

椎管减压术治疗瘀阻督脉型腰椎管狭窄症的临床观察

赵鹏飞¹ 周英杰¹

[摘要] **目的:**探讨椎管减压术治疗瘀阻督脉型腰椎管狭窄症的临床效果。**方法:**2015 年 6 月至 2016 年 6 月对 50 例(男 22 例,女 28 例;年龄 55~75 岁,平均 62.5 岁)腰 4/5 单节段中央管狭窄行外科治疗,分别对比治疗前后腰椎 JOA 评分,瘀阻督脉证候积分,视觉模拟疼痛评分(VAS),Oswestry 功能障碍指数(ODI)评分。**结果:**所有患者均行传统后正中入路手术减压,腰椎 JOA 评分治疗前(11.5±1.25)分,末次随访为(25.34±1.53)分;瘀阻督脉证候积分治疗前(6.85±1.25)分,末次随访为(10.35±1.06)分;VAS 评分治疗前(7.5±1.4)分,末次随访为(1.2±0.3)分;ODI 评分治疗前(61.5±3.7)分,末次随访为(21.3±2.1)分;术后各项指标明显优于术前,差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论:**腰椎管减压手术治疗中央型腰椎管狭窄症,在改善神经功能的同时,也使得督脉瘀阻的症状明显缓解,证明椎管减压术与督脉瘀阻的改善有密切相关性。

[关键词] 腰椎管狭窄症;督脉;椎管减压术

[中图分类号] R681.5 **[文献标志码]** B **[文章编号]** 1005-0205(2018)02-0055-02

腰椎管狭窄症是临床腰痛或腰腿痛的常见病因之一,是由于先天或后天因素造成的腰椎椎管或侧隐窝等径线缩小,马尾或神经根受压所致,属于中医“痹证”“腰腿痛”等范畴。据四诊八纲辨证属肝肾亏虚督脉瘀滞者居多,中医治以通督活血、调补肝肾^[1],现代医学则以椎管减压术为主要治疗手段。对本院 2015 年 6 月至 2016 年 6 月行椎管减压术治疗瘀阻督脉型腰椎管狭窄症 50 例进行回顾性分析,重在讨论椎管减压术与疏通督脉的相关性,现报告如下。

1 研究对象与方法

1.1 研究对象

选取本院 2015 年 6 月至 2016 年 6 月共 50 例腰椎管狭窄症(均为腰 4/5 单节段中央管狭窄)患者作为研究对象。其中男 22 例,女 28 例;年龄 55~75 岁,平均 62.5 岁;病程 8 个月~6 年,平均 18 个月。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准^[2] 1)长期反复的腰腿痛和间歇性跛行,腰痛在前屈时减轻,后伸时加重,腰痛多为双侧,可交替出现,站立和行走时出现腰腿痛或麻木无力,疼痛和跛行逐渐加重,休息后好转。严重者可引起尿频或排尿困难。2)下肢肌萎缩,腱反射减弱,腰背伸试验阳性。3)脊髓造影、CT 或磁共振可明确诊断。

1.2.2 中医诊断标准^[2] 50 岁以上有劳损史或外伤

史,腰腿疼痛,间歇性跛行,下肢放射痛,下肢肌肉萎缩,活动受限,腿部有麻木区,舌质暗或有瘀斑,苔薄黄或薄白,脉弦紧。

1.3 纳入标准

1)符合上述诊断标准;2)中医辨证为瘀阻督脉型^[1,3]。

1.4 排除标准

1)不符合上述诊断标准;2)过敏体质;3)合并有心脑血管疾病、肝肾疾病、造血系统或内分泌系统等原发疾病及精神病患者;4)软骨发育不全、畸形性胃炎、氟骨症等引起的椎管狭窄症。

1.5 方法

1.5.1 治疗方法 所有患者均采用静脉复合全身麻醉,俯卧位,胸腹两侧垫枕,以病变部位为中心做后正中切口,沿棘突两侧剥离椎旁肌,显露病变节段椎板及椎板间隙,术中 C 臂机透视定位准确下行部分椎板或全椎板切除,切除增生肥厚的黄韧带,显露硬脊膜,如狭窄节段伴有腰椎间盘突出,则保护硬脊膜下行椎间盘切除并置入椎间融合器,行椎弓根螺钉内固定;如椎间盘突出较轻,则椎管减压后行椎弓根螺钉内固定,并后外侧横突间植骨。术后观察生命体征,给予预防感染、激素、脱水消肿等药物对症治疗,术后 24~48 h 拔除引流管,术后 1 周伤口稳定后佩戴腰围下床站立行走。

