

腰椎间盘突出症(肝肾亏虚型)证候积分与 Pfirrmann 分级的相关性研究

李德魁¹ 许筱颖² 李鹏洋¹ 钱 博¹ 张 花² 康晓乐¹

(1 北京中医药大学东直门医院,北京,100007; 2 北京中医药大学,北京,100029)

摘要 目的:研究腰椎间盘突出症(肝肾亏虚型)患者的症状体征积分特点、Pfirrmann 分级的特点及探讨二者之间的相关性,为中医辨证施治提供客观的量化方式,并为中西医结合治疗提供临床参考。方法:选取 2016 年 11 月至 2017 年 12 月东直门医院门诊或病房诊治的腰椎间盘突出症患者 50 例作为研究对象,根据诊断标准将主次症的临床严重程度分别赋予分值,制定症状体征的积分量表,根据患者椎间盘退变的 Pfirrmann 分级进行分析,通过 SPSS 20.0 对收集的数据进行处理,观察该型腰椎间盘突出症的症状体征积分特点、各影像学指标特点即探讨两者之间的相关性。结果:1)50 例患者症状体征积分总积分范围为 8~23 分,平均范围(15.04±3.76)分;各主症积分与总积分之间存在相关性,且主症 2 较主症 1 相关性高,其代表的意义更大,而次症与总积分无明显相关性。2)50 例患者中的偏阳型平均积分(14.79±3.64)分,偏阴型平均积分(15.56±4.01)分,其与症状体征总积分之间无明显相关性。3)经统计,收集的 50 例患者根据椎间盘退变的 Pfirrmann 等级分级统计后得出,Ⅰ级为 3 例,占 6%;Ⅱ级为 1 例,占 2%;Ⅲ级为 29 例,占 58%;Ⅳ级为 15 例,占 30%;Ⅴ级为 2 例,占 4%。4)症状体征积分与影像学表现上椎间盘的退变程度具有相关性。结论:1)肝肾亏虚型腰椎间盘突出症患者的有较典型的症状体征表现,且主症中腰部酸痛及下肢放射痛症状临床最为典型,而下肢放射痛更具代表性。下肢麻木、腿膝乏力作为诊断该证型的参考,但腿膝乏力的诊断价值要高于下肢麻木。2)肝肾亏虚型腰椎间盘突出症患者中阴阳分型与症状体征总积分之间无明显相关性,对其临床症状体征的严重程度影响不大。3)肝肾亏虚型腰椎间盘突出症患者的症状体征积分与影像学表现上的椎间盘的退变程度具有一定的相关性,椎间盘退变越重时,其临床表现的临床症状体征积分越高。

关键词 腰椎间盘突出症;肝肾亏虚;症状体征积分;Pfirrmann 分级;相关性

Correlation Research on Syndrome Scores and Pfirrmann Classification of Lumbar Disc Herniation (Liver and Kidney Deficiency Syndrome)

Li Dekui¹, Xu Xiaoying², Li Pengyang¹, Qian Bo¹, Zhang Hua², Kang Xiaole¹

(1 Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100007, China;

2 Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China)

