

椎间融合术配合中药外敷治疗退行性腰椎滑脱症

颜 峰

(浙江省台州市中医院, 浙江 台州 318000)

摘 要 目的:观察椎间融合术配合中药外敷治疗退行性腰椎滑脱症的临床疗效。方法:2012 年 5 月至 2014 年 5 月,采用椎间融合术配合中药外敷治疗退行性腰椎滑脱症患者 49 例,男 7 例、女 42 例。年龄 52~68 岁,中位数 57 岁。均为腰椎单节段滑脱,其中 L₃₋₄ 13 例、L₄₋₅ 36 例。合并腰椎关节突增生 20 例、侧隐窝狭窄 29 例。病程 6 个月至 7 年,中位数 2 年。随访观察患者腰椎疼痛改善及功能恢复情况。结果:所有患者均获随访,随访时间 12~30 个月,中位数 20 个月。治疗前腰部疼痛视觉模拟量表评分为(4.87±1.02)分,治疗后为(0.97±0.52)分。治疗前日本骨科学会(Japanese orthopaedic association, JOA)下腰痛评分为(10.43±1.22)分,治疗后为(16.08±2.15)分。参照 JOA 评分改善率评价疗效,临床控制 14 例、显效 22 例、有效 10 例、无效 3 例。结论:椎间融合术配合中药外敷治疗退行性腰椎滑脱症,操作简单、疗效好,可以有效促进腰椎功能恢复,值得临床推广应用。

关键词 腰椎; 脊椎滑脱; 脊柱融合术; 中药疗法

退行性腰椎滑脱症多发于 50 岁以上人群,女性多于男性,常表现为腰痛或下肢疼痛,可严重影响患者的日常生活,临床常采用椎间融合术治疗,虽然能有效缓解疼痛,但效果并不稳定^[1-2]。2012 年 5 月至 2014 年 5 月,我们采用椎间融合术配合中药外敷治疗退行性腰椎滑脱症患者 49 例,并对其临床疗效进行了观察,现报告如下。

1 临床资料

本组 49 例,男 7 例、女 42 例。年龄 52~68 岁,中位数 57 岁。均为浙江省台州市中医院住院患者。均为腰椎单节段滑脱,其中 L₃₋₄ 13 例、L₄₋₅ 36 例。合并腰椎关节突增生 20 例、侧隐窝狭窄 29 例。所有患者均有腰痛、臀部和下肢酸痛及放射痛、间歇性跛行等临床表现。均排除中枢神经系统疾病、严重内科疾病、脊柱肿瘤或结核。病程 6 个月至 7 年,中位数 2 年。

2 方 法

2.1 手术方法 采用全身麻醉,患者取俯卧位。采用腰椎横突体表定位法,穿刺点位于横突中线与上关节突外缘之垂线交点。将克氏针缓慢推向椎体内,C 形臂 X 线机透视确定克氏针位置合适后置入椎弓根螺钉。分离硬膜囊与神经根,暴露椎间隙,切开后纵韧带,清理椎间盘与增生的骨赘,松解椎体周围组织,复位滑脱的椎体。将切除的棘突、椎板制成合适大小的骨粒置入椎间隙,然后置入椎间融合器。C 形臂 X 线机透视确定椎体复位及螺钉位置良好后,常规放置

引流管,逐层缝合切口。

2.2 中药疗法 术后采用中药外敷患处。药物组成:桃仁 10 g,红花 10 g,海桐皮 15 g,海风藤 15 g,三棱 10 g,莪术 10 g,桂枝 10 g,白芷 10 g,细辛 10 g。将上述中药研磨后调为糊状置于纱布中外敷患处,注意避开切口。每日 1 次,1 周为 1 个疗程,连续治疗 2 个疗程。

