

郑氏中医非手术疗法治疗破裂型腰椎间盘突出症

王一, 戴国钢, 夏姣, 廖仕川, 王丰, 李涛, 黄雷, 田国刚, 文江, 杜万里

(四川省骨科医院, 四川 成都 610041)

摘要 目的:观察郑氏中医非手术疗法治疗破裂型腰椎间盘突出症(ruptured lumbar disc herniation, RLDH)的临床疗效和安全性。**方法:**2017 年 10 月至 2020 年 3 月,采用郑氏中医非手术疗法治疗 RLDH 患者 258 例。男 167 例,女 91 例。年龄 18~60 岁,中位数 43 岁。病变部位位于 L₃₋₄ 5 例、L₄₋₅ 94 例、L₅S₁ 159 例。所有患者均表现为严重的腰痛,且伴有严重的下肢根性症状,直腿抬高试验阳性。影像学检查均显示椎间盘突出明显并在椎管内上移或下移。采用疼痛视觉模拟量表(visual analogue scale, VAS)评分、日本骨科学会(Japanese Orthopedic Association, JOA)腰痛疗效评价量表及 Oswestry 功能障碍指数(Oswestry disability index, ODI)问卷表评价临床疗效,在站立位脊柱侧位 X 线片上测量骨盆入射角(pelvic incidence, PI)和腰椎前凸角(lumbar lordosis, LL),通过 MRI 评价突出椎间盘的变化情况,并观察并发症发生情况。**结果:**腰痛 VAS 评分,治疗前(7.3±0.8)分、治疗结束后(2.4±1.0)分;JOA 评分,治疗前(10.2±5.5)分、治疗结束后(23.5±4.0)分;ODI 评分,治疗前(30.1±10.6)分、治疗结束后(9.4±6.6)分。5 例失访;253 例获得随访,随访时间 23~25 周,中位数 24 周。治疗结束后 6 个月,仅有 78 例患者复诊时行 X 线和 MRI 检查。PI,治疗前 48.35°±6.46°、治疗结束后 6 个月 49.53°±5.46°;LL,治疗前 23.28°±5.79°、治疗结束后 6 个月 29.19°±4.13°;突出椎间盘消失 8 例、缩小 43 例、无变化 22 例、增大 5 例。11 例因临床症状加重而接受手术治疗;23 例仍有严重腰痛,其中 15 例再次接受郑氏中医非手术疗法治疗后腰痛缓解;132 例有轻微腰痛,继续坚持郑氏运动疗法后腰痛缓解;87 例基本无腰痛。均未出现药物过敏等不良反应。**结论:**采用郑氏中医非手术疗法治疗 RLDH,可有效缓解腰痛,促进腰椎生理曲度的恢复、突出椎间盘的重吸收以及腰椎功能的恢复,且并发症少,值得临床推广应用。

关键词 椎间盘移位;腰椎;中医疗法

破裂型腰椎间盘突出症(ruptured lumbar disc herniation, RLDH),指椎间盘纤维环破裂、髓核组织压迫相应节段马尾及神经根所引起的一系列临床症状、体征。该病因突出椎间盘组织体积大,通常具有发病急、病情重的特点,常导致患者短期或长期劳动能力、生活能力下降,给患者带来巨大痛苦。目前临床上治疗该病的方法主要包括手术疗法和非手术疗法两大类^[1]。有研究已证实非手术和手术治疗该病的远期疗效一致^[2]。中医疗法是非手术治疗该病的有效手段之一^[3-7]。“郑氏伤科”是四川省重要的中医骨伤科流派,在治疗腰椎间盘突出症方面积累了丰富的临床经验,并在治疗 RLDH 方面逐步形成了一套标准化的郑氏中医非手术治疗方案。为了观察郑氏中医非手术疗法治疗 RLDH 的临床疗效和安全性,2017 年

