

中医综合保守疗法治疗退行性腰椎滑脱症 61 例临床观察

杨克新 高春雨* 朱立国 冯敏山

中国中医科学院望京医院, 北京市朝阳区花家地街, 100102

基金项目: 中国中医科学院第三批中医优势病种临床研究项目(CACMS08Y0014)

* 通讯作者: gaochunyu8526@sina.com, 13811373637

[摘要] 目的 观察中医综合保守疗法治疗退行性腰椎滑脱症的临床疗效。方法 将 121 例退行性腰椎滑脱症患者随机分为中医组 61 例和西医组 60 例, 中医组采用中药颗粒剂内服治疗、手法治疗和练功, 西医组口服氨基糖美辛胶囊、腰部牵引、佩戴腰围, 两组共治疗 2 周。于治疗前后、随访时(疗程结束后 1 个月)进行 JOA 评分和 VAS 评分, X 线测定平行、角度位移, 于治疗前后各检查 1 次, 并观察临床疗效。结果 两组在 VAS 评分及 JOA 评分上, 治疗后及随访时与治疗前比较均明显降低($P < 0.01$)。中医组治疗后和随访时总有效率分别为 93.5%、95.1%, 西医组治疗后和随访时总有效率均为 81.7%, 中医组疗效优于西医组($P < 0.01$)。两组患者治疗前后滑脱腰椎平行位移及角度位移比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 中医综合保守疗法治疗退行性腰椎滑脱症疗效肯定, 并且优于西医综合保守疗法。

[关键词] 中医综合保守疗法; 退行性腰椎滑脱症; 临床疗效

A Clinical Observation of TCM Comprehensive Conservative Therapy for 61 Cases of Degenerative Spondylolisthesis

YANG Kexin, GAO Chunyu, ZHU Ligu, FENG Minshan

(Wangjing Hospital of China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100102)

ABSTRACT **Objective** To observe the therapeutic effect of TCM comprehensive conservative therapy for degenerative spondylolisthesis. **Methods** Totally 121 cases of degenerative spondylolisthesis were randomized into the TCM group and western medicine (WM) group, with 61 and 60 in each. The TCM group was treated with TCM granules, manual therapy and exercises. The WM group was treated with Glucosamine Indomethacin Capsules, waist traction and wearing waist trimmer belt. Both groups were treated for 2 weeks. The Japanese Orthopaedic Association (JOA) scoring system and Visual Analogue Scale (VAS) was marked before and after treatment and during the follow-up (one month after the end of treatment). The parallel and angular displacement was checked by X-ray determination once before and after treatment. The therapeutic effect was observed. **Results** The VAS scores and JOA scores were significantly decreased in both groups after treatment and during the follow-up ($P < 0.01$). The total effective rate after treatment and during the follow-up was 93.5% and 95.1% in the TCM group, while 81.7% and 81.7% in the WM group, with a significant difference between groups ($P < 0.01$). There was no significant difference between before and after treatment in the parallel and angular displacement of spondylolisthesis in both groups ($P > 0.05$). **Conclusion** TCM comprehensive conservative therapy is effective for degenerative spondylolisthesis with a better therapeutic effect than WM conservative therapy.

Keywords TCM comprehensive conservative therapy; degenerative spondylolisthesis; therapeutic effect

退行性腰椎滑脱症是导致腰腿痛常见的病因之一, 严重影响了人们日常生活和活动, 愈来愈引起人们的关注。国内外众多学者研究发现, 非手术疗法是治疗本病的主要手段^[1-3], 而在多年的临床实践中, 我们也充分认识到中医综合疗法在治疗上的巨大优势。因此, 我们分别采用中医综合保守疗法与常规西医综合保守疗法进行对比研究, 观察中医综合保守疗法的临床疗效, 现报告如下。

1 资料

1.1 一般资料

121 例病例来自 2008 年 8 月至 2011 年 8 月在中

国中医科学院望京医院(41 例)、北京电力医院(40 例)、北京中医药大学附属护国寺中医医院(40 例)门诊就诊的退行性腰椎滑脱症患者。利用中央随机系统将患者分为中医组 61 例、西医组 60 例。中医组中男 19 例, 女 42 例; 平均年龄(58.75 ± 5.93)岁; 平均病程(42.61 ± 7.53)天。西医组中男 17 例, 女 43 例; 平均年龄(56.58 ± 7.11)岁; 平均病程(41.31 ± 6.29)天。两组患者年龄、病程、性别等一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

