

慢性非特异性腰痛 Modic 改变分型的针刺疗效分析

——附 78 例临床资料

袁仕国^{1,2} 张佩² 邹宇聪² 陈美雄¹ 李义凯²

(1.海南省中医院骨伤科,海南海口 570203;

2.南方医科大学中医药学院中西医结合外科教研室,广东广州 510515)

摘要 目的:分析慢性非特异性腰痛(CNLBP)Modic 改变的针刺疗效。方法:纳入符合条件的 CNLBP 患者 78 例,根据 MRI 片 Modic 改变分为 A 组(无 Modic 改变)41 例、B 组 37 例(有 Modic 改变,其中 B1 组为 Modic I 型 12 例,B2 组为 Modic II 型 19 例,B3 组为 Modic III 型 6 例),采用相同针刺治疗。IBM SPSS20.0 分析组间的性别、年龄、腰痛时间、汉化 Oswestry 功能障碍指数(ODI)等差异。结果:治疗后各组 ODI 均较治疗前减小($P<0.01$)。A 和 B1 之间、B2 和 B3 之间 ODI 评分差异无统计学意义($P>0.05$),其余组间有统计学意义($P<0.05$)。结论:Modic 改变可能是影响 CNLBP 患者临床疗效的原因之一。Modic II、III 型患者针刺疗效较差,需要考虑叠加或选择其他治疗。

关键词 慢性非特异性腰痛 针刺疗法 Modic 改变 汉化 Oswestry 功能障碍指数
中图分类号 R681.550.5 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2016)01-0056-03

腰痛发病率可高达 80%~85%^[1],Modic 等对脊柱退变性疾病患者 MRI 上椎间盘相邻终板及终板下骨信号改变进行描述并将其命名为 Modic 改变^[2],现 Modic 改变被认为是反映椎体炎症反应并引起疼痛的脊柱病理状态^[3],并开展了一些基于 Modic 改变分型的临床治疗研究。临床广泛应用针刺疗法治疗腰痛,而慢性非特异性腰痛(chronic non-specific low back pain,CNLBP)的针刺研究较少,不同 Modic 改变分型的针刺疗效报道鲜见。本研究以 Modic 改变分型为组别,进行针刺 CNLBP 患者的临床疗效观察,为临床治疗提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 海南省中医院 2013 年 1 月至 2014 年 12 月采用传统针刺治疗的 CNLBP 门诊患者 78 例,所有病例均行腰椎 X 线、MRI 检查。记录患者年龄(岁)、腰痛时间(月),汉化 Oswestry 功能障碍指数(Oswestry disability index,ODI)。本研究经医院伦理委员会审查批准,所有患者试验前签订知情同意书。

78 例中,男性 41 例,女性 37 例;年龄 21~60 岁,平均年龄(41.74±9.61)岁;腰痛时间 6~60 月,平均腰痛时间(18.91±12.42)月。A 组 41 例,B 组 37 例,其中 B1 组 12 例,B2 组 19 例,B3 组 6 例。患者所有影像学资料均由 3 名医师独立阅读,至少 2 名医师结论一致时才确定分型。患者分组情况按照

MRI 中 Modic 改变标准分为 2 大组^[2,5-6]:A 组无 Modic 改变,即 Modic 0 型,椎体终板信号正常;B 组有 Modic 改变。B 组中 Modic I 型为 B1 组,T1WI 终板为低信号,T2WI 为高信号;Modic II 型为 B2 组,T1WI 高信号,T2WI 正常或轻度升高;Modic III 型为 B3 组,T1WI 和 T2WI 均为低信号。各组病例的一般情况详见表 1。4 组组间的性别组成、年龄、腰痛时间、治疗前 ODI 等差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 入选标准 (1)年龄 20~60 岁;(2)腰部或伴下肢疼痛的定位不符合神经根分布规律;(3)症状反复发作,病程超过半年;(4)疼痛不超过膝关节,行走或坐时间太长后症状加重;(5)查体时腰部没有明显压痛;(6)半年内无明显腰外伤史;(7)既往无肾结石、无脊柱手术、无下肢手术、无下肢不等长等;(8)X 片和 MRI 影像片示无明显阳性发现;(9)具有一定的文化水平,知情同意,并能遵照医嘱治疗。^[4]

