

后路脊柱内镜下椎间盘髓核摘除术 联合身痛逐瘀汤口服治疗腰椎间盘突出症

郑泉鑫, 皮安平, 潘锰, 于宝新, 王京亮, 何钧儒

(广州市正骨医院, 广东 广州 510030)

摘要 目的: 观察后路脊柱内镜下椎间盘髓核摘除术联合身痛逐瘀汤口服治疗腰椎间盘突出症的临床疗效和安全性。方法: 2014 年 8 月至 2018 年 6 月, 采用后路脊柱内镜下椎间盘髓核摘除术联合身痛逐瘀汤口服治疗腰椎间盘突出症患者 35 例, 男 20 例、女 15 例。年龄 18~55 岁, 中位数 41 岁。均为 L₅S₁ 椎间盘突出症患者, 其中中央型 7 例、旁中央型 25 例、中央型伴椎体后缘钙化 3 例。病程 3~29 个月, 中位数 14 个月。观察腰部疼痛改善、腰椎功能恢复及并发症发生情况。结果: 本组患者均顺利完成手术。腰部疼痛视觉模拟量表评分, 术前(6.46±0.92)分、术后 3 d(3.31±0.87)分、术后 15 d(1.71±0.75)分、术后 6 个月(1.29±0.68)分; Oswestry 功能障碍指数评分, 术前(56.63±5.89)分、术后 3 d(32.43±6.12)分、术后 15 d(19.09±6.37)分、术后 6 个月(12.97±2.93)分。均无神经根损伤等并发症发生。1 例术后 6 个月因疗效不明显, 改行开放手术。结论: 采用后路脊柱内镜下椎间盘髓核摘除术联合身痛逐瘀汤口服治疗腰椎间盘突出症, 能缓解腰部疼痛、促进腰椎功能恢复, 并发症少, 值得临床推广应用。

关键词 腰椎; 椎间盘移位; 椎间盘切除术, 经皮; 身痛逐瘀汤

腰椎间盘突出症是骨科常见病和多发病, 其治疗方法主要分为手术和非手术两大类, 二者各有其优势与不足。脊柱内镜技术是一种介于开放手术与非手术治疗之间的新兴微创技术, 也是近年来治疗腰椎间盘突出症的热点技术^[1]。将局部辨病治疗与整体辨证治疗相结合是中西医结合诊治腰椎间盘突出症的重要方法。为了发挥中西医结合治疗腰椎间盘突出症的优势, 2014 年 8 月至 2018 年 6 月, 我们尝试采用后路脊柱内镜下椎间盘髓核摘除术联合身痛逐瘀汤口服治疗腰椎间盘突出症患者 35 例, 并对其临床疗效和安全性进行了观察, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 35 例, 男 20 例、女 15 例。年龄 18~55 岁, 中位数 41 岁。均为在广州市正骨医院住院治疗的 L₅S₁ 椎间盘突出症患者, 其中中央型 7 例、旁中央型 25 例、中央型伴椎体后缘钙化 3 例。病程 3~29 个月, 中位数 14 个月。

1.2 纳入标准 ①符合《实用骨病学》中腰椎间盘突出症的诊断标准^[2]; ②符合《中医病证诊断疗效标准》中腰痛气滞血瘀型的诊断标准^[3]; ③年龄 18~55 岁; ④影像学显示 L₅S₁ 椎间盘突出; ⑤病史 3 个月以上, 经非手术治疗无效; ⑥愿意接受微创脊柱内镜手术治疗, 签署知情同意书。

1.3 排除标准 ①合并严重心脑血管、肝、肾及造血

系统等疾病者; ②合并急、慢性感染者; ③合并脊柱结核、肿瘤、畸形以及椎间盘髓核游离、马尾神经损伤、椎间盘钙化、椎管骨性狭窄者; ④精神病患者。

2 方法

2.1 手术方法 采用全身麻醉, 患者取俯卧位, 术区皮肤常规消毒铺巾。取后路经皮穿刺椎板间隙入路, 在 C 形臂 X 线机透视下定位 L₅S₁ 椎间隙, 以后正中线偏患侧约 10 mm 处为穿刺点, 由皮肤、深筋膜向患侧关节突内侧及椎板间隙穿刺进针至黄韧带外后, 于穿刺点做一长约 8 mm 的皮肤切口; 用导丝置入穿刺针, 沿导丝用扩张器逐级扩大软组织, 安装工作套管, 放入椎间孔内镜, 连接冲洗系统; 椎间孔镜置入硬膜囊前侧、受压神经根的腹侧, 镜下切除髓核组织和松解神经根; 待清晰见到后纵韧带和神经根周围脂肪组织后, 用双极射频电极进行止血、髓核消融和纤维环热成形; 镜下见硬膜囊自主搏动证明硬膜囊已充分减压, 旋转工作套筒, 仔细探查无脱出髓核残留碎片后, 用生理盐水冲洗, 并退出内镜系统, 缝合切口。