西医诊断标准参照 Willis 的退行性腰椎滑脱症

的诊断标准^[4]: ①腰痛伴臀部疼痛、下肢疼痛和麻木。②X 线示腰椎退行性改变(牵拉性骨刺、椎间隙狭窄、小关节增生);无峡部断裂。③腰椎平行滑移大于 2 mm。④腰椎旋转角度大于 2°。具备①、②和③或④即可诊断。中医诊断标准参照《中医病证诊断疗效标准》^[5]:腰部酸痛,腿膝无力,遇劳更甚,卧则减轻,舌质淡或暗紫,苔黄腻或白腻,脉弦紧或沉细。属于中医“痹证”、“腰痛”的范畴,证型为肝肾亏虚、痰瘀互结。

1.3 纳入标准

- ①符合上述诊断标准者;②年龄 40~65 岁;
③自愿参加试验,并签署知情同意书。

1.4 排除标准

- ①先天性脊柱病变等造成的真性滑脱;②脊柱感染、创伤骨折、肿瘤、结核、骨质疏松造成的滑脱;③合并严重心、脑血管、肝肾和造血系统、内分泌系统疾病;④精神疾病或老年痴呆患者;⑤手法部位有严重皮肤损伤或皮肤病者;⑥消化道溃疡患者。

2 方法

2.1 治疗方法

2.1.1 中医组采用中医综合保守疗法 内服中药处方:当归(批号:12040017)15 g,川芎(批号:12100270)15 g,延胡索(批号:12090291)10 g,白芍(批号:12120007)15 g,牛膝(批号:12120040)10 g,狗脊(批号:12030256)10 g,独活(批号:12110015)10 g,威灵仙(批号:12110020)10 g,鸡血藤(批号:12100277)30 g,苏木(批号:11100304)10 g,僵蚕(批号:11120048)10 g,三七粉(批号:1301086)3 g。中药颗粒均购自四川新绿色药业科技发展股份有限公司,口服,每日 1 剂,早晚分服,共 2 周。

手法治疗:以坐姿旋转治疗法为主要治疗手法^{[6]48}。①晃腰推拿法:患者俯卧,全身放松,医生双手置脊柱两旁,骶棘肌表面,由表及里,由接浅入深,有节奏的推揉骶棘肌,同时使腰段脊柱左右晃动,其作用为放松肌肉,解除肌肉痉挛,达到活血化瘀、疏通经络、解痉止痛的目的。②循经点穴法:沿足太阳膀胱经、夹脊穴部位,医生用双手拇指由上至下进行按压,点按同时用肘压法按压腰部压痛点、环跳、承扶、委中、承山等穴位反复数次,以改善组织血液循环,舒经活血,使之“通则不痛”。③坐姿旋转治疗:患者坐于特制的治疗椅上(图 1),腰部放松,固定患者的双下肢,术者一手顶住腰椎滑脱处的棘突,另一手从患者一侧的腋下穿过,按住对侧的肩部,分

三步完成这个动作。先令患者慢慢作脊柱前屈,当前屈至拇指下感到棘突间隙张开时,即稳住在此幅度,再嘱患者向此侧作最大幅度的脊柱旋转。最后术者将按住肩部的手屈曲旋转患者腰部,另一拇指顶推滑脱椎体的棘突,使滑脱处腰椎作最大旋转,此时常能听到“卡嗒”声。术者按住棘突的拇指下也感到棘突跳动。此手法利用腰椎在运动中暂时失稳的情况下,加以旋转扳动,使相邻的椎体恢复正常解剖位置。在实施手法的过程中应当做到“知其体相,识其部位”,“巧生于内,手随心转”,切记粗暴、盲目。④团身放松:患者仰卧,嘱其屈髋屈膝,术者用前臂及手使患者大腿前侧紧贴胸腹,并分别左右及头尾各晃动 6~7 次,并嘱其抱膝约 2 min。手法治疗每周 3 次,每次 20 min,共 2 周。