1.3 排除标准 (1)椎间隙感染等炎症性疾病;(2)强直性脊柱炎、类风湿关节炎及其他特异性关节炎;(3)全身及局部有感染;(4)肿瘤或合并其他重大躯体疾病;(5)妊娠、哺乳期妇女;(6)心理障碍;(7)其他不符合针刺治疗要求或使分析复杂化者。

1.4 治疗干预与疗效评价 所有患者均采用传统针刺治疗,由同一针灸医师操作,针刺穴位:腰部阿是穴,夹脊穴,肾俞,次髂,秩边,委中,三阴交,太溪。针刺操作方法:针刺得气后,捻转手法平补平

泻,留针 30min,10min 行针 1 次,每日 1 次,连续治疗 2 周。对所有患者治疗前、后的 ODI 进行评估^[7]。
 1.5 统计学方法 采用 IBM SPSS20.0 软件录入数据进行统计学处理。计量资料用($\bar{x}\pm s$)表示,2 组间计量资料采用两独立样本 *t* 检验,计数资料采用 Chi-square 检验;多组间计量资料采用 one way ANOVA LSD 分析,组内治疗前后 ODI 比较采用配对 *t* 检验。检验水准设定为 0.05(双侧)。

2 结果

2.1 4 组患者基本情况及 ODI 疗效 见表 1。

表 1 4 组患者基本情况及 ODI 疗效($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	性别		年龄 (岁)	腰痛时间 (月)	治疗前 ODI (分)	治疗后 ODI (分)
		男	女				
A 组	41	21	20	41.05±9.80	19.05±13.75	23.59±6.07	7.66±2.32**★
B 组	37	20	17	42.51±9.47	18.76±10.94	25.81±6.40	10.29±2.30**
B1 组	12	5	7	43.33±9.13	22.17±14.54	24.58±5.99	8.75±1.48**
B2 组	19	13	6	40.26±8.26	15.95±9.39	26.16±7.10	10.68±2.19**
B3 组	6	2	4	48.00±11.37	20.83±4.07	27.17±5.27	12.17±2.32**
F/ χ^2	3.41		1.19		0.67	1.08	13.16
P 值	0.33		0.32		0.57	0.36	<0.01

注:**与本组治疗前比较, $P<0.01$;★★与 B 组治疗后比较, $P<0.01$ 。

2.2 A 组、B 组治疗前后 ODI 比较 见表 1。治疗前 2 组 ODI 差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后 2 组 ODI 比治疗前均减少,差异有统计学意义($P<0.01$)。治疗后 A 组 ODI 减少比 B 组大,差异有统计学意义($P<0.01$)。即无 Modic 改变的慢性非特异性腰痛患者针刺效果较有 Modic 改变的患者效果好。

2.3 A 组、B1 组、B2 组、B3 组治疗前后 ODI 比较 见表 2。A、B1、B2、B3 4 组间治疗前 ODI 评分差异无统计学意义($P>0.05$)(见表 1)。治疗后 4 组 ODI 评分均较治疗前减少,具有统计学意义($P<0.01$)。4 组间治疗后 ODI 比较,示 4 组间治疗后 ODI 评分差异有统计学意义($P<0.01$)。组间两两比较示 A 组与 B1 组间 ODI 差异无显著性 ($P>0.05$),B2 组和 B3 组 ODI 差异无显著性($P>0.05$),其余组间两两比较差异均有统计学意义。统计分析示,无 Modic 改变和 Modic I 型改变针刺疗效相当,Modic II 型和 III 型改变针刺疗效相当,无 Modic 改变和 Modic I 型改变的患者比 Modic II 型和 III 型改变的患者针刺疗效好。

