

温肾蠲痹汤联合温针灸治疗寒湿型腰椎间盘突出临床疗效观察

肖仲秋

湘潭县易俗河镇卫生院 湖南湘潭 411228

[摘要] 目的 观察中药联合温针灸治疗寒湿型腰椎间盘突出症的临床治疗效果。方法 选取 2015 年 4 月至 2016 年 4 月来我院治疗的寒湿型腰椎间盘突出患者 150 例, 将患者按照随机数字表法分为对照组和观察组, 每组 75 例, 对照组采用温针灸治疗, 观察组采用温肾蠲痹汤联合温针灸治疗。观察比较不同治疗方法下两组患者的临床治疗效果。结果 采用不同的方法治疗后, 观察组患者的治疗总有效率为 93.3%, 对照组患者的治疗总有效率为 80.0%, 观察组患者临床治疗效果显著优于对照组, 组间比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 中药联合温针灸治疗寒湿型腰椎间盘突出症的临床治疗效果优于单独使用温针灸治疗的效果, 该方法在临床治疗中具有医学价值, 值得在临床治疗中大力推广。

[关键词] 温肾蠲痹汤; 温针灸; 腰椎间盘突出; 治疗效果

[中图分类号] R681.53

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561 (2017) 04-178-02

腰椎间盘突出症在骨科门诊中最为常见, 人们最常见的腰腿疼痛也是由腰椎间盘突出现象引起的。腰椎间盘突出主要是由外伤引起的椎间盘纤维环破裂, 导致髓核突出, 对人的压迫神经和马尾神经产生严重的刺激作用, 最终在长期的积累中致使椎间盘蜕变[1]。由于工作性质原因, 该疾病在青年人群中最为常见, 表现的症状多种多样, 伴随腰疼、下肢麻木等现象, 严重影响了患者的生活质量。目前, 患有腰椎间盘突出的人群比较多, 发病率比较高, 但在治疗方面又非常缓慢, 而且容易反复发作, 在治疗方面比较难[2]。

本次研究主要的目的是观察中药联合温针灸治疗寒湿型腰椎间盘突出症的临床治疗效果。选取来我院治疗的 150 例寒湿型腰椎间盘突出患者作为研究对象, 共分为对照组和观察组, 对照组采用温针灸治疗, 观察组采用温肾蠲痹汤联合温针灸治疗。观察比较不同治疗方法下两组患者的临床治疗效果。其中观察组患者经过临床治疗后, 患者的治疗效果比较显著, 患者的满意度也有很大提高。其具体报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2015 年 4 月至 2016 年 4 月来我院治疗的寒湿型腰椎间盘突出患者 150 例, 作为本次研究的对象, 并随机分为对照组和观察组, 每组 75 例, 对照组 75 例患者, 其中男性患者 45 例, 女性患者 30 例, 患者年龄多在 18 到 70 岁之间, 平均年龄为 (45.1 ± 4.1) 岁, 病程 1 周至 2 年, 平均病程为 (10 ± 2.33) 月; 而观察组患者 75 例, 男性患者 42 例, 女性患者 33 例, 患者的年龄在 19 岁到 68 岁之间, 平均年龄为 (43.3 ± 3.1) 岁, 病程 2 周至 3 年, 平均病程为 (11 ± 3.38) 月; 接受临床治疗的患者中排除了肿瘤、肺结核、马尾神经功能障碍、以及脊柱骨折等情况的患者。对照组采用温针灸治疗, 观察组采用温肾蠲痹汤联合温针灸治疗。两组患者在性别、年龄、学历、病程等方面比较差异不具有统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 方法

