

祖师麻配合改良骶管滴注治疗腰椎间盘突出症患者腰痛的疗效观察

张文芽¹

摘要
目的:比较祖师麻配合改良骶管滴注和单纯骶管注射对治疗椎间盘源性腰腿疼痛的临床疗效。
方法:经CT证实腰椎间盘突出症患者40例,按入院前后顺序分为改良骶管滴注组和单纯骶管注射组,采用VAS、NRS评分法评价治疗前后6个月的临床疗效和疼痛缓解程度。
结果:改良骶管滴注组和单纯骶管注射组治疗6个月后总有效率分别为95%和65%,两组总有效率比较差异有显著性意义($P<0.05$)。术后同期疼痛强度比较,改良骶管滴注组比单纯骶管注射组疼痛程度明显缓解,差异有显著性意义($P<0.05$)。
结论:祖师麻配合改良骶管滴注治疗椎间盘突出源性腰腿痛更有效。
关键词 椎间盘突出;骶管滴注;祖师麻;腰痛
中图分类号:R685,R493 **文献标识码:**B **文章编号:**1001-1242(2015)-09-0919-03

腰椎间盘突出症(lumbar intervertebral disc protrusion, LIDP)是临床上常见的腰部疾患之一,本病临床发病率高,发病年龄广,易反复,难以根治,给患者带来很大的痛苦,严重影响患者的日常生活、工作和劳动。现代医学认为腰椎间盘突出症是指腰部椎间盘退变、损伤、纤维环破裂向椎管内突出或膨出,压迫附近的脊神经根后,局部缺血、水肿、粘连等无菌性炎症,加重对神经根的压迫,从而产生腰腿痛^[1-2]。椎间盘突出的病因复杂,其发病机制尚未完全阐明,目前认为该病与炎性因子^[3]、高迁移族转移蛋白诱导炎症反应等多种因素有关^[4-7]。目前治疗腰椎间盘突出症的方法主要有外科手术治疗,推拿牵引等非手术治疗,但疗效报道不一^[8-11]。寻找最理想的治疗方法是骨科临床康复工作的目标。骶管滴注方法是将药物滴入骶管腔,渗透到突出的椎间盘周围及神经干,起到消除炎症、去除水肿作用,从而减轻或解除对神经根的刺激,以达到缓解或消除临床症状的目的。创新改良骶管滴注相对于单纯骶管注射方法而言,具有滴速慢、局部不良刺激小、容易吸收、比较安全等特点。本研究创新点是配伍增加中成药祖师麻。祖师麻具有活血化瘀、消炎镇痛,疏通经络增强药物治疗效果等功效。本研究拟通过比较祖师麻配合改良骶管滴注与单纯骶管注射治疗腰椎间盘突出症的临床疗效,以探讨改良方法的效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2013年6月—2014年8月芜湖市第五人民医院康复科住院部收治的40例(男28例,女12例)腰椎间盘突出症患者,年龄40—75岁,平均61岁,病程1—10年。按入院前后顺序将患者分为改良骶管滴注组与单纯骶管注射组,两组患者在年龄、性别、病程上无显著性差异,具有可比性($P>0.05$),见表1。全部病例均通过腰椎MRI、CT扫描检查确诊。

表1 两组患者的一般资料比较					($\bar{x}\pm s$)
组别	例数	性别(例)		年龄(岁)	病程(年)
		男	女		
改良组	20	11	9	54.15±9.42	5.15±2.25
单纯组	20	13	7	55.25±10.35	4.65±2.66

1.2 纳入标准

①符合LIDP诊断标准;②年龄20—80岁;③患者知情同意;④患者未进行过同本病相关的治疗,疼痛评分均在10分左右。

1.3 排除标准^[8]

①合并自身免疫性疾病、血液及淋巴系统疾病、恶性肿瘤、肝、肾疾病的患者;②妊娠或哺乳期妇女;③突出髓核过大或属于破裂型、游离型需要手术治疗者以及高位椎间盘突出,位置在L1/2、L2/3者;④中途不配合治疗者。