2.2 术后处理 术后常规应用抗生素预防感染; 术后卧床 1~2 d 后佩戴腰围下床活动; 术后 1~3 d 常规给予甘露醇和小剂量激素静脉滴注; 术后 1~2 个月内恢复轻体力工作, 避免腰部剧烈负重运动, 并进行腰背核心肌群锻炼; 术后第 3 天开始口服身痛逐瘀汤, 药物组成: 牛膝 30 g、当归 12 g、川芎 9 g、桃仁 9 g、

红花 9 g、没药 6 g、五灵脂 6 g、秦艽 9 g、羌活 9 g、香附 9 g、地龙 6 g、甘草片 6 g, 上药由本院煎药房代煎, 每日 1 剂, 每剂 2 袋, 每次 1 袋, 早晚各服 1 次, 连续服用 12 d。

3 结果

本组患者均顺利完成手术。腰部疼痛视觉模拟量表评分, 术前 (6.46 ± 0.92) 分、术后 3 d (3.31 ± 0.87) 分、术后 15 d (1.71 ± 0.75) 分、术后 6 个月 (1.29 ± 0.68) 分; Oswestry 功能障碍指数评分^[4], 术前 (56.63 ± 5.89) 分、术后 3 d (32.43 ± 6.12) 分、术后 15 d (19.09 ± 6.37) 分、术后 6 个月 (12.97 ± 2.93) 分。均无神经根损伤等并发症发生。1 例术后 6 个月因疗效不明显, 改行开放手术。典型病例图片见图 1。

4 讨论

腰椎间盘突出症的手术治疗包括开放手术和微创手术 2 种方法。脊柱内镜术具有创伤小、出血少、恢复快、对脊柱稳定性影响小等优点^[5-7]。与传统开放手术相比, 该术可以减少对脊柱肌肉和骨组织的破坏, 保护脊柱的稳定性^[8-9]。对于 L₅S₁ 腰椎间盘突出症者, 因髂嵴位置较高、L₅ 横突较大, 若取经皮侧方椎间孔入路不利于穿刺; 而采用经皮后路椎板间隙入路, 能较顺利穿刺, 且不破坏腰椎稳定性结构, 可在脊柱内镜下摘除突出髓核、松解神经根, 达到术后即刻缓解腰腿痛的目的。滑国田^[10]认为, 采用后路经皮穿刺椎板间隙入路置入脊柱内镜治疗 L₅S₁ 椎间盘突出症, 具有减压直接、并发症少、对腰椎后柱结构破坏小等优点, 短期疗效满意。尽管经皮脊柱内镜术近期疗效满意, 但由于开展时间不长, 仍存在减压不彻底、术后易复发等风险, 其远期疗效尚待进一步观察^[11]。

脊柱微创手术并非是治疗腰椎间盘突出症的终极方法, 术后功能锻炼和中药内服外用对降低术后并发症的发生率及复发率具有非常重要的作用^[12]。而且腰椎间盘突出组织存在再吸收现象, 这也将为腰椎间盘突出症的诊治提供新思路^[13]。本组患者均采用后路脊柱内镜下椎间盘髓核摘除术联合身痛逐瘀汤口服治疗, 将辨病手术靶位治疗与辨证中药整体调理相结合, 在临床取得了满意的疗效。