1.5.2 疗效评定方法 比较治疗前后腰椎 JOA 评分^[4],瘀阻督脉证候积分^[5],视觉模拟疼痛评分

¹ 河南省洛阳正骨医院(河南省骨科医院)(河南 洛阳,471002)

(VAS)^[6], Oswestry 功能障碍指数 (Oswestry Disability Index, ODI) 评分。瘀阻督脉证候积分标准根据

JOA 评分与《中医病症诊断疗效标准》制定, 制定总分 12 分, 见表 1。

表 1 瘀阻督脉证候积分的评定方法

症状	3 分	2 分	1 分	0 分
下腰痛	无明显疼痛	仅劳累后疼痛, 偶然, 轻度	经常, 轻度或偶重度	持续性剧烈疼痛
下肢感觉与功能	无明显症状	下肢轻度麻木, 行走较远距离会出现轻微酸胀不适	下肢麻木, 行走后麻木加重或出现放射痛	下肢持续较重麻木或疼痛, 不能行走, 下肢萎废不用
膀胱功能	正常	小便不畅	小便淋漓不净	尿储留或失禁
舌质、舌苔、脉象变化	正常	舌质略暗, 苔薄黄或薄白, 脉象略紧	舌质较暗或稍有瘀斑, 苔薄黄或薄白, 脉象弦或紧	舌质暗、瘀斑, 苔薄黄, 脉象弦紧

1.6 统计学方法

应用 SPSS 16.0 统计软件进行分析, 数据均以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用配对 t 检验对治疗前后 JOA 评分、督脉瘀阻证候积分、VAS 评分、ODI 评分进行统计学分析, $P < 0.05$ 差异有统计学意义。

2 结果

所有患者手术过程顺利, 术中未发生神经根、马尾神经等的损伤。术中出血 180~800 mL, 平均 380 mL,

手术时间 60~130 min, 平均 90 min。50 例均获随访, 时间 6~24 个月, 平均 11.8 个月。50 例患者术后 3~6 个月均获得骨性融合, 未出现螺钉松动、断裂现象。治疗前后 JOA 评分、瘀阻督脉症候积分见表 2。JOA 评分及瘀阻督脉症候积分在手术治疗前后的差异有统计学意义。治疗前后 VAS 评分、ODI 评分见表 3。VAS 评分及 ODI 评分在手术治疗前后的差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 2 治疗前后 JOA 评分及瘀阻督脉证候积分 ($\bar{x} \pm s$)

项目	治疗前	末次随访	t	P
JOA 评分	11.5 ± 1.25	25.34 ± 1.53	8.235	<0.01
瘀阻督脉证候积分	6.85 ± 1.25	10.35 ± 1.06	6.545	<0.01

表 2 治疗前后 VAS 评分及 ODI 评分 ($\bar{x} \pm s$)

项目	治疗前	末次随访	t	P
VAS 评分	7.5 ± 1.4	1.2 ± 0.3	36.2	<0.01
ODI 评分	61.5 ± 3.7	21.3 ± 2.1	48.1	<0.01

3 讨论

3.1 椎管减压术的效果

椎管减压术是治疗中央型椎管狭窄的一种常规有效手术, 可以有效解除硬膜囊、神经根的压迫, 解除导致瘀阻督脉的机械性致压因素。中央椎管狭窄包括恒定的骨性狭窄和非恒定性的狭窄^[7,8], 常见手术方式有半椎板减压、全椎板减压, 椎板节段开窗减压和椎板棘突回植成形术等^[9,10]。50 例患者采用半椎板或全椎板减压, 椎弓根螺钉内固定。其中 36 例伴有不同程度椎间盘突出, 给予椎管减压同时行椎间盘摘除椎间融合, 14 例单纯行椎管减压横突间植骨融合。患者在获得满意疗效的同时, 也能够早日下床活动, 预防远期出现腰椎不稳等并发症。

