



• 中西医结合 •

强骨壮筋汤配合牵引治疗腰椎间盘突出症(肝肾亏虚型)的临床观察

陈泽文 (宁乡县中医医院 湖南宁乡 410600)

摘要:目的 观察强骨壮筋汤配合牵引治疗腰椎间盘突出症(肝肾亏虚型)的临床疗效。方法 将在我院治疗的腰椎间盘突出症(肝肾亏虚型)患者 64 例随机分为治疗组和对照组,治疗组采用强骨壮筋汤配合牵引治疗,对照组单纯采用牵引治疗,观察治疗后的临床疗效。结果 总有效率治疗组为 96.9%,对照组为 81.3%,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 强骨壮筋汤配合牵引治疗腰椎间盘突出症(肝肾亏虚型)疗效确切。

关键词:腰椎间盘突出症 强骨壮筋汤 中医药疗法

中图分类号: R681.53 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2018)03-222-02

腰椎间盘突出症(Lumbar Disc Herniation, LDH)是腰椎间盘突出退变发生后,因为外力作用,纤维环破裂,髓核从破裂口突出,神经根、血管或脊髓等组织受到刺激或压迫,导致腰痛出现,或伴有坐骨神经放射性疼痛为特征的一种病变,是临床上的常见病和多发病^[1]。2015 年 2 月~2017 年 2 月笔者采用自拟强骨壮筋汤配合牵引治疗本病 32 例,临床疗效明显,现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料

两组患者共 64 例,均在我院门诊或住院治疗,按就诊的先后顺序随机进入治疗组及对照组。治疗组 32 例中,男 14 例,女 18 例,年龄 26~65 岁,病程最短者 10 天,最长者 25 年,发病部位:L4/5 例, L5/S1 16 例,两者兼有 7 例。对照组 32 例中,男 15 例,女 17 例,年龄 22~64 岁,病程最短者 1 个月,最长者 19 年,发病部位:L4/5 8 例, L5/S1 18 例,两者兼有 6 例。两组患者进行治疗前在性别、年龄、病程、发病部位等方面均无统计学差异($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准^[2]

(1)腰痛反复发作,伴下肢放射痛;(2)脊柱出现侧凸,在 L4/5 或 L5/S1 椎板间隙压痛明显;(3)脊柱前屈受限,直腿抬高试验及直腿抬高加强试验阳性;(4)下肢肌肉萎缩乏力,感觉障碍和出现异常反射;(5)X 线片检查可见腰椎生理曲度减少或消失,椎间隙变窄,并可进行 CT 或 MRI 检查。上述第 1~4 中有两项以上异常者,加第 5 项即可确诊为腰椎间盘突出症。

1.3 中医辨证分型^[3]

属肝肾亏虚型:腰部酸软或绵绵作痛,喜揉按,遇劳则甚,卧则痛减,反复发作,活动不利,口干,舌淡红,苔少,脉虚细弱。

1.4 纳入标准

凡符合上述诊断标准及肝肾亏虚型中医分型的患者,自愿接受临床试验并能按时服药坚持治疗者,可纳入观察病例。

1.5 排除标准

(1)年龄小于 18 岁或大于 65 岁者;(2)高血压、心血管疾病、精神病患者以及妇女妊娠期、哺乳期;(3)依从性差,未按规定用药,无法判断疗效或资料不全等影响疗效者;(4)伴有腰椎滑脱、椎管狭窄、腰椎结核、脊髓肿瘤等病变或风湿性、类风湿性关节炎者;(5)巨大型椎间盘突出或伴有马尾神经症状者。

2 治疗方法

2.1 治疗组给予强骨壮筋汤配合牵引治疗,方药:独活 12g,熟地黄 12g,桑寄生 10g,防风 10g,秦艽 10g,杜仲 10g,牛膝 10g,川断 10g,桂枝 6g,当归 10g,茯苓 10g,赤芍 10g,川芎 10g,甘草 6g。由我院药剂科制作准备,每剂中药煎成 2 袋,每袋大约 100ml,每次服用一袋,每日早晚各服用一次。同时每天上午配合骨盆牵引,患者仰卧于牵引床上,行间歇或持续牵引,每次 30~60min,牵引重量根据患者体重调节,约为患者体重的 1/3~1/2,第一次牵引时,边牵引边观察患者反应,以后逐渐增加牵引重量,以患者能承受为度。

2.2 对照组只予牵引治疗。

2.3 观察时间为 4 周,在治疗观察期间,所有其它与本病有关的治疗均需停止。

3 疗效观察

3.1 观察指标

对两组患者腰腿疼痛程度及临床疗效进行评估。采用可视化量表(VAS)法^[4]评估疼痛程度,即使用一条长 10cm 的直线,用 0 至 10 共 11 个数字表示疼痛的程度,0 为无痛,10 为最痛,患者在直线标出疼痛程度。