对照组根据患者腰椎间盘突出不同病况, 采取温针灸治疗。对患者身体的穴位 (肾俞、关元俞、腰眼、秩边、风市、委中、承山、昆仑等) 进行针灸治疗, 在治疗前患者要俯卧, 将针刺部位暴露出来, 并对皮肤消毒, 然后用针在患者的不同穴位上直接刺针, 当患者身体出现局部酸麻感后, 将针退后留针, 并在患者的腰椎夹脊穴、肾俞穴和委中穴上用艾药实施针灸。每天针灸治疗一次, 每次时长 45 分钟, 共治疗 3 个疗程, 一个疗程 15 天, 患者可以在半月内休息两天。而观察组采用温肾蠲痹汤联合温针灸治疗, 在上述治疗的基础上继续实施温肾蠲痹汤药治疗, 汤药治疗也是 3 个疗程, 每 20 天为一个疗程。该汤药的配方为: 鹿角片、蜈蚣各 5g; 细辛、茯苓、川牛膝、桂枝、伸筋草、鹿衔草、僵蚕、当归、熟地黄、仙灵脾、青风藤各 10g; 制附子、木瓜、薏苡仁各 15g; 白术、桑寄生各 20g, 在治疗期间要严格确保患者的治疗疗程。

1.3 疗效的评定标准

按照一定的评定标准将腰椎间盘突出症的治疗效果可分为: 治愈, 即患者在 3 个疗程中症状消失。显效, 即指患者在 3 个疗程中患者症状减少三分之二以上。有效, 指患者在 3 个疗程后患者的症状减少三

分之一以上。无效, 指的是患者治疗 3 个疗程后病情没有任何变化。

1.4 统计学方法

统计软件 SPSS16.0 统计分析, 计数资料采取率 (%) 表示, 计量资料采取平均值 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间率对比采取 χ^2/T 检验, $P < 0.05$, 具统计差异。

2 结果

通过对两组患者采用不同的治疗方法, 然后观察两组患者的临床治疗效果, 对对照组采用温针灸治疗, 观察组采用温肾蠲痹汤联合温针灸治疗, 观察组患者的治疗总有效率为 93.3%, 对照组患者的治疗总有效率为 80.0%, 观察组患者临床治疗效果显著优于对照组, 组间比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 1. 两组患者临床治疗效果比较 (n (%))

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	有效率
对照组	75	35	16	9	15	80.0%
观察组	75	45	15	10	5	93.3%
统计值	—	—	—	—	—	4.67
P 值	—	—	—	—	—	$P < 0.05$

3 讨论

腰椎间盘突出症的患病率在当今社会比较高, 患病的群体主要以青年为主, 主要是腰部受损, 或者由外伤、风寒湿邪侵袭引起, 最终导致人体筋脉内气滞血瘀和疼痛的现象, 在中医中称腰椎间盘突出为坐骨风, 或者称其为腿股风[3]。

从人体神经方面分析, 腰椎间盘突出主要是由于椎间盘突出和椎间盘髓核压迫神经后, 使得神经麻木, 造成放射性疼痛, 或者由于人体椎体之间关节紊乱、错位等引起的疼痛感; 同时, 椎间盘突出容易造成血液流通不畅、纤维环断裂, 引发炎症等症状, 进而刺激神经引起的疼痛感[4-5]。腰椎间盘突出中比较复杂的是寒湿型腰椎间盘突出症, 主要由寒湿侵袭患者的肌肉或者关节, 让患者的关节、肌肉等气血流通受阻, 并且寒湿凝结在患者身体中, 无法轻易散去, 致使患者感到放射性的疼痛。目前, 临床治疗中主要采用非手术方式治疗, 主要有温针灸治疗方法和温针灸联合中药治疗方法[6]。本文选取了来我院治疗的 150 例腰椎间盘突出患者, 将患者分为对照组和观察组, 对照组采用温针灸治疗, 观察组采用温肾蠲痹汤联合温针灸治疗。根据治疗结果显示, 观察组患者临床治愈人数为 45 例, 治疗效果显著人数为 15 例, 治疗有效人数为 10 例, 无效人数 5 例, 治疗总有效率为 93.3%; 而对照组患者的临床治愈人数为 35 例, 治疗效果显著人数为 16 例, 治疗有效人数为 9 例, 无效人数 15 例, 治疗总有效率为 80.0%; 观察组患者的治疗总有效率显著高于对照组, 组间比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

综上所述, 在寒湿型腰椎间盘突出临床治疗中, 采用中药联合温针灸的治疗方法效果显著优于单独使用温针灸的治疗效果, 该方法在临床治疗中具有医学价值, 值得在临床治疗中大力推广。

