

中医药保守治疗破裂型腰椎间盘突出症 42 例

戴锋¹ 俞鹏飞¹ 徐坤林¹ 戴强² 姜宏^{1△}

[摘要] 目的:探讨中医药保守治疗破裂型腰椎间盘突出症的临床疗效。方法:选取 2014 年 1 至 2017 年 1 月本院收治的 42 例破裂型腰椎间盘突出症患者:男 23 例,女 19 例;平均年龄(46.37±11.65)岁;单节段 21 例,双节段 18 例,三节段 3 例。结果:42 例患者均获得随访,治疗后患者的 JOA 评分得到显著提高,差异有统计学意义($P<0.001$);治疗 6 个月、1 年后的 JOA 评分及改善率较治疗 3 个月无明显提高,差异无统计学意义($P>0.05$)。出现吸收现象的患者达 14 个,约占病例总数的 33.33%,并且有 8 个患者的椎间盘突出物出现了明显的吸收(突出物吸收大于 50%),占病例总数的 19.05%。结论:消髓化核汤为主的保守治疗对破裂型腰椎间盘突出症具有显著的疗效,具有操作简单,无痛苦,费用低,患者易于接受等优点。

[关键词] 破裂型腰椎间盘突出症;保守治疗;JOA 评分

[中图分类号] R681.5 **[文献标志码]** B **[文章编号]** 1005-0205(2017)11-0056-03

腰椎间盘突出症(LDH)是骨科的常见病、多发病。在我国,LDH 发病率较高,约为 1%~2%^[1],多数因腰椎不同程度的退行性改变后,在外力的作用下,髓核组织从破裂的纤维环向后脱出,导致相应脊神经根受压,出现腰痛、坐骨神经痛等症状。目前,非手术治疗仍然是腰椎间盘突出症的基本治疗方法,国内研究者认为 80%~85%的腰椎间盘突出症患者可以通过非手术治疗缓解或治愈^[2]。现对苏州市中医医院骨伤科自 2014 年 1 月至 2017 年 1 月期间被诊断为破裂型腰椎间盘突出症的住院与门诊病人 42 例,进行回顾性研究,观察消髓化核汤为主的保守治疗的临床疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本研究共纳入 42 例破裂型腰椎间盘突出症患者:男 23 例,女 19 例;平均年龄(46.37±11.65)岁;单节段 21 例,双节段 18 例,三节段 3 例。本次研究通过医院伦理委员会审核。

1.2 诊断标准

西医诊断标准根据胡有谷主编《腰椎间盘突出症》(第三版),中医诊断标准参照国家中医药管理局颁布的诊断标准^[3],中西医诊断标准同时满足 Matsubara

Y 描述的通过 MRI 在 T2 加权像矢状位的“黑线”(后纵韧带)出现中断,信号不连续,表现为扭曲、团块状,突出物较大,可游离,边缘毛糙不整齐,可确诊为破裂型腰椎间盘突出^[4]。

1.3 纳入标准

1)符合诊断标准;2)年龄 20~65 岁;3)所有病例均有腰椎的 MRI 影像;4)腰椎间盘突出症首次发作,腰腿痛剧烈,严重影响工作及生活;5)经严格保守治疗 3 个月无效,或保守治疗虽然有效,疼痛反复,影响工作和生活。

1.4 排除标准

1)腰痛反复发作经 3 个月以上保守治疗无效;2)马尾神经压迫严重或出现严重的脊神经损害(运动神经损伤等);3)伴有腰椎畸形、椎管狭窄、峡部不连、脊椎滑脱、脊柱结核及肿瘤、风湿及类风湿性疾病;4)合并有严重心脑血管疾病、肝肾功能不全、有精神类疾病。

1.5 剔除标准

1)未按本研究规定规律用药;2)不能坚持治疗;3)无法判断疗效或资料不全;4)治疗期间合并过敏、各种感染。治疗过程中满足上述条件任意一条即可剔除。

2 方法

2.1 治疗方法

患者初诊后根据患者不同的中医症候分型服用消髓化核汤加减(主方:生炙黄芪各 20 g,防己 10 g,当归 10 g,川芎 15 g,白术 10 g,地龙 10 g,水蛭 6 g,威灵仙

¹ 江苏苏州市中医医院骨伤科(江苏 苏州,215000)

² 苏州吴中人民医院

[△]通信作者 E-mail:honghong751@126.com

10 g,木瓜 10 g,白芥子 6 g),坚持连续服药 4 周为 1 个疗程,连续治疗至少 1 个疗程,一般多为 2~3 个疗程,结合急性发作期绝对卧床对症处理,必要时口服美洛昔康片,7.5 mg,1 次/d.

