

胸腰椎骨折伴脊髓损伤术后针药联合疗法的临床疗效观察

孙君超¹ 陈国栋² 任光友¹ 孙金芝¹ 王西芳¹

1. 平邑县中医医院, 山东 临沂 273300

2. 平邑县人民医院, 山东 临沂 273300

【摘要】 **目的** 探究针药结合联合手术治疗胸腰椎骨折伴脊髓损伤的临床疗效。**方法** 选取 2021 年 1 月—2021 年 12 月本院收治的胸腰椎骨折伴脊髓损伤患者 86 例, 按照入院日期单双号分为常规组 (n=43) 和联合组 (n=43), 常规组采取椎管减压融合内固定术治疗, 联合组采取针药结合联合椎管减压融合内固定术治疗, 对比两组患者临床疗效。**结果** 对比两组患者术前、术后 1 个月、3 个月、6 个月 MBI 评分, 联合组患者术后 3 个月、6 个月 MBI 评分明显高于常规组 ($P<0.05$)。对比两组患者术后 6 个月 ASIA 评级和神经功能改善情况, 联合组患者总改善率明显高于常规组 ($P<0.05$)。对比两组患者术后并发症发病率, 联合组患者并发症总发病率明显低于常规组 ($P<0.05$)。**结论** 针药结合联合手术治疗胸腰椎骨折伴脊髓损伤具有显著的临床疗效和较高的应用价值, 能够有效改善患者神经功能, 降低术后并发症发生几率, 值得在临床上推广应用。

【关键词】 针药结合; 手术治疗; 胸腰椎骨折伴脊髓损伤; 临床疗效

胸腰椎骨折是常见的脊柱损伤类型之一, 是由于外力冲击而造成的胸、腰部的脊椎骨折, 稳定性被破坏^[1]。近年来, 随着汽车普及、建筑行业兴起, 交通事故、高处跌落等导致的胸腰椎骨折事件逐年上升。脊髓损伤是最常见胸腰椎骨折并发症, 临床上常表现为局部剧烈疼痛、活动功能受限、感觉功能障碍等。胸腰椎骨折合并脊髓损伤, 为患者带来巨大的生理负担和精神负担^[2]。针对此类患者, 临床上常采用手术固定治疗, 但术后康复时间长、还存在较高的并发症发生率, 预后不理想^[3]。因此, 应针对胸腰椎骨折合并脊髓损伤患者选取一个康复快、并发症少、预后效果好的治疗方式^[4]。针药并用是中医常用的内外同治手法, 能发挥针灸和汤药的双重功效, 对于各类疑难杂症的治疗有着一定的优势^[5]。基于此, 本文选取 2021 年 1 月至 2021 年 12 月本院收治的胸腰椎骨折伴脊髓损伤患者 86 例, 探究针药联合手术治疗胸腰椎骨折伴脊髓损伤的术后临床疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2021 年 1 月至 2021 年 12 月本院收治的胸腰椎骨折伴脊髓损伤患者 86

例, 按照入院日期单双号分为常规组 (n=43) 和联合组 (n=43)。常规组 (n=43) 患者中, 男性/女性 =22:21, 年龄为 18~65 岁, 平均 (41.50±2.77) 岁。骨折具体部位: 胸椎骨折 12 例、腰椎骨折 15 例, 胸腰椎合并骨折 16 例。联合组 (n=43) 患者中, 男性/女性 =21:22, 年龄为 18~66 岁, 平均 (41.57±2.79) 岁。骨折具体部位: 胸椎骨折 13 例、腰椎骨折 16 例、胸腰椎合并骨折 14 例。两组一般资料无统计学差异 ($P>0.05$), 可进行比较。

诊断标准: (1) 胸腰椎存在明显外伤。(2) 影像学检查, 如 X 线、CT、MRI 检查明确胸腰椎部位骨折。(3) 脊髓损伤支配区存在明显的感觉、运动障碍, 并经球-海绵体反射检查显示伴有脊髓损伤。

纳入标准: (1) 均已确诊胸腰椎骨折合并脊髓损伤。(2) 均自愿签署试验知情协议且通过本院医学伦理委员会审批。(3) 均在本院行手术治疗。

排除标准: (1) 未满 18 岁者。(2) 合并重大精神类、传染类、脏器类、肿瘤类、先天性疾病者。(3) 中途转院致使试验无法继续者。(4) 合并脑出血、脑卒中等患者。(5) 既往存在脊髓损伤史者。

1.2 方法 两组患者入院后均给予术前治疗, 采用甲强龙 (生产厂家: 比利时 Pfizer Manufacturing Belgium NV; 国药准字 H20170197) 静点。使用剂

量应根据患者机体情况进行调整。若患者于损伤 3h 内就诊, 则应连续使用甲强龙 24h; 若患者于损伤 3h 以上就诊, 则应连续使用甲强龙 48h, 两组患者均行椎管减压融合内固定术, 术后均采用抗感染治疗、营养支持等常规治疗, 带患者病情好转后, 应及早实施康复训练。同时对两组患者实施相同的护理手段即综合护理, 加强预防并发症管理。