10 月至 2020 年 3 月,我们采用郑氏中医非手术疗法治疗 RLDH 患者 258 例,现报告如下。

1 临床资料

本组 258 例,均为在四川省骨科医院住院治疗的 RLDH 患者。年龄 18~60 岁,中位数 43 岁。男 167 例,女 91 例。病变部位:L₃₋₄ 5 例,L₄₋₅ 94 例,L₅S₁ 159 例。所有患者均表现为严重的腰痛,且伴有严重的下肢根性症状,直腿抬高试验阳性。影像学检查均显示椎间盘突出明显并在椎管内上移或下移^[8]。

2 方法

2.1 郑氏中医非手术疗法 患者入院后严格卧床休息,避免坐立、下蹲位大小便、屏气用力以及剧烈打喷嚏或咳嗽。

2.1.1 内治法 根据证型,辨证使用中药制剂:①气滞血瘀型给予行气活血方药:盐制香附、酒制香附、醋制香附、当归水制香附各 75 g,三七粉、甘草片各 30 g,上药共研细末,每次口服 3 g,每日 3 次,连续服用 14 d^[9]。川芎、秦艽、千年健各 40 g,续断、杜仲、泽泻、桑寄生、松节各 32 g,天麻、当归、何首乌、防风、独活、川牛膝、牡蛎、石斛、金银花、厚朴各 24 g,狗脊、

基金项目:中国民族医药学会科研项目(2017KYXM-Z172-40);四川省卫生和计划生育委员会科研课题(16PJ389);四川省中医药管理局科学技术研究专项课题(2020JC0103);四川省医学会骨科(尚安通)专项科研课题(2019SAT06);四川省骨科医院科研项目(2017-4)

通讯作者:戴国钢 E-mail:guogang_dai@hotmail.com

桂枝、钻地风、甘草片各 16 g, 上药共研细末做水丸, 每次口服 3 g, 每日 3 次, 连续服用 14 d^{[9]117}。②肝肾亏虚型给予补益肝肾方药: 熟地黄 45 g, 鸡血藤、骨碎补、鹿衔草各 30 g, 狗脊、独活各 24 g, 肉苁蓉 12 g, 海桐皮、焦神曲、焦麦芽、焦山楂各 15 g, 上药共研细末, 炼蜜为丸, 每次口服 6 g, 每日 3 次, 连续服用 14 d^{[9]105}。③气血不足型给予补益气血方药: 人参 4 g, 三七粉、川芎各 10 g, 当归、黄芪各 40 g, 五加皮、白术各 22 g, 茯苓、五味子各 14 g, 甘草片 7 g, 上药加白酒 1200 g 浸泡 2 周, 每次口服 10 mL, 每日服 3 次, 连续服用 14 d^{[9]106}; ④寒湿痹阻型给予散寒除湿方药: 五灵脂 120 g, 乳香、没药各 30 g, 制川乌、制草乌各 45 g, 麝香 0.3 g, 薄荷脑 3 g, 上药共研细末, 炼蜜为丸, 每次口服 3 g, 每日 3 次, 连续服用 14 d^{[9]116}。

