

〔文章编号〕 1007-0893(2022)08-0044-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.08.013

胸腰椎骨折伴脊髓损伤的中西医结合治疗临床效果分析

张环照 黄班华

(龙岩市第二医院, 福建 龙岩 364000)

〔摘要〕 **目的:** 探讨中西医结合疗法在胸腰椎骨折伴脊髓损伤疾病治疗中的临床运用价值。**方法:** 抽选龙岩市第二医院 2019 年 8 月至 2021 年 7 月期间收治的 72 例胸腰椎骨折伴脊髓损伤患者, 按随机数字表法将其分作对照组与观察组, 各 36 例。对照组患者予以常规西医治疗, 观察组患者在对照组的基础上予以补阳还五汤加减治疗。比较两组患者的治疗总有效率、治疗前后感觉功能及运动功能变化以及皮感诱发点位 (SEP) 波幅、运动诱发点位 (MEP) 波幅变化等情况。**结果:** 观察组患者治疗总有效率为 94.44%, 高于对照组的 77.78%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。两组患者治疗后 30 d、60 d、90 d 的感觉功能、运动功能评分均高于治疗前 1 d, 且观察组患者治疗后 30 d、60 d、90 d 的感觉功能、运动功能评分均高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。两组患者治疗 90 d 后 SEP、MEP 波幅高于治疗前, 且观察组患者治疗 90 d 后 SEP、MEP 高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 对胸腰椎骨折伴脊髓损伤患者予以中西医结合疗法, 能提高疗效, 改善患者的感觉及运动功能, 提升相关电位的波幅。

〔关键词〕 胸腰椎骨折; 脊髓损伤; 补阳还五汤

〔中图分类号〕 R 683.2 〔文献标识码〕 B

胸腰椎骨折是临床上一种较为严重的骨科疾病, 通常是胸腰部遭受了外界的高能传导暴力, 造成胸腰椎椎体发生压缩或爆裂性骨折, 严重者可能出现脱位, 椎体后缘骨块朝后突入椎管中, 且脊髓、马尾神经受到挫伤挤压, 造成双下肢活动功能、大小便功能出现程度不同的影响^[1-2]。一旦出现胸腰椎骨折伴脊髓损伤, 需及时采取切实有效的措施加以治疗, 否则可能造成极为严重的后果, 如致残, 继而影响患者及整个家庭的生活^[3]。对于此病的治疗, 一般是采取手术治疗的方式, 虽然手术能帮助患者骨折复位, 确保脊柱稳定, 但也存在一些不足之处, 如可引起各种并发症, 且无法更有效地促进患者术后脊髓损伤的恢复^[4]。因此, 还需进一步加强对此病治疗方法的研究。近年来, 中医疗法在骨折治疗上发挥了较好的成效。现本研究将对龙岩市第二医院 2019 年 8 月至 2021 年 7 月期间收治的胸腰椎骨折伴脊髓损伤患者予以中西医联合治疗, 以探析该种疗法在临床上的实践价值。现将研究情况报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

抽选龙岩市第二医院 2019 年 8 月至 2021 年 7 月期间收治的 72 例胸腰椎骨折伴脊髓损伤患者, 按随机数字表法将其分作对照组与观察组, 各 36 例。对照组男性 21 例, 女性 15 例; 年龄 22~59 岁, 平均年龄 (34.19 ± 5.47) 岁;

致伤原因: 交通意外 13 例、跌伤 11 例、高空坠落 7 例、重物砸伤 5 例; 损伤位置: 9 例 T9、8 例 T10、8 例 T11、6 例 T12、5 例 L1; 美国脊髓损伤协会 (American Spinal Cord Injury Association, ASIA) 分级: A 级 7 例、B 级 9 例、C 级 7 例、D 级 13 例。观察组男性 23 例, 女性 13 例; 年龄 21~60 岁, 平均年龄 (34.74 ± 5.08) 岁; 致伤原因: 交通意外 12 例、跌伤 10 例、高空坠落 8 例、重物砸伤 6 例; 损伤位置: 10 例 T9、9 例 T10、8 例 T11、5 例 T12、4 例 L1; ASIA 分级: A 级 9 例、B 级 8 例、C 级 7 例、D 级 12 例。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。本研究已征得医院伦理委员会的批准 (2022—004)。