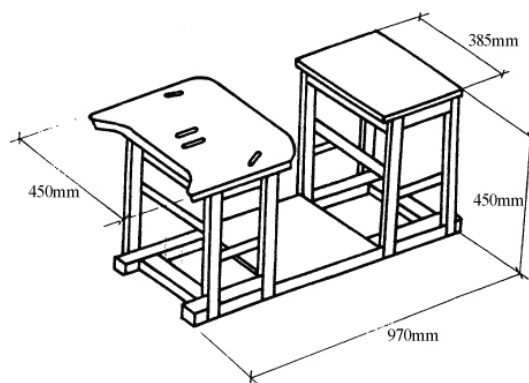


图 1 坐姿旋转治疗椅

练功:团身滚腰^{[6]139}:仰卧位,双下肢屈曲,大腿尽量贴近胸腹部,双手抱住膝部,把身体蜷曲成团状,腰背部着床,呼吸舒缓,在床上向前后微微滚动。仰卧,保持屈曲双腿的姿势,前后滚动 10~20 次。练功每日 2 次,共 2 周。

2.1.2 西医组采用西医综合保守疗法 ①药物治疗:口服氨糖美辛胶囊[葵花药业集团(衡水)得菲尔有限公司,国药准字 H20080436,每粒含吲哚美辛 25 mg 和盐酸氨基葡萄糖 75 mg],每次 0.2 g,每日 2 次,共 2 周。②腰围制动:选用合适的普通腰围,活动时佩戴,共 2 周。③腰部牵引^[7]:将上肢吊带从患者的后背经两腋下向上分别挂钩在床头的 T 字架上,将腰部牵引带自患者的后腰部向前捆绑,并根据患者的腰围,调整腰部牵引带两片间的距离,然后扣紧(牵引床采用日本欧技科研公司制造的三捷牌 0L-2000 型电脑牵引床)。牵引重量为 26~30 kg,每日 1 次,每次 30 min,共 2 周。

2.2 观察指标及方法

2.2.1 症状体征评分 参照《腰痛治疗成绩判定基

准》^[8]中 JOA 下腰痛评分表(JOA 评分)进行评分,症状体征总积分为 29 分。于治疗前后、随访时(疗程结束后 1 个月)进行观察。

2.2.2 腰部疼痛评分 采用美国国家卫生研究院临床研究中心视觉模拟标尺法(VAS 评分)^[9]观察腰部疼痛积分。于治疗前后、随访时(疗程结束后 1 个月)进行观察。

2.2.3 X 线测定平行、角度位移 测量方法:滑脱椎体后缘与上一椎体后下缘至下一椎体后上缘连线所成的角,即腰椎旋转角度。两线平行则测量其距离,即腰椎平行前移度(腰椎侧位片)。于治疗前后各检查 1 次。

2.3 疗效判定标准^[10]

临床控制:症状体征消失或基本消失,疗效指数 $\geq 75\%$ 。显效:症状体征明显改善,疗效指数 $50\% \sim 74\%$ 。有效:症状体征均有好转,疗效指数 $25\% \sim 49\%$ 。无效:症状体征无明显改善,疗效指数 $< 25\%$ 。疗效指数=(访视积分-原始积分)/(总积分-原始积分) $\times 100\%$ 。原始积分:患者初始就诊治疗前的症状体征积分之和。访视积分:患者治疗及随访期间各访视时间点的症状体征积分之和。

2.4 统计学方法

应用 SPSS 17.0 统计软件进行统计学处理分析。所有计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,计

表 1 两组患者不同时间 VAS 评分及 JOA 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	VAS 评分	JOA 评分
中医组	治疗前	61	6.82 $\pm$ 0.16	11.61 $\pm$ 0.60
	治疗后	61	2.07 $\pm$ 0.15*	23.67 $\pm$ 0.53*
	治疗前后差值	61	-4.75 $\pm$ 0.21 Δ	12.07 $\pm$ 0.47 Δ
	随访时	61	1.59 $\pm$ 0.15*	24.43 $\pm$ 0.48*
	随访与治疗前差值	61	-5.23 $\pm$ 0.21 Δ	12.82 $\pm$ 0.47 Δ
西医组	治疗前	60	6.55 $\pm$ 0.15	12.67 $\pm$ 0.51
	治疗后	60	3.12 $\pm$ 0.14*	22.08 $\pm$ 0.45*
	治疗前后差值	60	-3.23 $\pm$ 0.19	9.42 $\pm$ 0.53
	随访时	60	3.32 $\pm$ 0.20*	22.37 $\pm$ 0.45*
	随访与治疗前差值	60	-3.23 $\pm$ 0.24	9.70 $\pm$ 0.56

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.01$;与西医组同差值点比较, $\Delta P < 0.01$

