

腰痛 1 号方联合牵引治疗腰椎间盘突出症 80 例临床观察

张怡¹, 周云¹, 周彦²

1. 安吉县中医院, 浙江 安吉 313300; 2. 嵊州人民医院, 浙江 嵊州 312400

[摘要] 目的: 观察腰痛 1 号方联合牵引治疗腰椎间盘突出症的临床疗效。方法: 将 160 例患者随机分为观察组和对照组各 80 例。观察组给予腰痛 1 号方联合牵引进行治疗, 对照组给予痛宁胶囊联合牵引进行治疗。疗程均为 4 周。观察 2 组患者治疗前后日本骨科学会下腰痛 (JOA) 评分、Oswestry 功能障碍指数 (ODI), 并采用疼痛视觉模拟评分 (VAS) 法记录治疗前、治疗第 7 天、14 天、21 天及 28 天患者疼痛情况。结果: 总有效率观察组为 96.2%, 对照组为 82.5%, 2 组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$); 治疗后 2 组 JOA 积分均较治疗前升高 ($P < 0.01$), 且观察组高于对照组 ($P < 0.01$)。治疗后 2 组 ODI 下降 ($P < 0.01$), 且观察组低于对照组 ($P < 0.01$)。治疗后第 7 天, 2 组 VAS 较治疗前明显下降 ($P < 0.01$), 但组间差异无显著性意义 ($P > 0.05$); 治疗后第 14 天、21 天、28 天, VAS 评分持续下降 ($P < 0.01$), 观察组在上述时点 VAS 评分均低于对照组 ($P < 0.01$)。结论: 腰痛 1 号方联合牵引治疗腰椎间盘突出症明显减轻患者疼痛, 改善腰椎功能障碍, 近期疗效显著。

[关键词] 腰椎间盘突出症 (LDH); 腰痛 1 号方; 牵引疗法; JOA 评分; Oswestry 功能障碍指数

[中图分类号] R681.5+3

[文献标识码] A

[文章编号] 0256-7415 (2014) 06-0098-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.06.047

椎间盘出现退行性变后, 在外界因素的诱导下, 纤维环损坏, 其内的髓核状物质使神经根及马尾神经受到刺激或者压迫所表现出的临床症状即为腰椎间盘突出症 (LDH)。此病易导致腰腿和臀部发生疼痛。LDH 患者中 L_{4/5} 及 L₅/S₁ 间隙患病率较高, 约为 90%~96%^[1]。临床以非手术疗法 (卧床休息、药物治疗、牵引治疗、推拿治疗、针灸治疗) 为主, 若 80%~90% 患者可获得缓解甚至痊愈^[2]。笔者临床中观察了腰痛 1 号内服配合传统牵引疗法治疗 LDH 的临床疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 西医诊断参考《腰椎间盘突出症》^[3]拟定: ①脊柱有侧凸, 在 L_{4/5} 或者 L₅/S₁ 处侧椎间隙表现有压痛; ②腰痛反复性发作且伴随根性下肢疼痛, 腹压升高疼痛加重; ③下肢肌肉发生萎缩, 感觉功能障碍, 肌力减退和反射出现异常; ④脊柱无法完整前屈, 直腿抬高以及直腿抬高强化试验均呈阳性; ⑤影像学病理检查: X 线摄片示腰椎解剖生理学上前凸减少或者消失, 腰椎间隙范围变窄, 且可排除其他如脊柱结核类的骨性疾病患者。符合上述①~④中至少 2 项异常者, 再加上第⑤项即可确诊。为诊断及定位腰椎间盘突出症提供可信依据, 本观察的所有病患均行 CT 检查。中医辨证参照《中医病证诊断疗效标准》中痹证寒湿阻络型^[4]拟定: 肢体寒凉, 脉濡缓或沉紧, 舌质薄、苔腻或白, 腰腿疼痛重着, 静卧痛不缓,

