

腰痹通胶囊配合骨盆牵引治疗 椎间盘源性腰痛的临床观察

史立君,王靖,吴剑静

(温州医学院附属第一医院,浙江 温州 325000)

关键词 腰痛 腰痹通胶囊 骨盆牵引

腰痛在全球的发病率仅次于感冒,80%的人在一生中的某个阶段都会受到腰痛的困扰。长期以来,人们一直认为腰椎间盘突出是引起腰痛的主要原因,但随着 CT、MRI 等现代化设备在临床上的大量应用,发现腰椎间盘突出引起的腰痛仅占 10% 左右,绝大多数腰痛患者影像学检查椎间盘外形并没有改变。近年来,许多学者对椎间盘退变或损伤前后的神经解剖、生物化学、生物力学进行了深入研究,逐渐认识到在没有椎间盘突出的情况下,发生于椎间盘内部的病变也能引起腰痛,即通常所说的盘源性腰痛。由于它的高发病率和致残率,已经成为现代医学最难处理的疾病之一。作者自 2008 年以来,运用腰痹通胶囊配合骨盆牵引治疗椎间盘源性腰痛患者 43 例,取得了满意疗效,现总结报告如下。

1 临床资料

本组 43 例,男 30 例,女 13 例。年龄 32~54 岁,中位数 42 岁。病程 3 周至 2 年,平均 11.3 个月。下腰痛伴单侧臀腿痛者 24 例,占 55.8%;伴两侧臀腿痛者 16 例,占 37.2%;仅下腰痛者 3 例,占 7.0%。有腰部外伤史者 40 例,占 93.0%;重体力劳动者 15 例,占 34.9%;长时间坐位劳作者 21 例,占 48.8%。查体可见腰椎的活动度下降,直腿抬高试验及股神经牵拉试验均阴性。MRI 提示椎间盘的退变, T_2 加权像上椎间盘后侧正中有一小的圆形或卵圆形高信号区(HIZ),其中 L_{3-4} 节段 3 例,占 7.0%; L_{4-5} 节段 31 例,占 72.1%; L_5S_1 节段 11 例,占 25.6%;两节段同时出现者 2 例,占 6.7%。在 X 线平片上腰椎椎间隙无明显狭窄,动态腰椎摄片无腰椎失稳现象,CT 扫描显示无椎间盘突出、椎管狭窄及骨折、肿瘤等其他病变。

2 方法

腰痹通胶囊(江苏康缘药业生产,国药准字 Z20010045),主要由三七、川芎、延胡索、白芍、牛膝、狗

脊、大黄、独活等组成,具有活血化瘀,祛风除湿,行气止痛之功。每天 3 次,每次 3 粒。连续服用 30 d 为 1 个疗程。服药期间同时配合骨盆牵引治疗,患者仰卧位,屈髋屈膝,双足平放床上,腰部与床相贴,用胸带固定,牵引重量为患者体重的 20%,牵引时间为 45 min,牵引后卧床休息 15 min,每天 1 次,30 d 为一疗程。

3 结果

3.1 疗效评定标准 VAS 评分(视觉模拟评分系统)、患者主观满意度分级为评估标准和 Oswestry 功能障碍指数(Oswestry disability index, ODI)^[1]。VAS 评分应用专用评分尺。患者主观满意度分级:1 级,疼痛症状基本消失,满意;2 级,疼痛症状减轻,满意;3 级,疼痛症状减轻,不满意;4 级,疼痛症状无改善;5 级,疼痛症状加重。ODI 评分主要包括:①疼痛的程度(腰背或腿痛);②日常活动自理能力(洗漱、穿衣服等活动);③提物;④行走;⑤坐;⑥站立;⑦睡眠;⑧社会活动;⑨旅行(郊游);⑩性生活(此项部分患者未做回答,故在本组研究中予以剔除)。每个项目为 0~5 分,无疼痛或无影响为 0 分,疼痛剧烈或影响明显为 5 分,总分为 45 分。ODI 评分降低率计算公式:降低率(%)=(治疗前评分-治疗后评分)/治疗前评分。

3.2 疗效评定结果 本组 43 例治疗 30~60 d,平均 47.8 d。均于治疗 1 个疗程后按上述标准评定疗效。结果显示 VAS 评分治疗前为(5.88±1.12)分,末次随访时为(1.36±0.68)分,治疗前与治疗后相比差异有统计学意义($P<0.01$)。患者主观满意度分级:1 级 14 例,2 级 25 例,3 级 3 例,4 级 1 例,5 级 0 例,满意率为 90.7%。治疗前后 ODI 评分的结果显示,ODI 评分总分治疗前为(16.47±3.51)分,治疗后为(5.05±1.99)分,ODI 降低率为(61.2±10.1)%。

4 讨论

最早提出盘源性腰痛概念的是一位英国的学者

Park. 他发现部分腰痛患者在传统影像学检查中(CT或椎管造影)并没有明确的形态改变如疝出或椎管狭窄,患者的腰痛症状不能被很好解释。椎间盘源性腰痛就作为一种可能引起腰痛的机制被提了出来^[2],但这一概念在当时是有一定争议的。近年来为大家所普遍接受的概念是除外影像学检查神经根受压迫的慢性腰背痛,那些由椎间盘本身所致的腰痛即为椎间盘源性腰痛^[3]。