2.1.2 外治法 ①电针: 患者取俯卧位, 局部取肾俞、大肠俞、环跳、腰眼、命门和八髎等穴位, 伴下肢根性症状者循经取承扶、委中、风市、伏兔和足三里等穴位, 将电针仪连接穴位后选择疏密波输出。每次 20 min, 每日 1 次, 连续治疗 14 d。②艾灸: 患者取俯卧位, 将 3 根艾条点燃后插入艾灸仪, 将艾灸仪置于距离腰部上方 20 cm 处进行艾灸。每次 20 min, 每日 1 次, 连续治疗 14 d。③中药熏蒸: 患者取俯卧位, 将郑氏活血散瘀洗药(川红花、赤芍、木通各 60 g, 合欢皮、松节、香附、威灵仙各 40 g, 三七粉、木瓜各 20 g, 生川乌、生草乌、胆南星各 15 g) 和软筋化坚洗药(胆南星、白芍、赤芍各 45 g, 川红花、川芎、王不留行、木鳖子、泽兰、川木香、海桐皮、土茯苓、鸡血藤、三棱、莪术各 30 g, 生川乌、生草乌各 20 g, 穿山甲 15 g)^{[9]113} 置于熏蒸机内, 加水煮沸至有蒸汽喷出, 将蒸汽喷口置于距离腰部 20 cm 处对腰部进行熏蒸。每次 20 min, 每日 1 次, 连续治疗 14 d。④推拿: 患者取俯卧位, 腹下垫枕, 循经揉按督脉、足三阳经 3 min; 点按髂腰、髂间、骶角、臀池、臀边、膝灵、膝膈、膈舒、腓隆等穴位^[10], 每个穴位点按 3~5 次; 用手掌循经推压督脉、足三阳经 3~5 min; 用双手重叠缓慢柔和地按压腰椎棘突, 使腰椎每一节段得到适宜的活动; 术者握住患侧踝部, 在患侧髌关节略前屈状态下沿下肢纵轴方向做牵拉抖动手法 1~3 min。每日 1 次, 连续治疗 14 d。

2.1.3 运动疗法 ①腰部牵伸: 患者跪在床上, 臀部坐在足部上, 身体向前趴下, 双上肢伸直上举过头顶,

手掌贴于床面, 双上肢尽量伸直, 臀部尽量向后坐, 持续拉伸腰部。每次 3 min, 每日 3 次, 连续 14 d。②拔伸运动: 患者背靠墙站立, 背、臀、脚后跟贴墙, 双侧臀部肌肉用力收缩夹紧, 同时躯干用力向上拔伸。每次 1 min, 每日 3 次, 连续 14 d。③臀部拉伸: 患者仰卧, 健侧下肢屈髋、屈膝, 足平放在床上; 患侧下肢屈髋、屈膝, 足置于健侧大腿; 双手抱住患侧屈曲的膝关节, 将其拉向健侧肩部, 保持臀部持续受到牵拉, 双侧交替进行; 每日 3 次, 共 14 d。

2.2 疗效评价方法 采用疼痛视觉模拟量表(visual analogue scale, VAS)评分^[11]、日本骨科学会(Japanese Orthopedic Association, JOA)腰痛疾患评价量表^{[12]118}及 Oswestry 功能障碍指数(Oswestry disability index, ODI)问卷表^{[12]119}评价临床疗效。在站立位脊柱侧位 X 线片上测量骨盆入射角(pelvic incidence, PI)和腰椎前凸角(lumbar lordosis, LL), 通过 MRI 评价突出椎间盘的变化情况, 并观察并发症发生情况。PI 即经 S₁ 上终板的中点做该终板的垂线, 该垂线和 S₁ 上终板的中点与股骨头中心点连线的夹角。若双侧股骨头不重叠, 取两股骨头中心连线的中点作为中心点。LL 即 S₁ 上终板和 L₁ 上终板向后延长线的夹角。突出椎间盘变化情况: ①消失, 在腰椎矢状位和横断位 MRI 上突出椎间盘组织均消失或基本消失; ②缩小, 在腰椎矢状位和横断位 MRI 上突出椎间盘组织减小超过 1/3; ③无变化, 在腰椎矢状位和横断位 MRI 上突出椎间盘组织无明显变化或减小不足 1/3; ④增大, 在腰椎矢状位和横断位 MRI 上突出椎间盘组织增大。

