



独活寄生汤联合温针灸治疗腰椎间盘突出症寒湿型的临床疗效

吴友军 (常宁市中医院针灸推拿科 湖南常宁 421500)

摘要: **目的** 探讨独活寄生汤联合温针灸治疗腰椎间盘突出症寒湿型的临床疗效。**方法** 采取分层抽样法将我院2016年3月-2017年3月收治的100例寒湿型腰椎间盘突出症患者分为对照组(温针灸治疗)及观察组(独活寄生汤联合温针灸治疗)各50例,1个月后将两组临床疗效进行比较。**结果** 观察组治疗总有效率92%,对照组治疗总有效率82%,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗前两组症状积分无明显差异,治疗后差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 独活寄生汤联合温针灸治疗腰椎间盘突出症寒湿型可取得理想的临床疗效,值得推广使用。

关键词: 独活寄生汤 温针灸 腰椎间盘突出症 寒湿型

中图分类号: R274.9 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2017)12-217-02

腰椎间盘突出症是目前临床较为常见的病症类型,为腰椎间盘髓核、纤维环及软骨板发生退行性改变,外力因素作用下导致椎间盘纤维环破裂,使得髓核组织由此突出或脱出于椎管并对相邻脊神经根形成刺激或压迫所致^[1]。随着工作压力的加大以及生活节奏的加快,腰椎间盘突出症发病率呈逐年升高态势,引起了临床的高度重视。中医理论中腰椎间盘突出症属于“腰痛”、“痹病”范畴,历来属于中医治疗的优势病种,所以采取中医治疗无疑能够取得理想的临床疗效。鉴于此,本次研究围绕独活寄生汤联合温针灸治疗腰椎间盘突出症寒湿型的临床疗效展开分析,内容如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

采取分层抽样法将我院2016年3月-2017年3月收治的100例寒湿型腰椎间盘突出症患者分为两组各50例。对照组中男33例、女17例;年龄38岁-58岁,平均年龄(48.27±1.23)岁;病程时间8个月-3.5年,平均病程(2.17±0.23)年;症状表现:腰痛34例、下肢(单侧或双侧)麻木16例;病变位置:腰4~5者31例、腰5~骶1者19例。观察组中男31例、女19例;年龄36岁-58岁,平均年龄(48.25±1.25)岁;病程时间6个月-3.5年,平均病程(2.15±0.21)年;症状表现:腰痛32例、下肢(单侧或双侧)麻木18例;病变位置:腰4~5者30例、腰5~骶1者20例。

纳入标准: (1)经中医诊断均为寒湿型腰椎间盘突出症者;(2)直腿抬高试验及加强试验、屈颈试验、颈静脉压迫试验、股神经牵拉试验阳性者;(3)无严重精神障碍或认知功能障碍者。

排除标准: (1)独活寄生汤或温针灸治疗禁忌者;(2)合并其他全身严重器质性疾病者;(3)不同意此次研究方案或未签署知情同意书者。两组患者一般资料无明显差异,可予以分组对比。

1.2 方法

对照组单纯接受温针灸治疗,方案如下:协助患者取仰卧位,取其肾俞穴、大肠俞穴、八髎穴、秩边穴、风市穴、委中穴、阿是穴作为温针灸的选穴,穴位表面消毒清洁后将毫针刺入上述穴位,并以捻转手法得气,当患者主诉感到酸麻胀重感或串电感(秩边穴)后点燃插于针柄上的艾条灸,与皮肤的距离控制在3cm以上。温针灸治疗期间叮嘱患者保持静止,每个穴位灸2壮,留针0.5h,以6d为一个治

疗周期,休息1d后继续下一个疗程的治疗,持续治疗1个月。

观察组接受独活寄生汤联合温针灸治疗,温针灸治疗方案同对照组。独活寄生汤组方:独活、桑寄生、秦艽、防风、当归、白芍、生地、杜仲、牛膝、茯苓、党参各10g、川芎6g、细辛、甘草、肉桂各3g。下肢麻木加乌梢蛇、地龙各10g;肢体畏寒加制川乌3g,水煎成剂后取汁500ml分早晚两次服用,每日一剂,以2周为一个治疗周期,同样持续治疗1个月。

1.3 观察指标

选取治疗总有效率、症状积分作为观察指标,其中症状包括腰痛、下肢麻木、畏寒、酸软无力,采用4级评定,由低至高依次为无(0分)、轻度(1分)、中度(2分)、重度(3分)。

1.4 疗效标准

本次研究中根据两组患者直腿抬高角度制定临床疗效判定标准如下:显效:直腿抬高 $> 75^\circ$;有效:直腿抬高 $60^\circ - 74^\circ$;无效:直腿抬高 $< 60^\circ$,总有效率(%)=显效率+有效率。

1.5 统计学方法

本次研究中所有数据均采用SPSS17.0统计软件进行处理,计量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,以t检验,计数资料采用率(%)表示,等级资料以秩和检验, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗总有效率比较