3.2 疗效标准

参照《中医病证诊断疗效标准》^[2]中关于“腰椎间盘突出症”的疗效标准拟定。痊愈:腰腿疼痛症状基本消失,活动尚可,直腿抬高试验阴性,可恢复正常工作;显效:腰腿疼痛部分消失,活动较前改善,基本恢复以前工作;有效:症状体征较前减轻,但仍有疼痛感,活动受限,直腿抬高试验阳性;无效:腰腿疼痛无变化,活动受限,直腿抬高试验阳性。

3.3 统计学方法

采用 SPSS17.0 统计软件进行数据分析,等级资料采用秩和检验,计量资料采用 t 检验,计数资料采用卡方检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

总有效率治疗组为 96.9%,对照组为 81.3%,两组比较,治疗组疗效优于对照组(见表 1)。

表 1: 两组疗效比较例(%)

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	32	9	16	6	1	96.9
对照组	32	4	8	14	6	81.3

注: $P < 0.05$, 差异具有统计学意义。

3.5 两组治疗前后 VAS 评分比较

两组治疗后 VAS 评分均低于治疗前,差异有统计学意义;治疗后治疗组 VAS 评分低于对照组,差异有统计学意义。(见表 2)

表 2: 两组治疗前后 VAS 评分比较

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	32	7.60±1.53	1.72±1.36 △ ※
对照组	32	7.68±1.49	3.79±1.52 △

注: 与本组治疗前比较, △ $P < 0.05$; 与对照组比较, ※ $P < 0.05$; 与对照组比较。

4 讨论

腰椎间盘突出症是骨科常见病和多发病,腰椎间盘突出已发生退变,同时因外力的作用,椎间盘的纤维环破裂,无法约束髓核,髓核突出,神经根受到刺激或压迫,引起腰痛及下肢坐骨神经放射痛。本病以青壮年多发,其病因多为 20 岁以后椎间盘开始退变,髓核含水量逐渐减少,椎间盘的弹性和抗负荷能力也随之减退,同时在日常生活中反复承受挤压、屈曲和扭转等负荷,使纤维环的后部由里向外产生裂隙,



并不断加大,导致纤维环的破裂,突出的髓核组织压迫神经根或马尾神经,引起不同程度的腰骶部及下肢疼痛或麻木,拇趾背伸或跖屈肌力减弱等伴随症状。

中医学将腰椎间盘突出症归之为“痹证”、“腰痛”范畴,中医学认为,肾虚会引起腰府失养,再加上外伤、风寒湿邪等诱因,最终导致经络阻滞,气血凝滞不通,引发腰痛。笔者采用强骨壮筋汤配合牵引治疗本病,疗效肯定。本方中独活为君,取其伏风,善祛下焦与筋骨间之风寒湿邪;防风祛风邪以胜湿;川断既补肝肾,又能行血脉,续筋骨,有补而不滞之优点;秦艽除风湿而舒筋;桑寄生、地黄、杜仲、牛膝祛风湿兼补肝肾;当归、川芎、白芍养血又兼活血;茯苓补气健脾;桂枝温通血脉;甘草调和诸药。综合全方,祛邪扶正,标本兼顾,可使血气足而风湿除,肝肾强而痹痛愈。

现代医学认为腰椎间盘突出症是由于机械压迫、炎症刺激、自身免疫、精神因素等多方面的因素影响,出现腰部疼痛、麻木等症状^[5],目前主要的治疗方法是非手术治疗。现代药理证明,秦艽、独活、防风等中药属抗风湿类,其具有镇痛抗炎作用,且有部分抗组胺作用,能有效抑制炎症物质渗出;当归、芍药、川芎等活血化瘀中药能扩张

局部毛细血管,使微循环改善,使神经根炎症、水肿缓解或消除;而杜仲、桑寄生等补肝肾类中药则能促进机体生成正常的抗体,缓解过于亢进的免疫性炎症反应,双向调节机体免疫力。配合牵引治疗,腰椎间隙增大,可使神经根受到的压迫和刺激得到缓解,使得腰椎后关节的异常改变恢复正常,恢复关节的轻微错位。故笔者认为强骨壮筋汤配合牵引治疗腰椎间盘突出症(肝肾亏虚型)是一种有效的方法,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 葛少汀,葛宝丰,徐印坎.实用骨科学[M].北京:人民军医出版社,2012:242-2065.
- [2] 胡有谷.腰椎间盘突出症[M].北京:人民卫生出版社,2000:287.
- [3] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则.1993.208.
- [4] 卢欣欣,于兰贞,魏代艳.疼痛评估现状及新进展[J].中国实用护理杂志,2014;22(10):57-58.
- [5] 刘献斌,张学利.椎间盘突出症中医药治疗进展[J].中华临床医学杂志,2012,9(6):46-48.