以消髓化核汤为主方,根据患者不同的中医症候分型临床辨证加减:血瘀证入夜疼痛较甚者,酌加全蝎、蜈蚣、蕲蛇等;寒湿证拘急冷痛较甚,酌加桂枝、细辛、熟附片等;湿热证见湿热较甚,酌加连翘、薏苡仁、泽泻等;肝肾亏虚证见腰膝酸软,骨质疏松,酌加仙灵脾、杜仲、续断、补骨脂等;若疼痛剧烈,酌加制川草乌等.病人所服中药均由苏州市中医医院中药房提供.

2.2 观察指标

由同一组随访人员在治疗前、治疗 3 个月、6 个月及 1 年后,根据下腰痛 JOA 评分系统^[5],评定并记录相关数据,对其结果进行比较分析.

2.3 统计学方法

采用 SPSS16.0 统计软件,计数资料比较采用 χ^2 检验,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组内比较采用配对 t 检验, $P < 0.05$ 差异有统计学意义.

3 结果

3.1 疗效判定

通过下腰痛 JOA 评分统计值,计算治疗改善率,进行疗效评估.治疗改善率=[(治疗后评分-治疗前评分)/(满分 29-治疗前评分)] $\times 100\%$.疗效评估:优为 $\geq 75\%$,良为 $50\% \sim 74\%$,中为 $25\% \sim 49\%$,差为 $0\% \sim 24\%$.

3.2 治疗结果

42 例患者均获得随访,患者的 JOA 评分得到显著提高(表 1),差异有统计学意义($P < 0.001$),治疗 6 个月、1 年后的 JOA 评分及改善率较治疗 3 个月无明显提高,差异无统计学意义($P > 0.05$).治疗 3 个月,疗效优 20 例,良 16 例,中 2 例,差 2 例,优良率为 85.71% ;治疗 6 个月后,疗效优 31 例,良 9 例,中 0 例,差 2 例,优良率为 95.24% ;治疗 1 年后,疗效优 28 例,良 10 例,中 2 例,差 2 例,优良率为 90.48% .笔者在回访中通过对患者不同时期的 MRI 比对,发现消髓化核汤组中有 8 个患者的椎间盘突出物出现了明显的吸收(突出物吸收大于 50%),占病例总数的 19.05% ,而出现吸收现象的患者达 14 个,约占病例总数的 33.33% .

表 1 两组患者治疗前后 JOA 评分比较($\bar{x} \pm s$)

随访时间	例数	JOA 评分(分)	JOA 改善率(%)	疗效(例)				优良率(%)
				优	良	中	差	
治疗前	42	9.95 \pm 3.57 ¹⁾						
3 个月后	42	23.90 \pm 2.56 ²⁾	71.73 \pm 16.43 ²⁾	20	16	2	2	85.71
6 个月后	42	24.98 \pm 2.54 ³⁾	77.60 \pm 15.53 ³⁾	31	9	0	2	95.24
1 年后	42	25.00 \pm 2.78 ⁴⁾	77.65 \pm 16.98 ⁴⁾	28	10	2	2	90.48

注:JOA 评分:1)与治疗前比较, $P < 0.001$;治疗后比较,2) $P > 0.05$,3) $P > 0.05$,4) $P > 0.05$.JOA 改善率:2) $P > 0.05$,3) $P > 0.05$,4) $P > 0.05$.