3 结果

腰痛 VAS 评分, 治疗前(7.3±0.8)分、治疗结束后(2.4±1.0)分; JOA 评分, 治疗前(10.2±5.5)分、治疗结束后(23.5±4.0)分; ODI 评分, 治疗前(30.1±10.6)分、治疗结束后(9.4±6.6)分。5 例因电话号码错误而失访; 253 例获得随访, 随访时间 23~25 周, 中位数 24 周。治疗结束后 6 个月, 仅有 78 例患者复诊时行 X 线和 MRI 检查。PI, 治疗前 48.35°±6.46°、治疗结束后 6 个月 49.53°±5.46°; LL, 治疗前 23.28°±5.79°、治疗结束后 6 个月 29.19°±4.13°; 突出椎间盘消失 8 例、缩小 43 例、无变化 22 例、增大 5 例。11 例因临床症状加重而接受手术治疗; 23 例仍有严重腰痛, 其中 15 例再次接受郑氏中

医非手术疗法治疗后腰痛缓解,8 例未继续接受郑氏中医非手术疗法治疗;132 例有轻微腰痛,继续坚持郑氏运动疗法后腰痛缓解;87 例基本无腰痛。均未出现药物过敏等不良反应。典型病例影像图片见图 1、图 2。

4 讨论

RLDH 因突出椎间盘组织体积大,引起的炎症和免疫反应较重,患者的临床症状往往较重,严重影响患者的工作和生活。对于 RLDH 的治疗,是选择手术还是非手术治疗尚无统一标准。手术摘除突出的椎间盘可迅速缓解患者症状^[13],但是创伤大,术后易出现神经损伤、感染等并发症^[14]。采用非手术疗法治疗该病,创伤小或无创伤,更易于被患者接受,但

治疗周期长,且患者疼痛缓解较慢。

临床上,腰椎间盘突出症特别是脱出型(髓核游离于椎管),不经手术治疗或侵入性治疗,突出椎间盘有自我吸收的可能^[15-16]。Wang 等^[17]通过 Meta 分析认为,采用非手术疗法治疗腰椎间盘突出症后,突出椎间盘重吸收的概率为 63%。本组患者复诊时,仅有 78 例患者行 X 线和 MRI 检查,其中突出椎间盘消失 8 例、缩小 43 例,共 51 例患者突出椎间盘发生重吸收,突出椎间盘重吸收率为 65%。通过非手术治疗可以促进突出椎间盘组织的重吸收,但是突出椎间盘重吸收的机制目前尚不明确,如何通过非手术治疗促进突出椎间盘重吸收仍需进一步研究。

