): 714-717.

- [9] 赵吉鹏, 何建军, 周前, 等. 锁定钢板内固定微创技术治疗肱骨干复杂骨折的临床观察[J]. 中医正骨, 2013, 25(5): 37-38.
- [10] 王岩, 唐佩福, 张建中译. 坎贝尔骨科手术学[M]. 11 版. 北京: 人民军医出版社, 2009: 2795.
- [11] Brennan ML, Taitsman LA, Barei DP, et al. Shortening osteotomy and compression plating for atrophic humeral nonunions: surgical technique[J]. J Orthop Trauma, 2008, 22(9): 643-647.
- [12] 赵明宇, 杨超凡, 赵启, 等. “筋滞骨错”理论指导下手法治疗黏连期肩凝症[J]. 中医正骨, 2016, 28(4): 57-58.

(收稿日期: 2016-11-08)