(上接第219页)

根据本次临床研究结果,我们可以发现在观察组61例恶性肿瘤患者中,共有34例患者得到完全缓解,21例患者为部分缓解,4例患者状态为稳定,但也出现了2例肿瘤细胞数量增加或体积增大的患者,使得最终观察组患者临床治疗总有效率为90.1%,临床治疗获益率为96.7%。而对照组患者在仅仅接受常规手术治疗以及化疗、放疗治疗时,临床治疗效果没有观察组效果理想。在对照组61例恶性肿瘤患者中,仅有18例患者得到完全缓解,占比仅为29.5%,26例患者为部分缓解,9例患者状态为稳定,但却出现了8例肿瘤细胞数量增加或体积增大的患者,该类恶性肿瘤患者占比达到13.1%,导致最终对照组患者临床治疗总有效率仅为72.1%,临床治疗获益率为86.9%。通过结果中的表二可以看出类恶性肿瘤患者,提供中医扶正固本治疗有助于延长患者生存时间,在观察组患者中最短生存时间为3.7±0.4(月),最长生存时间为55.2±7.1(月),平均生存时间

为39.5±5.0(月);而对照组最短、最长、平均生存时间均短于观察组患者,分别为2.3±0.2(月)、42.5±4.9(月)以及34.4±4.1(月)。

综上所述,在为恶性肿瘤患者提供基本的手术治疗、放疗治疗以及化疗治疗后,为其提供中医扶正固本治疗,有助于延长患者生存时间,提高患者临床治疗有效率,因而中医扶正固本在治疗恶性肿瘤中具有较高的应用价值,值得推广应用。

参考文献

- [1] 薛文翰,巨奎莲.中医扶正固本在治疗恶性肿瘤中的应用及机理探讨[J].甘肃医药,2011,30(11):664-666.
- [2] 刘新龙.扶正固本汤在恶性肿瘤化疗中的临床应用[J].心理医生,2016,22(21):82-82.
- [3] 覃业语,韦知轶,韩方璇等.扶正固本汤联合化疗治疗宫颈癌临床疗效及安全性分析[J].广州中医药大学学报,2016,33(3):321-324.

(上接第220页)

例数2例、复发率0.00%,明显更优于对照组患者。

综上,中医外科治疗嵌顿混合痔的临床效果较为理想且值得临床推广,可明显缩短患者平均住院用时、创面愈合时间,可明显减少患者术后应用止痛片例数并降低疾病复发率,后续研究中,实施多样本长时间深入分析,促使本组研究结果更具有临床参考价值。

参考文献

- [1] 张羽,李宇栋.中医外科治疗嵌顿混合痔的效果观察[J].今日健康,2015(10):394-394.
- [2] 储范昕.多区域切剥缝合术治疗嵌顿性混合痔的临床研究[D].

上海中医药大学,2016.

- [3] 刘阳.探讨中西医结合疗法在嵌顿性混合痔的临床疗效[J].医学信息,2015(33):243-244.
- [4] 张传举.早期中西医结合治疗混合痔嵌顿水肿临床效果研究[J].航空航天医学杂志,2017,28(4):456-457.
- [5] 罗廷威,陈淑婉,黄瑞凝.活血祛瘀法在嵌顿性混合痔早期治疗的临床疗效和预后转归的比较研究[J].北方药学,2016,13(6):61-61.
- [6] 巨超龙,李勇.手术加中药湿敷治疗急性嵌顿性混合痔的疗效分析[J].中国肛肠病杂志,2017,37(5).

(上接第221页)

能散瘀止痛。上述药方联合使用,不但可活血祛瘀和行气止痛,还能有效改善脑梗死患者的心功能、血液流变性、微循环。与此同时,还可提高患者机体免疫能力^[6]。本次研究结果显示,治疗前,两组血脂和血黏度水平比较,不存在统计学的意义, $P > 0.05$ 。但是,治疗后,观察组和对照组血脂水平、血黏度水平相比较,均存在统计学的意义, $P < 0.05$ 。

综上所述,中医活血化瘀法,治疗脑梗死患者,能有效降低患者的甘油三酯、胆固醇、全血比黏度、血浆比黏度、血小板凝聚率,利于脑梗死患者的病情恢复,存在临床方面应用、推广的价值。

参考文献

- [1] 匡国贵.阿司匹林联合硫酸氢氯吡格雷治疗脑梗死的有效性

和安全性研究[J].中国处方药,2016,14(5):76-77.

- [2] 陈煜辉,陈巧月.阿司匹林联合硫酸氢氯吡格雷口服治疗脑梗死的有效性和安全性研究[J].中国卫生标准管理,2016,7(14):74-75.
- [3] 杨颖.阿司匹林联合硫酸氢氯吡格雷口服治疗脑梗死的有效性和安全性研究[J].中国现代药物应用,2016,10(18):151-152.
- [4] 武峙璇,赵丽波,刘玮等.运动想象疗法对早期脑梗死患者康复治疗有效性的研究[J].中国卫生标准管理,2017,8(4):25-26.
- [5] 张丽.血塞通治疗脑梗死的临床有效性研究[J].中国医药指南,2016,14(29):195-196.
- [6] 赵艳艳.丹红注射液联合西药治疗脑梗死的有效性研究[J].中国医药指南,2016,14(9):219-219.