2.3 疗效评价方法 采用疼痛视觉模拟量表(visual analogue scale, VAS)评价患者腰痛恢复情况。参照日本骨科学会(Japanese orthopaedic association, JOA)下腰痛评分系统评价疗效,改善率 = [(治疗后 JOA 评分 - 治疗前 JOA 评分) / (29 - 治疗前 JOA 评分)] × 100%^[3]。临床控制:疼痛症状和体征消失或无明显症状,改善率 ≥ 75%;显效:疼痛症状和体征明显缓解,50% ≤ 改善率 < 75%;有效:疼痛症状和体征有所好转,25% ≤ 改善率 < 50%;无效:疼痛症状和体征未见明显缓解,改善率 < 25%^[3]。

3 结 果

所有患者均获随访,随访时间 12~30 个月,中位数 20 个月。治疗前 VAS 评分为(4.87±1.02)分,治疗后为(0.97±0.52)分。治疗前 JOA 评分为(10.43±1.22)分,治疗后为(16.08±2.15)分。按上述标准评定疗效,本组临床控制 14 例、显效 22 例、有效 10 例、无效 3 例。典型病例 X 线片见图 1。

4 讨 论

腰椎滑脱症临床较为常见,其发生率约为 4%,

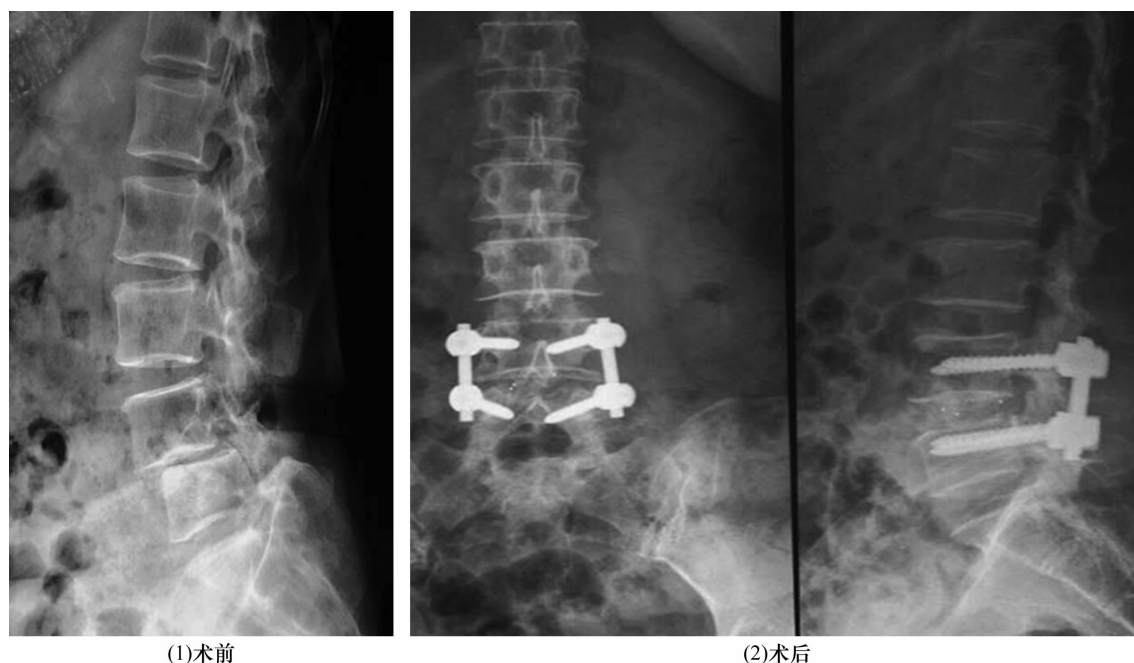


图 1 退行性腰椎滑脱症治疗前后 X 线片

患者,女,62 岁, $L_4\sim_5$ 退行性腰椎滑脱症,采用椎间融合术配合中药外敷治疗

腰椎椎间盘、韧带及关节突关节发生退行性改变均可导致该病^[4-6]。腰腿部疼痛是腰椎滑脱症的主要症状,临床多采用手术治疗,恢复脊柱正常解剖结构,缓解神经压迫,减轻疼痛症状^[7-8]。椎间融合术是治疗腰椎滑脱症的常用方法,通过将病变椎体与邻近正常椎体进行融合,达到恢复椎体正常生理曲度、维持腰椎稳定性等目的。后路椎间融合术能够充分暴露术野,有助于术者操作,但术中需要广泛剥离椎旁肌肉,组织创伤较大,容易导致椎旁肌萎缩或缺血坏死^[9-15]。椎间融合术后软组织损伤的恢复需要一个过程,年龄较大或平时身体素质较差的患者损伤恢复时间更长,因此可配合中药外敷,促进损伤恢复^[16-19]。本组所用中药外敷患处,可以起到补气养血、通络止痛、增强肌力等作用,有助于促进患者康复。

本组患者治疗结果显示,椎间融合术配合中药外敷治疗退行性腰椎滑脱症,操作简单、疗效好,可以有效促进腰椎功能恢复,值得临床推广应用。

5 参考文献

[1] Choi KC, Shim HK, Kim JS, et al. Does pre-existing L5 - S1 degeneration affect outcomes after isolated L4 - 5 fusion for spondylolisthesis[J]. J Orthop Surg Res, 2015, 10:39.
[2] Liang Y, Shi W, Jiang C, et al. Clinical outcomes and sagittal alignment of single-level unilateral instrumented transforaminal lumbar interbody fusion with a 4 to 5-year follow-