量资料用 t 检验,计数资料用卡方检验。

3 结果

3.1 两组患者不同时间 VAS 评分及 JOA 评分比较

表 1 示,两组在 VAS 评分及 JOA 评分上,治疗后及随访时与治疗前比较均明显降低,差异有统计学意义($P < 0.01$);中医组 VAS 评分及 JOA 评分治疗前后差值、随访与治疗前差值与西医组比较,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。

3.2 两组患者治疗前后滑脱腰椎位移比较

表 2 示,两组患者治疗前后滑脱腰椎平行位移及角度位移比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表 2 两组患者治疗前后滑脱腰椎位移比较(mm, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	平行位移	角度位移
中医组	治疗前	61	3.49 $\pm$ 0.22	3.66 $\pm$ 0.20
	治疗后	61	3.46 $\pm$ 0.22	3.57 $\pm$ 0.20
西医组	治疗前	60	3.68 $\pm$ 0.25	3.77 $\pm$ 0.27
	治疗后	60	3.66 $\pm$ 0.24	3.73 $\pm$ 0.27

3.3 两组患者不同时间临床疗效比较

表 3 示,两组治疗后及随访时中医组疗效明显优于西医组,差异具统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。

4 讨论

西医认为关节突骨关节炎与椎间盘退变所导致的不稳是引起本病发生的主要原因^[11]。中医将退行性腰椎滑脱症归属于“痹证”、“腰痛”范畴,认为肝肾亏虚致使脾运失调,津液运化失常而生痰湿,痰湿留于经脉而致气滞血瘀,瘀滞又会进一步加重运化失调,致使痰湿更重,二者相互影响,形成恶性循环链,共同影响气血的运行,不通则痛,因此其主要证型为肝肾亏虚、痰瘀互结之痹证。退行性腰椎滑脱症是一种慢性病理过程,临床治疗多采用保守疗法^[2],其中中医推拿手法、药物内服及练功等均为临床上常用手段^[12]。本研究中医组口服中药中当归味辛甘温,破瘀血,生新血;川芎味辛温,为血中气药,性善走窜,能行气活血,调众脉,破瘀结宿血,与当归合用共奏活血行气、疏通血脉之功;延胡索、白芍缓急止痛,治腰腿痛之标;牛膝性善下行,开泻宣

表 3 两组患者不同时间临床疗效比较[例(%)]

组别	时间	例数	临床控制	显效	有效	无效	总显效	总有效
中医组	治疗后	61	12(19.7)	12(19.7)	33(54.1)	4(6.6)	24(39.3)	57(93.4)
	随访时	61	16(26.2)	10(16.4)	32(52.5)	3(4.9)	26(42.6)	58(95.1)
西医组	治疗后	60	4(6.7)	5(8.3)	40(66.7)	11(18.3)	9(15.0)	49(81.7)
	随访时	60	4(6.7)	4(6.7)	41(68.3)	11(18.3)	8(13.3)	49(81.7)

通,导邪下行,善治下部疾患;狗脊补肝肾,强筋骨,壮腰膝;独活、威灵仙祛风湿,通经络;鸡血藤性苦甘温,入肝、肾经,补血活血,舒筋通络,治腰膝酸痛麻木。苏木甘咸辛凉,入三阴血分,行血祛瘀,发散表里风气。僵蚕辛咸微温,僵而不腐,能祛风化痰通络。三七味甘苦,可散瘀定痛。全方合用,共奏补益肝肾、活血、祛瘀、化痰之功。坐姿旋转治疗法为中国人民解放军空军总医院冯天有教授所创立的正骨手法之一,通过两组患者治疗前后 X 线滑脱腰椎平行位移及角度位移的比较,可见本手法并不以复位作为主要目标,而是于坐位旋转,使腰椎在前屈旋转失稳的状态下定点调整局部结构,改善腰椎力线、增加椎管有效容积,达到重建腰椎的动态平衡,进而缓解临床症状,改善患者生活质量的目的。练功是治疗退行性腰椎滑脱的一个重要手段和有效因素。有研究表明^[12],坚持练功可以增强腹肌,牵伸骶棘肌及腰骶区韧带,有助于减少骨盆前倾角及腰椎前凸,从而促进滑脱的腰椎整复归位。我们在正骨手法及练功的基础上加以中药口服,诸法合用,应可起到“筋骨并重”、“内外兼治”的效果。

