

黄芪桂枝五物汤加味 治疗腰椎失稳内固定术后残留症状 31 例

胡辉煌¹, 徐无忌², 赵致缘²

(1. 湖南中医药大学, 湖南 长沙, 410208;

2. 湖南中医药大学第二附属医院, 湖南 长沙, 410005)

[摘要] 目的: 观察黄芪桂枝五物汤加味治疗腰椎失稳内固定术后残留症状的临床疗效。方法: 将 60 例腰椎失稳内固定术后残留症状患者随机分为 2 组, 治疗组 31 例, 对照组 29 例。治疗组予以黄芪桂枝五物汤加味治疗, 对照组予以塞来昔布胶囊治疗, 2 组均联合 TDP 照射。观察 2 组治疗前后及治疗后 3 个月的 VAS 评分、JOA 评分及综合疗效。结果: 总有效率治疗组为 90.3%, 对照组为 75.8%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$); 2 组 VAS 评分、JOA 评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 ($P < 0.05$)。结论: 黄芪桂枝五物汤加味治疗腰椎失稳内固定术后残留症状临床疗效显著。

[关键词] 腰椎失稳; 内固定术后; 残留症状; 黄芪桂枝五物汤加味

[中图分类号] R274.915⁺.3 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.10.026

腰椎失稳症是下腰痛的常见原因, 治疗方法包括保守治疗和手术治疗, 对于保守治疗效果欠佳和出现神经症状者应考虑手术治疗。腰椎后路植骨融合内固定术是常见的术式。随着辅助科室的发

展、手术器械的精细, 腰椎内固定术的技术日益成熟, 在取得良好效果的同时, 也有不少问题随之而出现。腰椎术后残留症状是指腰椎手术无明显失误, 术后患者腰腿疼痛症状大部分缓解, 但存留有

第一作者: 胡辉煌, 女, 2016 级硕士研究生, 研究方向: 脊柱脊髓疾病的中西医结合治疗

通讯作者: 徐无忌, 男, 副主任医师, 硕士研究生导师, 研究方向: 脊柱脊髓疾病的中西医结合治疗, E-mail: xuwuji1@126.com

D-二聚体含量处于正常范围, 则可排除 DVT 形成^[10]。CRP 是机体损伤或炎症刺激产生的蛋白, 是重要的炎性因子, 常作为感染的早期诊断实验室指标, 具有重要的临床意义^[11]。本观察结果表明, 2 组患者术后第 1 天 D-二聚体及 CRP 指标差异均无统计学意义, 可能与机体处于应激状态相关。术后第 7 天 D-二聚体及 CRP 水平组内差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 认为接受消栓饮联合低分子肝素钠治疗能改善机体高凝状态, 同时减轻炎症反应。术后第 7 天, 2 组 DVT 发生率比较无统计学意义 ($P > 0.05$), 表明预防术后 DVT 发生, 联合用药与单独用药疗效相当。

综上, 治疗组与对照组在预防老年髌部骨折术后 DVT 发生率效果相当, 均有显著疗效, 但联合治疗能明显改善患者术后血液高凝状态和炎症反应, 且患者接受程度高, 值得在临床上推广应用。

参考文献

- [1] 孙永强. 髌部骨折的分型和治疗[J]. 中医正骨, 2013, 25(7): 3-7.
- [2] 王和鸣, 黄桂成. 中医骨伤科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012.

- [3] 宋海涛. 彩超和血流检查诊断下肢深静脉血栓的对比研究[J]. 中国医学指南, 2015, 13(25): 87-88.
- [4] 中华医学会骨科学分会. 中国骨科大手术静脉血栓栓塞症预防指南[J]. 中华骨科杂志, 2016, 36(2): 65-69.
- [5] 林青, 唐上德, 林苗正, 等. 益气活血法防治全髋人工关节置换术后下肢深静脉血栓形成的临床观察[J]. 甘肃中医, 2010, 25(3): 23-24.
- [6] 郭梦园, 崔向丽, 刘丽宏, 等. 老年髌部骨折术前下肢深静脉血栓形成高危因素及抗凝治疗分析[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2016, 31(12): 1268-1270.
- [7] 肖清明, 王勇, 谭胜平, 等. 消栓饮对兔下肢深静脉血栓形成血液流变学影响实验研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2013, 15(5): 39-41.
- [8] 张栋, 王勇, 高山, 等. 消栓饮对创伤性肢体深静脉血栓大鼠血浆 ET 水平及血栓湿质的影响[J]. 中医药导报, 2016, 22(7): 39-41.
- [9] 齐志远, 陈秀民, 王在斌, 等. 桃红四物加黄芪汤预防人工髌膝关节置换术后下肢深静脉血栓形成[J]. 中医正骨, 2015, 27(3): 71-75.
- [10] 曾伟, 蔡安烈, 刘荆陵, 等. D-二聚体监测预防急性深静脉血栓的意义[J]. 中国现代医学杂志, 2017, 27(14): 58-62.
- [11] 梁峰, 许晓军, 姚强, 等. 全膝关节置换术后 CRP 和 ESR 变化的临床研究[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2014, 29(1): 71-73.

