

腰腿痛片治疗腰椎间盘突出症的临床研究

● 赵学田* 李兆文 林俊山 晏上海 陈立雄

摘要 目的:通过腰腿痛片治疗腰椎间盘突出症(LDH)的临床疗效观察,为腰椎间盘突出症寻找一种临床更有效的非手术疗法。方法:将符合标准的 60 例患者随机分为治疗组(腰腿痛片)与对照组(腰痛宁胶囊)各 30 例,以肿瘤坏死因子 α (TNF- α) 及 JOA 制定的下腰痛评分作为观测指标。结果:1. TNF- α 、JOA 制定的下腰痛评分在两组治疗前比较差异均无显著性意义($P>0.05$),各自治疗前后对比差异均有显著性意义($P<0.05$);两组之间治疗后比较差异均有显著性意义($P<0.05$);2. 临床疗效:治疗后比较差异有显著性意义($P<0.05$),治疗组优于对照组。结论:腰腿痛片治疗腰椎间盘突出症临床疗效显著,值得临床推广应用。

关键词 腰腿痛片 腰椎间盘突出症 肿瘤坏死因子 α

近年来,腰椎间盘突出症(LDH)的发病率呈现逐渐上升趋势,特别是肾虚血瘀型 LDH 患者上升更明显,国内外学者对其发病机制及治疗方法也颇多,如针灸、牵引、药物内服等。据报道,LDH 患者血清中肿瘤坏死因子 α (TNF- α) 的水平与正常人相比有显著升高,且疼痛程度与血清中 TNF- α 数值呈正相关性^[1]。本文采用本院制剂腰腿痛片治疗 LDH,观察血清中 TNF- α 的水平变化及临床疗效,为临床上 LDH 患者提供一种更有效的非手术疗法。

1 资料与方法

1.1 研究对象 本课题自 2010~2011 年共收治的 60 例 LDH 的患者,均来自漳州市中医院康复科病房。按照随机数字法,分为治疗组和对照组。治疗组 30 例,其中男 16 例,女 14 例,平均年龄 42.87 ± 8.80 岁;对照组 30 例,其中男 15 例,女 15 例,平均年龄 43.00 ± 8.25 岁。两组的性别、年龄比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

*** 作者简介** 赵学田,男,主任医师,硕士研究生导师。主要从事针灸推拿的临床研究。

• 作者单位 福建省漳州市中医院(363000)

1.2.1 中医诊断标准 参照 1996 年国家中医药管理局《中医病症诊断与疗效标准》中腰椎间盘突出症诊断标准:(1)气滞血瘀型:有明显外伤史,伤后即感腰部不能活动,疼痛难忍,舌质紫暗,脉涩或弦数;(2)风寒湿型:无明显外伤史,伤后即感腰腿部重着疼痛,转侧不利,渐渐加重;遇天气普通化时,则疼痛加重,舌苔白腻,脉沉缓;(3)肾虚型:患者素体禀赋不足或长期患有慢性病,以致肾脏精血亏损,无以滋养经脉,以致要疼痛,酸重无力,连绵数年,时轻时重。

1.2.2 中医辨病依据 根据中药新药治疗 LDH 的临床研究指导原则^[2]、《常见疾病的诊断与疗效判定(标准)》制定:(1)有腰部慢性损伤史;(2)腰痛伴一侧坐骨神经痛;(3)腰椎侧凸畸形,生理前凸消失,活动受限,棘突旁压痛并放射至下肢;(4)直腿抬高试验及加强试验(+),屈颈试验、颈静脉压迫试验、仰卧挺腹试验(+);(5)神经系统检查示膝腱、跟腱反射减弱,下肢皮肤节段分布区感觉过敏或迟钝,拇趾背伸或屈力减弱;(6)X 线片可见椎间隙变窄、椎缘增生,脊柱侧凸,前凸消失,并除外其他疾病;或脊髓造影见硬膜前方有压迹缺损;(7)腰椎 CT 或 MRI 检查提示腰椎间盘突出。

1.3 纳入标准 (1)符合以上诊断标准;(2)确诊为

腰椎间盘突出症的患者;(3)年龄 20~60 岁;(4)患者均知情同意。

1.4 排除标准 (1)合并有严重的内脏病变者或其它严重代谢异常疾病患者;(2)腰椎肿瘤、腰椎椎弓峡部裂、腰椎滑脱、梨状肌综合征、结核、骨折、骶髂关节病变及 CT 或 MRI 示髓核脱垂或压迫马尾神经,X 片示腰椎不稳等患者。(3)试验前 3 周接受过免疫抑制剂、肾上腺皮质激素局部或全身治疗者,孕妇、哺乳期妇女。

1.5 治疗方法 采用随机原则将 60 例 LDH 的患者随机分为两组,各为 30 例。(1)治疗组:腰腿痛片,每次 6g(4 片),每日 3 次,口服(饭后服用),20 天为 1 疗程。(2)对照组:腰痛宁胶囊,每次 1.8g,每日 1 次,口服(饭后服用),20 天为 1 疗程。

