

● 中医伤科 ●

补肝通络法内外并治 腰椎间盘突出源性腰痛 60 例临床观察

仇杰¹, 仇湘中¹, 蒋盛昶¹, 赵迪民², 邓咪朗², 易振宇¹, 张信成¹, 唐皓¹

(1. 湖南省中医药研究院附属医院, 湖南 长沙, 410006;

2. 湖南中医药大学, 湖南 长沙, 410208)

[摘要] 目的: 观察补肝通络法内外并治腰椎间盘突出源性腰痛的临床疗效及安全性。方法: 将腰椎间盘突出源性腰痛患者 120 例随机分为治疗组和对照组, 每组各 60 例, 治疗组采用补肝健腰方口服联合舒筋活络液离子导入治疗, 对照组采用独活寄生汤口服联合中频理疗治疗。结果: 总有效率治疗组为 90.0%, 对照组为 71.7%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 2 组中医证候积分、疼痛评分及静脉血清 IL-1、PGE₂ 含量治疗前后组内比较及治疗后组间比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 补肝健腰方联合舒筋活络液治疗腰椎间盘突出源性腰痛有较好的临床疗效。

[关键词] 腰椎间盘突出源性腰痛; 中医药疗法; 补肝健腰方; 舒筋活络液

[中图分类号] R274.915+.5 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.02.027

腰椎间盘突出源性腰痛是自身椎间盘内部结构发生变化而引起的临床病症, 其发病机制相当复杂, 发病越来越年轻化, 严重影响了患者的日常生活。近年来, 随着对椎间盘源性疾病的病理改变及化学性刺激物质的深入研究, 临床对椎间盘源性下腰痛的认识取得了很大进展, 多采用中药内服配合非手术综合治疗的手段, 因其价廉、操作方便、疗效显著、适用范围广等优势而备受临床推崇^[1-2]。笔者(除通讯作者外)于 2016 年 9 月至 2017 年 9 月跟随仇湘中教授以补肝健腰方口服联合舒筋活络液离子导入治疗腰椎间盘突出源性腰痛症 60 例, 取得较好疗效, 并与用独活寄生汤口服联合中频理疗治疗的 60 例进行对照观察, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择我院住院及门诊患者 120 例, 按随机数字表法分为 2 组, 每组各 60 例。治疗组中, 男 35 例, 女 25 例; 年龄 35 ~ 58 岁; 平均 (46.51 ± 1.5) 岁; 病程 6 个月至 2.5 年, 平均 (1.5 ± 1.0) 年。对照组中, 男 40 例, 女 20 例; 年龄 32 ~ 54 岁, 平均 (43 ± 11) 岁; 病程 8 个月至 2 年, 平均 (1.33 ± 0.67) 年。2 组一般资料比较, 差异无统

计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照相关文献^[3]拟定。1) 腰背部、臀骶部、腹股沟、大转子及下肢大腿后外侧等多处部位疼痛, 一般疼痛不过膝关节, 且与神经根定位不相符合; 2) 症状常反复发作, 病程大多在 6 个月以上; 3) MRI 退变椎间盘影像: T2 加权像低信号, 为“黑椎间盘”, 提示退变; 4) 椎间盘造影阳性, 相邻节段为阴性对照; 5) 其他影像学: 腰椎 X 线片无明显异常, CT 影像排除椎间盘突出、椎管狭窄等其他异常改变。

1.2.2 中医辨证标准 参照相关文献^[4]辨证为肝肾亏虚、瘀血阻络证。1) 主症: 腰背部疼痛、腹股沟及下肢疼痛。2) 兼症: 腰膝酸软、乏力、翻身抬腿困难, 局部刺痛、痛处拒按; 舌质淡, 少苔或无苔, 脉沉细, 或舌质紫暗或有瘀斑, 脉涩、弦或紧。主症具备 2 项, 兼症 2 项结合舌脉即可诊断。

1.3 纳入标准 1) 符合上述诊断标准并以腰背部、腹股沟及下肢疼痛为主要临床表现; 2) 中医辨证为肝肾亏虚、气滞血瘀证; 3) 年龄 30 ~ 60 岁之间; 4) 严格按照医学伦理原则, 本人需自愿参与本