脊柱矢状位失衡是与包括椎间盘突出在内的脊

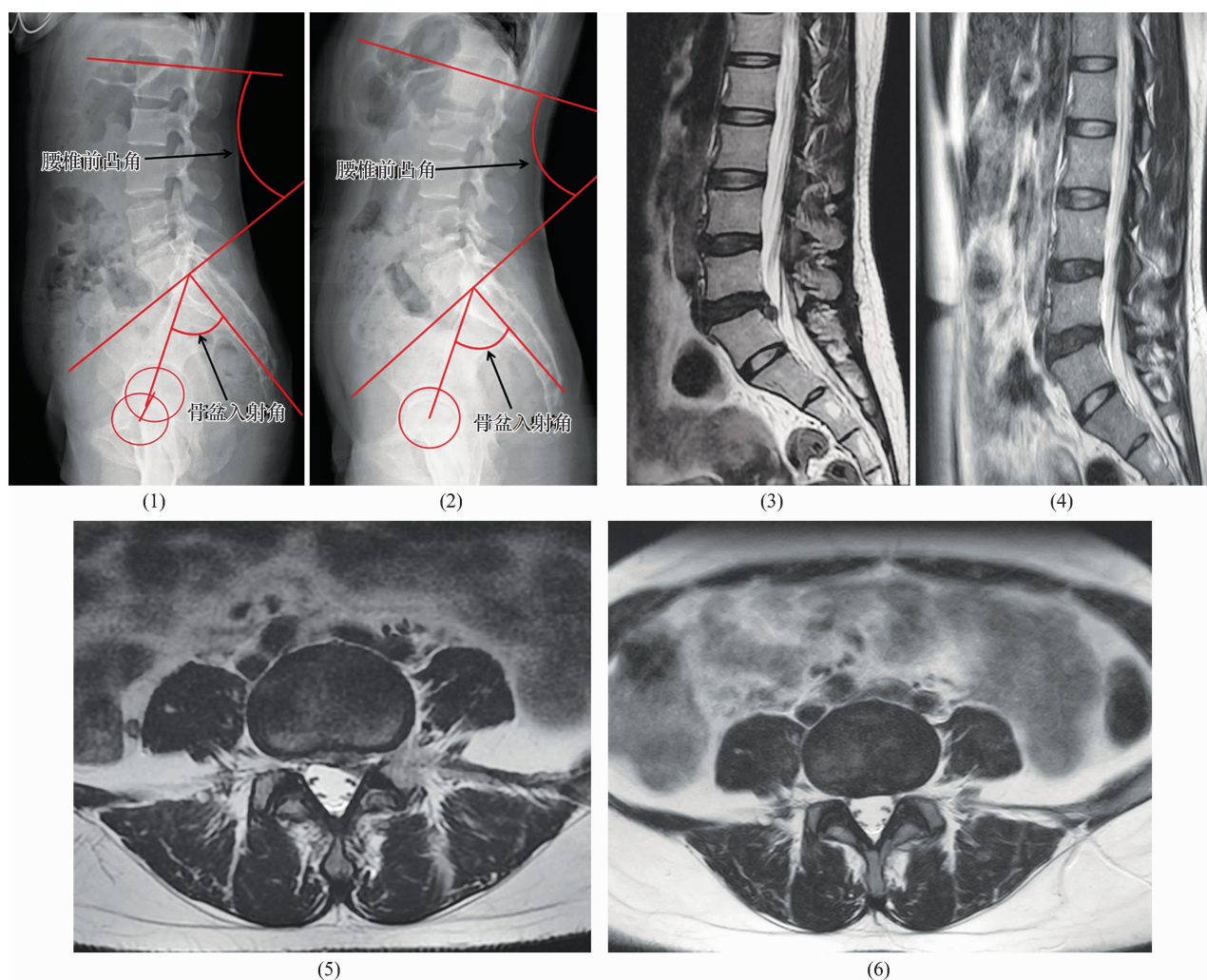


图 1 病例 1 治疗前后影像图片

注:患者,女,42 岁,L₅S₁ 椎间盘脱出,采用郑氏中医非手术疗法治疗;(1)治疗前站立位脊柱侧位 X 线片上测得腰椎前凸角为 48.20°、骨盆入射角为 53.97°;(2)治疗结束后 6 个月站立位脊柱侧位 X 线片上测得腰椎前凸角为 57.57°、骨盆入射角为 49.08°;(3)治疗前腰椎矢状位 MRI 显示 L₅S₁ 椎间盘脱出,在椎管内下移;(4)治疗结束后 6 个月腰椎矢状位 MRI 显示脱出的 L₅S₁ 椎间盘组织消失;(5)治疗前腰椎横断位 MRI 显示椎间盘向左后方脱出;(6)治疗结束后 6 个月腰椎横断位 MRI 显示向左后方脱出的椎间盘组织消失。