up[J]. Eur Spine J, 2015, 24(11):2560 - 2566.
[3] Fitzgerald RH Jr, Kaufer H, Malkani AL. 骨科学[M]. 邱贵兴,译. 北京:人民卫生出版社, 2006:1122 - 1129.
[4] Fujimori T, Le H, Schairer WW, et al. Does transforaminal lumbar interbody fusion have advantages over posterolateral lumbar fusion for degenerative spondylolisthesis? [J]. Global Spine J, 2015, 5(2):102 - 109.
[5] Leute PJ, Hammad A, Hoffmann I, et al. Set screw fracture with cage dislocation after two - level transforaminal lumbar interbody fusion (TLIF): a case report [J]. J Med Case Rep, 2015, 9:22.
[6] Khajavi K, Shen A, Lagina M, et al. Comparison of clinical outcomes following minimally invasive lateral interbody fusion stratified by preoperative diagnosis [J]. Eur Spine J, 2015, 24 Suppl 3:322 - 330.
[7] Koo K, Yi L, Sb T. Lumbar plexopathy following transforaminal interbody fusion: a rare complication [J]. Acta Orthop Traumatol Turc, 2015, 49(1):97 - 102.
[8] Khajavi K, Shen A, Hutchison A. Substantial clinical benefit of minimally invasive lateral interbody fusion for degenerative spondylolisthesis [J]. Eur Spine J, 2015, 24 Suppl 3:314 - 321.
[9] Alijani B, Emamhadi M, Behzadnia H, et al. Posterior lumbar interbody fusion and posterolateral fusion: Analogous procedures in decreasing the index of disability in patients with spondylolisthesis [J]. Asian J Neurosurg, 2015, 10