转侧不利, 至阴雨及湿寒时加剧。

1.2 纳入标准 ①符合西医诊断准及寒湿阻络型辨证标准; ②年龄不超过 65 岁; ③签署知情同意书。

1.3 排除标准 ①心血管疾病、糖尿病、高血压病、精神病患者及处于妊娠期或者哺乳期妇女; ②年龄 < 18 岁或者年龄 > 65 岁者; ③合并腰椎滑脱或者结核、腰椎管狭窄、脊髓肿瘤等疾病者; ④合并类风湿性或者风湿性关节炎患者; ⑤腰椎间盘突出呈巨大型或者合并马尾神经表现者。

1.4 一般资料 观察对象均为本院自 2010 年 3 月~2013 年 8 月收治的 160 例腰椎间盘突出症患者, 根据不同的治疗方式随机分为 2 组各 80 例。观察组男 52 例, 女 28 例; 年龄 22~64 岁, 平均(40.9±1.3)岁; 病程 2 月~8 年, 平均(2.6±0.8)年; 发病部位: 19 例 L_{4/5}, 43 例 L₅/S₁, 两者兼有者 18 例。对照组男 54 例, 女 26 例; 年龄 21~64 岁, 平均(40.8±1.2)岁; 病程 4 月~7.5 年, 平均(2.8±0.7)年; 发病部位: 18 例 L_{4/5}, 46 例 L₅/S₁, 两者兼有者 16 例。2 组患者年龄、性别、病程、发病部位等基本资料比较, 差异均无显著性意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 观察组 腰痛 1 号方配合牵引治疗。腰痛 1 号方: 桑寄生、杜仲、木瓜各 15 g, 萆薢、独活、羌活、当归、川芎各 12 g, 鹿衔草、炒苍术、豨莶草、牛膝、制川乌各 10 g, 桂

[收稿日期] 2014-02-11

[作者简介] 张怡 (1969-), 女, 主管中药师, 主要从事中药调剂工作。

枝、五灵脂(包煎)、甘草、没药各6g。由本院药房制备提供,每剂制成2袋,每袋100mL,分2次口服。同期配合及进行骨盆牵引,于牵引床上患者采取仰卧位,实施间隔或者连续牵引30~60min,重量通常为患者自身体重的1/3~1/2。体质弱或者女性病患,初次牵引重量宜略小。在牵引的同时注意观察患者反应,重量以后渐渐增加。每天1次。

2.2 对照组 口服腰痛宁胶囊(颈复康药业集团有限公司),每次4~6粒,每天2次。骨盆牵引同观察组。

2组疗程均为4周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①疼痛程度:采用VAS评分法,分别记录治疗前、治疗第7天、14天、21天及28天进行评价。②治疗前、后观察统计日本骨科学会下腰痛(JOA)评分^[5]。治疗前后观察统计 Oswestry 功能障碍指数(ODI)^[6]: ODI 调查问卷项目由疼痛程度、日常生活自理、提重、行走、坐立、睡眠质量、社会工作生活、旅行等方面状况构成,每项采取5分制。

3.2 统计学方法 使用SPSS17.0软件进行统计分析,计量资料符合正态分布以($\bar{x} \pm s$)表示,组间均数比较采用成组设计的t检验,计数资料采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 采用改良的Macnab法^[7]判定。治愈:疼痛和麻木完全消失,肌力恢复正常;显效:疼痛完全消失,麻木基本消失,肌力恢复接近正常;有效:时有微痛,麻木和肌力减弱无明显改善;无效:治疗前后疼痛、麻木、肌力减弱无改善或加重。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率观察组为96.2%,对照组为82.5%,2组比较,差异有显著性意义($P < 0.05$)。

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	80	15	31	20	14	82.5
观察组	80	23	38	16	3	96.2

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.3 2组治疗前后JOA积分及ODI评分比较 见表2。治疗后2组JOA积分较治疗前升高($P < 0.01$),且观察组高于对照组($P < 0.01$)。治疗后2组ODI评分较治疗前下降($P < 0.01$),且观察组低于对照组($P < 0.01$)。

