

中医三步疗法治疗腰椎间盘突出症的临床疗效*

刘宇翔, 车小乔, 何德隆, 曾伟清

(桂林市中医医院骨科, 广西 桂林 541002)

摘要: **目的** 探讨中医微创三步疗法治疗腰椎间盘突出症的临床疗效。**方法** 将 124 例腰椎间盘突出症患者随机分为中医三步疗法组和中医药组, 三步疗法组 62 例采用腰、臀部松筋针松解、骶管注射、脊柱整脊斜扳法的三步疗法治疗, 中医药组 62 例采用中医药综合治疗, 比较治疗后 2 组临床疗效。**结果** 三步疗法组总有效率达 93.55%, 中医药组总有效率达 85.48%。治疗后与治疗前对比, 2 组之间 1 个月、2 个月、3 个月的 JOA 评分差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 总有效率差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 中医微创三步疗法治疗腰椎间盘突出症方法简单, 易于掌握, 操作时间短, 疗效确切。

关键词: 三步疗法; 松筋针松解; 骶管注射; 整脊斜扳法

中图分类号: R274.9

文献标志码: A

文章编号: 1000-2723(2018)04-0069-04

DOI: 10.19288/j.cnki.issn.1000-2723.2018.04.017

腰椎间盘突出症(lumbar disc herniation, LDH)是临床上导致腰腿疼痛常见原因, 是骨伤科的常见病、多发病之一。属中医学腰腿痛范畴, 临床上以腰臀腿部疼痛、合并有下肢的放射性疼痛和足底麻木感为主要症状, 不能久坐、久站, 严重影响患者的日常生活。临床上依据椎间盘突出的具体情况采取手术和保守治疗, 大多以保守治疗为主, 治疗方法多样化。中医药治疗包括内服中药、外敷药膏、推拿等; 西医主要以止痛为主, 如椎管封闭治疗、口服非甾体消炎镇痛药物等。自 2015 年 9 月-2017 年 6 月对 124 例符合诊断标准的腰椎间盘突出症患者, 采用中医微创三步疗法治疗, 通过临床观察取得较为满意效果, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 来自 2015 年 9 月-2017 年 6 月门诊或住院患者共 124 例, 男 55 例, 女 69 例, 门诊 33 例, 住院 91 例进行研究, 随机分为 2 组, 治疗组 62 例, 对照组 62 例, 年龄 20~65 岁, 平均(41.65±8.70)岁, 病程 3~25 周, 平均(15.52±6.538)周, 治疗患者均采用 1 月、2 月、3 月来门诊随访。124 例患者均有腰臀部疼痛伴一侧或双侧下肢疼痛, 多节段椎间盘突出 72 例,

突出髓核大于 5 mm 者 32 例, 其 L4/5 椎间盘突出 60 例, L5/S₁ 椎间盘突出 47 例, L_{3/4} 椎间盘突出 17 例。

1.2 诊断标准 参照国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》^[1]: ①患有慢性劳损、腰部外伤、受寒湿病史; ②腰痛或(伴)下肢放射痛; ③直腿抬高试验小于 70°, 直腿抬高加强试验、屈颈挺腹及咳嗽试验(+), 跖趾背伸力量减弱; ④X 线、CT 或 MRI 影像提示腰生理曲度改变、椎间盘突出的部位及程度。

1.3 纳入标准 ①年龄在 20~65 岁; ②直腿抬高试验阳性; ③经 CT 或 MRI 等影像学检查确定为椎间盘突出, 并且影像学表现与临床症状体征相一致; ④未经手术治疗, 或经过口服药物, 贴服药物疗效不明确者; ⑤排除其它原因但久治不愈的腰腿痛, MRI 诊断证实有椎间盘突出病变。

1.4 排除标准 ①不能俯卧位并坚持少于 30 min 患者; ②合并椎管狭窄、椎间隙明显狭窄并伴有严重退行性变者; ③腰椎间盘突出髓核组织破裂脱入椎管之内; ④合并腰椎椎体滑脱、峡部裂以及椎管内肿瘤、椎体结核、椎体转移性骨肿瘤; ⑤孕妇、精神病患者; ⑥单纯下肢麻木感的患者; ⑦有冠心病、哮喘、严重高血压病、脑卒中病史及糖尿病控制不佳者; ⑧凝血功

收稿日期: 2018-06-10

* 基金项目: 广西壮族自治区卫生和计划生育委员会自筹经费科研项目(Z2015257)

第一作者简介: 刘宇翔(1979-), 男, 副主任医师, 主要从事中西医结合骨伤临床工作。E-mail: liuyux2015@sina.com

能异常者。

2 治疗方法

2.1 对照组采用常规中医药综合治疗 中药熨烫治疗采用本院协定中药处方,主要由活血通络、祛风祛湿中药组成;针灸治疗,选取腰阳关、命门、肾俞、委中、关元、气海、承山、昆仑等及腰周阿是穴,每日1次,一次20 min,2周为1个疗程,1个疗程后评价疗效。