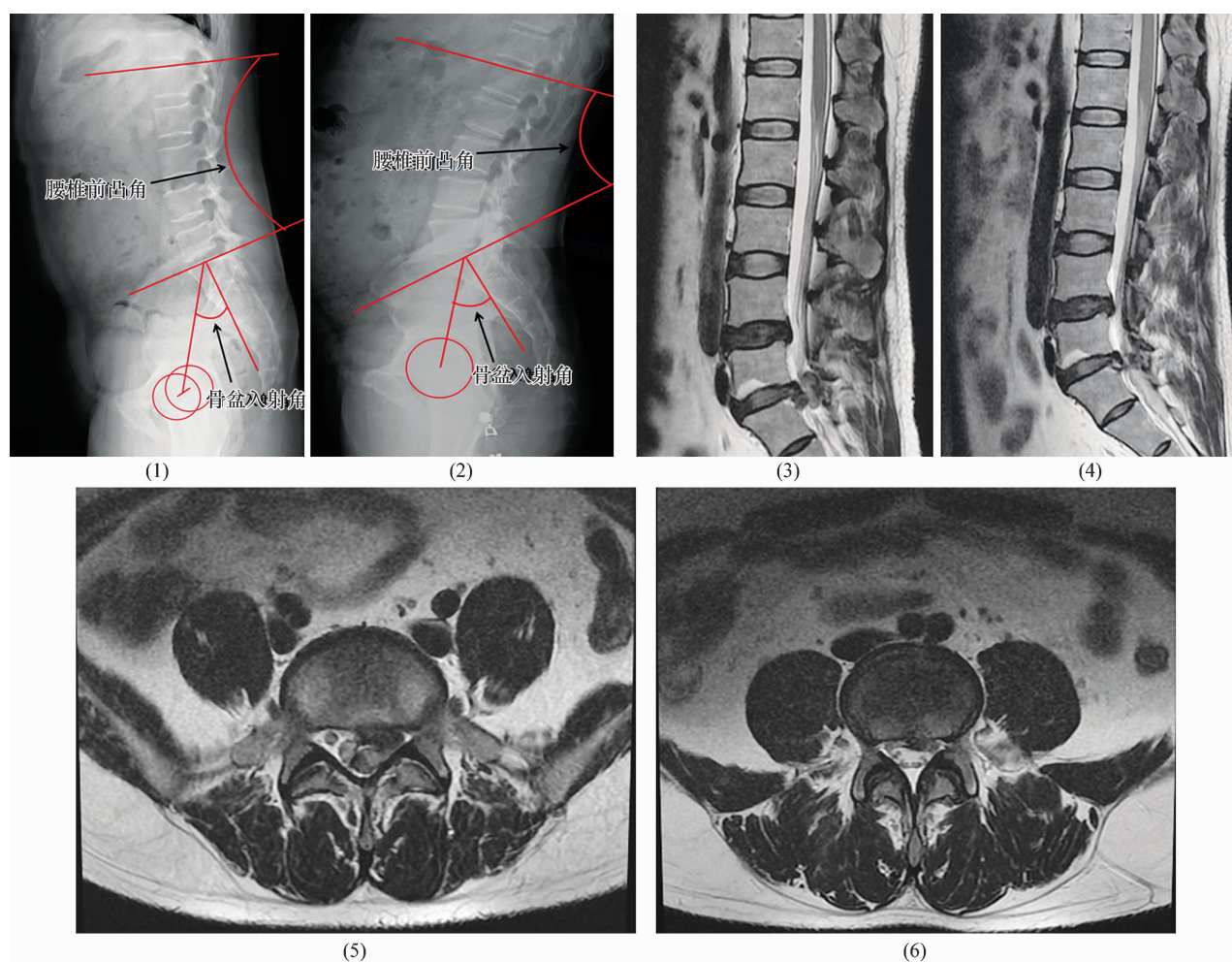


图 2 病例 2 治疗前后影像图片

注:患者,男,41岁, L_5S_1 椎间盘脱出,采用郑氏标准化中医非手术疗法治疗;(1)治疗前站立位脊柱侧位X线片上测得腰椎前凸角为 12.83° 、骨盆入射角为 35.17° ;(2)治疗结束后6个月站立位脊柱侧位X线片上测得腰椎前凸角为 44.36° 、骨盆入射角为 36.52° ;(3)治疗前腰椎矢状位MRI显示 L_5S_1 椎间盘脱出,在椎管内下移;(4)治疗结束后6个月腰椎矢状位MRI显示脱出的 L_5S_1 椎间盘组织明显缩小;(5)治疗前腰椎横断位MRI显示椎间盘向左后方脱出;(6)治疗结束后6个月腰椎横断位MRI显示向左后方脱出的椎间盘组织明显缩小。

