DOI:10.13192/j.issn.1000-1719.2019.05.033

椎间孔镜联合中药烫熨治疗腰椎间盘突出症近期疗效观察

钟远鸣[1],陈震[2],李嘉琅[2],张翼升[2],李奕军[2]

(1. 广西中医药大学第一附属医院,广西 南宁 530023;2. 广西中医药大学研究生学院,广西 南宁 530001)

摘　要:目的:探究椎间孔镜联合中药烫熨治疗腰椎间盘突出症的近期疗效。**方法:**选取 2016 年 10 月 - 2017 年 10 月在本院收治的 64 例患者,随机分成 A(治疗组)和 B(对照组)两组,试验组予椎间孔镜手术联合中药熨烫治疗,对照组则仅予椎间孔镜手术治疗,将两组术前、术后 1 d、术后 7 d、术后 3 个月 VAS 评分和 ODI 指数进行统计学分析,并术后终末期随访按改良 Macnab 标准来评价优良率。**结果:**所有患者均完成治疗,两组患者在性别、年龄、病程以及术前 VAS 评分、ODI 指数比较差异无显著性($P>0.05$);两组组内术后 1 d、术后 7 d、术后 3 个月与术前 VAS 评分、ODI 指数比较差异有显著性($P<0.05$);两组间术后 1 d、术后 7 d、术后 3 个月 VAS 评分、ODI 指数比较差异有显著性($P<0.05$);终末期随访使用改良 Macnab 标准评价优良率两组比较差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论:**椎间孔镜治疗腰椎间盘突出症近期疗效疗效确切,并发症少,联合中药烫熨治疗能提高临床疗效,减轻疼痛,提高生活质量,适合推广临床运用。

关键词:椎间孔镜;中药烫熨;腰椎间盘突出症

中图分类号:R681.53　　**文献标志码:**A　　**文章编号:**1000-1719(2019)05-0994-03

Recent Curative Effect of Intervertebral Pore Lens Combined with Traditional Chinese Medicine Ironing Treatment of Lumbar Intervertebral Disc Herniation

ZHONG Yuanming[1],CHEN Zhen[2],LI Jialang[2],ZHANG Yisheng[2],LI Yijun[2]

(1. The First Affiliated Hospital of Guangxi University of Chinese Medicine,Nanning 530023,Jiangsu,China;
2. Master´s Candidate,Guangxi University of Chinese Medicine,Nanning 530001,Jiangsu,China)

Abstract: *Objective*: To observe the clinical effect of intervertebral pore endoscopy combined with traditional Chinese medicine in the treatment of lumbar intervertebral disc herniation. *Methods*: From October 2016 to October 2017 in our hospital,64 patients were randomly divided into A(experimental group) and B(control group) in the two groups. The experimental group used intervertebral foramen surgery combined with Chinese medicine ironing,while the control group only received intervertebral foramen surgery. The two groups´ VAS score and ODI index before and 1 and 7 days and 3 months after surgery were analyzed and the modified Macnab standard was used for postoperative follow - up end - stage. *Results*: All patients finished the treatment. The two groups´ gender,age,course of the disease and patients preoperative VAS score and ODI index difference had no statistical significance($P>0.05$). VAS score and ODI index in two groups before and 1 and 7 days and 3 months after operatio were statistically significant($P<0.05$). Two groups´ VAS score and ODI index 1 and 7 days and 3 months after operation were statistically significant($P<0.05$). There was no statistically significant difference between the two groups($P<0.05$) in the final follow - up with

[13] Scott Tenner,John Baillie,John DeWitt,et al. American College of Gastroenterology Guideline: Management of Acute Pancreatitis [J]. Am J Gastroenterol,2013,108(9):1415 - 1416.

[14] 唐历,刘施材,王政强,等. 重症急性胰腺炎早期保守治疗的关键点 [J]. 同济大学学报(医学版),2015,36(4):101 - 103.

[15] 李非,陈宏,杨磊,等. 重症急性胰腺炎早期脏器功能不全持续时间与治疗对策 [J]. 中华外科杂志,2007,45(11):736 - 739.