2.2 治疗组采用中医微创三步疗法 第一步,松筋针松解:患者俯卧于诊疗床台上,腹部垫高以充分显示棘突间隙,选择腰、臀部疼痛点2~3个,其中腰椎间盘突出节段侧旁开一横指点为必选点,确定痛点后,用龙胆紫标注。常规消毒,选用2%的盐酸利多卡因稀释为1%的浓度,选择疼痛点作局部浸润麻醉,用量约2~3 mL。先用4号小针刀将选择的痛点进针刀切开皮肤约2毫米,同时做胸腰筋膜、棘旁韧带、椎间孔外侧出口周围纤维组织切割,改用朱氏松筋针沿原切口进针,先进入皮下行腰背筋膜拨松,然后进入横突下椎间孔出口处,进行外侧椎间孔周围的松解、拨松,然后进行弹拨脊突旁竖脊肌、脊旁韧带,再选择臀部进针口做臀部的臀中小肌、梨状肌等痛点周围组织的拨松、松解;第二步,骶管注射:骶管周围常规消毒,用50 mL的医用注射器取30~35 mL治疗液体(0.9%氯化钠注射液25~30 mL+2%盐酸利多卡因注射液5 mL、曲安奈德注射液40 mg,用7号针头作骶管内注射,先注射5 mL,观察2 min,患者无头晕、恶心、呕吐等,再缓慢将液体注射入骶管内;第三步,中医整脊斜扳手法:让患者分别左右侧卧位,以听到“咔嚓”为准,腰椎小关节复位成功,左右侧卧位各整脊斜扳2~4

次。中医微创三步疗法治疗,采用2周为1个疗程,1个疗程2次治疗,1个疗程后评价疗效。

3 疗效标准

采用国家中医药管理局《中医病症诊断疗效标准》^[1],治愈:腰腿疼痛症状消失,拉赛格征(Lasegue征)大于70°以上,能恢复日常生活、工作;好转:腰腿疼痛症状减轻,腰部活动功能改善,基本恢复工作;无效:症状、体征无明显改善。综合评分采用日本骨科学会(Japanese Orthopaedic Association JOA)下腰痛评分标准^[2]:满分为29分,优25~29分,良16~24分,中度10~15分,差<10分。

4 统计学方法

采用SPSS19.0统计软件进行统计分析,计量资料以均值±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,三步疗法组与中医药组间均值比较采用独立样本 t/t' 检验,治疗前后采用对照配对 t 检验;以 $P < 0.05$ 有差异。

5 结果

中医三步疗法组:治愈44例,好转14例,无效4例,总有效率达93.55%;中医药组:治愈31例,好转22例,无效9例,总有效率达85.48%,见表1。疼痛程度:治疗后随访,患者的JOA评分较治疗前有明显提高,对治疗后2组患者的JOA评分,1个月、2个月、3个月评分的差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

表1 三步疗法组与中医药组总有效率 $n(\%)$

组别	n	治愈	好转	无效	%
三步疗法组	62	44	14	4	93.55*
中医药组	62	31	22	9	85.48

注:与中医药组比较,* $P < 0.05$

表2 2组治疗前后JOA评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	评分	治疗前	治疗后		
				1个月	2个月	3个月
三步疗法组	62	JOA	8.41±4.42	23.45±4.12	23.78±3.32	23.91±2.92
中医药组	62	JOA	8.35±4.52	20.72±4.47	20.89±3.39	20.96±3.12
t			0.1744	-3.5361	-4.7985	-5.4357
P			0.8619	0.0006	0.0000	0.0000

注:2组组内治疗后与治疗前比较, $P < 0.01$;组间比较, $P < 0.05$

6 讨论

腰椎间盘突出症(LDH)属中医“腰腿痛”“痹证”范畴,主要以腰腿部不适为本病的症状,多为感受风、寒、湿三邪或者跌扑闪挫,导致经络气血运行不畅,以

足太阳膀胱与督脉经气不通为主,中医有“气不通则痛”之所说。现代医学认为,腰椎间盘突出退行性变、急性损伤、慢性劳损是其主要原因^[3],而在各种因素的影响下,纤维环破裂、髓核从纤维环内脱出,这是腰椎间

