

# 中药薰蒸配合腰背肌功能锻炼和直腿抬高训练 治疗腰椎间盘突出症术后残余痛

孙晓芬, 吴连国, 陈丽丽, 张艳, 毛应德龙

(浙江中医药大学附属第二医院, 浙江 杭州 310005)

**摘要** 目的: 观察中药薰蒸配合腰背肌功能锻炼和直腿抬高训练治疗腰椎间盘突出症术后残余痛的临床疗效。方法: 2008 年 3 月至 2012 年 3 月, 采用伤骨科Ⅱ号薰蒸配合腰背肌功能锻炼和直腿抬高训练治疗腰椎间盘突出症后路开窗髓核摘除术后残余痛患者 114 例, 男 64 例, 女 50 例。年龄 42~73 岁, 中位数 58 岁。腰痛伴单侧腿痛者 58 例, 腰痛伴双侧腿痛者 34 例; 腰部无症状, 仅出现单侧或双下肢腿痛者 22 例。病程 2 个月至 6 年, 中位数 2 年。参照《中医病证诊断疗效标准》中腰椎间盘突出症的评定标准制定疗效评价标准, 随访观察残余痛消失及患肢功能恢复情况。结果: 所有患者均获得随访, 随访时间 6~13 个月, 中位数 9.5 个月。按疗效评价标准评定疗效, 优 52 例、良 28 例、可 22 例、差 12 例。结论: 伤骨科Ⅱ号薰蒸配合腰背肌功能锻炼和直腿抬高训练治疗腰椎间盘突出症术后残余痛, 疗效满意, 值得临床推广应用。

**关键词** 椎间盘移位 腰椎 残余痛 伤骨科Ⅱ号 薰蒸 腰背肌功能锻炼 直腿抬高训练

腰椎间盘突出症常采用经后路开窗髓核摘除术治疗, 文献报道其远期优良率可达到 80%<sup>[1]</sup>, 但仍有一部分患者术后会遗留腰背部疼痛及小腿疼痛、麻木等。2008 年 3 月至 2012 年 3 月, 我们采用中药薰蒸配合腰背肌功能锻炼和直腿抬高训练治疗腰椎间盘突出症术后残余痛患者 114 例, 疗效满意, 现报告如下。

## 1 临床资料

本组 114 例, 男 64 例, 女 50 例。年龄 42~73 岁, 中位数 58 岁。均为腰椎间盘突出症后路开窗髓核摘除术后残余痛患者。腰痛伴单侧腿痛者 58 例, 腰痛伴双侧腿痛者 34 例; 腰部无症状, 仅出现单侧或双下肢腿痛者 22 例。病程 2 个月至 6 年, 中位数 2 年。

## 2 方法

**2.1 中药薰蒸** 采用伤骨科Ⅱ号薰蒸疼痛部位, 其药物组成: 防风 15 g、艾叶 15 g、伸筋草 20 g、透骨草 20 g、防己 15 g、秦艽 15 g、川牛膝 15 g、独活 20 g、甘草 10 g 等。将上述中药用药袋装好放入 XZQ-Ⅲ型中药薰蒸仪(常州峥嵘医疗器械有限公司生产)中, 加入 1.7~1.8 L 水, 盖好上盖, 接通电源。预热药液后加入 100 g 陈醋、5 g 食盐。将患者疼痛部位置于薰蒸仪上方进行薰蒸, 并根据患者耐受程度调节薰蒸仪温度。每次薰蒸 20~30 min, 每日 1~2 次, 7 d 为 1 个

疗程, 共 2 个疗程。

**2.2 腰背肌功能锻炼和直腿抬高训练** 薰蒸结束后开始进行腰背肌功能锻炼和直腿抬高训练: ①腰背肌功能锻炼。采用五点支撑法。患者取仰卧屈膝位, 以头、双肘、双足跟为支撑点, 使臀部和胸腰部慢慢离开床面, 尽量使腹部与膝关节平齐, 持续 5~10 s 后缓慢放下, 一起一落为 1 组。每次 20~30 组, 每日 1 次, 共锻炼 14 d。②直腿抬高训练。患者取平卧位, 尽量上抬一侧下肢, 维持 1~3 s 后缓慢放下, 换另一侧下肢行直腿抬高, 一起一落为 1 组。每次 10~30 组, 每日 3 次, 共锻炼 14 d。

## 3 结果

**3.1 疗效评定标准** 参照《中医病证诊断疗效标准》中腰椎间盘突出症疗效评定标准<sup>[2]</sup>制定以下标准。优: 术后残余腰腿痛完全消失, 无运动功能障碍, 患者能正常工作和生活; 良: 术后残余腰腿痛基本消失, 劳累或受凉后偶有疼痛或肌紧张, 患者能从事较轻的工作和活动; 可: 术后残余腰腿痛减轻, 肌紧张有所缓解, 患者不能正常工作和生活; 差: 术后残余腰腿痛症状、体征均无改善。

**3.2 疗效评定结果** 本组患者均获得随访, 随访时间 6~13 个月, 中位数 9.5 个月。按照上述标准评定疗效, 本组优 52 例、良 28 例、可 22 例、差 12 例。

## 4 讨论

对于腰椎间盘突出症, 目前尚无统一治疗方案,

多数学者主张采用后路开窗髓核摘除术治疗<sup>[3]</sup>。但朱军方等<sup>[4]</sup>报道,腰椎间盘突出症术后仍有 5% ~ 25% 的患者残余腰腿痛,需要进一步治疗。我们认为腰椎间盘突出症术后残余腰腿痛的原因为:①术中对神经根的牵拉在一定程度上会加剧神经根损伤,而术后神经根炎性反应的消除需要时间;②神经根和窦椎神经受到机械或化学刺激,虽然手术使机械性刺激解除,但神经组织损伤的修复和无菌性炎症的消散需要时间。③术后椎管内血肿、疤痕组织粘连重新压迫硬脊膜或神经根。