[16] 王兴鹏,李兆申,袁耀宗,等. 中国急性胰腺炎诊治指南(2013 年,上海 [J]. 胃肠病学,2013,18(7):428 - 433.

[17] Mao EQ,Tang YQ,Fei J,et al. Fluid therapy for severe acute pancreatitis in acute response stage [J]. Chin Med J (Engl),2009,122:169 - 173.

[18] 张声生,李慧臻. 急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见(2017) [J]. 中华中医药杂志,2017,32(9):4085 - 4088.

[19] 苗彬,崔乃强,李忠廉,等. 早期通里攻下法对重症急性胰腺炎结局影响的系统评价 [J]. 世界华人消化杂志,2009,17(10):1042 - 1047.

[20] 王昊峰. 大柴胡汤加减联合西药治疗重症急性胰腺炎临床观察 [J]. 新中医,2016,55(10):71 - 72.

[21] 舒建胜. 生大黄辅助治疗重症急性胰腺炎临床疗效研究 [J]. 辽宁中医杂志,2013,40(6):1137 - 1138.

[22] 方怡,叶静,黎贵湘. 芒硝外敷腹部治疗重症急性胰腺炎疼痛及腹腔积液的疗效观察 [J]. 华西医学,2015,30(3):510 - 511.

[23] 王友帆,罗良坚. 丹参注射液对重症急性胰腺炎患者的治疗作用及对血黏度的影响 [J]. 中国中西医结合消化杂志,2013,21(6):296 - 298.

[24] 王林,余亮科,王原,等. 大黄素对重症急性胰腺炎大鼠肠黏膜屏障的分子保护机制 [J]. 中国老年学杂志,2012,32(11):2319 - 2320.

基金项目:国家自然科学基金项目(81760874)

作者简介:钟远鸣(1963 -),男(壮族),广西南宁人,主任医师、教授,硕士研究生导师,硕士,研究方向:脊柱脊髓疾病的中西医结合诊治研究。

(C)1994-2019 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

improved Macnab standard. *Conclusion*: Intervertebral foramen mirror treatment has distinct recent curative effect of lumbar disc prolapse, with fewer complications and combined with traditional Chinese medicine ironing therapy may improve the clinical curative effect, reduce pain and improve the quality of life.

Keywords: intervertebral foramen; traditional Chinese medicine ironing; lumbar disc herniation

腰椎间突出症(lambar disc hemiation, LDH)是脊柱外科的常见病、多发病,目前临床上治疗此病方法呈多元化,首选保守治疗为主,有研究表明经严格保守治疗后约有 10% ~20% 的患者常需手术干预[1-2]。椎间孔镜技术是近年来较为较为流行的技术之一,具有疗效显著、创伤小、恢复快等特点,受到了越来越多的医师和患者的青睐[3]。祖国医学中药烫熨疗法被证实具体有较好缓解腰背部疼痛疗效[4],本研究旨在椎间孔镜与中药烫疗联合运用以提高患者术后疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2016 年 10 月 -2017 年 10 月在本院运用经皮椎间孔镜治疗的腰椎间盘突出症患者 64 例。按男 34 例,女 20 例;年龄 19 ~ 77 岁,平均(46.98 ± 12.64)岁;病程 3 ~ 36 个月,平均(9.39 ± 6.39)年;均为单节段突出,根据腰椎 MRI 提示 L3/4 节段 7 例,L4/5 节段 28 例,L5/S1 节段,29 例;按随机数字表分为两组,A 组(治疗组)32 例,B(对照组)32 例,手术者为同一医师完成(本文第一作者)。中药烫熨治疗由本科室经严格培训的护士执行。

1.2 病例纳入标准 (1)疾病诊断参照赵定麟主编的《现代脊柱外科学》中 LDH 的诊断标准[5];(2)患者 CT 或 MRI 提示单节段椎间盘突出,相应的神经根受压;(3)患者症状、体征与放射影像学检查相符合;(4)经严格正规保守治疗无效或改善不明显者。