Abstract Objective: To study the characteristics of the Pfirrmann classification of patients with lumbar disc herniation (liver-kidney deficiency syndrome) and to explore the correlation between the two characteristics, so as to provide an objective quantitative method for TCM syndrome differentiation and treatment, and provide a clinical reference for integrative medicine therapy. **Methods:** A total of 50 patients with lumbar disc herniation in our hospital from November 2016 to December 2017 were selected. The clinical severity of the primary and secondary symptoms was assigned to the scores according to the diagnostic criteria. An integral scale of the symptoms and signs was established. According to the Pfirrmann grading of the patient's intervertebral disc degeneration, the collected data were processed by SPSS 20.0. The characteristics of the symptoms and signs of the lumbar disc herniation and the characteristics of each imaging index were discussed. **Results:** 1) The total scores of symptoms and signs in 50 patients ranged from 8 to 23 points, about 15.04±3.76 points on average. There was a correlation between the scores of each main symptom and the total score, and the second main symptom was higher than that of the first main symptom. The significance of the representative was greater, and there was no obvious correlation between the secondary disease and the total score. 2) In the 50 patients, the mean score of the partial yang syndrome was 14.79±3.64, and the mean score of the partial yin syndrome was 15.56±4.01. There was no significant correlation between the positive scores and the total scores of symptoms and signs. 3) According to Pfirrmann grade grading statistics of intervertebral disc degeneration, grade I had 3 cases, accounting for 6%. Grade II had 1 case, accounting for 2%. Grade III had 29 cases, accounting for 58%. Grade IV had 15 cases, accounting for 30%. Grade V had 2 cases, accounting for 4%. 4) Symptoms and signs were correlated with the degree of herniation, the position of herniation, and intervertebral disc degeneration on radiographic findings, and were not significantly correlated with lumbar curvature and endplate degeneration. **Conclusion:** 1) Patients with liver-kidney deficiency syndrome of LDH have typical symptoms and signs, and the symptoms of lumbar pain and lower extremity radiating pain are the most typical in the main symptoms, and the lower limb radiating pain is more representative. Lower extremity numbness and weakness in the legs and knees were used as a reference in diagnosing the syndrome, but the diagnostic

value of leg and knee fatigue was higher than that of lower limb numbness. 2) There was no significant correlation between yin and yang classification and the total score of symptoms and signs in patients with liver-kidney deficiency syndrome LDH, and the severity of their clinical symptoms and signs was not significant. 3) There is a certain correlation between the scores of symptoms and signs of patients with hepatic-renal deficiency syndrome lumbar disc herniation and the degree of degeneration of intervertebral discs on imaging findings. The disc degeneration is more severe, the scores of clinical symptoms and physical signs are higher.

Key Words Lumbar disc herniation; Liver and kidney deficiency; Symptoms and signs integral; Pfirrmann classification; Correlation

中图分类号: R274.9 文献标识码: A doi: 10.3969/j.issn.1673-7202.2018.08.053

随着社会的发展、生活节奏的日趋加快,腰椎间盘突出(Lumbar Disc Herniation, LDH)的发病率越来越高,严重影响人们的健康和生活,给社会及家庭带来沉重的经济负担。而中医药在治疗 LDH 方面有其独特的优势,为了提高中医诊疗率,目前学者主要将中医分型与影像学表现进行探讨,研究二者之间的相关性,观察不同证型之间的差异,该类研究只单纯的研究症状体征的有无,而未将其严重程度考虑在内,而肝肾亏虚是 LDH 的基本证型,其单一证型的研究,目前却鲜少报道。根据单一证候表现的临床症状体征的临床表现将其进行积分量化,能客观系统地评价其临床严重程度,将其与 Pfirrmann 分级结合在一起,研究二者之间的相关,有助于中医研究的标准化及客观化,为本病的诊疗提供理论依据,提高中医临床辨证效率。

LDH 是骨科常见病及多发病之一,现代医学认为 LDH 是由于腰椎退变、慢性劳损等原因导致的纤维环破裂,从而导致髓核突出,压迫刺激脊神经根、马尾神经根而引起的腰痛及下肢放射痛及麻木,甚至引起二便异常的一组临床综合征,是引起腰腿痛的常见原因之一。随着社会的发展,本病的发病率呈上升趋势,据资料显示,在我国有 80% 的成年人均有不同程度的腰腿痛,其中 20% 左右被诊断为 LDH^[1]。随着发病率的升高,本病严重影响了人们的生命质量,同时给家庭和社会带来了沉重的负担。本研究通过对肝肾亏虚型 LDH 的证候积分与影像学中椎间盘退变 Pfirrmann 分级之间的相关性分析,提高临床诊疗率,探讨中医辨证量化的新方法,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 11 月至 2017 年 12 月东直门医院门诊或病房诊治的 LDH 患者 50 例作为研究对象。经统计,本研究共纳入符合标准的临床病例 50 例,其中男 22 例,占 44%;女 28 例,占 56%。其中年龄最大 89 岁,最小 29 岁,平均年龄 (62.60 ± 10.86) 岁。患者最长病程 30 年,最短病程 0.5 d,平