中药熏蒸疗法属非手术疗法。早在《内经》中就有“病在骨,淬针药熨,其有邪者,渍形以汗”的记载。《伤寒论》曰:“阳气怫郁在表,当解之薰之。”《圣济总录》指出熏蒸法可以“疏其汗孔,宣导外邪”。笔者认为中药经熏蒸作用于腰腿疼痛部位,可以起到以下作用:①缓解肌肉紧张,解除神经根周围的粘连,软化疤痕组织;②缓解对神经根的化学及自体免疫刺激,消除神经根充血、水肿;③减少炎性渗出,促进炎性致痛因子的吸收<sup>[5]</sup>。笔者采用伤骨科Ⅱ号对疼痛部位进行熏蒸。方中的防风、艾叶祛风除湿、温经通络;防己、秦艽利水消肿、祛风止痛;伸筋草、透骨草引药透入经络血脉,祛风除湿、舒筋活络;牛膝、独活强筋壮

骨、行血散瘀;甘草调和诸药。诸药合用,共奏舒筋活血、祛风除湿、通络止痛之功效。熏蒸后配合腰背肌功能锻炼,可以加强腰背部肌肉力量,恢复肌肉韧带弹性,增强腰部的稳定性;同时配合直腿抬高训练,可以防止神经与周围瘢痕形成粘连,从而可以有效缓解腰腿部疼痛。

本组患者治疗结果显示,中药熏蒸配合腰背肌功能锻炼和直腿抬高训练治疗腰椎间盘突出症术后残余痛,疗效满意,值得临床推广应用。

## 5 参考文献

- [1] 侯树勋,李明全,白巍,等. 腰椎髓核摘除术远期疗效评价[J]. 中华骨科杂志,2003,23(9):513-516.
- [2] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京:南京大学出版社,1994:201-203.
- [3] Rothoerl RD, Woertgen C, Brawanski A. When should conservative treatment for lumbar disc herniation be ceased and surgery considered? [J]. Neurosurg Rev, 2002, 25(3):162-165.
- [4] 朱军方,梅伟,杨豪. 再手术治疗腰椎间盘突出症的临床分析[J]. 中医正骨,2007,19(6):27.
- [5] 史晓林,吴连国,李胜利,等. 伤骨科Ⅱ号对近膝关节损伤术后功能改善的影响[J]. 中国中医骨伤科杂志,2006,14(1):17-18.

(2013-04-30 收稿 2013-05-22 修回)

(上接第 48 页)横形骨折、长螺旋形骨折等需要绝对稳定固定的骨折,则不提倡用 LCP 进行固定;②LCP 复位作用有限,因此骨折的复位最好在钢板插入前完成;③大的蝶形骨折块可以用 1 枚拉力螺丝钉固定,以减小骨折块之间的距离,有利于骨折的愈合;④如果术中骨折间接复位非常困难,可从上臂外侧做小切口辅助复位,也可用克氏针撬拨复位并临时固定;⑤在肱骨中段,桡神经紧贴肱骨后方走行,术中螺钉固定时不要穿透双层骨皮质,以免损伤桡神经;⑥在前臂旋后位时桡神经走向后外侧,所以术中需要助手将患肢前臂维持在旋后位,以降低桡神经损伤的风险;⑦术中分离肌层时动作要轻柔,以减少对神经的机械牵拉。

采用 MIPPO 技术前置 LCP 内固定治疗肱骨干骨折,固定牢固、骨折愈合佳、关节功能恢复好、安全性高,值得临床推广应用。

## 5 参考文献

- [1] Neer CS 2nd. Displaced proximal humeral fractures: part I. Classification and evaluation. 1970 [J]. J Bone Joint Surg, 2006, 442(9):77-82.

- [2] Morrey BF, Bryan RS, Dobyns JH, et al. Total elbow arthroplasty. A five-year experience at the Mayo Clinic [J]. J Bone Joint Surg Am, 1981, 63(7):1050-1063.
- [3] 田观明. 微创经皮插入钢板内固定治疗胫腓骨远端骨折临床观察[J]. 中医正骨, 2011, 23(5):56-57.
- [4] Seide K, Morlock MM, Schumann U, et al. Mechanical effects of the locked screw plate interface in internal fixator osteosyntheses [J]. Trauma Berufskrankh, 1999, 1:320-325.
- [5] 罗从风,姜锐,胡承方,等. 锁定加压钢板微创固定治疗肱骨干骨折的初步报告[J]. 中华创伤骨科杂志, 2006, 8(11):1005-1009.
- [6] Gerwin M, Hotchkiss RN, Weiland AJ. Alternative operative exposures of the posterior aspect of the humeral diaphysis with reference to the radial nerve [J]. J Bone Joint Surg Am, 1996, 78(11):1690-1695.
- [7] 武志兵,王俊生,孙长英,等. 桡神经在臂部的应用解剖[J]. 解剖学研究, 2002, 24(3):217-218.
- [8] 安智全,何小健,曾炳芳. 前置钢板微创固定治疗肱骨干中下段骨折的可行性研究[J]. 中华创伤骨科杂志, 2009, 11(6):520-522.

(2013-01-20 收稿 2013-03-21 修回)