1.3 病例排除标准 (1)不符合纳入标准;(2)合并有椎体不稳或滑脱或椎管狭窄或脊柱结核或感染或肿瘤等;(3)精神病或焦虑抑郁症患者;(4)有严重心脑肺等疾病不能耐受手术患者;(5)对治疗方案愿意接受治疗和随访者。

2 方法

2.1 治疗组 患者取俯卧位,胸髂部垫枕约 10 cm,使腹部悬空,在"C"型臂 X 线机透视下确定手术节段,腰椎棘突中线与下位椎体上终板交点画出其与病变节段患侧上关节突肩部的连线,侧位片下标出关节突关节连线,常规手术区域消毒、铺巾。予 1% 利多卡因注射液 3 mL 穿刺点局部麻醉。麻醉成功后尖刀片切开穿刺点皮肤约 0.8 cm。"C"型臂引导下穿刺针进针回抽无血,同时麻醉至靶点位置,注入 1% 利多卡因注射液约 5 mL。置入导丝,顺导丝依次旋入 1 ~ 3 级逐级套管以撑开软组织通道,运用改良 Tessys 式技术用 8 mm 环踞一次性扩至上关节突。"C"型臂透视套管前端正位于椎弓根连线,侧位于间盘后缘,置入工作通道。台下调试影像系统至图像清晰。入镜观察,持续生理盐水冲洗。术野镜下射频消融电极电凝止血,转入工作通道,使通道缺口壁将神经根及硬脊膜囊挡在后内侧。可见突出髓核,使用环钻行后纵韧带及纤维环开窗,不同髓核咬钳交替使用钳取髓核。镜下观察无活动性出血,神经根松弛,硬脊膜囊波动可,神经根周围无压迫、神经根下移、患者症状减轻、直腿抬高试验神经活动良好后,退出内镜及工作通道,切口缝合一针,无菌敷料覆盖。手术结束,患者双下肢活动良好,安返病房。

中药烫熨方法:使用本科研制烫疗包(宽筋藤、夹竹桃、红花、艾叶、路路通、透骨消、桂枝、生姜等药组成,将诸药与约 45°三花酒调和,装入布袋中,装药量约 2/3)。经微波炉加热分钟后来回涂擦患处,皮肤温度以患者感觉舒适为宜,每日早上和下午各一次。治疗组分别于术前 2 d 及术后连续 3 d,5 d 为 1 个疗程,本组均完成 1 个疗程。

2.2 对照组 仅运用经皮椎间孔镜微创手术治疗,其具体操作方法与治疗组相同。

2.3 疗效评价 分别于术前、术后 1 d、7 d、3 个月采用疼痛视觉模拟量表(visual analogue scale, VAS)评分[6]和 Oswestry 功能障碍指数(Oswestrydisability index, ODI)[7]评价患者疼痛及功能障碍情况,终末期随访使用改良 Macnab 标准评价优良率[8]。

2.4 统计学方法 采用 SPSS 22.0 统计软件进行统计学分析。本研究结果数据以 $\bar{x} \pm s$ 的方式表示。计数资料间比较采用 χ^2 检验,计量资料比较采用样本均数 t 检验进行分析,检验水准 $\alpha = 0.05$,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 两组基线情况 见表 1。试验组和对照组在性别、年龄、病程上以及突出节段上无统计学差异,组间基线均衡,有可比性($P > 0.05$)。

表 1 患者基线情况($\bar{x} \pm s$)

组别	性别(男/女)	年龄(岁)	病程(月)	突出节段		
				L3/4	L4/5	L5/S1
A 组	20/12	47.47 ± 13.32	8.66 ± 6.82	4	15	13
B 组	18/14	46.50 ± 12.12	10.13 ± 5.94	3	14	15
F(χ^2)值	0.259	0.017	0.372	0.320		
P 值	0.611	0.762	0.362	0.852		

3.2 两组 VAS 评分比较 两组术前 VAS 比较差异无显著性($P > 0.05$),两组术后 1 d、术后 7 d、术后 3 个月 VAS 评分与术前比较差异有显著性($P < 0.05$)。两组间术后 1 d、术后 1 周、术后 3 个月 VAS 评分比较差异有显著性($P < 0.05$)。

