

“腰痛舒”联合经皮穿刺椎间盘切吸术治疗 腰椎间盘突出症 49 例临床观察

吴成强¹ 张丽芳² 张 斌³

(1.徐州市云龙医院,江苏徐州 221004; 2.徐州市九里医院,江苏徐州 221006;
3.徐州医科大学附属医院,江苏徐州 221002)

摘 要 目的:观察经皮穿刺椎间盘切吸术后使用自拟“腰痛舒”方治疗腰椎间盘突出症的临床疗效。方法:106 例腰椎间盘突出症患者随机分为治疗组 49 例与对照组 57 例。对照组采用经皮穿刺椎间盘切吸术,术后予常规抗感染治疗,并嘱患者休息、尽早锻炼;治疗组在对照组治疗的基础上,术后予中药腰痛舒方煎服,服用 7d 为 1 个疗程,连用 2 个疗程。于治疗 7d 与 14d 时观察并比较 2 组患者临床疗效。痊愈患者随访 4 周,统计复发率。结果:治疗第 7 天,治疗组痊愈率与有效率均高于对照组,但差异无统计学意义($P>0.05$);治疗第 14 天,治疗组痊愈率与有效率均明显高于对照组($P<0.05$);2 组痊愈患者复发率,治疗组明显低于对照组($P<0.05$)。结论:经皮穿刺椎间盘切吸术后使用自拟“腰痛舒”方治疗椎间盘突出症较单纯手术治疗疗效更好,且复发率低,值得进一步研究。

关键词 经皮穿刺椎间盘切吸术 腰痛舒 腰椎间盘突出症

中图分类号 R681.530.5

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2016)12-0027-03

由于成人椎间盘不断退变再加上经常受到相应的损伤,因此腰椎间盘突出症成为临床常见的疾病。许多患者在尝试各种保守治疗后,往往因疗效不佳或病情反复发作,不得不选择手术治疗。传统腰椎间盘突出椎管开放手术往往不能获得满意的治疗效果,同时带来许多棘手的并发症和后遗症^[1-3]。2011 年 3 月我们引进电动式经皮穿刺椎间盘切吸治疗仪,对腰椎间盘突出患者实施从侧后路

进针法经皮穿刺椎间盘摘除术,疗效较好,但远期疗效仍然不太理想。近 2 年来,笔者于经皮穿刺椎间盘切吸术后加用自拟中药方“腰痛舒”治疗腰椎间盘突出症获得了较好的近远期疗效,现将相关临床研究结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 106 例均为我院 2011 年 3 月 1 日至 2016 年 3 月 1 日收治的腰椎间盘突出症患者,

标。本研究结果表明,固本平哮汤能够改善患者临床症状,改善肺通气功能,提高机体免疫力及降低机体对抗原的免疫应答,且无明显副作用,安全性高,值得临床推广。下一步拟分析其有效成分,改良剂型,方便服用,以提高患者依从性,更好地应用于临床。

参考文献

- [1] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组. 支气管哮喘防治指南(支气管哮喘的定义、诊断、治疗和管理方案)[J]. 中华结核和呼吸杂志,2008,31(3):177.
- [2] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:66.
- [3] 陈灏珠,钟南山. 中医内科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2013:28.
- [4] SCHATZ M. Predictors of asthma control: what can we

modify[J]. Curr Opin Allergy Clin Immunol,2012,12(3):263.

- [5] 袁竹青,胡苏萍,聂汉祥. 完全控制的支气管哮喘患者肺功能和气道高反应性测定[J]. 临床肺科杂志,2010,15(1):36.
- [6] 周仲瑛. 国医大师临床经验实录:周仲瑛[M]. 北京:中国医药科技出版社,2011.
- [7] 王斌,张成桂,高鹏飞,等. 中药蜂房的化学成分及临床药理研究进展[J]. 国际药学研究杂志,2014,41(2):187.
- [8] 金贤兰,徐长卿. 药理作用及临床应用研究进展[J]. 现代医药卫生,2010,26(19):2947.