1.1.1 纳入标准 通过 X 线片检查, 明确诊断为胸腰椎骨折, 且出现脊髓损伤; 患者及家属对本研究知情, 且同意参与研究。

1.1.2 排除标准 存在重度心血管疾病者; 心肝肾等重要脏器损伤者; 精神障碍者; 代谢功能异常者; 椎间盘、骨块挤入椎管者; 对研究用药物过敏者。

1.2 方法

1.2.1 对照组 采取常规西医治疗, 即在患者入院之后, 对其给予地塞米松 (广东华南药业集团有限公司, 国药准字 H44024469) $20 \text{ mg} \cdot \text{次}^{-1}$, 加入 100 mL 的 0.9% 氯化钠注射液, $1 \text{ 次} \cdot \text{d}^{-1}$, 静脉滴注; 甘露醇 (山

〔收稿日期〕 2022-02-07

〔作者简介〕 张环照, 男, 主任医师, 主要从事脊柱外科、创伤关节骨科工作。

东威高药业股份有限公司，国药准字号 H20053865) 125 mg · 次⁻¹，2 次 · d⁻¹，静脉滴注。结合计算机断层扫描 (computed tomography, CT) 检查结果，了解患者骨折及脊髓受压状况，确定受伤具体位置、范围以及严重程度，并据此制定相应的手术治疗方案。其中，针对爆裂性骨折累及中柱，致使脊髓前方受压、椎管前方游离骨折者，又或是椎管压迫 50% 及其以上者，可对其予以侧前路减压植骨内固定手术治疗。针对椎管前方压迫低于 50% 的患者，可对其予以椎体次全切除术治疗，同时再对其予以椎弓根螺钉系统加以固定处理，随后进行椎间盘和椎间关节植骨。术后对患者予以 30 mg · kg⁻¹ 甲基泼尼松龙 (浙江仙琚制药股份有限公司，国药准字号 H33021520)，加入 150 mL 的 5% 葡萄糖注射液，静脉滴注治疗，以避免感染的发生，同时予针灸、中医康复治疗、功能锻炼等^[5-6]。

1.2.2 观察组 在对照组基础上予以补阳还五汤加减治疗，组方：黄芪 60 g，当归 15 g，桃仁 12 g，地龙 10 g，红花 9 g，赤芍 9 g，川芎 9 g，蜈蚣 1 条。于患者入院 3 d 后开始服用，1 剂 · d⁻¹，水煎服，取汁 400 mL，200 mL · 次⁻¹，分早晚服用。随后，在患者伤后 10 d，加泽兰 20 g、制乳没各 10 g、香附 9 g；在伤后 20~90 d，加杜仲 20 g、枸杞子 20 g、菟丝子 20 g、怀牛膝 20 g、阿胶 10 g。

1.3 疗效判定

持续治疗 3 月后，患者的临床症状已基本消退，脊髓神经功能已恢复至正常水平，且能活动不受影响，为显效；患者的临床症状有所好转，脊髓神经功能得到缓解，基本活动不受影响，为有效；上述标准均未达到，为无效。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100%。

1.4 观察指标

(1) 参照 ASIA 对两组患者治疗前 1 d、治疗后 30 d、治疗后 60 d 及治疗后 90 d 的感觉功能及运动功能进行评估。其中感觉功能分值 0~112 分，运动功能分值 0~100 分；患者得分越高，表明其功能越理想。(2) 采取肌电图，对两组患者治疗前及治疗 90 d 后的皮感诱发点波幅 (somatosensory evoked potential, SEP)、运动诱发点波幅 (motor evoked potential, MEP) 进行检测。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 25.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗总有效率比较

观察组患者治疗总有效率为 94.44%，高于对照组的

77.78%，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者治疗总有效率比较 (*n* = 36, *n* (%))

组别	显效	有效	无效	总有效率 / %
对照组	16(44.44)	12(33.33)	8(22.22)	77.78
观察组	19(52.78)	15(41.67)	2(5.56)	94.44 ^a