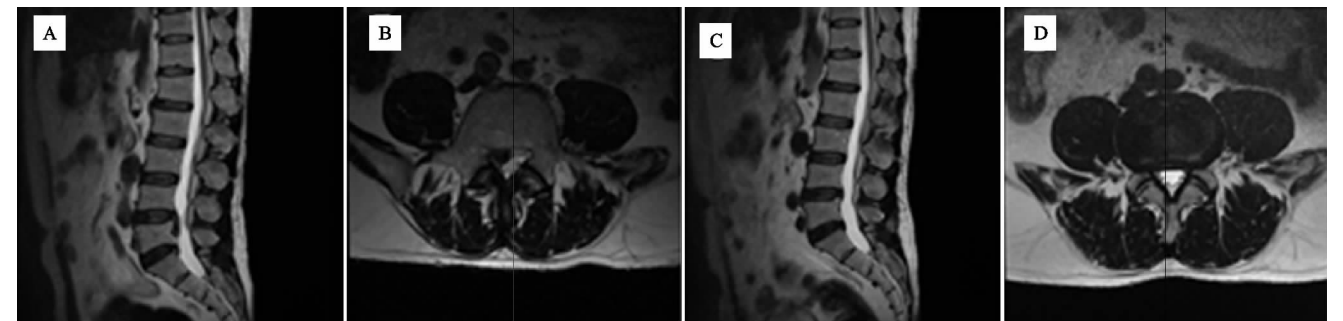


图 1 患者,男,58 岁,初诊时腰椎 MRI 提示 L_{4~5}巨大破裂型椎间盘突出;予口服中药等保守治疗 6 个月后复诊 MRI 提示巨大突出物消失

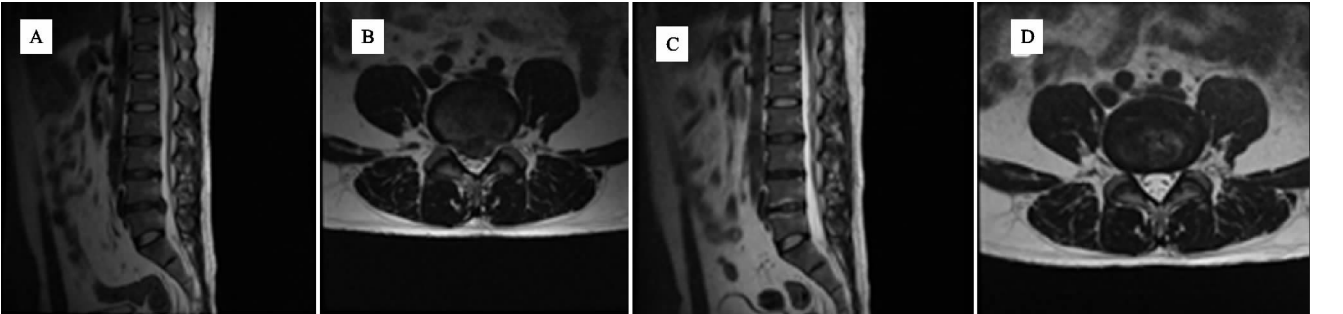


图 2 患者,男,33 岁,初诊时腰椎 MRI 提示 L_{4~5}巨大中央型椎间盘突出;予口服中药等保守治疗 6 个月后复诊 MRI 提示突出椎间盘已经基本消失

4 讨论

腰椎间盘突出症是常见的脊柱疾病,是引起腰腿痛的最常见的病因之一^[6]。腰椎间盘突出症具有多发、难治、反复等特点,其治疗方法、治疗效果困惑着大多数骨科医师。目前,保守治疗仍然是腰椎间盘突出症的基本治疗方法,国内研究者认为大多数腰椎间盘突出症患者可以通过非手术治疗缓解或治愈^[2],苏高荣等^[7]对 280 例腰椎间盘突出症病例的非手术和手术治疗进行比较,发现非手术治疗治愈率较手术治疗无统计学差异。国外研究者亦认为绝大多数的 LDH 患者可通过非手术治疗能取得良好的疗效^[8],Atlas 等^[9]通过 10 年远期随访显示,手术与非手术疗效无明显差异。胥少汀^[10]通过长期临床及动物实验发现,腰椎内固定术后固定节段邻近节段退变加快,较易出现邻近节段病变。国外亦有文献报道手术治疗腰椎间盘突出症有 5%~20% 的患者因多种原因出现某种并发症,从而影响手术的疗效^[11,12]。Shamim 等^[13]通过大样本的回顾性研究发现,腰椎间盘突出症患者通过手术治疗后,约有 20%~40% 的患者症状没有得到改善。Mc Afee 等^[14]认为坚强的内固定可加快临近椎体的退变,并引起应力遮挡效应,导致椎体出现骨质吸收和骨质疏松。