基金项目: 国家中医药管理局“全国名老中医药专家仇湘中传承工作室建设项目”资助(国中医药人教发[2016]42 号); 湖南省自然科学基金面上项目(编号: 2017JJ2170); 湖南省中医药科研计划重点项目(编号: 201507)

第一作者: 仇杰, 男, 2015 级硕士研究生, 研究方向: 脊柱疾病的中医药防治

通讯作者: 仇湘中, 男, 主任医师, 二级教授, 湖南省名中医, 全国名老中医学术思想继承指导老师, 研究方向: 脊柱疾病的中医药防治, E-mail: 18974991366@189.cn

项观察,并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)有明显马尾神经受压症状,如会阴区麻木、大小便失控,有明确手术指征;2)CT或MRI提示有明确的髓核突出侵占椎管,造成狭窄,或者直接压迫神经根,出现腰椎间盘突出性腰腿痛;3)合并严重内科疾患,如高血压病、冠心病、恶性心律失常、糖尿病肾病等重要脏器功能损害,免疫力极为低下,肝功能不全;4)存在腰椎滑脱、继发性椎管狭窄、腰椎结核、脊髓肿瘤等病变或风湿性、类风湿性关节炎等免疫系统疾病;5)过敏体质或处于怀孕、产褥及哺乳期;6)近期接受过其他治疗或处于围手术期;7)依从性较差,难以配合治疗,难以反馈数据。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用补肝健腰方口服联合舒筋活络液离子导入治疗。处方:熟地黄20g,杜仲20g,炒酸枣仁20g,川芎12g,当归10g,白芍20g,蜈蚣4g,全蝎6g,延胡索20g,木瓜20g,甘草6g。自动煎药机煎煮成1剂2袋(每袋150mL),150mL/次,2次/d,温服。配合舒筋活络液离子导入治疗。药物组成:桑寄生20g,续断20g,三棱15g,乳香15g,威灵仙20g,海桐皮20g,海风藤20g,延胡索25g,秦艽30g,水煎,每天1剂,煎取药汁。采用中频治疗仪(型号ZP-100CH,成都千里电子设备有限公司)进行离子导入治疗,1次/d,每次30min。

2.2 对照组 采用独活寄生汤口服联合中频理疗治疗。处方:独活9g,桑寄生15g,杜仲10g,狗脊12g,骨碎补9g,肉桂8g,熟地黄10g,生地黄10g,牛膝15g,炒党参10g,白茯苓30g,防风8g,山茱萸10g,川芎12g,当归15g,威灵仙12g,麦冬20g,白芍30g,细辛3g,生甘草6g。自动煎药机煎煮成1剂2袋(每袋150mL),150mL/次,2次/d,口服。配合中频理疗:采用中频治疗仪(型号ZP-100CH,成都千里电子设备有限公司)进行温水导入治疗,1次/d,每次30min。

2组均以15d为1个疗程,连续治疗2个疗程后统计疗效。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)中医证候评分。主症:腰背部疼痛、腹股沟及下肢疼痛按程度分为Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ级,分别计0、2、4、6分。次症:腰腿肌力、直腿抬高等活动程度分为Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ级,分别计0、1、2、3分。2)疼痛评分。采用视觉模拟量表(VAS)评分标准^[5]进行。3)血清IL-1、PGE₂含量测定。采用酶联免疫吸附测定法检测血清IL-1及PGE₂含量,试剂盒购自深圳晶美生物工程有限公司,操作

方法严格按试剂盒说明书测定方法进行。4)安全性观察。治疗前后心电图、肝肾功能及生命体征(呼吸、脉搏、血压)观察。

3.2 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[6]拟定。中医证候积分改善采用“尼莫地平法”计算百分数。积分减少率=(治疗前评分-治疗后评分)/治疗前评分×100%。治愈:腰部、腹股沟及下肢疼痛症状消失,直腿能抬高至70°以上,腰腿活动自如,证候积分减少≥90%;好转:腰背部、腹股沟及下肢疼痛症状减轻,腰腿部活动度得到改善,证候积分减少≥30%、但<90%;无效:症状及体征较治疗前对比基本无变化,证候积分减少<30%。

3.3 统计学方法 采用SPSS 20.0统计软件进行统计分析,计量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用t检验,计数资料采用 χ^2 检验。以P<0.05为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组综合疗效比较 总有效率治疗组为90.0%,对照组为71.7%,2组比较,差异有统计学意义。(见表1)