均病程 (69.22 ± 95.55) 个月。病变节段共 88 个椎体,主要分布在 L1 ~ S1 之间,其中 L1/2 1 例,占 2%; L1/2、L2/3、L3/4、L4/5、L5/S1 全部节段病变的 2 例,占 4%; L2/3、L4/5、L5/S1 此 3 节段病变的 1 例,占 2%; L3/4 节段病变的 1 例,占 2%; L3/4、L4/5 两节段病变的 6 例,占 12%; L3/4、L4/5、L5/S1 此 3 节段病变 4 例,占 8%; L4/5 单节段病变 18 例,占 36%; L4/5、L5/S1 双节段病变 14 例,占 28%; L5/S1 单节段病变 3 例,占 6%。测量节段为影像学表现最重且最符合临床表现的节段,经统计,共测量病变节段 50 个椎体,其中测量 L1/2 1 例,占 2%; L3/4 2 例,占 4%; L4/5 36 例,占 72%; L5/S1 11 例,占 22%。经辨证分型,统计后得到符合肝肾亏虚型的患者中,偏阳型共 16 例,占 32%;偏阴型共 34 例,占 68%。见表 1。

表 1 一般资料统计

项目	一般资料
性别	
男性[例(%)]	22(44)
女性[例(%)]	28(56)
年龄(岁)	62.60 ± 10.86
病程(月)	69.22 ± 95.55
病变节段	
L1/2[例(%)]	1(2)
L1/2、L2/3、L3/4、L4/5、L5/S1[例(%)]	2(4)
L2/3、L4/5、L5/S1[例(%)]	1(2)
L3/4[例(%)]	1(2)
L3/4、L4/5[例(%)]	6(12)
L3/4、L4/5、L5/S1[例(%)]	4(8)
L4/5[例(%)]	18(36)
L4/5、L5/S1[例(%)]	14(28)
L5/S1[例(%)]	3(6)
病变节段	
L1/2[例(%)]	1(2)
L3/4[例(%)]	2(4)
L4/5[例(%)]	36(72)
L5/S1[例(%)]	11(22)
辨证分型	
偏阳型[例(%)]	16(32)
偏阴型[例(%)]	34(68)

1.2 诊断标准 临床表现:主要症状:1)腰痛或放

射性腿痛;2)腿麻无力;3)腰部表现,如腰部僵硬、活动受限或侧弯畸形等;4)大小便功能变化;查体:1)间歇性跛行;2)腰部畸形或活动受限;3)腰部有压痛点;4)肌力减退;5)感觉障碍;6)跟腱反射减弱或消失;7)直腿抬高试验或加强试验阳性;8)股神经牵拉试验阳性等^[2]。辅助检查:根据 X 线、CT、MRI 或造影试验结果回报,符合临床表现。根据国家中医药管理局 1994 年发布的《中医病证诊断疗效标准》^[3]中对肝肾亏虚型 LDH 的诊断即腰部酸痛、腿膝乏力、劳累更甚、卧则痛减。1)偏阳虚:面色晄白、手足不温、少气懒言、腰腿发凉、或有阳痿、早泄、妇女带下清稀、舌质淡、脉沉细。2)偏阴虚:咽干口渴、面色潮红、倦怠乏力、心烦失眠、多梦或有遗精、妇女带下色黄味臭、舌红少苔、脉弦细。根据《中医诊断学》^[4]中对肝肾亏虚型 LDH 的描述,制定肝肾亏虚证的主次症为。主症:1)腰酸痛、劳累更甚、卧则痛减;2)下肢放射痛。次症:1)下肢麻木;2)腿膝乏力。