常规组: 待甲强龙静脉滴注结束后予以地塞米松(生产厂家: 天津天药药业生产股份有限公司; 国药准字 H20033553), 剂量为 10mg, 静点频率为 1 次/d。使用 2d 后下调地塞米松使用剂量, 调整为 5mg, 静点次数为 1 次/d, 连续使用三天后停药。术后患者应持续服用甲钴胺片(生产厂家: 上海新亚药业闵行有限公司; 国药准字 H20052207), 剂量为 0.5mg, 服用次数为 3 次/d, 服用时间同上。

联合组: 联合组患者在常规组患者治疗基础上增加针药联合治疗。(1) 术前中药治疗。患者入院后给予患者服用加味桃核承气汤, 方药组成为: 大黄 12g, 桃仁 15g, 芒硝 6g, 桂枝 6g, 白术 12g, 炙甘草 6g, 益母草 15g, 泽兰 12g。其中大黄应后下, 水煎服, 1 剂分 3 次服用, 1 剂/d, 服用时间应持续 3 周。若患者由急诊接诊并实施手术, 那么患者术后应立即服用此方剂。根据不同患者的临床表现, 对此方剂中的药物用量进行加减, 若患者出现腹泻、便溏等情况, 应酌情减少此方剂中的大黄用量, 且将大黄用法改为同煎服; 若患者出现小便困难等症状, 可酌情在此方剂中加用茯苓、泽泻药物。若患者年纪较大, 机体免疫能力较弱, 应在此方剂中加以当归、赤芍等。待患者胸腰椎骨折 3 周后, 应调整用药方剂改为加味补阳还五汤, 方剂组成为: 当归 9g, 赤芍 9g, 川芎 6g, 黄芪 90g, 地龙 3g, 红花 6g, 桃仁 6g, 续断 6g, 生地 12g, 牛膝 9g, 水煎服, 用法同加味桃核承气汤一致, 服用时间应在 30 天左右。(2) 术后针灸治疗。选穴: 将百会、夹脊穴(脊柱旁开 0.5 寸)、肾俞、大肠俞、膀胱俞、至阳、命门、环跳、委中、阳陵泉、足三里、商丘等穴位作为基础穴。若患者伴有脾胃不和等症状, 应加以中脘、天枢等穴位; 若患者伴有便秘等症状, 应加以支沟、天枢等穴位; 若患者伴有痰湿等症状, 应加以丰隆、气海、关元等穴位。术者将手部消毒, 利用单手进针法将针灸针刺入对应穴位, 并实施捻转、提插等手法, 加以电针刺刺激穴位, 待患者出现酸麻胀痛等针感时, 停止辅助手法, 留针通电

30min。针刺次数为 1 次/d, 10d 为一个疗程, 治疗 5 个疗程。

1.3 观察指标 根据改良 Barthel (MBI) 量表评分进行判定, 分别对比两组患者术前、术后 1 个月、术后 3 个月和术后 6 个月的 MBI 评分, 评分越高表明患者的日常生活能力越好。

根据 ASIA 评级判断术后 6 个月的临床效果, 分为显效、有效和无效。显效: ASIA 评级升高 2 级以上且神经功能明显改善。有效: ASIA 评级升高 1 级且神经功能得到改善。无效: ASIA 评级无变化或下降, 神经功能无改善。总改善率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100%。

根据术后并发症发病情况, 统计两组术后并发症的发病率, 常见的术后并发症为便秘、排尿困难、感染及其他并发症, 总发病率为各项并发症之和。

1.4 数据处理 本次实验研究统计学软件为 SPSS20.0, 计数、计量资料用 (%), $\bar{x} \pm s$ 表示, 用 χ^2 、 t 检验, 若 $P < 0.05$ 说明有统计学意义。

2 结果

2.1 MBI 评分 对比两组患者术前、术后 1 个月、术后 3 个月、术后 6 个月 MBI 评分变化, 两组患者术前、术后 1 个月 MBI 评分并无明显差异 ($P > 0.05$), 但联合组患者术后 3 个月、6 个月 MBI 评分明显高于常规组 ($P < 0.05$)。详见表 1。

表 1 两组患者 MBI 评分对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	术前	术后 1 个月	术后 3 个月	术后 6 个月
常规组 (n=43)	52.14 ± 5.77	63.22 ± 5.16	65.91 ± 5.87	70.24 ± 5.99
联合组 (n=43)	53.11 ± 5.69	65.18 ± 5.24	70.39 ± 5.89	83.14 ± 6.01
t	0.785	1.748	3.533	9.969
P	0.435	0.084	0.001	<0.001

2.2 临床疗效 对比两组患者术后 6 个月 ASIA 评级和神经功能改善情况, 联合组患者总改善率明显高于常规组 ($P < 0.05$)。详见表 2。

表 2 两组患者临床疗效对比 [n (%)]

组别	显效	有效	无效	总改善率
常规组 (n=43)	25 (58.14)	9 (20.93)	9 (20.93)	34 (79.07)
联合组 (n=43)	31 (72.09)	10 (23.26)	2 (4.65)	41 (95.35)
χ^2				5.108
P				0.024