观察组治疗总有效率92%,对照组治疗总有效率82%,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表1所示。

表1: 两组治疗总有效率比较

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	50	17(34)	24(48)	9(18)	82
观察组	50	26(52)	20(40)	4(8)	92
Z				-4.421	
P				0.036	

2.2 两组症状积分比较

治疗前两组症状积分无明显差异,治疗后差异有统计学意义($P < 0.05$),见表2所示。

表2: 两组症状积分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	腰痛		下肢麻木		畏寒		酸软无力	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组(n=50)	2.64±0.26	1.34±0.16	2.70±0.20	1.40±0.20	2.55±0.27	1.21±0.24	2.49±0.21	1.18±0.25
观察组(n=50)	2.65±0.25	0.89±0.15	2.72±0.18	1.00±0.18	2.54±0.26	0.85±0.23	2.50±0.20	0.80±0.22
t	1.001	8.220	1.002	8.215	1.001	8.201	1.001	8.204
P	0.999	0.037	0.998	0.039	0.999	0.043	0.999	0.044

3 讨论

腰椎间盘突出症已经成为我国临床较为常见的职业病之一,高发年龄段集中于20岁-50岁,且近些年来发病率逐年攀升,给患者正常工作生活均带来严重不利影响^[2]。辨证施治是中医治疗疾病的基本原则,腰椎间盘突出症在中医理论中可分为气滞血瘀型、寒湿型、湿

热型、肝肾亏虚型4个证型,各个证型在临床治疗工作中均有所报道。寒湿型作为腰椎间盘突出症常见的中医分型,主要是由于寒湿之邪侵入肌肉、关节、经络,寒邪凝而不散,粘滞不去,久治不愈,寒湿阻滞经络,气血运行不畅所致,在治疗上应以散寒除湿、温经通络为主(下转第218页)



· 中西医结合 ·

中药口服治疗老年膝关节骨性关节炎的探讨

孙延镇 (山东中医药大学 山东济南 250014)

摘要: 膝关节骨性关节炎是指由于膝关节软骨变性、骨质增生而引起的一种慢性骨关节疾患, 又称为退行性关节炎及骨性关节炎。临床上以中老年发病最常见, 女性多于男性。可单侧发病, 也可双侧发病, 具有病情复杂、病程易延长、治疗困难、易反复等特点, 且近年来呈现发病率上升的趋势。本文通过对膝关节骨性关节炎的病因及病机分析, 结合老年人的生理特点, 探讨中药治疗的可行性。

关键词: 膝关节骨性关节炎 辨证论治 中药口服

中图分类号: R274 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2017) 12-218-01

膝关节骨性关节炎是膝关节炎症中最常见的病因, 特点为局灶性关节软骨的退行性变, 软骨下骨质变密(硬化), 边缘性骨软骨骨赘形成和关节畸形。由于人均寿命的延长, 在20世纪内骨性关节炎的发病率明显增高, 尤其是肥胖的老年人群。60岁以上的人群中, 50%的人群X线有骨性关节炎表现, 其中35%-50%有临床表现; 75%以上人群中, 80%有骨性关节炎症状^[1]。

一、中医病因、病机

膝关节骨性关节炎, 中医归之“骨痹”的范畴, 结合其发病特点, 中医认为, 本病由于高龄老人慢性劳损致使身体肝肾亏损有关^[2]。过渡劳累, 日积月累, 筋骨受损, 营卫失调, 气血受阻, 筋脉凝滞, 筋骨失养, 致生本病。本病早期有气血虚弱之证, 精神萎靡, 神情倦怠, 面色苍白, 少气懒言, 后期出现肝肾亏损之证。

二、中医关于筋骨的论述

中医认为肝藏血, 血养筋, 肝在体合筋, 其华在爪。肾主藏精, 骨髓生于精气, 在体合骨^[3]。诸筋者, 皆属于节筋能约束骨节。老人肝肾亏损, 肝血虚不养筋, 筋脉不能弛张筋骨, 关节失其滑利, 肾虚而髓减, 致使筋骨均失所养。肾精亏虚, 骨髓失养, 骨萎为痹。故本病主要责之于肝肾亏损。治疗宜补益肝肾, 活血通络。

三、验案一则

患者女, 69岁, 右膝疼痛1年, 加重伴活动不利1周。2016年10月初诊, 症见: 右膝关节疼痛, 压痛(+), 外形稍肿, 皮温偏高,

作者简介: 孙延镇(1988-), 男, 汉族, 山东德州市人, 中医学硕士, 研究方向: 中西医结合治疗骨与关节疾病。

活动范围受限, X线检查显示右膝关节间隙变窄, 少许关节积液, 关节周围有骨赘。患者舌薄红, 苔稍腻, 脉细。中医诊断: 骨痹, 肝肾亏损。西医诊断: 右膝骨性关节炎。治疗宜补益肝肾佐以活血通络。中药组成为: 苍术15g, 黄柏9g, 川牛膝15g, 元胡15g, 川山龙30g, 双花15g, 泽兰30g, 薏苡仁18g, 萆薢12g, 土茯苓15g, 炒山药30g, 忍冬藤18g, 伸筋草15g, 威灵仙15g, 半夏9g, 炙甘草6g等。10剂水煎服, 日一剂, 早晚分服, 嘱患者戒酒, 戒辛辣油腻之品。患者服药后感觉疼痛减轻, 后又在此方基础上加以调整, 服药半年后患者右膝部疼痛不明显, 关节活动范围加大。