1.6 观察指标 入选病例治疗前 1 天及 2 疗程后分别抽空腹静脉血 3ml,用 T-6000 雷杜全自动酶标分析仪测定血清中肿瘤坏死因子 α 含量。采用日本骨科学会(JOA)制定的下腰痛治疗评价标准中的评分表进行评定计分,依据患者的自觉症状、体征、日常生活动作及膀胱功能在患者 2 个疗程前后量表最低得分 0 分,最高得分 29 分。

1.7 疗效标准 参照中药新药治疗 LDH 的临床指导原则^[2]:(1)治愈:腰腿痛等自觉症状消失,直腿抬高试验阴性,恢复正常工作;(2)显效:腰腿痛等自觉症状基本消失,直腿抬高试验接近 70°,基本恢复工作;(3)有效:症状部分消失,活动轻度受限,直腿抬高试验较治疗前改善,可担任较轻工作;(4)无效:症状、体征无改善,不能胜任工作。

1.8 统计学处理 采用 spss16.0 软件包进行统计处理,计数资料采用 Wilcoxon 检验;计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,进行自身配对 t 检验、组间 t 检验。

2 结果

2.1 两组治疗前后对肿瘤坏死因子 α 的影响 两组各自治疗前后对比,差异有显著性意义($P < 0.05$);两组治疗前比较,差异无显著性意义($P > 0.05$);两组治疗后比较,差异有显著性意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组治疗前后外周血清中 TNF- α 的变化比较($\bar{x} \pm s$, pg/ml)

组别	例数(n)	治疗前	治疗后
治疗组	30	15.44 \pm 3.30 [*]	10.31 \pm 2.88 ^{△△}
对照组	30	16.79 \pm 3.46	11.94 \pm 2.92 [△]

注:与治疗前对比,[△] $P < 0.05$;与对照组比较,^{△△} $P < 0.05$,^{*} $P > 0.05$ 。

2.2 两组治疗前后对 JOA 评分表评分的影响 两组各自治疗前后对比,差异有显著性意义($P < 0.05$);两组治疗前比较,差异无显著性意义($P > 0.05$);两组治疗后比较,差异有显著性意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后 JOA 评分的变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数(n)	治疗前	治疗后
治疗组	30	12.50 \pm 2.62 [*]	23.87 \pm 3.79 ^{△△}
对照组	30	12.77 \pm 2.75	21.93 \pm 3.19

注:与治疗前对比,[△] $P < 0.05$;与对照组比较,^{△△} $P < 0.05$,^{*} $P > 0.05$ 。

2.3 两组临床疗效比较 两组临床疗效对比,差异有显著性意义($P < 0.05$),治疗组优于对照组。见表 3。

表 3 两组临床疗效比较(n·%)

组别	例数(n)	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	14	10	5	1	96.7
对照组	30	8	11	4	5	93.3

注:经非参数检验,与对照组比较, $P < 0.05$ 。

3 讨论

中医学认为 LDH 属“腰痛病”的范畴,《诸病源候论·腰脚疼痛候》云“肾气不足,受风邪之所为也,故腰脚痛。”说明由于风寒湿三气杂至,侵袭人体,流注经络、关节导致营卫不得宣通,脉络不畅,气血凝滞,不通则痛;明·张景岳认为“腰痛者虚证十之八九”,“凡病腰痛者,多由其阴不足,最宜培补肾气为主。”基于中医学对腰腿痛的认识,笔者认为其病理本质为本虚标实,以肝肾亏虚为本,经脉痹阻、气血运行不畅为其标。根据中医标本兼治的原则,治以补肝肾、强筋骨、活血通络止痛。

西医认为,椎间盘退行性改变或损伤及周围软组织炎性反应是腰痛的来源,而游离的髓核刺激神经产生化学性神经根炎是造成坐骨神经痛的主要原因^[3]。TNF- α 是一种主要由巨噬细胞和单核细胞产生的促炎细胞因子,并参与正常炎症反应和免疫反应,可刺激炎症细胞的聚集、激活炎症递质的释放,说明抑制 LDH 的炎性和免疫反应可能是非手术治疗 LDH 的机制和有效途径之一,这为临床上诊治 LDH 提供了一种新的检测指标。

(下转第 62 页)

的扩张,防止血管渗透性增加导致的渗出液积累和细胞浸润,达到消肿作用^[8]。

去腐生肌膏本院自制的外用药。其主药为当归、黄芪、升龟板、紫草、血余炭、生地、生炉甘石、生石膏以及白蜡等,其中有除湿收敛以及去腐生肌的功能成分主要为炉甘石、血竭、生石膏以及珍珠层粉^[9]。黄芪有补气升阳、托毒生肌的功能,当归具有活血补血以及行气的作用,有去腐提脓、补气生血的功能;有研究表明在肉芽组织生长时,外用去腐生肌膏治疗,有助于肉芽组织的生长^[10]。