1.3 研究方法

1.3.1 症状体征积分量化 根据《实用骨科学》、国家中医药管理局 1994 年发布的《中医病证诊断疗效标准》《中医新药临床研究指导原则(试行)》^[5]及《中医诊断学》对肝肾亏虚型 LDH 患者的症状体征分为主次症进行赋值的方式,将主次症按临床表现的不同程度分为无、轻、中、重四级,分别赋予 0、3、6、9 分,将次症依次赋予 0、1、2、3 分,舌脉作为辨证依据,不赋予分值,制定症状体征的积分量表,根据患者的临床表现进行症状体征的积分。

1.3.2 椎间盘退变的 Pfirrmann 等级分级 MRI 采用东直门医院 NOVUSI. 5T 永磁型磁共振扫描仪,采用 SE 序列矢状位,T1WI 和 T2WI 序列,层厚 4 mm,轴位 T2WI 序列,层厚 4 mm,层间距矢状位 20%,轴位 10%。

根据 Pfirrmann^[6]等建立了磁共振椎间盘分级体系,该体系分级更清楚,能全面直观的分析椎间盘的退变程度。分级如下:I 级:椎间盘质均,色亮白,髓核与纤维环边界清楚,信号强度高或低于脑脊液,椎间盘高度正常;II 级:椎间盘非均质,有或无水平带,髓核与纤维环边界清楚,信号强度高或低于脑脊液,椎间盘高度正常;III 级:椎间盘非均质,灰,髓核与纤维环边界不清,信号强度中等,椎间盘高度正常至轻度降低;IV 级:椎间盘非均质,灰或黑,髓核与纤维环边界消失,信号强度中等至低信号,椎间盘高度正常至中度降低;V 级:椎间盘非均质,黑,髓核与纤维环

边界消失,信号强度低信号,椎间盘塌陷。并由两位具有高级职称医师进行综合评定。

1.4 统计学方法 所有数据收集完毕后,采用 SPSS 20.0 软件进行数据分析,将数据进行正态性检验,符合正态性及方差齐性的数据,则采用单因素方差分析,用均值加减标准差表示。不符合正态性分布的数据,则采用独立样本非参检验,用中位数表示。相关性检验使用 Spearman's 相关系数检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果与分析

2.1 症状体征积分统计 经统计,50 例患者的症状体征中主症 1 积分范围为 0~9 分,平均范围(7.38 ± 2.03)分;主症 2 的积分范围为 0~9 分,平均范围(5.88 ± 2.97)分;次症 1 积分范围为 0~3 分,平均积分为(0.72 ± 1.05)分;次症 2 积分范围为 0~3 分,平均积分为(1.08 ± 0.78)分;总积分范围为 8~23 分,平均范围(15.04 ± 3.76)分。见表 2。

表 2 症状体征积分统计($\bar{x} \pm s$,分)

项目	主症 1	主症 2	次症 1	次症 2	总积分
平均积分(分)	7.38 ± 2.03	5.88 ± 2.97	0.72 ± 1.05	1.08 ± 0.78	15.04 ± 3.76

2.2 椎间盘退变的 Pfirrmann 等级分级 经统计后得出,I 级为 3 例,占 6%;II 级为 1 例,占 2%;III 级为 29 例,占 58%;IV 级为 15 例,占 30%;V 级为 2 例,占 4%。见表 3。

表 3 Pfirrmann 等级分级

Pfirrmann 等级分级	
I 级[例(%)]	3(6%)
II 级[例(%)]	1(2%)
III 级[例(%)]	29(58%)
IV 级[例(%)]	15(30%)
V 级[例(%)]	2(4%)

2.3 相关性分析

2.3.1 症状体征积分与总积分 经统计分析可知,在腰酸痛、劳累更甚、卧则痛减症状体征积分与总积分之间存在相关性,而下肢放射痛则较主症 1 更具有相关性,其代表的意义更大,而次症的下肢麻木与腿膝乏力的积分在相关性上则不如主症的相关性。则在 50 例患者的临床表现中,主症要比次症更具有诊断意义。见表 4。