第一作者:季冬梅(1982—),女,本科学历,主治医师,研究方向为呼吸系统常见病的中西医诊疗。
chensun1980@sina.com

收稿日期:2015-05-07

编辑:吴 宁

并均拟行经皮穿刺椎间盘切吸术,按就诊次序随机分为治疗组及对照组。治疗组 49 例:男 35 例,女 14 例;年龄 20~65 岁,平均年龄 38 岁;病程最短 40d,最长 9 年,平均病程 2.3 年;症见腰痛者 45 例,下肢酸痛或放射痛、乏力、麻木或感觉减退者 44 例,仅有下肢酸痛麻木、乏力而无明显腰痛者 4 例,有明显间歇性跛行者 28 例;L4~5 突出 44 例,L5~S1 突出 7 例,其中 2 例同时 2 个椎间盘突出。对照组 57 例:男 40 例,女 17 例;年龄 21~64 岁,平均年龄 38.2 岁;病程最短 38d,最长 8 年,平均病程 2.4 年;57 例中有腰痛者 51 例,下肢酸痛或放射痛、乏力、麻木或感觉减退者 50 例,仅有下肢酸痛麻木、乏力而无明显腰痛者 6 例,有明显间歇性跛行者 31 例;L4~5 突出 44 例,L5~S1 突出 7 例,其中 2 例同时 2 个椎间盘突出。2 组患者一般情况比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 腰痛伴下肢放射性疼痛,下背部肌肉痉挛,腰部定向活动受限,椎间隙旁有局限性压痛并向同侧下肢放射,神经根紧张试验阳性,在受压的神经根分布区有感觉和运动(包括减反射)功能障碍。所有病人均通过 CT 扫描或脊髓造影确诊为椎间盘突出症。^[2]

1.3 纳入标准 (1)符合诊断标准;(2)术前 3 个月内未曾服用激素类药物及激素类营养品;(3)术前检查血、尿常规及肝、肾功能无异常;(4)可坚持用药并能及时随访;(5)自愿加入该研究并签署知情同意书。

1.4 排除标准 (1)过敏体质者;(2)经检查证实为腰椎炎性肿物及恶性肿物者;(3)合并有严重的原发性疾病,如心血管、肝、肾、免疫系统和造血系统、精神疾病者;(4)术前近 1 个月内参加其他临床试验者;(5)正在服用其他治疗腰椎间盘突出症药物者。

2 治疗方法

2.1 对照组 使用济南产电动式经皮穿刺椎间盘切吸治疗仪(山东济南医疗器械医药公司生产)治疗。

2.1.1 手术方法 患者采用类似腰椎穿刺的姿势,侧卧在可透过 X 线的手术床上,患侧在上,并使腰前突变直。如腰椎出现向健侧突,可在健侧髂骨上方加棉垫纠正,以便椎间隙定位与穿刺。结合临床特征和辅助检查确定病变椎间隙,用 X 线透视检查无误后标记,向患侧后正中中线旁开约 9cm 进针。常规消毒,置无菌巾,用 1%碳酸利多卡因于进针部位从表浅皮下组织至肌肉层浸润麻醉,在 X 线引导下根据定位标志,将穿刺导针与躯干正中矢状面成约 60°方向旋转穿入,经皮肤、皮下组织、骶棘

肌直达深层纤维环后外侧(注意避开神经根),然后刺入椎间盘中后部。经正侧位透视确定无误后,沿着穿刺导针从小号到大号将套管逐一旋入,最后保留最大号套管,建立手术通道。固定套管于纤维环处,经套管送入环锯,在纤维环上开孔,再用髓核钳摘取髓核组织,将可能钳到的髓核碎片取出,然后行电动切吸髓核,并接通输液器,用生理盐水边冲洗边切吸,使髓核碎片随盐水吸出,当用完生理盐水 500mL 后,改用髓核钳钳取残余髓核组织,如此反复交替 3 次。拔出套管,皮肤缝合 1 针,局部加压包扎,手术完成。病变在 L5~S1 者,进针前须于髂骨上钻一小孔,成立骨性通道,穿刺针方向要与正中矢状面 70°刺入,余法皆同上。