糖尿病足筋疽的治疗过程中,既要重视中西医、内外科结合,也要重视局部与全身结合,根据创面的具体情况,掌握其辩证分期,灵活的应用中药剂型非常重要,剂型选择不当可能造成伤口的恶化。在伤口分泌物多时,选用水剂、湿敷剂;修复期则用膏剂,膏剂其油性成分对肉芽生长有利,能为创口提供湿润的环境,有利于细胞的再生。名老中医李竞教授擅长疮疡中西医结合外治法,在糖尿病足坏疽的外治方法中提出了“给邪出路、去腐生肌”的治疗原则^[11],奚氏认为有效治疗糖尿病足筋疽的关键—清湿解毒,祛邪为先^[12]及早行清创术。由此可见急性期的治疗对患肢的保全相当重要。

本研究在伤口的不同分期应用几种药物联合应用,增加所配伍药物的疗效,以适应伤口的复杂性。在急性期对创口及时清创引流,局部应用清热解毒中药,创面破溃处用双黄连粉针有利于保持创面洁净透气,给邪出路;创周用膏剂箍围消肿,使炎症局限,进一步制止筋损肉腐,减少毒邪旁窜。两者联合应用相辅相成,患足红肿消退明显减退(一般 3~5 天)。在祛腐生肌期,外用祛腐生肌膏;恢复期以促进生肌和

表皮的生长为主。同时早期要注意保持创面的干燥,防止湿邪旁窜,后期保持创面湿润。总之,中西医结合分期护理奚氏糖尿病足筋疽效果明显,特别是急性期应用清法,患足红肿消退时间的明显缩短,对防止病情的进一步恶化起到举足轻重的作用。但本研究在好转缓解期的观察尚有不足之处,可在今后工作中进一步进行研究。

参考文献

- [1]方豫东,曹烨民,吴伟达,等.奚氏清法治疗糖尿病足筋疽 187 例[J].中国中西医结合外科杂志,2008,14(1):68-69.
- [2]张东萍,奚九一.糖尿病足的中医药治疗[J].中华实用中西医结合杂志,2004,17(24):3772-3773.
- [3]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[S].第 3 辑.金盾出版社,1997:30.
- [4]林毅,蔡炳勤.专科专病中医临床诊治丛书—外科专病中医临床诊治[M].第 2 版.北京:人民卫生出版社,2005:225-252.
- [5]徐丽英,奚九一.清创外治糖尿病足 60 例体会[J].蚌埠医学院学报,2006,31(1):67-68.
- [6]程慧,宋新波.双黄连粉针及其有效成分的抗菌作用比较[J].现代中药研究与实践,2011,25(6):44-46.
- [7]程会娟,齐增平,王玉玲,等.如意金黄散治疗 5-氟尿嘧啶静脉炎的效果观察与护理[J].中国误诊学杂志,2012,12(6):1309.
- [8]陈林娟,王斯萌.论加味金黄膏在骨科临床的应用[J].中国中医药现代远程教育,2011,9(6):68-69.
- [9]李群康,杨权光,梁伟军,等.祛腐生肌膏促进创伤感染创面愈合的作用分析[J].中医临床研究,2012,4(10):84.
- [10]刘晓霞,魏爱生,林旋,等.玉红膏外敷治疗糖尿病足祛腐生肌期疗效观察[J].新中医,2012,44(2):43-44.
- [11]李竞.糖尿病足病因病机及治疗方法探讨—糖尿病足坏疽的外治方法[J].中国中西医结合杂志,2000,20(6):405.
- [12]吴伟达,奚九一.清法治疗糖尿病足—附 33 例报告[J].中国中西医结合外科杂志,2000,6(3):167-168.

(上接第 59 页)

腰腿痛片为本院自制制剂,方中续断、杜仲能补肝肾、强筋骨治其本;蜈蚣、独活、威灵仙、两面针通络止痛治其标;另配土鳖虫、乳香、没药、归尾于方剂中,以增强活血通痹止痛之力,从而获得良好的止痛效果。

本研究观察表明,患者的自觉症状、体征及日常生活能力及生化指标肿瘤坏死因子均改善明显,且治疗组疗效明显优于对照组($P < 0.05$),具有一定临床推广意义,值得进一步研究探讨。

参考文献

- [1]于杰,朱立国,高景华,等.腰椎间盘突出症患者血清白介素 1 β 及白介素 6 和肿瘤坏死因子 α 变化与渗湿通络法治疗的影响[J].中国组织工程研究与临床康复,2008,12(7):1221-1224.
- [2]中药新药治疗腰椎间盘突出症的临床指导原则(草案)[J].中国中医骨伤科杂志,1995,3(5):52-53.
- [3]邢庆昌,张建福.腰腿痛胶囊治疗腰椎间盘突出症的实验研究及病理组织学观察[J].科学技术与工程,2009,9(7):1850-1854.