1.4 骶管注射操作方法

改良骶管滴注组:①患者取膝胸卧位,用标记笔由两侧髂后上棘连线的距离,各斜向下内会合形成一个等边三角形,其下角处为骶裂孔。或由尾骨尖向上4.5—5cm有一凹

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2015.09.012

1 安徽芜湖市第五人民医院骨关节康复科,241000

作者简介:张文芽,女,主治医师;收稿日期:2015-04-23

陷处为骶裂孔。骶裂孔即为穿刺部位。②穿刺角度:常规消毒皮肤,用9号短针外接输液器(或用10ml一次性注射器附9号短针)垂直进入皮肤,当针刺过骶尾韧带时阻力消失,有明显落空感,再将针向尾侧方向倾斜,与皮肤呈 30° — 40° 角,继续进针约2cm左右,回抽无血液,注射药物无明显阻力时,即进入骶孔,后连接输液器。③用药方式及治疗反应:骶管容积约20—30ml,并非空腔,稍多于30ml药液足以达到病变部位,且能起到一定的液压剥离的作用。滴注速度影响药液在硬膜外间隙的扩散,缓慢或间断给药,以使扩散减弱,盲目加速加压只会增加药物副反应。

改良骶管滴注组药物配制:曲安奈德注射液:5ml:50mg,2支,利多卡因注射液:5ml:0.1g,2支,VitB₁注射液2ml:100mg,2支,VitB₁₂注射液2ml:0.1mg,2支,祖师麻注射液:2ml,2支,加入0.9%NS 100ml骶管滴注以每分钟约30滴速度,用9号针头刺入,输液器选用输血皮条,有任何不适可随时调整滴速。

单纯骶管注射组:注射时体位、穿刺角度同改良骶管注射组,骶管推注用9号针头连接注射器刺入缓慢推注。单纯骶管注射治疗直接用一只20ml注射器穿刺后两次推注单纯骶管注射组配置药物40ml,推注后拔出注射器,如果患者在推注药液时,出现患者腰骶部憋胀疼痛、会阴部麻木、下肢发麻、发热或出现放射感,以及术后一过性下肢麻软无力等,均为骶管推注正常药物反应,不良反应平躺6h消失后离开。每周1次,3次1疗程。

单纯骶管注射组药物配制:曲安奈德注射液:5ml:50mg,2支,利多卡因注射液:5ml:0.1g,2支,VitB₁注射液2ml:100mg,2支,VitB₁₂注射液2ml:0.1mg,2支,加入0.9%NS约20ml,用9号针头连接注射器刺入缓慢推注。

1.5 临床及疗效评定^[12]

临床治愈:腰腿痛、麻木等自觉症状完全消失,直腿抬高试验超过 70° 。数字评价量表(numerical pain rating scale, NPRS)最痛满分为10分。疼痛程度用0到10这11个数字表示。被测者根据个人疼痛感受选择其中一个数做记号。目测类比疼痛评分(VAS)。临床治愈标准为治疗后腰腿痛评分均不大于4分。

好转:腰腿痛、麻木等自觉症状基本消失,直腿抬高试验接近和大于 70° 。治疗后好转腰腿痛评分均小于4分。

有效:腰腿痛、麻木等自觉症状部分消失,活动轻度受限,直腿抬高试验小于 70° ,治疗后腰腿痛评分均小于6分。

无效:腰腿痛、麻木、跛行等症状、体征无改善,直腿抬高试验小于 50° 。治疗后腰腿痛评分均大于8分至10分。

1.6 统计学分析

数据采用SPSS17.0统计软件进行统计学分析。疗效判定的结果用 χ^2 检验,腰腿痛评分均数 $\pm$ 标准差表示,组内组间

比较均采用 t 检验, $P<0.05$ 为差异有显著性意义。

2 结果

两组术前及术后1周尿常规、血常规、生化指标均在正常范围,治疗期间所有患者均未发生心悸、低血压及其他不适感觉。两组患者的性别、年龄、病程等临床数据资料相比较,差异无显著性意义($P>0.05$)。