注：与对照组比较，^a*P* < 0.05。

2.2 两组患者不同时段感觉功能、运动功能评分比较

两组患者治疗前 1 d 的感觉功能、运动功能评分比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；两组患者治疗后 30 d、60 d、90 d 的感觉功能、运动功能评分均高于治疗前 1 d，且观察组患者治疗后 30 d、60 d、90 d 的感觉功能、运动功能评分均高于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者不同时段感觉功能、运动功能评分比较

(*n* = 36, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	感觉功能	运动功能
对照组	治疗前 1 d	70.71 ± 18.24	60.18 ± 7.08
	治疗后 30 d	83.11 ± 18.46 ^b	73.47 ± 6.92 ^b
	治疗后 60 d	92.57 ± 17.28 ^b	77.09 ± 4.82 ^b
	治疗后 90 d	98.24 ± 15.78 ^b	79.08 ± 8.23 ^b
观察组	治疗前 1 d	70.80 ± 18.37	58.09 ± 7.11
	治疗后 30 d	92.64 ± 19.07 ^{bc}	79.02 ± 7.25 ^{bc}
	治疗后 60 d	100.21 ± 14.21 ^{bc}	81.53 ± 4.58 ^{bc}
	治疗后 90 d	108.09 ± 16.74 ^{bc}	86.25 ± 7.18 ^{bc}

注：与同组治疗前比较，^b*P* < 0.05；与对照组同时段比较，^c*P* < 0.05。

2.3 两组患者治疗前后 SEP、MEP 波幅比较

两组患者治疗前 SEP、MEP 波幅比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；两组患者治疗 90 d 后 SEP、MEP 波幅高于治疗前，且观察组患者治疗 90 d 后 SEP、MEP 高于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 3。

表 3 两组患者治疗前后 SEP、MEP 波幅比较 (*n* = 36, $\bar{x} \pm s$, V)

组别	时间	SEP 波幅	MEP 波幅
对照组	治疗前	1.04 ± 0.29	0.73 ± 0.12
	治疗 90 d 后	1.75 ± 0.52 ^d	1.34 ± 0.19 ^d
观察组	治疗前	1.03 ± 0.21	0.74 ± 0.16
	治疗 90 d 后	2.21 ± 0.69 ^{de}	1.89 ± 0.41 ^{de}

注：SEP — 皮感诱发点位；MEP — 运动诱发点位。与同组治疗前比较，^d*P* < 0.05；与对照组治疗 90 d 后比较，^e*P* < 0.05。

3 讨论

针对胸腰椎骨折伴脊髓损伤的治疗，重点在减轻患者的损伤，加速神经功能的好转。因此，可通过减压、制动、骨折复位及固定的方式，稳定患者的病情，通常西医是采用手术的方式，帮助患者整复韧带，缓解神经

压迫,加速神经功能的好转^[7]。虽然该方式可获得一定的疗效,但难以促进受损脊髓功能的改善。因此,为促进患者身体的康复,加强对此病治疗方法的进一步研究,是极为有必要的。

在中医学中脊髓损伤隶属于“痹症”“痿症”范围,其发病机制是因外力影响,致使人体督脉受损,阳气疏布^[8];经络在外力的作用下受损,血液渗于脉络以外,并形成瘀堵,造成人体经脉受阻,丧失所养,继而引起疾病^[9-10]。所以,针对此病的治疗,应坚持补气行气、活血化瘀。对此,本研究提出对患者予以补阳还五汤加减治疗,方中的黄芪具有健脾补中、升阳举陷、益卫固表、利尿的功效;当归具有补血、活血、止痛的功效;桃仁具有活血、祛瘀的作用;地龙可起到清热、定惊、通络、利尿的作用;红花能发挥活血、散瘀、止痛的效果;赤芍有活血祛瘀、清热凉血的效果;川芎有活血行气、祛风止痛的效用;蜈蚣能起到通络止痛、攻毒散结的效果。上述药物相配伍使用,可获得补中升阳、活血祛瘀及止痛的功效^[11]。该功效满足脊髓损伤所引发的各种病机,如督脉受损、经脉受阻以及气血不畅。除此之外,在不同时期适当增加不同的药物,能起到消肿止痛、强筋接骨的功效,如此更有助于改善患者不同时期的症状,继而促进其身体机能的改善^[12]。