2.1.2 术后处理 术后除常规抗炎卧床休息外,还可加用地塞米松 10mg 静滴 3~5d,以减轻神经根水肿、粘连。手术疼痛反应期过后,鼓励患者尽早在床上练习抬腿和屈伸髋膝关节。3d 后可下地自由活动,术后 7d 如患者仍有腰痛、下肢酸胀麻木等残余症状者,可酌情配合推拿、按摩、封闭、牵引等对症治疗。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上,术后内服自拟腰痛舒方,主方:桃仁 10g,制乳香 5g,制没药 5g,当归 10g,红花 6g,延胡索 10g,赤芍 12g,桂枝 12g,地鳖虫 10g,威灵仙 10g,五加皮 10g,荆芥 8g,防风 8g,肉桂 3g,秦艽 10g,羌活 6g,独活 6g,陈皮 8g,炙甘草 5g。伴气虚者加黄芪 30g,血虚者加制首乌 15g,阴虚者加百合 10g、北沙参 10g,阳虚者加制附子 6g、蛤蚧 8g。每日 1 剂,水煎 2 次,早晚分服,治疗 7d 为 1 个疗程,连用 2 个疗程。

3 疗效观察

2 组患者均于术后第 7、14 天进行近期疗效评价,治疗结束后痊愈患者随访 4 周,评价远期疗效。

3.1 疗效标准 痊愈:术后症状全部消失;显效:术后症状基本消失,仅有轻度小腿酸胀或麻木感;好转:术后腰痛症状明显减轻,小腿仍感酸痛乏力或麻木;无效:术后症状略减轻或无变化。以痊愈和显效例数之和统计有效率。复发等级评定:优,超过 4 周末复发;良,超过 2 周才复发;差,2 周内复发。以复发等级为良、差的总例数为复发例数计算复发率。^[4]

3.2 治疗结果 2 组患者均穿刺成功,其中 5 例(因同时存在 2 个椎间盘突出)穿刺 2 个部位,共摘除椎间盘 111 个,髓核摘除量 0.8~6.2g,平均 3.8g。2 组患者手术情况比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。2 组患者临床疗效比较见表 1,痊愈患者复发情况比较见表 2。治疗第 7 天,治疗组痊愈率与有效率

均高于对照组,但无统计学差异($P>0.05$);治疗第14天,治疗组痊愈率及有效率明显高于对照组($\chi^2=5.73, P<0.05$)。2组痊愈患者随诊复发率,对照组明显高于治疗组($\chi^2=4.96, P<0.05$)。

4 讨论

随着医学不断发展和完善,手术治疗椎间盘突出症的方法也日臻成熟。20世纪70年代,应用侧后路进针法经皮穿刺椎间盘切吸术治疗椎间盘突出取得成功,放射学家 Qnik 发明了自动椎间盘切吸治疗仪,该项技术也得到广泛的推广应用。本研究我们使用的经皮穿刺椎间盘切吸术有以下优势:(1)手术彻底,根据切吸术原理,经腰椎间盘纤维环上开窗能摘除较大部分的髓核,使椎间盘内压显著降低,突出部分明显减少,从而使神经根解除受压,症状消失或缓解。(2)麻醉简单,采用局部浸润麻醉,大大降低了传统硬脊膜外腔麻醉带来的风险,但须注意麻醉范围,尽量不麻醉纤维环外,否则患者因麻醉剂作用于同节神经根,对疼痛的反应变轻或消失,导致手术误伤神经根或血管束。(3)入路方便,取与正中矢状面成 60° 的方向进针,即腰椎正位透视时可达椎间盘中央取髓核的最佳位置,侧位透视时穿刺针位于椎间盘后 $1/3$ 处,最易于将突入椎管的髓核取出,大大节省了手术时间。