表1 2组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	治愈	好转	无效	总有效
治疗组	60	30(50.0)	24(40.0)	6(10.0)	54(90.0) ^a
对照组	60	22(36.7)	21(35.0)	17(28.3)	43(71.7)

注:与对照组比较,^aP<0.05。

3.4.2 2组中医证候积分及VAS评分比较 2组各项证候积分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表2)

表2 2组中医证候积分及VAS评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	中医证候积分			VAS评分		
		治疗前	15d后	30d后	治疗前	15d后	30d后
治疗组	60	4.20±0.32	3.53±0.26 ^{ab}	3.06±0.38 ^{ab}	8.40±0.62	5.53±0.66 ^{ab}	3.46±0.44 ^{ab}
对照组	60	4.50±0.44	3.94±0.57 ^a	3.62±0.46 ^a	8.50±0.64	6.24±0.57 ^a	4.62±0.52 ^a

注:与本组治疗前比较,^aP<0.05;与对照组治疗后比较,^bP<0.05。

3.4.3 2组血清IL-1、PGE₂含量比较 2组各项指标治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表3)

表3 2组血清IL-1、PGE₂含量比较($\bar{x} \pm s$,pg/mL)

组别	例数	IL-1			PGE ₂		
		治疗前	15d后	30d后	治疗前	15d后	30d后
治疗组	60	108.4±22.2	80.5±10.8 ^{ab}	50.8±4.3 ^{ab}	110.4±24.2	84.5±12.8 ^{ab}	63.4±6.3 ^{ab}
对照组	60	100.8±26.4	98.2±11.6 ^a	54.6±11.6 ^a	98.8±28.4	70.2±10.6 ^a	50.2±5.6 ^a

注:与本组治疗前比较,^aP<0.05;与对照组治疗后比较,^bP<0.05。

3.5 安全性观察 2组患者治疗前后心电图、肝肾功能及生命体征(体温、呼吸、脉搏、血压)指标均在正常范围之内。

4 讨论

腰椎间盘突出性腰痛(DLBP)最早是由科学家 Park 于1979年提出,又称椎间盘内紊乱。它是明显有别于腰椎间盘突出症、椎管狭窄症等其他原因引起的一类常见临床腰痛,其病理变化主要为椎间盘内部结构损伤以及炎性介质产物的释放(IL-1、PGE₂等)^[7-8]。近年来,大量研究表明化学炎性因子介导的炎性反应在椎间盘源性下腰痛发生过程中起着重要的作用,这种反应既包含非特异性炎性反应,也包括了自身免疫性反应^[9]。而其中 PGE₂ 和 IL-1 是非常重要的炎症介质,被作为许多组织产生炎症损害的原因,在退变的间盘内形成非特异性炎症,在盘源性腰痛的过程中起重要作用^[10-11]。本次临床观察发现患者治疗前后血清中 IL-1 及 PGE₂ 炎性因子含量变化明显,治疗后血清中 IL-1 及 PGE₂ 降低。

独活寄生汤出自《备急千金要方》,为临床经典方剂,主治因素体肝肾两亏,气血不足,风寒湿邪外侵,出现以腰膝冷痛,酸软,屈伸不利,或偏枯麻木为主要症状的病症。临床药理研究表明,独活、当归、桑寄生等药物具有抗炎镇痛、抑制免疫、抗氧化的作用,并且能减轻患处水肿,促使神经根周围的炎性介质(PGE₂、IL-1、TNF- α 等)和致痛物质消散,在改善症状的同时能改善局部微循环,增加椎间盘的营养功能^[12-15]。

仇湘中教授经过多年临床经验总结出补肝肾腰方及舒筋活络液等有效方剂,对治疗腰腿痛疑难疾患疗效颇佳^[16-18]。补肝肾腰方中熟地黄滋阴养血,炒酸枣仁养肝、宁心安神,共为君药。当归补血养肝,和血调经;白芍、木瓜养血柔肝和营;川芎活血行气,调畅气血;杜仲甘温补益,为平补肝肾之要药,既能补肾阳又能益肾阴、润肝燥、强腰脊,配伍特点为生血而不滞血,和血而不伤血,共为臣药。蜈蚣辛温走窜,通经逐邪,调达肝经、通络止痛;全蝎与蜈蚣配伍倍增通络止痛;延胡索活血、理气、止痛,共为佐药。甘草调和诸药为使。全方具有养血柔肝、活血化瘀、通络止痛之功效。舒筋活络液方中桑寄生、续断补肝肾,强筋骨,祛风除湿;三棱、乳香、延胡索既入气分,又入血分,活血行气止痛;威灵仙、海桐皮、海风藤、秦艽祛风通痹,舒筋活络。诸药合用,共奏补益肝肾、活血化瘀、祛风除湿、通络止痛之功效。