柱退行性疾病直接相关的生物力学因素^[18]。恢复脊柱矢状位平衡有利于椎间盘突出患者症状的改善和突出椎间盘的重吸收^[19]。在脊柱矢状位参数中,PI通常不会出现明显变化^[20]。LL能反应腰椎的生理曲度,腰椎曲度越小,LL越小,腰椎越趋于垂直,腰椎间盘承受的压力越大;反之,腰椎曲度越大,LL越大,腰椎越趋于弯曲,腰椎间盘承受的压力越小。这说明恢复腰椎生理曲度有利于改善RLDH患者的临床症状。

RLDH属中医“腰痛”范畴。有关腰痛的诊治,在中医古籍中早有论述。如《素问·六元正纪大论篇》曰:“感于寒,则病人关节禁固,腰痠痛,寒湿推于气交而为疾也。”《素问·刺腰痛论篇》言:“足太阳脉令人腰痛,引项脊尻背如重状,刺其郛中。”《灵枢·经脉篇》曰:“膀胱足太阳之脉,挟脊扩腰,是动则病脊痛,

腰似折。”郑氏中医非手术疗法,是“郑氏伤科”经过多年临床实践,逐渐形成的一套包括理、法、方、药在内的治疗骨伤疾病的治疗方案^[21-26]。该方案主要包括卧床休息、内治法、外治法(电针、艾灸、中药熏蒸、推拿)、运动疗法等。卧床休息可以达到腰部制动并减轻腰部负荷的目的。内服中药不但能祛除风寒湿等邪气,还能改善脏腑功能,符合该病本虚标实的特点。电针、艾灸可以疏经通络。中药熏蒸可以使局部温度升高,血管扩张,从而改善腰部血液循环,促进局部组织的新陈代谢。郑氏推拿手法可以缓解腰部肌肉痉挛,纠正小关节紊乱,恢复脊柱正常的生物力学平衡。运动疗法可以使腰臀部肌肉组织得到锻炼,从而达到舒筋活络、调和气血、缓解腰臀肌肉痉挛的目的。