腰椎间盘突出症属于中医学“痹症”范畴,病因病机为腰部扭挫劳伤,外受风寒湿邪,致邪气阻于经络、肌肉,造成气血失和,经脉失养,瘀滞不通,不通则痛。自拟腰痛舒方具有活血化瘀、散寒行气、通络止痛的功效。方中当归、赤芍、红花养血活血;佐以桃仁、制乳香、制没药、延胡索、地鳖虫以增强活血化瘀之力;桂枝可温经散寒、通脉行滞;威灵仙、五加皮破瘀通络;荆芥、防风、肉桂、秦艽、羌活、独活、陈皮、炙甘草散寒行气、滑利开窍。药理研究表明,活血化瘀药在体外或动物体内有增强纤溶的作用,有利于椎间或术后神经粘连的疏解和吸收,解除对神经根、硬膜囊的压迫,调整脊柱平衡,可大大提高远期疗效。现代医学研究证实,当归、赤芍、延胡索、制乳香、没药等药物可明显增强脑干下行抑制系统的活性,显著降低脊髓水平痛觉信号的传导,有效降低神经根内致痛因子含量;红花、桂枝、地鳖虫等药物可改善微循环,增加椎间盘血管网密度;荆芥、防风、肉桂、秦艽、羌活、独活、陈皮等可深层抑制椎间盘炎性反应,

表1 治疗组与对照组临床疗效比较

例(%)

组别	例数	术后第7天					术后第14天				
		痊愈	显效	好转	无效	有效率(%)	痊愈	显效	好转	无效	有效率(%)
治疗组	49	24(49.0)	14(28.6)	10(20.4)	1(2.0)	77.6	36(73.5)*	9(18.4)	3(6.1)	1(2.0)	91.8*
对照组	57	19(33.3)	15(26.3)	17(29.8)	6(10.5)	59.6	25(43.9)	18(31.6)	10(17.5)	4(7.0)	75.4

注:*与对照组比较, $P<0.05$ 。

表2 治疗组与对照组痊愈患者复发情况比较 例

组别	例数	优	良	差	复发率(%)
治疗组	36	31	4	1	2.8*
对照组	25	14	7	4	16.0

注:*与对照组比较, $P<0.05$ 。

促进周围神经损伤后修复及功能恢复^[5-6]。笔者曾针对2例腰椎间盘突出症神经根刺激症状严重,疼痛难以忍受,无法耐受手术的患者,采取先予腰痛舒方治疗1~2周,治疗后患者症状明显缓解,顺利完成了切吸术。

本研究结果表明,经皮穿刺椎间盘切吸术后使用自拟腰痛舒方治疗椎间盘突出症较单纯手术治疗具有更好的临床疗效,尤其在持续服用中药2个疗程后效果更为明显,且有很好的远期疗效,值得进一步观察和应用。下一步我们将着重从组方药物药理及功效入手,进一步优化中药处方,提高临床疗效,尽量做到病人的个体化,同时增加观察指标,进行规范化研究。

参考文献

- [1] 贾连顺,李家顺,苟三怀,等.腰椎间盘突出摘除和椎间孔扩大[J].中华外科杂志,1989,27(2):83.
- [2] 徐山,温有来,李宝新,等.牵引定点复位法治腰椎间盘突出症(附1568例临床分析)[J].中国中医骨伤科杂志,1992,8(1):16.
- [3] 赵敦炎,王也刘.腰椎间盘突出合并侧隐窝狭窄的诊断和治疗:附55例报告[J].中华骨科杂志,1992,12(1):44.
- [4] 魏启赞,罗维富,龚晓玲.腰椎间盘突出和侧隐窝扩大术(附86例报告)[J].中华骨科杂志,1994,14(4):203.
- [5] 张军,孙树椿,石关桐,等.腰痹通胶囊治疗腰椎间盘突出症的临床研究[J].中国中医骨伤科杂志,2002,10(6):31.
- [6] 李慧英,孟东方.腰痹通胶囊治疗腰椎间盘突出症40例临床观察[J].实用临床医药杂志,2010,14(3):46.

第一作者:吴成强(1970—),男,本科学历,副主任医师,从事中西医结合治疗外科疾病工作。
724309130@qq.com

收稿日期:2016-08-23

编辑:吴宁