组别	n	时间	JOA积分	ODI评分
对照组	80	治疗前	11.85 ± 3.17	45.49 ± 7.18
		治疗后	17.26 ± 2.28	16.71 ± 3.43
观察组	80	治疗前	12.05 ± 3.13	46.42 ± 6.88
		治疗后	21.12 ± 2.44	11.54 ± 4.37

与本组治疗前比较,① $P < 0.01$;与对照组比较,② $P < 0.01$

4.4 2组不同时点VAS评分比较 见表3。治疗后第7天,2组VAS较治疗前明显下降($P < 0.01$),但组间差异无显著性意义($P > 0.05$);治疗后第14天、21天、28天,VAS评分较治疗前持续下降($P < 0.01$),观察组在上述时点VAS评分均低于对照组($P < 0.01$)。

组别	n	治疗前	治疗后			
			第7天	第14天	第21天	第28天
对照组	80	7.22 ± 0.64	5.73 ± 0.94	4.83 ± 0.65	3.45 ± 0.72	2.46 ± 0.82
观察组	80	7.18 ± 0.72	5.41 ± 0.82	4.14 ± 0.53	2.37 ± 0.64	1.41 ± 0.71

与本组治疗前比较,① $P < 0.01$;与对照组比较,② $P < 0.01$

5 讨论

LDH属于中医学腰痛、痹证的范畴。本病症的发作和瘀血、风、湿、寒等相关。多因腠理疏落、营卫不和,风湿寒邪才得以乘虚侵入,脉络关节受阻,气血环行不顺,筋脉紧拘;或举重累伤,跌扑受损,气痹血瘀,经脉滞阻,经络不通累积长久则引肾虚。故治疗重点在于通脉活络、驱风祛湿、活血化瘀、滋补肾气。腰痛1号方中以桑寄生、杜仲、牛膝补肾强腰以治其本;独活、羌活、苍术、豨莶草、鹿衔草、蕲藜祛风化湿通络;当归、川芎、五灵脂、没药活血化瘀,止痛;制川乌温化寒湿;桂枝温通经络。全方共奏补肾强腰、温经化湿、活血通络止痛之功。

治疗腰椎间盘突出症的途径有多种,各自有其特点与长处,可分为手术治疗方法及非手术治疗方法,绝大多数腰椎间盘突出症患者症状可经非手术治疗方法得到好转或者消退^[8-9]。牵引是目前临床最常用的治疗LDH的方法。牵引治疗的机理为缓解椎间盘所受压力,促进髓核得到还纳,后纵筋韧带紧缩,扩增椎间隙,产生负压。患者经牵引后其脊柱受到制动,防止运动刺激,对吸收充血水肿有益,减小神经根黏连周围组织的程度,改善和恢复神经的运动及感觉功能。

本组资料显示,采用腰痛1号方联合牵引治疗LDH后第14天、21天、28天,VAS评分均低于对照组,提示了腰痛1号方联合牵引的止痛效果更好,可能两种干预措施存在协同效应。治疗后观察组JOA积分高于对照组,Oswestry指数低于对照组,提示了腰痛1号方对LDH功能活动的改善效果更佳。

[参考文献]

[1] 杨滨,马华松,邹德威. 腰椎间盘突出症概述[J]. 中国临床医生,2011,39(1):18-21.
 [2] 陈孝平. 外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:1070.
 [3] 鲁玉来. 蔡钦林. 腰椎间盘突出症[M]. 2版. 北京:人

- 民军医出版社, 2008.
- [4] 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: 201-202.
- [5] 郑光新, 赵晓鸥. Oswestry 功能障碍指数评定腰痛患者的可信性[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2002, 12(1): 13-15.
- [6] 戴慎. 中医病证诊疗标准与方剂选用[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 11.
- [7] Macnab J. Negative disc exploration an analysis of the causes of nerve root involvement in 68 patients [J]. Bone Joint Surg(Am), 1971, 53(5): 891-903.
- [8] 康坤丽. 骨盆牵引联合中药熏蒸治疗腰椎间盘突出症 70 例疗效观察[J]. 上海医药, 2013, 35(18): 22-24.
- [9] 尚鸿生, 宋锦旗, 卢红卿, 等. 经皮穿刺臭氧髓核消融术治疗腰椎间盘突出症[J]. 实用骨科杂志, 2011, 17(1): 13-16.