2.1 两组患者治疗前后腰腿痛评分比较

根据腰腿痛评价量表评价标准,改良组治疗后腰腿痛评分较治疗前有显著下降($P=0.006<0.05$),单纯骶管注射组治疗后腰腿痛评分较治疗前有下降($P=0.03<0.05$),改良骶管滴注组治疗后腰腿痛评分的改善优于单纯骶管注射组($P=0.002<0.05$)(表2)。

2.2 两组患者治疗后疗效比较

根据腰腿痛评价量表评价标准2组患者治疗后改良骶管滴注组总有效19例,有效率95%,单纯骶管注射组总有效13例,有效率65%,两组有效率之间比较差异有显著性($P=0.048<0.05$)(表3)。

2.3 两组患者治疗前后疼痛强度

根据VAS、NRS评分标准两组患者6个月后疗效观察及随访结果统计,与治疗前比较,单纯骶管注射组治疗后腰腿痛较治疗前均有下降($P<0.05$),改良治疗后腰腿痛评分较治疗前均有显著下降($P<0.05$),改良组治疗后VAS评分的改善好于单纯骶管注射组($P<0.05$)(表4)。

3 讨论

腰椎间盘突出症是临床常见病,严重影响患者的工作和生存质量。由于手术治疗风险相对较大且术后并发症多,故大多数患者尤其老年患者不愿意采用手术治疗。而目前大多数非手术治疗方法则治疗时间偏长,疗效不确切。期望寻找到一种安全、有效的临床治疗方法,服务广大患者。目前

表2 两组患者治疗前后腰腿痛评分比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
改良组	20	14.55 $\pm$ 4.78	6.55 $\pm$ 3.78
单纯组	20	15.95 $\pm$ 4.72	9.60 $\pm$ 4.50

表3 两组患者治疗后有效率比较 (例)

组别	例数	治愈	好转	有效	无效
改良组	20	9	8	2	1
单纯组	20	2	7	4	7

表4 两组患者治疗前后VAS评分比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
改良组	20	5.55 $\pm$ 1.73	2.65 $\pm$ 1.26
单纯组	20	6.15 $\pm$ 1.53	4.20 $\pm$ 1.40

骶管注射治疗椎间盘突出症虽然还存在一定的争议,但由于其治疗创伤小、痛苦少、见效快,术后并发症较少,患者易于接受。而由于注射速度快、安全性差等原因,存在一定的缺陷。创新改良骶管滴注方法是将药物滴入骶管腔,渗透到突出的椎间盘周围及神经干,起到消除炎症、去除水肿作用,从而减轻或解除对神经根的刺激,以达到缓解或消除临床症状的目的。骶管滴注相对于骶管注射方法而言,具有滴速慢、局部不良刺激小、容易吸收、比较安全等特点,能够充分使粘连的髓核组织处松解、还原。健康人骶管容量为20—30ml,往骶管注入20ml的液体后骶管即被充满,此时在骶管腔内产生一定的液体压力,这种压力和冲击力可剥离局部神经根与硬膜外腔的粘连,分离突出的髓核与神经根之间的压迫及粘连;同时,液体压力促使硬膜外腔在短时间内形成“正压”而促进突出的髓核的回纳,因此,该疗法也有“液体刀”的作用。不仅起到消炎、镇痛、营养神经的作用,还起到松解椎间孔血管神经挤压,达到治愈疼痛还纳髓核的效果。预实验中此方法较安全,出现问题后可及时停止(因为我们使用的是输液器,在滴注的时候可以随时控制滴速)。两组患者经治疗后对比,创新改良组配方加用祖师麻后,疗效明显提高($P < 0.05$)。祖师麻是自20世纪70年代初,人们从瑞香属植物中分离出具有抗肿瘤活性的欧亚瑞香素和瑞香毒素后,祖师麻便成为一个研究热点。改良滴管注射配方中中药祖师麻,其主要活性成分为祖师麻甲素和祖师麻皂甙,药理研究证实其具有镇痛、消肿的作用。此为中成药,与西药无配伍禁忌,瑞香科植物黄瑞香的根皮或茎皮祛风除湿,止痛散瘀。治风湿痹痛,四肢麻木,头痛,胃痛,跌打损伤。如:①《陕西中药志》:“止痛,散血,补血,有麻醉性。用于跌打损伤,周身疼痛,头痛,心胃痛,腰腿痛。又治四肢麻木。”②《陕西中草药》:“祛风除湿,温中散寒。治感冒,风湿疼痛,中风麻木,半身不遂,皮肤痒疹。目前常规西药配伍中糖皮质激素可发生很多副反应,以及激素应用也有许多禁忌证,限制了该疗法的临床应用和普及推广,国内一些学者把一些中药制剂应用于该疗法,并通过临床试验证实了部分活血化瘀中药制剂应用于该疗法治疗LIDP疗效确切。有研究认为药制剂替代激素在HIT治疗LIDP中的应用,会使中西药配伍使用后,经临床预实验效果增强,缓解腰腿疼症状加快^[13-14]。改良滴管配方中西药醋酸曲安奈德可减轻局部组织的充血,降低毛细血管的通透性,抑制炎症细胞向炎症部位移动,另外它通过抑制吞噬细胞的功能,稳定溶酶体膜,阻止补体参与炎症反应,抑制组织粘连等途径,起到抗炎和免疫抑制作用,而配方中