本组患者治疗结果显示,采用郑氏中医非手术疗

法治疗 RLDH, 可有效缓解 RLDH 患者疼痛, 促进腰椎生理曲度的恢复、突出椎间盘的重吸收以及腰椎功能的恢复, 且并发症少, 值得临床推广应用。

参考文献

- [1] RAMASWAMI R, GHOGAWALA Z, WEINSTEIN J. Management of sciatica[J]. N Engl J Med, 2017, 376(12): 1175-1177.
- [2] PEUL W C, VAN DEN HOUT W B, BRAND R, et al. Prolonged conservative care versus early surgery in patients with sciatica caused by lumbar disc herniation; two year results of a randomised controlled trial[J]. BMJ, 2008, 336(7657): 1355-1358.
- [3] 戴锋, 俞鹏飞, 徐坤林, 等. 中医药保守治疗破裂型腰椎间盘突出症 42 例[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2017, 25(11): 56-58.
- [4] 孙博文, 蔡亚楼, 许建峰, 等. 烙灸联合腰背肌功能锻炼对后纵韧带破裂型腰椎间盘突出症患者髓核重吸收及复发率的影响[J]. 甘肃中医药大学学报, 2019, 36(1): 60-63.
- [5] 郑杨, 汪丽佩, 黄杰烽, 等. 口服补阳还五汤联合功能锻炼治疗后纵韧带破裂型腰椎间盘突出症[J]. 中医正骨, 2016, 28(7): 49-52.
- [6] 王玉巧. 持续牵引配合推拿手法治疗腰椎间盘突出症临床观察[J]. 内蒙古中医药, 2017, 36(14): 118.
- [7] 颜宾宏, 牛乾, 符致坚, 等. 丹鹿通督片治疗腰椎间盘突出症肾虚瘀阻证的疗效与机制[J]. 中国实验方剂学杂志, 2019, 25(22): 66-71.
- [8] 中华医学会. 临床诊疗指南: 骨科学分册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 97-98.
- [9] 侯乐荣, 解勇. 郑氏伤科理论与临床[M]. 成都: 四川科学技术出版社, 2010.
- [10] 梁岷, 解勇. 伤科推拿学[M]. 成都: 四川科学技术出版社, 2001: 67-68.
- [11] 刘杰, 杨舒, 李宁. 骨科疾病诊断分类与功能评定[M]. 北京: 人民军医出版社, 2012: 199.
- [12] 蒋协远, 王大伟. 骨科临床疗效评价标准[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005.
- [13] WEINSTEIN J N, LURIE J D, TOSTESON T D, et al. Surgical vs nonoperative treatment for lumbar disk herniation; the Spine Patient Outcomes Research Trial (SPORT) observational cohort[J]. JAMA, 2006, 296(20): 2451-2459.
- [14] SHRIVER M F, XIE J J, TYE E Y, et al. Lumbar microdiscectomy complication rates: a systematic review and meta-analysis[J]. Neurosurg Focus, 2015, 39(4): E6.
- [15] KREINER D S, HWANG S W, EASA J E, et al. An evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of lumbar disc herniation with radiculopathy[J]. Spine J, 2014, 14(1): 180-191.
- [16] 中华医学会骨科学分会脊柱外科学组, 中华医学会骨科学分会骨科康复学组. 腰椎间盘突出症诊疗指南[J]. 中华骨科杂志, 2020, 40(8): 477-487.
- [17] WANG Y, DAI G, JIANG L, et al. The incidence of regression after the non-surgical treatment of symptomatic lumbar disc herniation: a systematic review and meta-analysis[J]. BMC Musculoskelet Disord, 2020, 21(1): 530.
- [18] FEI H, LI W S, SUN Z R, et al. Analysis of spino-pelvic sagittal alignment in young Chinese patients with lumbar disc herniation[J]. Orthop Surg, 2017, 9(3): 271-276.
- [19] 戴国钢, 王丰, 刘磊, 等. 矢状面平衡参数与脱出腰椎间盘突出重吸收关系的回顾性研究[J]. 四川大学学报(医学版), 2020, 51(4): 533-539.
- [20] YEH K T, LEE R P, CHEN I H, et al. Are there age- and sex-related differences in spinal sagittal alignment and balance among taiwanese asymptomatic adults? [J]. Clin Orthop Relat Res, 2018, 476(5): 1010-1017.
- [21] 吴忌, 李越, 楚福明, 等. 针刺配合郑氏舒活酊涂擦治疗经皮内镜下腰椎间盘切除术后感觉异常的临床研究[J]. 中医正骨, 2019, 31(7): 27-33.
- [22] 苏洪, 李越, 张雪林, 等. 郑氏经穴推拿联合肌内效贴治疗 Haglund 综合征的临床疗效[J]. 西部医学, 2019, 31(8): 1223-1227.
- [23] 唐浩琛, 唐流刚, 程远东, 等. 郑氏推拿结合电针治疗手腕部反射性交感神经营养不良综合征[J]. 中国骨伤, 2020, 33(6): 540-545.
- [24] 程亚博, 杨顺. 郑氏熏洗药治疗桡骨远端骨折并发反射性交感神经营养不良疗效观察[J]. 海南医学, 2017, 28(9): 1494-1497.
- [25] 孙强, 牡丹, 李峰, 等. 郑氏正骨手法夹板固定和切开复位内固定治疗高龄骨质疏松性桡骨远端骨折疗效比较[J]. 广西中医药, 2020, 43(4): 3-8.
- [26] 罗飞, 张德洲, 易雪冰, 等. 郑氏中医疗法治疗肩袖钙化性肌腱炎效果的影像学评定[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2018, 33(5): 517-519.

(收稿日期: 2020-10-01 本文编辑: 时红磊)