本研究结果显示,中医综合保守疗法在治疗退行性腰椎滑脱症上的临床疗效优于西医综合保守疗法,且在 1 个月后的随访中,仍有较好疗效。两组在 VAS 评分及 JOA 评分上,治疗后及随访时与治疗前比较均明显降低($P < 0.01$);中医组 VAS 评分及 JOA 评分治疗前后差值、随访与治疗前差值与西医组比较,差异均有统计学意义($P < 0.01$),说明中医综合保守疗法能明显改善临床症状体征、减轻腰部疼痛,并且效果优于西医综合疗法,值得在临床推广。

(上接第 652 页)

参考文献

- [1]袁国强,吴以岭,魏聪,等. 脉络病变基本病机探析[J]. 中医杂志,2012,53(13):1088-1091.
- [2]孙学刚,曾平,范钦,等. 动脉粥样硬化中医病机的探讨[J]. 江苏中医药,2010,42(2):7-8.
- [3]魏聪,贾振华,袁国强,等. 营卫学说历代沿革及其在“脉络-血管系统病”防治中的应用[J]. 中国中医基础医学杂志,2011,17(1):26-28.
- [4]龙森,李敬林. 从营卫理论论治血脉病初探[J]. 实用中医内科杂志,2011,25(9):40-42.
- [5]Ross R. The pathogenesis of atherosclerosis: A perspective for the 1990s[J]. Nature, 1993, 362(6423):801-809.
- [6]Ross R. Atherosclerosis—an inflammatory disease[J]. N Engl J Med, 1999, 340(2):115-126.
- [7]Angheloiu GO, Haka AS, Georgakoudi I, et al. Detec-

参考文献

- [1]Matsunaga S, Ijiri K, Hayashi K. Nonsurgically managed patients with degenerative spondylolisthesis: a 10-to 18-year follow-up study[J]. J Neurosurg, 2000, 93 (2 Suppl):194-198.
- [2]Vibert BT, Sliva CD, Herkowitz HN. Treatment of instability and spondylolisthesis:surgical versus nonsurgical treatment[J]. Clin Orthop Relat Res,2006,443:222-227.
- [3]申喜生. 退行性腰椎滑脱症 78 例治疗反思[J]. 现代中西医结合杂志,2009,18(31):3818-3819.
- [4]Kirkaldy-Willis WH, Farfan HF. Instability of the lumbar spine[J]. Clin Orthop,1982,(165):110-123.
- [5]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,1994:204.
- [6]孙树椿. 实用推拿手法彩色图谱[M]. 北京:中国医药科技出版社,1988.
- [7]陈君. 腰椎牵引的负荷[J]. 国外医学(物理医学与康复医学分册),2002,22(2):69-72.
- [8]井上俊一. 腰痛治疗成绩判定基准[J]. 日本整形外科学会杂志,1986,60:391-394.
- [9]邱贵兴. 骨科学新进展[M]. 北京:中华医学电子音像出版社,2004:55.
- [10]邱贵兴译. 骨科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2006: 1122-1129.
- [11]Toyone T, Takahashi K, Kitahara H, et al. Visualisation of symptomatic nerve roots. Prospective study of contrast-enhanced MRI in patients with lumbar disc herniation[J]. J Bone Joint Surg Br, 1993,75(4):529-533.
- [12]于洪超,杨小立. 退行性腰椎滑脱症的非手术治疗[J]. 中国全科医学,2009,12(2):341-342.

(收稿日期:2012-11-10;修回日期:2013-02-07)

[编辑:邓媛]

tion of coronary atherosclerotic plaques with superficial proteoglycans and foam cells using real-time intrinsic fluorescence spectroscopy. Atherosclerosis [J]. 2011, 215 (1):96-102.

- [8]Le Dall J, Ho-Tin-Noé B, Louedec L, et al. Immaturity of microvessels in haemorrhagic plaques is associated with proteolytic degradation of angiogenic factors[J]. Cardiovasc Res, 2010, 85(1):184-193.
- [9]吴以岭,魏聪,贾振华,等. 脉络学说的核心理论:营卫承制调平[J]. 中医杂志,2013,54(1):3-7.
- [10]吴以岭. 络病病因探析[J]. 疑难病杂志,2004,3(4):215-217.
- [11]贾振华,高怀林,谷春华,等. 基于 3469 例血管病变患者证候分布规律的脉络病变共性病机探讨[J]. 中医杂志,2009,50(10):920-924.

(收稿日期:2012-11-14;修回日期:2013-01-30)

[编辑:黄健]