(责任编辑: 冯天保)

中药治疗膝骨性关节炎疗效观察

赵建锋

台山市中医院, 广东 台山 529200

[摘要] 目的: 观察中药治疗膝骨性关节炎的临床疗效。方法: 将 200 例膝骨性关节炎患者随机分为 2 组各 100 例, 中药组给予自拟益气通痹汤口服, 玻璃酸钠组给予玻璃酸钠注射, 评价 2 组近期、远期疗效。结果: 中药组和玻璃酸钠组总有效率分别为 88%、89%, 2 组比较, 差异无显著性意义 ($P>0.05$)。远期疗效玻璃酸钠组优于中药组 ($P<0.05$)。结论: 自拟益气通痹汤治疗膝骨性关节炎有明显疗效。

[关键词] 膝骨性关节炎; 中医疗法; 益气通痹汤; 玻璃酸钠

[中图分类号] R684.3 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 06-0100-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.06.048

膝骨性关节炎(KOA)是一种退行性以软骨丢失为特征的老年人常见病, 随着我国社会老龄化的出现, 发病率居高不下, 严重危害中老年人的健康。笔者采用中药治疗膝骨性关节炎患者, 现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 纳入台山市中医院 2012 年 3 月~2013 年 6 月风湿、骨科门诊的膝骨性关节炎患者 200 例。男 64 例, 女 136 例; 年龄 45~73 岁, 平均 53 岁; 病程 3 月~2 年, 平均 11 月; 双膝 56 例, 单膝 144 例; 所有病例有不同程度的膝关节疼痛、活动受限、晨僵及关节摩擦感, 经放射学检查, 均有膝关节不同程度的退行性改变。随机将 200 例患者分为中药组和玻璃酸钠组各 100 例。2 组患者年龄、性别、病程等一般资料经统计学处理, 差异均无显著性意义($P>0.05$)。

1.2 诊断标准 采用 1995 年美国风湿学会《膝骨性关节炎分类标准》, ①近 1 月大多数时间有膝痛; ②X 线片示骨赘形

成; ③关节液检查符合骨性关节炎; ④年龄 ≥ 40 岁; ⑤晨僵 ≤ 30 min; ⑥有骨摩擦音。满足标准①+②或①+③+⑤+⑥, 或①+④+⑤+⑥者可诊断为膝骨性关节炎。

1.3 纳入标准 符合上述西医诊断标准; 符合中医肝肾亏虚、风寒湿邪外侵主症: 膝关节疼痛肿胀, 痛处不移, 得温则减, 局部不红不热, 或面色暗淡, 舌薄白或腻, 脉沉细或弦; 对随访观察有良好的依从性。

1.4 排除标准 关节周围有感染病灶及皮肤破损; 有凝血功能障碍; 有药物过敏史; 患肢有血管神经疾患; 有肝、肾等脏器功能障碍。

2 治疗方法

2.1 中药组 口服自拟益气通痹汤^[1], 组成: 生黄芪 60 g、薏苡仁 45 g、鸡血藤、牛膝各 15 g, 桂枝、防风、千年健各 10 g, 葱白 3 寸, 土茯苓 30 g。加水煎取药液 500 mL, 早晚分服, 每天 1 剂, 30 天为 1 疗程。

[收稿日期] 2014-02-28

[基金项目] 江门市卫生系统科研立项项目 (编号: 12A081)

[作者简介] 赵建锋 (1972-), 男, 主治医师, 主要从事风湿科临床工作。