表 2 不同时间点 VAS 评分($\bar{x} \pm s$)

组别	术前	术后 1 d	术后 7 d	术后 3 个月	P 值
A 组	7.44 ± 0.88	1.47 ± 0.62	2.19 ± 0.59	2.66 ± 0.60	< 0.05
B 组	7.19 ± 0.69	2.09 ± 0.86	2.84 ± 0.57	3.06 ± 0.56	< 0.05
t 值	1.27	- 3.34	- 4.50	- 2.79	
P 值	> 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05	

(C)1994-2019 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

3.3　两组 ODI 指数比较　见表 3。两组术前 ODI 指数比较差异无显著性($P>0.05$),两组术后 1 d、术后 7 d、术后 3 个月 ODI 指数与术前比较差异有显著性($P<0.05$)。两组间术后 1 d、术后 7 d、术后 3 个月 ODI 指数评分比较差异有显著性($P<0.05$)。

表 3　不同时间点 ODI 指数($\bar{x}\pm s$)

组别	术前	术后 1 d	术后 7 d	术后 3 个月	P 值
A 组	71.09 ± 4.72	25.00 ± 5.63	28.31 ± 6.60	26.09 ± 4,86	<0.05
B 组	71.84 ± 4.81	30.91 ± 7.81	33.59 ± 8.23	29.91 ± 6.84	<0.05
t 值	−7.83	−3.13	−2.59	−2.45	
P 值	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05	

3.4　终末期随访按改良 Macnab 评价优良率两组比较　试验组(优 26 例,良 5 例,可 1 例,差 0 例,优良率 96.9%) 和对照组(优 25 例,良 4 例,可 3 例,差 0 例,优良率 90.6%) 比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

3.5　不良反应与并发症　所有患者均无神经损伤、感染等并发症。

4　讨论

腰椎间盘突出症(lambar disc hemiation,LDH) 是指腰椎间盘髓核、纤维环、软骨板从椎体后方或后外方突出,致使相应的硬膜囊、神经根或马尾神经刺激或受压,引起相应腰腿痛的一系列临床症状与体征者[9]。LDH 好发青壮年,呈年轻化趋势,患者临床症状体征各有差异,轻者影响患者生活质量,重者甚至致残。因此对此病治疗不容忽视,主要取决于该病不同病理节段及相应临床表现,临床治疗上首选保守治疗为主,往往经保守治疗无效或改善不明显,为解除疼痛的煎熬,患者进而考虑行手术治疗[10]。传统开放手术,创伤重、术中出血较多、术后恢复时间长、住院久等问题对患者造成较大的困扰[11-12],近年来,随着微创理念和技术的深入,微创方法不断涌现,尤其在 2003 年 Hoogland 等人在 YESS 式基础上提出 TESSYS 技术后[13-14],经皮椎间孔镜椎间盘摘除术临床上被广泛运用,其具有创伤小、恢复快、适应症广、疗效肯定、更易于受患者接受等特点,受到广大医师和患者的认可。柳百炼等[15]报道使用椎间孔镜治疗 HLD 优良率达 90% 以上。此外我国医学认为,腰椎 LDH 归属于“腰病”“痹证”等范畴,其主要病因病机为风寒湿三邪侵袭肌表,流注经脉,导致气滞血瘀,脉络不畅,或慢性劳损,外伤闪扑,血瘀气滞,经脉受阻,气血瘀滞不通,不通则痛[16]。本科所使用中药熨烫中药组成具有祛散风寒、活血通络、行气止痛等功效,加上微热后本身具有扩张血管,改善局部血液循环,促进局部代谢的作用,缓解肌肉痉挛,促进炎症及瘀血的吸收,这与现代医学研究腰椎间盘突出症的病因病机相符合的[17]。本研究通过经皮椎间孔镜联合中药烫熨治疗腰椎间盘突出症,采用经皮椎间孔镜技术实现受累责任节段受累神经根微创减压;另一方面采用中药烫熨舒筋通络、缓解肌肉痉挛。两者结合运用,使之具有更佳的临床效果。