椎间盘源性腰痛的临床表现为反复发作的腰部疼痛,患者常常需要手扶大腿才能坐在椅子上或从椅子上站起。活动后尤其脊柱垂直应力加大后症状加重,长距离行走或久坐后症状加重,卧位休息后常不能立刻缓解。CT与X线有助于判断腰椎间盘突出、腰椎管狭窄、腰椎不稳、腰椎滑脱及骨折、肿瘤等其他病变的存在。MRI检查是诊断椎间盘源性腰痛的有效手段。Aprill和Buduk^[5]报道了椎间盘后纤维环出现的高信号区(high-intensity zone, HIZ)与椎间盘造影激发疼痛有极密切的联系。若腰椎MRI后纤维环中出现HIZ则提示着有意义的腰痛,并且与椎间盘造影后的激发痛一致。因而认为,高信号区(HIZ)是能说明腰痛是由椎间盘本身所引起的^[2]。

中国传统医学认为,腰痛属于“痹证”的范畴。“痹者闭也”,气血运行不畅,产生气滞,气滞则血瘀,从而出现“腰痛拘急,牵引手足”等症状。纤维环的裂隙与椎间盘源性腰痛有着极密切的联系,纤维环在中

(上接第 50 页)

[6] 赵友明,池永龙,徐华梓,等. 桡骨头切除对肘关节远期稳定性影响的临床研究[J]. 温州医学院学报,2006,36(2):137-139.

[7] C. P. Charalambous*, J. K. Stanley, I. Siddique, et al. Radial head fracture in the medial collateral Ligament deficient elbow; biomechanical Comparison of fixation, replacement and excision in human cadavers Injury[J]. Care Injured, 2006,37:849-853.

[8] Justus - Martyn Brinkman, Frank Th G Rahusen, Maarten J de Vos, et al. Treatment of sequelae of radial head fractures with a bipolar radial head prosthesis Good outcome after 1 - 4 years follow - up in 11 patients[J]. Acta Orthopaedica, 2005,76(6):867-872.

[9] Harrington U, Sekyi - Otul. the functional outcome of with metallic radial head implants in the treatment of unstable elbow fractures; a long term review[J]. J Trauma, 2001, 50: 46-52.

[10] Van Glabbeek F, Van Riet R. Current concepts in the treat-

国传统医学中属于“筋”的范畴,肝肾亏虚则筋失所养,筋脉弛缓。腰为肾之府,肝肾不足,血脉不相通调,导致经脉瘀阻,不通则痛,故见腰痛。《诸病源候论·腰脚疼痛候》说:“肾气不足,受风邪之所为也,劳伤则肾虚,虚则受于风冷,风冷与正气交争,故腰脚痛。”因此气滞血瘀,脉络闭阻是本病的主要病机。腰痹通胶囊由三七、川芎、延胡索、白芍、牛膝、狗脊、大黄、独活等组成,具有活血化瘀,祛风除湿,行气止痛之功。用于血瘀气滞、脉络闭阻所致腰痛。本方以活血化瘀为君,行气和血、疏通经络为臣,同时佐以补肝肾、强筋骨的药物,在活血化瘀的同时又加强了生筋健骨的作用,从而达到了标本兼治的目的。此外,牵引治疗还有助于恢复脊柱力学平衡,减轻局部水肿与充血,有效改善局部微循环,消除致痛炎性物质的刺激。本组 43 例盘源性腰痛的患者,经腰痹通胶囊配合骨盆牵引治疗,有效的缓解了腰痛症状,取得了满意的治疗效果(总满意率为 90.7%)。

5 参考文献

[1] Fairbank JC, Pynsent PB. The Oswestry disability index [J]. Spine, 2000, 25 (22): 2940-2952.

[2] 王杨生,陈其昕. 椎间盘源性下腰痛[J]. 颈腰痛杂志, 2003, 24(5): 307-309.

[3] Rankine JJ, Gill KP, Hutchinson CE, et al. The clinical significance of the high-intensity zone on lumbar spine magnetic resonance imaging[J]. Spine, 1999, 24(18): 1913-1920.

(2011-06-21 收稿 2011-08-03 修回)

ment of radial head fractures in the adult; a clinical and biomechanical approach[J]. Acta Orthop Belg, 2001, 67: 430-441.

[11] Van Riet RP, Morrey BF, Van Glabbeek F, et al. Associated injuries complicating radial head fractures; a demographic study[J]. Clin Orthop Relat Res, 2005, 441: 351-355.

[12] Robert W, Wysocki MD, and Mark S. surgical management of radial head fractures[J]. The American journal of orthopedics february, 2007; 64-65.

[13] Job Doornberg MS, Andreas Elsner MD, Peter Kloen, MD, et al. Apparently isolated partial articular fractures of the radial head; Prevalence and reliability of radiographically diagnosed displacement [J]. J Shoulder Elbow Surg, 2007, 16: 603-608.

[14] Shepard MF, Markolf KL, Dunbar AM. Effects of radial head excision and distal radial shortening on load - sharing in cadaver forearms[J]. J Bone Join Surg(Am), 2001, 83(1): 92-100.

(2010-09-18 收稿 2011-01-15 修回)