盘突出症导致腰痛最根本的原因^[4],临床查体主要表现为腰椎 L_{4/5}、L₅/S₁、L_{3/4} 棘突旁有深压痛,并引起或下肢放射痛^[5],同时多合并用臀部区域的压痛。周辉等^[6]认为腰椎间盘突出纤维环向后外侧突出压迫侧隐窝,黄韧带增生肥厚是神经根外出口卡压的主要软组织性因素;而对于腰臀区域的疼痛,甘嘉亮等^[7]认为腰臀肌筋膜的炎性结节病变使纤维组织失去弹性,自身恢复困难。在其间感觉神经受到炎性致痛物质的刺激及炎性水肿组织的压迫而导致疼痛。松筋针作为一种钢制钝性细长的工具,由于其尖端为圆钝型,对突出侧椎间孔外侧神经根无损伤风险,将椎间孔出口周围骨性纤维、软组织、棘旁韧带、肌筋膜等软组织等进行广泛的松解、剥离使得神经根通过的出口变得松弛,在一定程度上,扩大了侧隐窝的空间,缓解了腰椎间盘突出或脱出的髓核对脊神经的机械压迫;同时松筋针插入其腰背部、臀部等较大区域,将腰背筋膜的粘连进行拨松、松解;可使下肢神经行走臀部通路进行广泛的疏通、松解,达到通则不痛。

据文献报导,椎间盘突出症的发病有其化学机制,Kang 等^[8]通过研究,提出了突出椎间盘产生各种细胞因子的三种假设:椎间盘细胞退变改变了细胞的结构和代谢,导致椎间盘突出,椎间盘突出进一步刺激各种细胞因子的产生,两者相互作用。Takahashi 等^[9]在突出椎间盘组织中检测了 IL-1 α 、IL-1 β 、IL-6、TNF- α 等细胞因子,并证明了突出椎间盘产生的 IL-1 α 可使 PGE₂ 的产生增加。骶管注射疗法源于现代医学的硬膜外腔神经阻滞,常用糖皮质激素类药物素可快速起到常规作用,同时能抑制肉芽组织的形成和纤维细胞的增生,减轻和预防瘢痕及粘连形成,促进受损神经功能的恢复^[10];陈泽群等^[11]研究证实骶管注射疗法可快速消炎、减轻水肿、缓解腰部及患肢疼痛。采用骶管内药物注射,药物曲安奈德,是人工合成的含氟的长效肾上腺糖皮质激素,有抗炎和免疫抑制作用,其中抗炎作用强而持久^[12],对抗椎间盘及髓核产生的化学致炎物质;由于髓腔狭小、相对封闭,在注入的较大药量时,可产生液体压力,可使突出的椎间盘组织与神经根之间达到“液体剥离”的作用,在一定程度上解除椎间盘组织对神经根的压迫,达到止痛目的^[13],两方面共同作用解除神经根压迫,消除神经根水肿;周肆华等^[14]观察 276 例腰椎间盘突出症患者发

现,越靠下段的腰椎间盘突出,治疗效果更好,与药物直接注射到病变部位,与炎症因子接触的机会大,抗炎反应越快,治疗效果越好。但骶管注射也要注意其风险性和并发症^[15]。

结合运用传统中医脊柱整脊斜扳复位手法,在原有松筋针松解椎体周围组织的前提下,能将错缝的小关节予以复位,能改变神经根与突出物的位置关系,改善突出椎间盘或髓核组织对神经根的压迫状况,结果提示整脊手法治疗本病其疗效的取得并非促进突出髓核的回纳,而是改变突出的椎间盘、错缝的关节突的位置,通过部分扩大椎间孔与扩大神经根管,从而减轻或解除神经根的压迫和粘连,从而缓解受压脊神经根来自周围的张力^[16-18];任鸿^[19]认为手法要充分考虑到腰椎间盘突出后脊柱力学特点,利用腰部肌肉自身的生理特性,以减轻手法治疗的力度,提高正骨整脊的目的性,再配合腰背肌功能锻炼达到骨正筋柔,有效治疗改善腰臀腿部症状。

通过中医微创三步疗法从内到外、从骨到筋进行了综合广泛的治疗。但对少数因严重腰椎间盘突出者,顽固性的机械卡压侧隐窝,压迫神经根,合并有腰椎椎管狭窄、腰椎失稳,症状反复发作者,中医微创三步疗法治疗无效者,可采用经皮椎间孔镜下腰椎间盘髓核摘除微创手术方法治疗^[20]。

总之,中医微创三步疗法治疗腰椎间盘突出症,操作方便,疗效确切,是一种值得推广适宜的技术。

参考文献:

- [1] 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,1994:201-202.
- [2] 杨林,马学龙,石立刚,等. TESSYS 技术与开放手术治疗腰椎间盘突出症的效果及安全性比较[J]. 中国当代医药,2013,20(36):49-50.
- [3] 段红光. 腰椎间盘突出症的发病机制和诊断[J]. 中国全科医师,2012,15(36):4227-4230.
- [4] 刘海平,郝定均,王晓东,等. 两种微创手术方法治疗腰椎间盘突出症的临床疗效比较 [J]. 中国疼痛医学杂志,2017,23(6):438-442.
- [5] 孙树椿,孙之镐. 中医筋伤学[M]. 北京:人民卫生出版社,1990:246.
- [6] 周辉,董刚,黄海,等. 腰椎间孔狭窄症的 MRI 图像分析与临床意义[J]. 中国骨伤,2010,23(8):587-590.
- [7] 甘嘉亮,何锦添. 水针刀疗法治疗臀肌筋膜炎的疗效观察