[参考文献]

[1] 宋芙蓉. 温肾蠲痹汤联合温针灸治疗寒湿型腰椎间盘突出临床

(下转第 180 页)

哮喘慢性持续期患者时不仅需重视解除患者气道平滑肌痉挛,缓解患者的哮喘症状,同时还重视减轻、消除气道内的嗜酸粒细胞等介导的炎症反应。目前西药是治疗支气管哮喘的主要治疗方式,但长期使用西药特别是激素,易出现不良反应,且患者依从性也不高,很难坚持用药。

支气管哮喘属于中医“哮喘”范畴,哮喘的发生,为宿痰内伏于肺,每因外感、饮食、情志、劳倦等诱因而引触,以致痰阻气道,肺失肃降,肺气上逆,痰气搏击而发。治疗组所选的平喘固本汤中党参、黄芪补益肺气;胡桃肉、沉香、五味子补肾纳气;紫苏子、法半夏、款冬花、陈皮降气化痰;桃仁活血化痰,止咳平喘;白芥子温肺化痰,利气散结;僵蚕化痰散结,以上诸药合用能补肺纳肾,降气化痰。现代药理研究表明:党参、黄芪具有增强机体免疫功能,党参皂苷还能兴奋呼吸中枢五味子对呼吸系统有兴奋作用,有镇咳和祛痰作用,还具有抗氧化,提高免疫作用,对金黄色葡萄球菌、肺炎杆菌、铜绿假单胞菌等均有抑制作用;法半夏各种炮制品均具有止咳作用;款冬花煎剂有镇咳作用;桃仁水煎剂具有镇痛、抗炎、抗菌、抗过敏作用;白芥子小剂量

可引起反射性气管分泌物增加,而有恶性祛痰作用;僵蚕体外实验对金黄色葡萄球菌、铜绿假单胞菌有抑制作用。治疗组通过西医综合治疗联合中医辨证论治,并参考现代药理研究,取得了很好的疗效。

综上所述,中西医结合治疗支气管哮喘慢性持续期的疗效较之单纯的西药治疗效果更好,值得临床上广泛应用与推广。

[参考文献]

- [1] 赵东凯,杨桂仙.加味射干麻黄汤治疗支气管哮喘(寒哮)56例临床观察[J].中国疗养医学,2015,01:52-53.
- [2] 吴迪,王珂.支气管哮喘治疗现状及进展[J].医学综述,2013,04:664-667.
- [3] 谭磊.多索茶碱与氨茶碱治疗支气管哮喘临床疗效的对比观察[J].当代医学,2012,08:11-12.
- [4] 陈刚庆.老年支气管哮喘慢性持续期的治疗分析[J].中国社区医师(医学专业),2012,14:70.
- [5] 黄波,李天禹,秦建平,王玉和.固本平喘汤治疗支气管哮喘慢性持续期48例[J].中国实验方剂学杂志,2013,20:277-280.

(上接第174页)

[J].河南医学研究,2014,23(09):79-80.

[2] 王江田.中西医结合治疗慢性胆囊炎合并胆结石的临床效果观察[J].世界最新医学信息文摘,2015,15(78):151-152.

[3] 朱永妹.复方阿嗟米特肠溶片治疗慢性胆囊炎和胆结石的临床效果观察[J].大家健康(学术版),2014,30(03):169.

[4] 陈亚楠.腹腔镜逆行次全胆囊切除术治疗慢性结石性胆囊炎的临床

效果观察[J].河南医学研究,2016,25(01):154-155.

[5] 张永良,刘小利.中医治疗肝脾不和型慢性胆囊炎的临床观察[J].中医临床研究,2016,08(06):78-79.

[6] 许克杰.采用腹腔镜胆囊切除术治疗慢性结石性胆囊炎急性发作的效果分析[J].当代医药论坛,2015,13(19):200-201.

[7] 宋春堂.分析64例慢性胆囊炎患者应用中医辨证治疗的疗效观察[J].中国继续医学教育,2015,07(24):193-194.