- (1):51.
- [10] Golinvax NS, Basques BA, Bohl DD, et al. Comparison of 368 patients undergoing surgery for lumbar degenerative spondylolisthesis from the SPORT trial with 955 from the NSQIP database[J]. Spine (Phila Pa 1976), 2015, 40(5): 342 - 348.
- [11] Scheer JK, Auffinger B, Wong RH, et al. Minimally invasive transforaminal lumbar interbody fusion (TLIF) for spondylolisthesis in 282 patients: in situ arthrodesis versus reduction[J]. World Neurosurg, 2015, 84(1): 108 - 113.
- [12] Maruo K, Tachibana T, Inoue S, et al. Unilateral pedicle stress fracture in a long-term hemodialysis patient with isthmus spondylolisthesis [J]. Case Rep Orthop, 2015; 426940.
- [13] Elboghady IM, Naqvi A, Jorgenson AY, et al. Minimally invasive transforaminal lumbar interbody fusion for lumbar spondylolisthesis[J]. Ann Transl Med, 2014, 2(10): 99.
- [14] Sardar Z, Alexander D, Oxner W, et al. Twelve-month results of a multicenter, blinded, pilot study of a novel peptide (B2A) in promoting lumbar spine fusion[J]. J Neurosurg Spine, 2015, 22(4): 358 - 366.
- [15] Parker SL, McGirt MJ. Determination of the minimum improvement in pain, disability, and health state associated with cost-effectiveness: introduction of the concept of minimum cost-effective difference [J]. Neurosurgery, 2015, 76 Suppl 1: S64 - 70.
- [16] Ahmadian A, Bach K, Bolinger B, et al. Stand-alone minimally invasive lateral lumbar interbody fusion: multicenter clinical outcomes[J]. J Clin Neurosci, 2015, 22(4): 740 - 746.
- [17] Sato S, Yagi M, Machida M, et al. Reoperation rate and risk factors of elective spinal surgery for degenerative spondylolisthesis: minimum 5-year follow-up[J]. Spine J, 2015, 15(7): 1536 - 1544.
- [18] Malham GM, Parker RM, Goss B, et al. Clinical results and limitations of indirect decompression in spinal stenosis with laterally implanted interbody cages: results from a prospective cohort study[J]. Eur Spine J, 2015, 24 Suppl 3: 339 - 345.
- [19] Yamashita T, Sakaura H, Miwa T, et al. Modified posterior lumbar interbody fusion for radiculopathy following healed vertebral collapse of the middle-lower lumbar spine[J]. Global Spine J, 2014, 4(4): 255 - 262.

(2015-09-24 收稿 2015-11-18 修回)

《中医正骨》杂志 2014 年重点专栏目录(三)

2014 年第 6 期——颈椎疾患专栏

- 对颈椎病病名的再认识
(述评专家:南方医科大学 李义凯教授)
- 颈椎病治疗方式的合理选择
(述评专家:深圳平乐骨伤科医院 翟明玉教授)
- 韦氏颈椎手法配合中药烫疗治疗神经根型颈椎病的临床研究
- 负重动力位 MRI 在颈椎病诊断中的价值
- 针刺结合超激光治疗寰椎椎动脉沟环所致眩晕
- 高压氧结合牵引、针刺治疗急性颈椎间盘突出症
- 电针疗法联合银质针松解术治疗神经根型颈椎病
- 丁全茂教授治疗神经根型颈椎病的六步治疗法

参考文献著录格式

- [1] 李义凯. 对颈椎病病名的再认识[J]. 中医正骨, 2014, 26(6): 3 - 5.

- [2] 翟明玉. 颈椎病治疗方式的合理选择[J]. 中医正骨, 2014, 26(6): 6 - 9.
- [3] 安连生, 韦坚, 陈升旭, 等. 韦氏颈椎手法配合中药烫疗治疗神经根型颈椎病的临床研究[J]. 中医正骨, 2014, 26(6): 35 - 38.
- [4] 杨静, 张敏, 郭会利, 等. 负重动力位 MRI 在颈椎病诊断中的价值[J]. 中医正骨, 2014, 26(6): 39 - 42.
- [5] 刘才俊, 秦丰伟, 刘洪江, 等. 针刺结合超激光治疗寰椎椎动脉沟环所致眩晕[J]. 中医正骨, 2014, 26(6): 48 - 49.
- [6] 杨军, 周肆华, 许军锋. 高压氧结合牵引、针刺治疗急性颈椎间盘突出症[J]. 中医正骨, 2014, 26(6): 50 - 51.
- [7] 张涛, 王冰. 电针疗法联合银质针松解术治疗神经根型颈椎病[J]. 中医正骨, 2014, 26(6): 52 - 53.
- [8] 安医达, 王莉苏, 丁全祥. 丁全茂教授治疗神经根型颈椎病的六步治疗法[J]. 中医正骨, 2014, 26(6): 73 - 74.

欢 迎 订 阅 欢 迎 投 稿