- [J]. 微创医学, 2017, 12(1): 125-127.
- [8] KANG J D, SEFANOVIC-RACIC M, MCLNTYRE L A, et al. Toward a biochemical understanding of human intervertebral disc degeneration and herniation [J]. Spine, 1997, 22(10): 1065-1073.
- [9] TAKAHASHI H, SUGURO T, OKAZIMA Y, et al. Inflammatory cytokines in the herniated disc of the lumbar spine [J]. Spine, 1996, 21(2): 218-224.
- [10] 张立庄, 张喜芬, 邢军, 等. 骶管注射治疗腰椎间盘突出症临床疗效的 Meta 分析 [J]. 云南中医学院学报, 2014, 37(3): 57-60.
- [11] 陈泽群, 李义凯, 叶滢湖, 等. 骶管注射不同容量药物治疗椎间盘突出症的临床比较 [J]. 中华损伤与康复杂志(电子版), 2011, 6(4): 571-576.
- [12] 彭穗玮, 李益中. 曲安奈德的药理作用与临床应用 [J]. 新医学. 2001, 32(1): 45-46.
- [13] 胡彦, 袁华, 周祖山. 经皮激光加骶管封闭治疗腰椎间盘突出症的应用及解剖学研究 [J]. 数理医药学杂志, 2007, 20(4): 485-486.
- [14] 周肆华, 杨军, 孟庆刚. 骶管注射疗效与腰椎间盘突出症不同节段的关系 [J]. 航空航天医学杂志, 2014, (2): 165-166.
- [15] 陈峰, 齐晓东, 郑光磊, 等. 骶管注射治疗腰椎间盘突出症根性痛的效果及安全性 [J]. 中国社区医生, 2016, 32(3): 86-87.
- [16] 任维. 定点腰椎斜扳法治疗腰椎间盘突出症 62 例体会 [J]. 浙江中西医结合杂志, 2016, 26(4): 373-374.
- [17] 李勇强, 张俊, 侯宇, 等. 牵引下腰椎斜扳手法治疗腰椎间盘突出症的临床观察 [J]. 黑龙江中医药, 2016, 45(4): 10-11.
- [18] 徐帮杰, 杨楠, 白伟杰, 等. 坐位定点旋转整复法治疗腰椎间盘突出症的疗效观察 [J]. 中医正骨, 2015(11): 17-19.
- [19] 任鸿. 中医调盆整脊法治疗腰椎间盘突出症 376 例 [J]. 河北中医, 2014(1): 33-34.
- [20] 金丹杰, 徐南伟, 赵国辉, 等. 经椎间孔镜与椎板开窗椎间盘切除术治疗腰椎间盘突出症的前瞻性随机对照研究 [J]. 中国微创外科杂志, 2017, 17(6): 491-494.

(上接第 59 页)

- Expert Consensus on Wenxin Granule for Treatment of Cardiac Arrhythmias [J]. Chin Med J (En91), 2017, 130(2): 203-210.
- [12] 陈慧勤. 高敏 C 反应蛋白、脑钠肽与高血压患者左心室心肌肥厚的相关性分析 [J]. 生物技术世界, 2015(10): 74.
- [13] 李铁军. 倍他乐克联合普罗帕酮治疗更年期心律失常 38 例疗效观察 [J]. 陕西医学杂志, 2012, 41(4): 477-479.
- [14] 张军, 招煦杰, 王磊, 等. 急性心肌梗死中西医结合临床路径的构建与评价 [J]. 医学临床研究, 2011, 28(8): 1554-1556.
- [15] 孔珊珊, 鞠文翠. 比阿培南治疗急性细菌性感染的疗效及对患者血清 IL-6 和 hs-CRP 的影响 [J]. 中国药房, 2017, 28(29): 4115-4118.
- [16] 孙丽, 宫丽鸿. 益气养阴活血汤联合西药治疗舒张性心力衰竭(气阴两虚兼血瘀)随机平行对照研究 [J]. 实用中医内科杂志, 2013, 27(16): 26-28.
- [17] 王松山. 益气养阴祛瘀法为主治疗难治性心衰 32 例 [J]. 中国中医急症, 2011, 20(7): 1141.
- [18] 曾晓宁. 普罗帕酮与胺碘酮治疗室上性快速心律失常的疗效比较 [J]. 中国中西医结合急救杂志, 2016, 23(5): 541-542.