(上接第175页)

之功益著,使以炙甘草,益气和中,调诸药。并配伍北豆根、牛蒡子、桂枝、玄参解毒利咽,治疗外感;菟丝子、淫羊藿、肉桂、附子温肾补火助阳,振奋胸阳;黄芪补气健脾,消生痰之源;半夏、浙贝豁痰散结;丹参活血化痰。诸药合用,共奏益气养阴,化痰逐瘀之功。

5 小结

肥厚性心脏病往往病史较长,西医治疗疗效差,且副作用较大。中医药辨证施治肥厚性心脏病有一定疗效,可缓解患者的症状,提高患者的生活质量,并可改善患者相关客观指标。但目前针对肥厚性心

肌病的研究较少,其病因病机尚不明确。所以应坚持研究,充分发挥中医整体观念、一辨证论治和副作用较少的优势,寻找有效的治疗方案。

[参考文献]

[1] 周冬.柴胡逐瘀汤联合西药治疗气血痹阻型肥厚性心脏病28例[J].中医研究,2014,27(4):27-29.

[2] 马秀云.中西医结合治疗肥厚性心脏病20例临床观察[J].临床合理用药,2014,4(2B):38.

[3] 陈夏昱,苏文革.林慧娟教授治疗胸痹经验举隅[J].中国民族民间医药,2015:148+150.

(上接第176页)

疗该类疾病安全有效,通过不同的作用机制与药理作用,尽可能的清除患者体内的毒物,保护好各脏器的运作功能,避免出现多功能器管功能障碍,同时减少并发症率的发生,降低病死率、致残率,提高患者生命救治的有效率,为诊断该类疾病提供充分的理论依据。

[参考文献]

[1] 叶任高,陆再英.内科学[M]5版.北京:人民卫生出版社,2012:955-957.

(上接第177页)

杂志,2012,21(1):57-58.

[2] 丘柏荣.自拟除湿药酒方治疗湿疹的疗效观察[J].中华现代中医学杂志,2011.

[3] 娄方璐,刁庆春,刘毅,等.湿疹中医外治处方用药规律分析

[2] 孙晓莉,霍鹏飞,辛光大,等.血液灌流治疗急性有机磷农药中毒的疗效观察[J].中国工业医学杂志,2010,15(6):342-343.

[3] 李秀青,李桂平,宋方娥,等.血液灌流抢救重度有机磷中毒的疗效观察研究[J].中国医药导报,2006,27(27):22-26.

[4] 宋秀琴,时兢,谢卫星,等.大黄对危重病患者胃肠功能障碍的治疗作用[J].中国中西医结合急救杂志,2003,10(5):289-290.

[5] 谢卫星,时兢.大黄在危重病医学领域内的研究与应用[J].中国中医急救,2009,18(2):273-274.

[J].陕西中医,2012,33(1):97-100.

[4] 杨梦,左笑丛,汪江林,等.他克莫司药效学研究进展[J].中国临床药理学与治疗学,2014,19(1):90-95.

[5] 王京军,杨薛朝,孙占学.凉血祛湿止痒汤治疗急性湿疹临床观察[J].中国中医急救,2015,7(4):611-613.

(上接第178页)

疗效观察[J].中医学报,2014,42(03):190-192.

[2] 衣哲.温针灸配合肾着汤加味治疗腰间盘突出症68例临床观察[J].中国医药科学,2015,05(21):68-70+161.

[3] 王敏.中药联合温针灸对寒湿型腰椎间盘突出症的疗效[J].光明中医,2016,31(08):1126-1127.

[4] 郑康华.温针灸联合中药熏蒸治疗腰椎间盘突出症寒湿型的疗效观察[J].实用中西医结合临床,2016,16(08):23-25.

[5] 丁一,鲍娟.蠲痹汤联合温针治疗腰痛的疗效观察[J].四川中医,2014,32(12):139-141.

[6] 张伟勇,杨春智,胡桂芳,余凤嫦.腰骨痹痛汤治疗寒湿瘀血型腰椎间盘突出症的临床疗效[J].中国药物经济学,2015,13(05):55-56.