2.3 并发症发病几率 对比两组患者术后并发症发病几率, 联合组患者并发症总发病率明显低于常规组 ($P<0.05$), 详见表 3。

表 3 两组患者并发症发病率对比 [n (%)]

组别	便秘	排尿困难	感染	其他	总发病率
常规组 (n=43)	3 (6.98)	2 (4.65)	1 (2.33)	1 (2.33)	7 (16.28)
联合组 (n=43)	1 (2.33)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.33)
χ^2					4.962
P					0.026

3 讨 论

胸腰椎骨折合并脊髓损伤是骨科的常见病, 多是由于外力作用导致的, 患者常表现为神经功能缺损^[6]。临床常用方法为手术治疗, 以帮助患者恢复脊柱正常序列, 维持脊柱稳定性。但单纯手术治疗只能解决最基础的脊髓损伤问题, 主要起到基础性保障作用, 但术后往往会伴有一定的继发性损伤, 需要辅以药物治疗等治疗手段, 用以改善患者预后^[7]。

中医学认为脊髓损伤属于“痿证”范畴, 认为利用针灸治疗可有效刺激人体经脉, 调节人体脏腑阴阳平衡^[8]。本研究中所选用的夹脊穴主要起到的是加快局部血液循环, 改善水肿, 预防感染等作用。临床研究认为, 利用电针可有效刺激胸腰椎骨折合并脊髓损伤患者的脊神经, 唤醒患者受损部位的脊神经细胞, 增强其分化繁殖功能^[9]。此外, 中药方剂在治疗和降低胸腰椎骨折合并脊髓损伤患者术后并发症方面亦能起到较好的治疗效果, 如本研究中所采用的加味桃核承气汤就具有活血化瘀之功效, 能够有效促进患者患处血液循, 加快患者康复。针药联合是常用的中医疗法, 同时具备针灸温经活血、通督活络的作用, 中药活血化瘀的作用, 针药兼施, 内外同治, 从而发挥活血通络、强筋壮骨的功效^[10]。上述研究表明, 联合组患者术后 3 个月、6 个月 MBI 评分明显高于常规组, 神经功能改善情况明显优于常规组 ($P<0.05$), 且联合组患者术后并发症发病率明显低于常规组 ($P<0.05$)。结果与曾军平等^[11]的研究结论一致, 显示针对胸腰椎骨折合并脊髓损伤患者术后采用针药联合的治疗方式具有显著的临床疗效, 患者术后日常活动能力和神经功能的恢复更好。

综上, 针对术后患者采用针药联合的治疗方式具有显著的临床疗效, 能够有效改善患者神经功能损伤情况, 降低术后并发症发病率, 提高患者的生活质量。

参考文献

- [1] 王鑫, 徐萌. 脊柱骨折治疗中给予后路手术内固定治疗的临床效果和安全性研究 [J]. 中国保健营养, 2021, 31 (9): 61.
- [2] 姜义信, 赵树杰, 张士贤, 等. 后路手术内固定治疗胸腰椎多节段脊柱骨折的效果观察及不良事件发生率分析 [J]. 饮食保健, 2020, 36: 21.
- [3] 王小勇. 后路手术内固定对脊柱骨折的治疗作用及手术技巧分析 [J]. 黑龙江科学, 2018, 9 (2): 78-79.
- [4] 陈志强, 刘维立, 曹佰顺, 等. 胸腰椎骨折合并脊髓损伤手术治疗与临床预后分析 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7 (75): 2.
- [5] 谢卫娜, 谢川, 王媛. 康复训练结合针灸治疗脊髓损伤神经源性膀胱的效果探讨 [J]. 新疆中医药, 2020, 38 (1): 2.
- [6] 张明. 益气活血汤结合针刺治疗胸腰椎骨折合并脊髓损伤疗效观察 [J]. 实用中医药杂志, 2020, 36 (6): 3.
- [7] 李云超. 中西医结合治疗胸腰椎骨折伴脊髓损伤疗效观察 [J]. 中国社区医师, 2019, 35 (8): 115, 118.
- [8] 封亚平, 封雨, 唐少锋, 等. 胸腰椎骨折合并脊髓损伤手术时机及早期治疗策略 [J]. 实用医院临床杂志, 2022 (3): 7-10.
- [9] 曾军平, 邹腾军, 邹伟伟. 针药合用对胸腰椎爆裂性骨折伴脊髓损伤患者术后 Oswestry 功能障碍指数及骨折愈合情况的影响 [J]. 药品评价, 2020, 17 (7): 3.
- [10] 柴亚鹏, 苏张雷. 针灸及中药辨证施治联合手术治疗脊柱骨折伴脊髓损伤的临床效果 [J]. 临床医学研究与实践, 2021, 6 (14): 3.
- [11] 曾军平, 邹腾军, 邹伟伟. 针药合用对胸腰椎爆裂性骨折伴脊髓损伤患者术后 Oswestry 功能障碍指数及骨折愈合情况的影响 [J]. 药品评价, 2020, 17 (7): 14-16.