表 2 治疗后 4 组间 ODI 两两比较(LSD 检验)

组别	A 组	B1 组	B2 组	B3 组
A 组		0.13	0.00	0.00
B1 组	0.13		<0.05	<0.01
B2 组	<0.01	<0.05		0.15
B3 组	<0.01	<0.01	0.15	

3 讨论

超过 70%的个体都可能出现过单纯性的腰痛,最多发的年龄为 34~44 岁^[8]。其病因学是多相的^[9]。有

报道认为 40%的腰痛归因于椎间盘,并可通过椎间盘造影证实,但椎间盘源性腰痛的患病率随着年龄增长而下降^[10]。非特异性腰痛没有严重的潜在病理改变,也没有明确的病因^[11]。慢性腰痛定义为疼痛持续超过 3 月^[6,11]。笔者在纳入病例时以腰痛时间超 6 月为标准,以排除外伤反复不愈者^[4]。慢性腰痛给社会带来沉重的负担。这些年来,人们尝试找到一种安全的、可再生的和有效的治疗^[10]。针灸等作为中国传统的瑰宝,在治疗非特异性腰痛的临床中发挥独特的疗效,但其疗效不一^[6]。确定合理的适应证是发挥针灸疗效的前提,也是中医现代化、标准化、量化的必然诉求。

Oswestry 功能障碍指数被认为是较好的慢性腰痛患者腰椎功能的评价系统^[12-13]。根据国人情况进行的汉化版更符合国内的临床要求^[7,14]。Modic 于 1988 年阐述终板 Modic 改变的形态学基础^[2,5],并认为 Modic I 型是终板变化的不稳定期,最终会演变成稳定的 Modic II 型。

但许多学者研究认为,Modic I 型改变提示腰椎终板的水肿及炎症,与慢性非特异性腰痛之间有极大的联系^[15]。笔者临床研究发现:Modic 改变可能是影响慢性非特异性腰痛临床疗效的客观指标之一,无 Modic 改变较有 Modic 改变的患者疗效佳。无 Modic 改变和 Modic I 型改变的针刺疗效较好,且二类分型疗效相当,而 Modic II、III 型改变的患者疗效较差。故 Modic II、III 型改变的慢性非特异性腰痛患者选择针灸治疗时建议叠加或选择其他治疗方法。

参考文献

- [1] WALT P, KOOL J, LUOMAJOKI H. Short-term effect on pain and function of neurophysiological education and sensorimotor retraining compared to usual physiotherapy in patients with chronic or recurrent non-specific low back pain, a pilot randomized controlled trial [J]. BMC Musculoskelet Disord, 2015,16:83.
- [2] MODIC M T, STEINBERG P M, ROSS J S, et al. Degenerative disk disease: assessment of changes in vertebral body marrow with MR imaging [J]. Radiology, 1988,166(1 Pt 1):193.
- [3] ALBERT H B, KJAER P, JENSEN T S, et al. Modic changes, possible causes and relation to low back pain [J]. Med Hypotheses, 2008,70(2):361.
- [4] 袁仕国,张志伟,徐明奎,等. Modic 改变分型的慢性非特异性腰痛的推拿近期疗效[J]. 世界科学技术-中医药现代化,2014(10):2102.
- [5] MODIC M T, MASARYK T J, ROSS J S, et al. Imaging of degenerative disk disease[J]. Radiology,1988,168(1):177.