2.3.2 总积分与椎间盘退变之间的关系 经统计分析,因分级 II 级的统计量为常量,故不做比较。症状体征积分 IV 级 > V 级 > III 级 > I 级 > II 级,其 III 级与 IV 级之间差异无统计学意义($P > 0.05$)。但经

数据分析, Pfirrmann 等级分级与症状体征总积分之间的差异有统计学意义($rs = 0.30, P < 0.05$)。说明等级越高其临床症状体征积分越高, 两者之间具有相关性。见表 5。

表 4 症状体征积分与总积分之间的相关性

	R_s	P
主症 1	0.51	0.00
主症 2	0.80	0.00
次症 1	0.26	0.07
次症 2	0.18	0.22

表 5 Pfirrmann 各等级症状体征积分($\bar{x} \pm s$, 分)

Pfirrmann 分级	I 级	III 级	IV 级	V 级
积分	12.33 $\pm$ 4.93	14.31 $\pm$ 3.30	16.73 $\pm$ 4.15	16.50 $\pm$ 3.57

2.3.3 其他发现 经统计, 症状体征积分中偏阴型 > 偏阳型, 其两者之间差异无统计学意义($P > 0.05$)说明在阴阳分型对症状体征积分没有太大的影响。

3 讨论

随着社会的发展和科技的进步, LDH 的发病率日趋增高, 且越来越呈年轻状态发展, 突出的椎间盘压迫神经, 导致腰腿疼痛, 给社会和个人经济造成严重的负担, 提高诊断率, 探讨中西医结合治疗 LDH 的方法, 改善临床症状, 是现代医学共同努力的方向。中医药治疗 LDH 历史悠久, 且在临床上越来越发挥着重要的作用, 本研究将中医证型、临床表现与现代影像学技术结合在一起, 探讨其相关性, 为中医辨证施治提供客观的量化方式, 并为中西医结合治疗提供临床参考。

3.1 本证型的症状体征积分特点 肝肾亏虚是 LDH 的基本病因病机, 中医学认为肝肾亏虚是该病的发病基础, 随着伤风、伤寒、伤湿等外来致病因素的影响, 其表现出不同的临床症状。该型 LDH 的主要表现为腰酸痛、劳累更甚、卧则痛减; 下肢放射痛; 下肢麻木; 腿膝乏力。根据该病的诊断标准, 将其临床症状体征分为主次症, 并根据其不同的程度分为无、轻、中、重, 并分别赋予不同的数值, 便于统计分析。根据统计结果可知, 在主症上的积分明显高于次症, 且与症状体征总积分具有明显的相关性, 而下肢麻木与总积分之间的相关性更大, 此结果也符合部分文献记载, 可知, 腰部酸痛、劳累后加重、平躺及休息后症状减轻及下肢放射痛是其临床的主要表现, 其下肢麻木、腿膝乏力等症状则与症状体征总积分相关性不佳, 可见该证型的临床表现主要以腰部

酸痛及下肢放射痛症状为主。虽统计结果显示下肢麻木、腿膝乏力与总积分之间不存在相关性, 但在临床病例资料中次症仍有不同程度的分布。

3.2 症状体征积分与影像学表现的相关性 Pfirrmann 等根据椎间盘在 MRI 上呈现的不同信号将其进行分级, 以此来界定椎间盘的退变程度, 该型患者的病例资料统计以 III 级及 IV 级数值分布为多, 其百分比高达 98%, 经分析后, Pfirrmann 等级分级与症状体征总积分之间存在相关性, 且该型的突出症状表现主要以是 III 级-IV 级, 椎间盘的退变程度较重。此结论与相关学者^[7]此前的研究也基本一致。肝肾亏虚型患者的椎间盘退变的程度明显与症状体征呈正相关, 符合临床表现的一般规律, 由于引起腰酸痛及下肢疼痛的原因很多, 其基本的分布规律还需继续探讨。