本研究将试验组 、对照组两组的进行疗效对比,组内术前与术后 1 d、术后 7 d、术后 3 个月 VAS 评分、ODI 指数对比,差异有统计学意义($P<0.05$),可以认为椎间孔镜技术治疗 LDH 疗效确切,能很好缓解患者临床症状。两组组间术后 1 d、术后 7 d、术后 3 个月 VAS 评分、ODI 指数之间对比差异有统计学意义,这表明椎间孔镜联合中药烫熨比使用单纯孔镜治疗 LDH 具有更佳的临床疗效。

总而言之,经皮椎间孔镜联合中药烫熨在治疗腰椎间盘突出症近期术后效果明显,值得推广运用。传统医药与现代技术的结合仍是一个需不断努力探索的过程,本研究也算一项不错的尝试,更大的价值仍需不断的挖掘。

参考文献

[1] 杜江. 近 5 年腰椎间盘突出症流行病学调查研究概况 [J]. 临床医药文献电子杂志,2017,4(8):5529-5530.

[2] 玉超杰,楚野,梁斌. 腰椎间盘突出发病机制的研究进展 [J]. 中国临床新医学,2017,10(8):824-828.

[3] 贾连顺. 脊柱外科学 [M]. 上海: 第二军医大学出社,2009: 220-230.

[4] 张虹,严白莉. 中药烫熨疗法治疗腰椎间盘突出症的效果分析 [J]. 内蒙古中医药,2017,36(6):92-93.

[5] 赵定麟,侯铁胜,陈德玉,等. 现代脊柱外科学 [M]. 上海: 世界图书出版社. 2006: 689.

[6] Huskisson EC. Measurement of pain [J] Lancet,1974,2(7889):1127-1131.

[7] Fairbank JC,Couper J,Davies JB,et al. The Oswestry low back pain disability questionnaire [J]. Physiotherapy,1980,66(8):271-273.

[8] Suk,Choon-Ki Lee,WJ,et al. Adding Posterior Lumbar Interbody Fusion to Pedicle Screw Fixation and Posterolateral Fusion After Decompression in Spondylolytic Spondylolisthesis [J]. Spine,1997,22(2).

[9] 江源. 椎间孔镜治疗腰椎间盘突出症的临床效果分析 [J]. 中国现代医药志,2017,19(7):63-65.

[10] LEE S,KIM S K,LEE S H,et al. Percutaneous endoscopic lumbar discectomy for migrated disc herniation: classification of discmigration and surgical approaches [J]. Eur Spine J,2007,16(3):431-437.

[11] 丁伟国,徐卫星,卢笛,等. 经皮椎间孔镜与开放椎板间开窗术治疗腰椎间盘突出症的疗效分析 [J]. 中国内镜杂志,2016,22(4):43-48.

[12] 韩康,高浩然,卞娜,等. 经皮椎间孔镜与单纯椎板开窗术治疗腰椎间盘突出症临床疗效比较 [J]. 中华全科医学,2015,13(6):868-871,1037.

[13] Yeung AT. Minimally Invasive Disc Surgery with the Yeung Endoscopic Spine System (YESS) [J]. Surg Technol Int,1999,8: 276-277.

[14] Hoogland T,Schubert M,Miklitz B. et al. Transforaminal pos. terolateral endoscopic discectomy with or without the combination of a low-dose chymopapain: aprospective randomized study in 280 consecutive cases [J]. Spine,2006,31(24):E890-897.

[15] 柳百炼,熊鹰,顾邵,等. 经皮椎间孔镜治疗腰椎间盘突出症的临床效果 [J]. 实用医学杂志,2015,31(6):981-983.

[16] 陈杰. 中医药治疗腰椎间盘突出症进展 [J]. 医药前沿,2011,(22):385-387

[17] 玉超杰,楚野,梁斌. 腰椎间盘突出发病机制的研究进展 [J]. 中国临床新医学,2017,10(8):824-828.

(C)1994-2019 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net