“保胃抗萎方”联合艾灸疗法治疗慢性萎缩性胃炎 48例临床研究

范文东 章浩军 李 丽
(龙岩市中医院,福建龙岩 364000)

摘要 目的:观察保胃抗萎方联合艾灸疗法治疗慢性萎缩性胃炎的临床疗效。方法:采用随机数字表法将147例慢性萎缩性胃炎患者随机分为药灸治疗组(治疗组)、中药对照组、艾灸对照组3组。药灸治疗组口服保胃抗萎方联合艾灸疗法治疗,中药对照组和艾灸对照组分别采用单纯口服保胃抗萎方治疗或艾灸治疗。治疗前后详细记录各组患者的临床症状及胃镜下黏膜改变情况,并做统计学比较。结果:治疗组总有效率显著高于各对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。各组治疗后胃镜检查情况均较治疗前显著改善($P<0.05$);治疗后治疗组胃镜下颗粒增生、血管透见、糜烂疗效显著优于各对照组($P<0.05$),而充血水肿疗效与两对照组比较差异无统计学意义($P>0.05$);中药对照组胃镜下血管透见疗效优于艾灸对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:保胃抗萎方配合艾灸疗法治疗慢性萎缩性胃炎癌前病变疗效显著。

关键词 保胃抗萎方 艾灸 慢性萎缩性胃炎 胃镜检查

中图分类号 R573.320.5 文献标志码 A 文章编号 1672-397X(2016)01-0058-03

萎缩性胃炎是临床上一种常见的慢性消化系统疾病,是由于胃黏膜表面反复受到损害后导致的黏膜固有腺体萎缩甚至消失、黏膜肌层常见增厚的病理改变,常伴有肠上皮化生、异型增生及幽门螺杆菌(Hp)感染,其慢性而严重的病理改变是临床治疗中的难题。现代医学将其作为一种癌前状态,认

为其与胃癌的发生发展密切相关,是胃癌的前期潜在因素。临床表现有上腹部隐痛或灼痛、胀满或胀痛、痞闷、嗝气、食欲不振、吞酸、恶心、呕吐、便溏、贫血、消瘦、便秘等症状。我院脾胃病科采用保胃抗萎方联合艾灸疗法治疗本病,取得了较好的临床疗效。本研究将联合治疗与单用中药或艾灸治疗做了

- [6] HUTCHINSON A J, BALL S, ANDREWS J C, et al. The effectiveness of acupuncture in treating chronic non-specific low back pain: a systematic review of the literature[J]. J Orthop Surg Res, 2012(7):36.
- [7] 郑光新,赵晓鸥,刘广林,等.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(1):13.
- [8] VAN TULDER M, KOES B. Chronic low back pain[J]. Am Fam Physician, 2006,74(9):1577.
- [9] HAY E M, DUNN K M, HILL J C, et al. A randomised clinical trial of subgrouping and targeted treatment for low back pain compared with best current care. The STarT Back Trial Study Protocol[J]. BMC Musculoskelet Disord, 2008(9):58.
- [10] GUPTA G, RADHAKRISHNA M, CHANKOWSKY J, et al. Methylene blue in the treatment of discogenic low back pain[J]. Pain Physician, 2012,15(4):333.
- [11] ANDERSSON G B. Epidemiological features of chronic low-back pain[J]. Lancet, 1999,354(9178):581.
- [12] GUM J L, GLASSMAN S D, CARREON L Y. Clinically important deterioration in patients undergoing lumbar spine surgery: a choice of evaluation methods using the Oswestry Disability Index, 36-Item Short Form Health Survey, and pain scales[J]. J Neurosurg Spine, 2013,19(5):564.
- [13] JOHNSEN L G, HELLMUM C, NYGAARD O P, et al. Comparison of the SF6D, the EQ5D, and the oswestry disability index in patients with chronic low back pain and degenerative disc disease[J]. BMC Musculoskelet Disord, 2013,14:148.
- [14] 李士春,郭昭庆.评分系统在腰椎疾患中的应用[J].中国脊柱脊髓杂志,2005,15(12):758.
- [15] LURIE J D, FAUCETT S C, HANSCOM B, et al. Lumbar discectomy outcomes vary by herniation level in the Spine Patient Outcomes Research Trial[J]. J Bone Joint Surg Am, 2008,90(9):1811.

第一作者:袁仕国(1984—),男,医学硕士,博士研究生,主治医师,从事中西医结合骨伤科临床与基础研究。ysg0808@126.com

收稿日期:2015-07-01

编辑:华 由 王沁凯