腰椎间盘突出症属中医“腰腿痛”“痹证”的范畴。其发病病机为肝肾亏虚, 外感风寒湿, 致腰腿气滞血瘀、络脉不通, 而见腰腿痛、双下肢麻木、活动不利等^[14]。《外科证治全书》曰: “诸痛皆由气血瘀滞不通所致”; 《金匱翼》曰: “瘀血腰痛者, 闪挫及强力举重得之, 若一有损伤, 则血脉凝涩, 经络壅滞, 令人疼痛不能转侧, 其脉涩, 日轻夜重者是也。”由此可见, 气滞血瘀、络脉不通是腰腿痛的重要病机。现代流行病学调查也表明气滞血瘀是腰椎间盘突出症的一个重要分型^[15-16]。清代医家王清任《医林改错》中的身痛逐瘀汤正切中这一病机。方中的香附、地龙具有行气活血的功效, 秦艽、羌活祛风湿、通经络, 重用牛膝补益肝肾、活血通经, 当归、川芎、桃仁、红花活血祛瘀、止痛, 没药、五灵脂活血祛瘀、善治血气之痛, 甘草调和诸药; 诸药合用, 共奏行气活血、祛风通络止痛、补肝肾的功效。喻秋萍等^[17]研究认为, 身痛逐瘀汤单独使用或联合其他疗法均能有效缓解腰椎间盘突出症患者的临床症状。于训意等^[18]发现, 采用口服身痛逐瘀汤治疗腰椎间盘突出症的疗效优于单纯西药治疗。冀海源等^[19]研究认为, 硬膜外封闭疗法联合身痛逐瘀汤口服治疗腰椎间盘突出伴继发性椎管狭窄症具有较好的临床疗效, 且疗效优于单纯采用硬膜

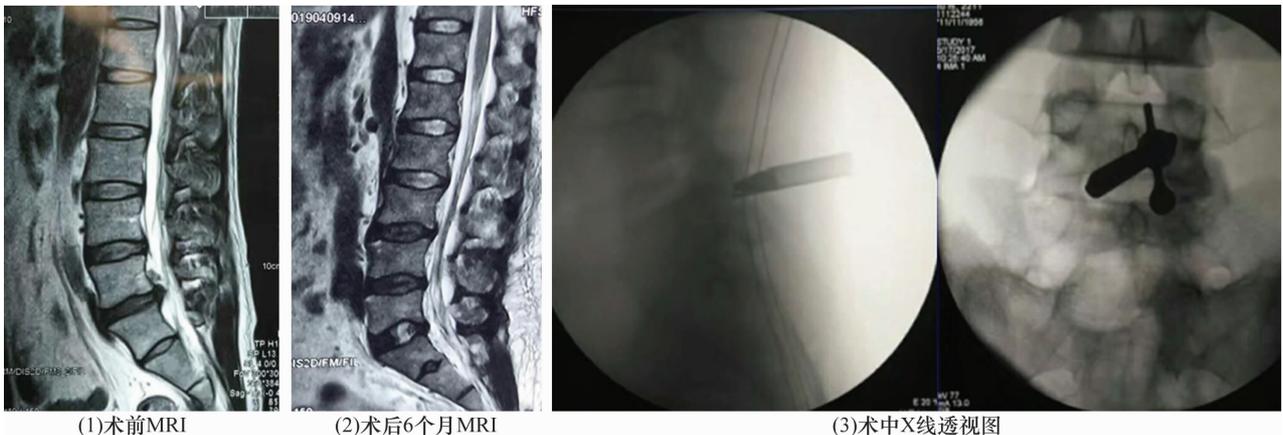


图 1 L₅S₁ 椎间盘突出症脊柱内镜下椎间盘髓核摘除术联合身痛逐瘀汤口服治疗前后图片

外封闭疗法治疗。

微创手术虽创伤小、出血少,但也是一种创伤,可归属古代“金疮”范畴。采用后路脊柱内镜术治疗后多伴局部血肿,必然会加重腰椎间盘突出症气滞血瘀的证候^[20-21]。因此,术后给予具有行气活血、祛瘀止痛的身痛逐瘀汤口服能较好地改善此证候。有研究^[22-23]发现,将活血通络法运用于行经皮脊柱内镜术后的腰椎间盘突出症患者,能提高该病治疗的安全性和有效性。尽管中医药是防治腰椎间盘突出症的一种有效方法,但其方法学质量普遍偏低,循证医学证据的质量等级也不高^[24]。虽然经皮脊柱内镜术配合活血通络类方口服治疗腰椎间盘突出症在临床有不少报道,并取得一定临床疗效,但缺乏大样本、多中心随机对照研究,且其详细机制尚不明确,有待于今后进一步研究。

本组患者治疗结果显示,采用后路脊柱内镜下椎间盘髓核摘除术联合身痛逐瘀汤口服治疗腰椎间盘突出症,能缓解腰部疼痛、促进腰椎功能恢复,并发症少,值得临床推广应用。

5 参考文献

[1] 邹吉林,姜宏,李宇卫,等. 椎间孔镜技术配合消髓化核汤治疗腰椎间盘突出症 50 例[J]. 云南中医中药杂志, 2016,37(11):28-29.