在本研究中,观察组患者的总有效率显著高于仅采取常规西医疗法的对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$);该研究结果同李云超^[13]的研究结果相似,在其研究中同样实施中西医结合治疗的患者,最后的总有效率为95.24%,明显高于采取手术治疗的另一组患者的总有效率78.57%,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。由此提示对胸腰椎骨折伴脊髓损伤患者予以观察组患者所用治疗方案,对改善患者的临床症状,促进其身体的早日康复,可起到积极影响。再者,在感觉功能评分、运动功能评分方面,观察组患者治疗后30 d、60 d、90 d时,不但高于本组治疗前1 d,同时也高于对照组相应时间点,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。由此说明中西医结合的治疗方案,对促进患者感觉功能、运动功能的改善上,发挥着较为突出的作用。除此之外,在SEP波幅、MEP波幅方面,观察组患者治疗90 d后高于本组治疗前以及对照组治疗后,差异具有统计学意义($P < 0.05$);表明对胸腰椎骨折伴脊髓损伤患者实施观察组所用治疗方案,对改善其运动及体感点位波幅,同样发挥着较为积极的影响。本研究结果与苏城辉^[14]研究结果相类似,在其研究中,采用中西医结合治疗的患者,在治疗效果、脊髓神经感觉评分、运动评分、运动诱发电位波幅和体

感诱发电位波幅等方面均优于采用西医治疗的患者,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。这再次证明,中西医结合治疗效果比单一治疗效果更突出。

综上所述,对胸腰椎骨折伴脊髓损伤患者予以中西医结合疗法,可取得较好的临床治疗效果,不但能在一定程度改善患者的感觉及运动功能,还能提升相关电位的波幅。

〔参考文献〕

- (1) 程忠宇. 后路减压椎弓根钉内固定配合活血通督汤治疗胸腰椎骨折伴急性脊髓损伤疗效观察(J). 实用中医药杂志, 2021, 37(11): 1827-1828.
- (2) 张炎. 椎旁肌间隙入路有限减压椎弓根钉内固定治疗脊髓损伤型胸腰椎骨折患者的临床效果(J). 实用中西医结合临床, 2020, 20(9): 33-34, 36.
- (3) 赵邦维, 李选民, 张琛. 益气活血汤对胸腰椎骨折合并不完全脊髓损伤患者神经功能及神经营养因子的影响(J). 颈腰痛杂志, 2020, 41(4): 461-463.
- (4) 杨维新, 罗晓, 杨海涛, 等. 高压氧联合后路钉棒系统治疗胸腰椎骨折伴脊髓损伤的疗效观察(J). 中华航海医学与高气压医学杂志, 2020, 27(1): 99-101.
- (5) 马洁冰, 沈洁. 胸腰椎骨折合并脊髓神经损伤功能锻炼的护理分析(J). 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(89): 284-285.
- (6) 程浩文, 刘凡杰, 王从安, 等. 自拟益气通经饮联合针灸治疗胸腰椎骨折伴脊髓损伤疗效及对神经功能分级、诱发电位的影响(J). 现代中西医结合杂志, 2019, 28(4): 393-396.
- (7) 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): 696-698.
- (8) 李亚荣. 胸腰椎骨折伴脊髓损伤的中西医结合治疗临床效果探析(J). 中国伤残医学, 2017, 25(14): 56-57.
- (9) 杨五云. 补阳还五汤加减配合手术治疗胸腰椎骨折伴脊髓损伤临床疗效观察(J). 当代医学, 2017, 23(23): 33-35.
- (10) 鲁贵生, 陈杰, 高晓鹏, 等. 中西医结合治疗胸腰椎骨折伴脊髓神经损伤分析(J). 四川中医, 2015, 33(11): 74-76.
- (11) 闫廷飞, 史建刚, 史国栋. 胸腰椎骨折伴脊髓神经损伤的治疗进展(J). 中国脊柱脊髓杂志, 2016, 26(6): 552-555.
- (12) 郑新斌, 顾小荣, 廖康伟, 等. 中西医结合治疗胸腰椎骨折合并脊髓损伤的效果(J). 中国当代医药, 2015, 22(29): 155-157.
- (13) 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.
- (14) 苏城辉. 中西医结合疗法在胸腰椎骨折伴脊髓神经损伤临床治疗中的应用效果(J). 中外医学研究, 2018, 16(1): 39-40.