本研究发现中医药保守治疗可显著提高患者的 JOA 评分,治疗 6 个月、1 年后的 JOA 评分及改善率较治疗 3 个月无明显提高。治疗 3 个月后,疗效优 20 例,良 16 例,中 2 例,差 2 例,优良率为 85.71%;治疗 6 个月后,疗效优 31 例,良 9 例,中 0 例,差 2 例,优良率为 95.24%;治疗 1 年后,疗效优 28 例,良 10 例,中 2 例,差 2 例,优良率为 90.48%。可见,中药保守治疗可以获得良好的疗效,证明了消髓化核汤治疗破裂型腰椎间盘突出症的有效性。中药保守治疗对脊柱稳定性无影响,不容易加剧邻近节段的退变,无明显并发症,安全,无痛苦,费用低,患者易于接受,具有良好的发展前景;相较于手术治疗技术复杂,费用较高,部分患者可出现一定的并发症,因此笔者认为临床骨科医师应该严格掌控手术的适应症,选择合理的治疗方法。本研究亦发现,在治疗 6 个月及 1 年后的 JOA 评分及改善率较 3 个月无明显提高,可见,应重视腰椎间盘突出症的初期治疗(3 个月内),把腰椎间盘突出症作为一种长期反复的慢性病来对待,治疗时要有足够的信心和毅力。

笔者在随访过程中发现,中药组中有 14 个患者出现突出的腰椎间盘突出组织发生吸收现象,约占病例总数的 33.33%,并且有 8 个患者的椎间盘突出物出现了明显的吸收(突出物吸收大于 50%),占病例总数的 19.05%,这值得进一步探索、研究。笔者认为,保守治疗作为基本的治疗方法,应作为首选疗法,严格保守治疗无效后可采取手术治疗。

本研究不足:此次临床研究的时间有限,样本量较小,临床观察时间点、观察因素偏多,可能导致各时间点及各因素间相互干扰,不能充分反映中医药保守治疗的疗效。对于患者治疗后的椎间盘突出的改善情况,突出节段以及并发症等其他的数据没有进行统计分析。未来可以扩大样本量,延长随访的时间,在远期进行多中心、大样本、多因素的前瞻性研究,全面系统预测腰椎间盘突出症的预后及转归,从而使之更好地指导临床。

参考文献

- [1] 胥少汀,葛宝丰,徐印坎.实用骨科学[M].4版.北京:人民军医出版社,2012:2044.
- [2] 鲁玉来,蔡钦林.腰椎间盘突出症[M].北京:人民军医出版社,2002:189-219.
- [3] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:214.
- [4] Matsubara YF, Kato K, Mimatsu G, et al. Serial changes on MRI in lumbar disc herniations treated conservatively [J]. *Neuroradiology*, 1995, 37(5): 378-383.
- [5] 姜宏.日本腰痛评定新标准介绍[J].中医正骨,1998,10(3):60.
- [6] 鲁玉来,张喜善,范锡海.腰椎间盘突出症诊疗中的问题及对策[J].中国矫形外科杂志,2012,20(21):2011-2013.
- [7] 苏高荣,吴剑荣,涂泊辉.腰椎间盘突出症的非手术和手术治疗 280 例对比研究[J].实用中西医结合临床,2002,10(5):17.
- [8] Cribb GL, Jaffray DC, Cassar-Pullicino VN. Observations on the natural history of massive lumbar disc herniation [J]. *J Bone Joint Surg Br*, 2007, 89(6): 782-784.
- [9] Atlas SJ, Keller RB, Chang Y, et al. Surgical and nonsurgical management of sciatica secondary to a lumbar disc herniation: five-year outcomes from the maine lumbar spine study [J]. *Spine (Phila Pa 1976)*, 2001, 26(10): 1179-1187.
- [10] 胥少汀.关于腰椎疾患行融合与内固定的研究[J].中国脊柱脊髓杂志,2005,15(7):394-396.
- [11] Asch HL, Lewis PJ, Moreland DB, et al. Prospective multiple outcomes of outpatient lumbar microdiscectomy: should 75%-80% success rates be the norm [J]. *J Neurosurg*, 2002, 96(1): 34-44.
- [12] Fandino J, Botana C, Gomez J. Reoperation after lumbar disc surgery: results in 130 cases [J]. *Acta Neurochir (Wien)*, 1993, 122(1-2): 102-104.
- [13] Shamim MS, Enam SA, Qivvai U. Fuzzy logic neurosurgery: predicting poor outcomes after lumbar disk surgery in 501 consecutive patients [J]. *Surg Neurol*, 2009, 72(6): 565-572.
- [14] Mc Afee PC, Farey ID, Sutterlin CE, et al. The effect of spinal implant rigidity on vertebral bone density: a canine model [J]. *Spine (Phila Pa 1976)*, 2006, 16(6): 190-197.

(收稿日期:2017-02-03)