五、小结

膝关节骨性关节炎近年来病情越来越重, 发病率越来越高, 目前的医疗水平, 没有切实有效的治疗方法, 人工全膝关节置换术是治疗终末期膝关节骨性关节炎的最终手段^[4], 不但术后恢复时间长, 危险性大而且医疗费用高。相比之下, 中医在治疗膝关节骨性关节炎的优势得以体现, 应用补益肝肾佐以活血通络的中医治疗方法为治疗早期膝关节骨性关节炎提供了一种新思路。

参考文献

- [1] 胥少汀, 葛宝丰, 徐印坎等. 实用骨科学[J]. 人民军医. 2012, 01:1676-1676.
- [2] 王和鸣, 沈冯君, 赵文海. 中医骨伤科学基础[J]. 中国中医药出版社. 2015, 01:340-341.
- [3] 孙广仁、童瑶等. 中医基础理论[J]. 中国中医药出版社, 2012, 07:117-119.
- [4] 吕厚山. 人工关节外科学[M]. 北京科学出版社, 1998, 311-393.

(上接第217页)

要治则^[8]。

本次研究中观察组经独活寄生汤联合温针灸治疗, 总有效率92%, 明显高于单纯采取温针灸治疗下对照组82%。在症状积分比较上, 治疗前两组腰腿痛、下肢麻木、畏寒、酸软无力积分无明显差异, 而在治疗后观察组各指标数值均低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。由此结果可知, 独活寄生汤联合温针灸治疗腰椎间盘突出症寒湿型取得的效果优于单纯温针灸治疗。原因在于温针灸选取的穴位遍布于足太阳膀胱经、足少阳胆经, 二经可引导机体营卫之气输布全身、调养气血、疏通经络。点燃艾条后热能通过体表透达深部, 利用热效应增加局部组织血功效果, 加快新陈代谢并松解粘连的神经根, 彻底解除痉挛所致的一系列症状^[4]。独活寄生汤为中医治疗痹症日久所致肝肾两虚、气血不足证的常用方, 方中独活、秦艽、防风、细辛祛风除湿, 散寒止痛; 杜仲、牛膝、桑寄生补肝肾, 强筋骨, 祛风湿; 当归、白芍、川芎养血和血; 人参、茯苓、甘草补气健脾; 诸药合用, 共奏祛风湿, 止痹痛, 补肝肾, 益气血之功^[5]。将两种治疗方案联合使用, 一方面能够充分发挥出中药改善局部微循环及化学环境、受累神经根营养状态的功效, 另一方面则能够通过温针灸激发机体潜在功能, 最大程度上恢复病变部位原有生理功能, 在较短的时间内解除局部组织处于的痉挛状态, 消除痛感或其他不适症状^[6]。然而, 虽然此

次研究中独活寄生汤联合温针灸治疗方案取得了理想的效果, 但是患者治疗后各不适症状依然存在, 提示临床要想彻底治愈腰椎间盘突出症就必须展开长期的、多疗程治疗。

综上所述, 独活寄生汤联合温针灸治疗腰椎间盘突出症寒湿型可取得理想的临床疗效, 值得推广应用。

参考文献

- [1] 陈愉, 刘绍凡, 徐敏敏, 等. 独活寄生汤联合塞来昔布胶囊治疗老年寒湿型腰椎间盘突出症的疗效[J]. 中国老年学杂志, 2017, 37(10):2508-2510.
- [2] 赵犹太, 朱先龙, 李伟. 中医骨伤手法结合独活寄生汤加减治疗腰椎间盘突出症疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(01):57-59.
- [3] 苏永强, 屈亮, 谭子文, 等. 独活寄生汤联合腰椎手法治疗腰椎间盘突出症的临床研究[J]. 中国医药导报, 2017, 20(19):85-88.
- [4] 陈翠微. 温肾蠲痹汤与温针灸联合治疗寒湿型腰椎间盘突出临床效果研究[J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(28):5523-5524.
- [5] 杨彬, 王宏坤. 独活寄生汤联合针灸推拿对84例腰腿痛患者疼痛症状改善效果的影响分析[J]. 中医临床研究, 2016, 8(12):105-106.
- [6] 胡文海, 汤国敏. 独活寄生汤联合针刺环跳穴治疗腰椎间盘突出症疗效观察[J]. 新中医, 2015, 47(08):241-242.