本次研究采用补肝肾通络法内外并治腰椎间盘突出性腰痛,既用补肝肾腰方口服补肝肾,又联合舒筋活络液外用离子导入通络,临床观察证实安全、有效。结果显示,经治疗后2组中医证候积分及VAS评分比较,差异均有统计学意义;2组血清中 IL-1、PGE₂ 水平比较,差异均有统计学意义,说明补肝肾通络内外并治法对腰椎间盘突出性腰痛疗效确切,值得临床推广。

参考文献

- [1] 陈勋,孙景涵,菅婕,等. 身痛逐瘀汤加减配合针灸治疗腰痛的临床疗效[J]. 智慧健康,2017,3(5):162-163.
- [2] 王永铭. 疏肝补肾汤配合运动疗法治疗椎间盘源性腰痛疗效及对生存质量的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2016,25(22):2414-2417.
- [3] 夏群,Steffen Sola,胡永成,等. 椎间盘源性腰痛的诊断与治疗初步报告[J]. 中华骨科杂志,2007,27(3):162-166.
- [4] 马建,张中,江中潮,等. 椎间盘源性腰痛中医辨证分型研究[J]. 中国运动医学杂志,2013,32(3):221-225.
- [5] 曹卉娟,邢建民,刘建平. 视觉模拟评分法在症状类结局评价测量中的应用[J]. 中医杂志,2009,50(7):600-602.
- [6] 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,1994:201-202.
- [7] 曹春风,王群波,卢旻鹏,等. 椎间盘源性腰痛的诊断和治疗进展[J]. 颈腰痛杂志,2016,37(2):143-146.
- [8] Allegrim, Montellas, Salicif. Mechanisms of low back pain: a guide for diagnosis and therapy[J]. F1000 research, 2016, 25(5):1530.
- [9] 蓝涛. 椎间盘退行性变与髓核炎性因子及下腰痛的相关性研究[D]. 汕头:汕头大学,2015.
- [10] 赵赫,俞兴,唐向盛,等. 炎性因子 IL-1 β 、TNF- α 与椎间盘退变关系的研究进展[J]. 中国骨伤,2017,30(9):866-871.
- [11] 王峰,崔玉蓬. 腰椎间盘突出症患者椎间盘组织炎性因子、TGF- β 1、PGE₂ 表达及意义[J]. 山东医药,2016,56(32):56-58.
- [12] 张宇鹏,关雪峰. 独活寄生汤治疗骨伤科疾病研究简况[J]. 实用中医内科杂志,2015,29(4):179-181.
- [13] 陈淑群. 当归的药理研究与其归经功效关系的探讨[J]. 大家健康,2016,10(15):14-15.
- [14] 纪晓宁,纪同智. 中药川芎中有效成分的药理作用研究进展研究[J]. 养生保健指南,2016(35):216.
- [15] 管俊,崔瑛. 桑寄生药理作用及临床应用研究进展[J]. 河北中医,2017,39(3):460-463.
- [16] 仇湘中,朱承勋,张信成,等. 补肝肾腰方对椎间盘退变大鼠椎间盘 TNF- α 及 NF- κ B 表达的影响[J]. 中国中医骨伤科杂志,2017,25(9):9-11,16.
- [17] 仇湘中,蒋盛昶,张信成. 补肝肾腰方治疗腰椎间盘突出症疗效及对血清 TNF- α 的影响[J]. 中医药导报,2015,21(14):35-37.
- [18] 蒋盛昶,刘敏,唐皓,等. 舒筋活络液离子导入治疗椎间盘源性腹股沟疼痛的临床观察[J]. 中国中医骨伤科杂志,2015,23(8):26-28. (收稿日期:2018-01-24)