西药利多卡因,能快速止痛。上述药物相辅相成,在治疗中发挥协同作用。本次研究结果显示,祖师麻配合改良骶管滴注治疗腰椎间盘突出症所致的腰腿痛,其近期疗效高达95%,显著优于单纯骶管推注疗法(65%)。进一步明确祖师麻对治疗椎间盘源性腰腿疼痛的显著治疗效果,但对椎间盘源性腰腿疼痛的长期疗效、病程发展和控制,尚待进一步探索研究。本研究中两组治疗无效者,可能是年龄偏大,病程较长等,但改良组有效率高于单纯组且门诊费用低,操作方便,值得推广。

参考文献

- [1] 贾燕龙,韩成龙. 细胞移植修复椎间盘退变的研究进展[J]. 中华临床医师杂志(电子版),2013,7(19):98—99.
- [2] 李丽,周治国,王敏,等.ADC 值评估腰椎间盘突出程度的研究[J]. 放射学实践,2013,28(12):1279—1282.
- [3] 李翔,李新志. 腰椎间盘突出基因治疗的研究进展[J]. 中国全科医学,2013,11(33):3895—3897.
- [4] Harris HE, Andersson U, Pisetsky DS. HMGB1: a multifunctional alarmin driving autoimmune and inflammatory disease[J]. Nat Rev Rheumatol, 2012,8(4):195—202.
- [5] Naglova H, Bucova M. HMGB1 and its physiological and pathological roles[J]. Bratisl Lek Listy, 2012,113(3):163—171.
- [6] 杜立龙,徐宝山,杨强. 椎间盘退变信号转导机制的研究进展[J]. 中国脊柱脊髓杂志,2013,23(12): 1119—1122.
- [7] 杜炎鑫,佟德民,邓晋丰,等. 纤维环穿刺法建立兔腰椎间盘突出模型[J]. 南京中医药大学学报,2013,29(5): 459—461.
- [8] 唐学章,丁海涛,杨帆,等. 三位八步逐层推拿法治疗腰椎间盘突出症临床疗效观察[J]. 中华中医药杂志,2012,27(5): 1464—1466.
- [9] 劳世高. 手术治疗腰椎间盘突出症76例临床观察[J]. 中国老年保健医学杂志,2014,12(5):66—67.
- [10] 李俊晖. 脊柱平衡推拿法治疗椎动脉型颈椎病的临床效果分析[J]. 中国医药指南,2012:10.
- [11] 张守彬,张伟. 椎旁神经阻滞配合牵引治疗腰椎间盘突出症的疗效观察[J]. 颈腰痛杂志,2010,31(4):278—279.
- [12] 胡有谷. 腰椎间盘突出症[M]. 第3版. 北京:人民卫生出版社, 2005.361—362.
- [13] 李书慧,吴立军,殷红英. 祖师麻化学和药理活性研究进展[J]. 中国中药杂志,2002,27(6):401—403.
- [14] 王敏,周府伯,祖师麻. 曲氨奈德治疗飞行人员急性腰痛观察[J]. 航空航天医学,2013,24(9):1062—1063.