3.2 腰椎管狭窄症的中医认识及治疗

督脉为阳脉之海, 循行于背部正中, 具有传输精髓、运行气血之功能, 贯脊属肾, 肾生之“骨髓”可通过督脉输布全身, 以充养骨骼, 肾中真阳之气赖于督脉输布全身濡养脏腑和筋肉骨节^[11,12]。人至中年后, 腰部劳损过度, 阳气衰, 肝肾虚, 督脉失养, 如再感受外邪, 经络闭

阻, 造成寒凝、痰结、血瘀、气滞等, 着于筋骨, 病久入络。病机为肾精亏虚, 督脉瘀滞^[13,14]。施杞对此亦有论述, 他认为脊背有督脉居中, 足太阳膀胱经并行与督脉两侧, 尤属阳位, 故风邪好袭该位, 寒性凝滞, 气血继而瘀滞, 不通则痛, 而且寒邪还阻止正常的气血温养功能, 使腰部失去正常的滋养温煦, 出现腰痛, 仰俯不舒^[15]。

中医用药原则为补益肝肾、温经通络、活血化瘀^[13]。针刺常取穴督脉的人中、印堂、目内眦、大椎、命门、腰阳关以及通于督脉的后溪, 手法以泄法为主^[16,17]。

笔者通过腰椎管减压手术治疗瘀阻督脉型腰椎管狭窄症, 术后患者 JOA 评分、瘀阻督脉证候积分、VAS 评分及 ODI 评分均不同程度改善, 督脉瘀阻的症状明显缓解, 手术达到疏通督脉的目的, 证明椎管减压术与督脉瘀阻的改善有密切相关性。

参考文献

[1] 何伟, 李博宁. 李同生名老中医治疗腰椎管狭窄症经验总结[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2015, 23(11): 67-69.

- [2] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(第三辑)[S]. 1997:143-144.
- [3] 王和鸣,葛继荣,沈冯君,等. 丹鹿通督片治疗瘀阻督脉型腰椎管狭窄症Ⅲ期临床试验总结[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2005,13(8):1-4.
- [4] Japanese Orthopedic Association. Scoring system for cervical myelopathy[J]. J Jpn Orthop Assoc, 1994, 68: 490-503.
- [5] 谭明生,李显,张恩忠等. 寰枢椎脱位外科治疗与疏通督脉瘀阻相关性研究[J]. 中国骨伤, 2012,25(11):915-919.
- [6] 林晓毅,林凤晖. 两种术式治疗腰椎管狭窄症的临床疗效比较[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2015,23(8):33-36.
- [7] 贾连顺,杨立利. 退变性腰椎管狭窄症的现代外科学概念[J]. 中华骨科杂志, 2002,22(8):509-512.
- [8] 保国锋,李卫东,徐冠华. 经皮椎板间隙入路 270°椎管减压治疗腰椎管狭窄症[J]. 中国矫形外科杂志, 2017, 25(3):264-269.
- [9] 何元诚,廖康兴,姜铁斌. 椎板减压后外侧植骨融合治疗老年退变性腰椎管狭窄症[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2007,15(11):54-55.
- [10] 史少岩,黄研生,郝定均. 腰椎管狭窄的治疗进展[J]. 中国骨伤, 2017,30(5):484-488.
- [11] 何兴伟,谢强. 腰椎间盘突出症从温肾通督论治探讨[J]. 江西中医药 2010,41(6):68-69.
- [12] 张贺民. 督脉论治老年退行性腰椎管狭窄症 256 例[J]. 中国中医骨伤科杂志 2013,21(6):14-15.
- [13] 舒谦,李强,李同生. 通督活血汤治疗腰椎管狭窄症 105 例体会[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2005,13(6):26-27.
- [14] 赵聪喆. 推拿结合中药治疗腰椎管狭窄症体会[J]. 实用中医药杂志, 2016,32(10):1022.
- [15] 石继详,谢兴文. 施杞教授辨治腰椎管狭窄症[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2005,13(8):48-50.
- [16] 王力平. 腰椎间盘突出症的经络辨证[J]. 中国骨伤, 2009, 22(10):777-778.
- [17] 唐汉武,林一峰,原超. 温通督脉法治疗退行性腰椎管狭窄症的临床研究[J]. 时珍国医国药, 2016, 27(5):1148-1150.

(收稿日期:2017-10-08)