3.3 中医证型因素对积分的影响 该型患者的的证型分布可分为阴阳两型, 其通过舌脉的辨证可以区分, 根据统计结果可知在 50 例患者分布中, 偏阴型明显大于偏阳型, 其表现的腰部酸痛及下肢症状也较偏阳型的典型。肝为刚脏, 主藏血, 阴阳属性为阴中之阳, 肾脏藏精, 主骨生髓, 为阴中之阴。《灵枢·五癃津液别》篇曰: “虚, 故腰背痛而胫酸”^[8]。《医学心悟》云: “大抵腰痛, 悉属肾虚”^[9]。此两脏亏虚后呈现出的临床症状则会表现出典型的阴阳的不同, 本研究的数据中可知, 其发病病程迁延, 平均病程(69.22 $\pm$ 95.55) 个月, 年龄偏大, 其平均年龄(62.60 $\pm$ 10.86) 岁, 此研究结论也与此前诸多学者研究的结果一致^[10]。本研究中中医证型与症状体征总积分之间无相关性, 其阴阳属性对其临床表现的腰部酸痛, 劳累痛甚, 卧则痛减及下肢放射痛等典型症状的意义不大, 但其在年龄及性别上的分布值得探讨。

3.4 症状体征积分的意义 肝肾亏虚型 LDH 患者的临床症状较其他三型如气滞血瘀型显得单薄, 其单纯描述与统计学之间可能存在差异。本研究通过将症状体征赋予分值来计算的方式, 使统计量化更方便, 更客观化。在说明临床问题轻重时也能一目了然, 节省人力物力。将中医证侯与西医的统计化量表结合在一起来分析临床问题一直是现代医学统计不断探索的方向, 统一的量化标准便于学者之间的交流, 也便于中医学知识的传播, 为临床诊疗提供新思路。罗辉^[11]等探讨中医证侯积分的临床疗效评价, 但中医证候积分用于临床疗效评价, 目前尚缺

(下接第 2051 页)

的思想萌芽,在应用方面还是以对男性病的治疗为主。

3.3 取类比象,象数结合 中医理论体系是在以《周易》为代表的中华文化独特思维方式指导下,以象数为模型构筑起来的^[15]。如在治疗男性阳痿时,用到了“鸟喙”,就是取其坚硬之象;再如“麦卵”方的服用方法,以 3 d 为 1 周期,以 7 个周期为 1 疗程在 21 d 内平均每天用酒服 2 个鸡蛋,却采用 1、2、3、1、2、3 的波浪式服法,从中可以看出当时服食保健药物的某些风习和特点^[16]。这种方药的服法特点,则充分体现了数的思维。

4 讨论

由于现有的简帛医书文献相对匮乏,故很难完整地还原当时的医学理论体系,但从现有材料可以看出,古人对生育问题已经有了初步的认识,不仅提出了“阳痿”“阳强”“性功能减退”等直观上的男性疾病,还发现男性精液在生育过程中的作用,意识到了“精少”是导致不育的原因;此外,对男性不育症的认识也变得多元化,认为很多男科疾病均可以造成不育的结果,这种理念上的进步对生育医学的发展有着很重要的推动作用。从医方本身的内容来看,虽然其中有些医方的用药并不科学,尚带有一定程度上的迷信色彩,但有些医方的药物组成对后世生育疾病的遣方用药也有着一定的指导借鉴意义,有些医方的用法、药剂的制法则在理论上开辟了治疗相关疾病的多种思路与途径,但其实际临床效果,还有待于进一步研究和探索。