[2] 唐农轩,范清宇. 实用骨病学[M]. 北京:人民军医出版社,2006:56.

[3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 北京:中国医药科技出版社,2012:217.

[4] KIM G M, YI C H, CYNN H S. Factors influencing disability due to low back pain using the Oswestry Disability Questionnaire and the Quebec Back Pain Disability Scale[J]. Physiother Res Int, 2015, 20(1):16-21.

[5] KARAKASLI A, YILDIZ D V, KUMTEPE E, et al. Biomechanical comparison of intact lumbar lamb spine and endoscopic discectomized lamb spine[J]. Eklem Hastalik Cerrahisi, 2013, 24(1):33-38.

[6] 陈之光,付勤. 椎间孔镜经不同入路治疗腰椎间盘突出症的临床进展[J]. 中国骨伤, 2012, 25(12):1057-1060.

[7] 李金盘,王清富,陈铁锋,等. 经皮椎间孔镜腰椎间盘切除术和椎板开窗腰椎间盘切除术治疗腰椎间盘突出症的优劣差异[J]. 中国医药科学, 2019, 9(1):204-207.

[8] 舍炜,陈根元,侯卫华,等. 显微内窥镜下腰椎间盘摘除和传统开放手术治疗腰椎间盘突出症的 Meta 分析[J]. 中国组织工程研究与临床康复, 2010, 14(48):9090-

9094.

[9] 崔维,林欣,王磊,等. 经皮椎间孔镜与开放性手术治疗腰椎间盘突出症的疗效对比[J]. 中国临床医生, 2014, 42(4):60-62.

[10] 滑国田. 脊柱内镜下椎板间隙入路治疗 L₅/S₁ 椎间盘突出症[J]. 中国实用医药, 2016, 11(12):70-71.

[11] 孙根文,塔依尔·阿不都哈德尔. 经皮椎间孔镜技术治疗腰椎病变的研究进展[J]. 中国矫形外科杂志, 2014, 22(5):422-425.

[12] 张宇,简伟,许学猛,等. 脊柱经皮侧后路椎间孔镜配以中药熨敷治疗腰椎间盘突出症的临床疗效分析[J]. 中医药信息, 2015, 32(4):119-121.

[13] 林士明,唐成坤,潘浩. 腰椎间盘突出组织再吸收机制的研究进展[J]. 中医正骨, 2017, 29(4):34-38.

[14] 刘朝圣. 熊继柏教授运用身痛逐瘀汤治疗重度腰椎间盘突出症 60 例临床观察[J]. 湖南中医药大学学报, 2014, 34(1):34-36.

[15] 傅秀珍,陈梦丽,陈少华,等. 腰椎间盘突出症 1294 例中医症候特征及护理探讨[J]. 广东医学, 2013, 34(13):2112-2114.

[16] 杨少锋,郭彦涛,罗振华,等. 长沙市腰椎间盘突出症中医证候研究[J]. 中医正骨, 2016, 28(2):33-35.

[17] 喻秋萍,唐萌芽,王峥嵘,等. 身痛逐瘀汤治疗腰椎间盘突出症的系统评价[J]. 中医正骨, 2016, 28(6):24-27.

[18] 于训意,侯德才. 身痛逐瘀汤治疗腰椎间盘突出症随机平行对照研究[J]. 实用中医内科杂志, 2015, 29(12):29-30.

[19] 冀海源,徐佳. 硬膜外封闭联合身痛逐瘀汤治疗腰椎间盘突出伴继发性椎管狭窄症临床研究[J]. 实用中医药杂志, 2017, 33(11):40-41.

[20] 王佳梅,赵学田. 血瘀型腰椎间盘突出症中医疗法研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2015, 17(11):212-215.

[21] 胡殿磊,胡元春,胡弼尧. 腰椎间盘突出中医治法新论[J]. 世界中西医结合杂志, 2018, 13(6):871-874.

[22] 王官林,李军社,杨利学. 活血化瘀方联合椎间孔镜治疗腰椎间盘突出症的临床效果[J]. 临床医学研究与实践, 2018, 3(29):112-113.

[23] 孙德舜,李庆斌,苏佰芳,等. 经皮椎间孔镜配合活络效灵丹治疗腰椎间盘突出症临床观察[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2014, 22(10):33-35.

[24] 杨敏,蒋立,徐桂华. 中医药治疗腰椎间盘突出症的系统评价/Meta 分析的再评价[J]. 中华中医药学刊, 2016, 34(12):2897-2901.

(收稿日期:2019-04-08 本文编辑:时红磊)