参考文献

- [1] 刘韞. 先秦诸子人口观略论[J]. 辽宁大学学报:哲学社会科学版,1995,37(4):17-20.
- [2] 丁立维,张其成.《汉书·艺文志·方技略》中的传统生命理念[J]. 中医杂志,2018,59(2):172-174.
- [3] 李欢玉,雷磊. 浅析《胎产书》的胎孕胎育理论[J]. 湖南中医药大学学报,2013,33(5):15-17.
- [4] 周祖亮,方懿林. 简帛医药文献校释[M]. 北京:学苑出版社,2014:1006-1008.
- [5] 贺宏波,成海生,张韬,等. 阳痿中医诊治述评[J]. 中国性科学,2016,25(11):85-87.
- [6] 黄埏. 神农本草经[M]. 北京:中医古籍出版社.1982:33.
- [7] (唐)孙思邈. 备急千金要方[M]. 鲁兆麟主校,沈阳:辽宁科学技术出版社,1997:314.
- [8] 沈霖. 朱曾柏从痰论治男科疾病经验[J]. 实用中医内科杂志,1987,1(1):12-14.
- [9] 王琦,曹开镛. 中医男科学[M]. 天津:天津科学技术出版社,1988:53.
- [10] (日)丹波康赖. 医心方[M]. 高文柱校注,北京:华夏出版社,2011:595.
- [11] 杨森,郑访江,祁琴,等. 武威汉代医简终古毋子治之方注解[J]. 甘肃中医,2007,20(6):20.
- [12] 张延昌,杨扶德,田雪梅,等.《武威汉代医简》方药注解[J]. 甘肃中医,2005,18(1):14-16.
- [13] 刘爽. 对中国生育“男孩偏好”社会动因的再思考[J]. 人口研究,2006,30(3):2-9.
- [14] 熊益亮. 先秦两汉简帛医书身体观研究[D]. 北京:北京中医药大学,2017.
- [15] 张其成. 从易学象数模式看中医理论实质[J]. 南京中医学院学报,1994,10(6):1-3.
- [16] 周一谋. 帛书《养生方》及《杂疗方》中的方药[J]. 福建中医药,1992,23(6):43-46.

(2018-02-03 收稿 责任编辑:杨觉雄)

(上接第 2047 页)

乏统一的系统标准,在国内文献报道中临床也不普遍,国际社会也没有统一的认可标准,所以在进行中医证型分类下通过症状体征积分来进行临床评价还需继续探讨。通过研究临床表现中最基本的一类证型,借鉴前面学者对临床症状体征积分的探讨,将中医证型表现的症状体征与其表现的影像学指标进行分析,发现其中的相关规律,丰富临床诊疗方式,也为临床研究提供新思路。

参考文献

- [1] 吴学武,陈莹. 腰椎间盘突出症的病因及护理[J]. 中国医药指南,2008,24(6):401-402.
- [2] 胥少汀,葛宝丰,徐印坎. 实用骨科学[M]. 4 版. 北京:人民军医出版社,2012.
- [3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:156.

- [4] 朱文锋,袁肇凯. 中医诊断学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社,2011:589.
- [5] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[S]. 1997:145.
- [6] Pfirrmann CW, Metzdorf A, Zanetti M, et al. Magnetic resonance classification of lumbar intervertebral disc degeneration[J]. Spine, 2001(26):1873-1878.
- [7] 胡君,查云飞. 腰椎间盘突出症中医辨证分型与 MRI Pfirrmann 标准分级对照研究[J]. 湖北中医药大学学报,2016,18(4):91-94.
- [8] 田代华,整理. 灵枢经[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:34-82.
- [9] 程国彭. 医学心悟[M]. 上海:科学技术文献出版社,2003:165.
- [10] 韦勇,许建文,谢筱唏,潘汉升. 腰椎间盘突出症中医证型、影像学类型与外周血 TNF- α 表达水平的相关性研究[J]. 蛇志,2016,28(2):145-147.
- [11] 罗辉,廖星,王茜. 中医证候积分在疗效评价中的应用:基于 240 项随机对照试验的比较研究[J]. 中国中西医结合杂志,2015,35(10):1261-1266.

(2018-05-15 收稿 责任编辑:徐颖)