(收稿日期: 2018-12-07)

轻度疼痛,如走路跛行、对侧下肢麻木、放射痛及腰骶部疼痛等(手术伤口疼痛除外)。这不仅影响整体的手术效果,也会给患者带来诸多病痛和不便^[1]。研究显示,美国腰椎手术患者中本病的发病率为5%~40%,平均15%^[2]。腰椎内固定术后残留症状发病原因较多,机制复杂,可能与以下几点有关^[3-4]:1)突出椎间盘压迫解除后,神经根水肿仍持续存在一段时间;2)纤维环病变、创伤、炎症反应对椎间盘神经末梢产生机械或化学刺激;3)术后腰椎应力分布改变,破坏了维持腰椎正常生理结构的稳定,又使腰椎发生了损伤和退变。多数残余症状经保守治疗可好转,但目前临床上可广泛应用且疗效确切的药物却相对较少。本研究采用黄芪桂枝五物汤加味治疗腰椎失稳内固定术后残留症状31例,获得佳效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 60例均为2016年10月至2018年10月于湖南中医药大学第二附属医院脊柱外科行腰椎失稳内固定术且在术后出现残留腰腿痛的患者。根据术后具体用药方案,随机分为治疗组 and 对照组。治疗组31例中,男18例,女13例;平均年龄 (56.4 ± 12.2) 岁; L_{3-4} 6例, L_{4-5} 14例, L_5-S_1 11例。对照组29例中,男16例,女13例;平均年龄 (53.9 ± 16.5) 岁; L_{3-4} 7例, L_{4-5} 12例, L_5-S_1 10例。2组性别、年龄、损伤部位等方面比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 符合《全国腰椎退行性失稳与滑脱专题座谈会会议纪要》^[5]中腰椎失稳症的诊断标准。在正常的生理负荷下,腰椎运动节段超过正常限制范围并表现出异常反应,如脊柱的畸形、神经症状和不能忍受的疼痛。

1.3 纳入标准 1)符合上述诊断标准;2)心、肺、脑等内科情况尚稳定;3)自愿接受中医药治疗;4)依从性良好,能完成疗程。

1.4 排除标准 1)影像学资料及体征证实属于手术失败;2)存在严重内科疾病;3)对本研究所用药物过敏。

2 治疗方法

2.1 基础治疗 所有患者均行微创经椎间孔入路腰椎椎间融合术(MIS-TLIF)与TDP照射。1)MIS-TLIF术。患者俯卧于手术床上,行气管插管全麻。常规消毒、铺单,取双侧多裂肌肌间隙入路,切口长约3cm,逐层切开皮肤至筋膜,钝性分离多裂肌,置

入扩张系统,显露双侧关节突关节,以横突及人字嵴定点相结合定位法确定进针点,置入椎弓根钉,连接扩张通道,显露椎间隙及关节突关节,骨刀凿除下关节突,处理黄韧带,确定椎间隙后髓核钳摘除髓核,处理软骨终板,植入大小合适的自体骨及椎间融合器。取合适钛棒予以预弯,置入椎弓根钉尾槽中。C臂透视满意后,再次拧紧螺帽,0.9%氯化钠注射液反复冲洗伤口,置入负压引流管,接无菌引流袋,逐层缝合伤口。2组患者均于术后静卧休养6h,给予预防感染、补液补能、减轻神经根水肿、改善微循环等对症处理,术后3d拔出引流管。术后4~5d在支具保护下下地活动,同时配合直腿抬高功能锻炼;术后腰部支具保护3个月,同时配合腰背肌功能锻炼。2)TDP照射。红外线TDP(苏州医疗用品厂有限公司生产的华佗牌特定电磁波治疗仪)照射腰部,距离皮肤30~40cm,以患者自觉发热不发烫为宜,2次/d,每次20min。

2.2 治疗组 予黄芪桂枝五物汤加味治疗。药物组成:黄芪20g,桂枝9g,白芍10g,大枣4枚,生姜10g。麻木重者加牛膝10g、地龙6g;兼血虚者加熟地黄12g,阿胶6g;兼血瘀者加当归15g、丹参12g、红花6g;兼气虚者加党参15g、白术10g;兼麻木发凉者加细辛3g。水煎,每天1剂,分早晚2次温服。所有中药统一由本院煎药室煎制。

2.3 对照组 予塞来昔布胶囊治疗。塞来昔布胶囊(辉瑞制药有限公司,批准文号:国药准字H20140106,规格:0.2g/粒)口服,100mg/次,2次/d。

2组均持续治疗2周为1个疗程,共观察1个疗程。治疗结束3个月后随访。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)疼痛评价标准:采用视觉模拟量表(VAS)^[6]评分法对患者的疼痛予以评分,最低0分表示无疼痛,最高10分表示无法忍受的剧烈疼痛。2)功能评价标准:在手术治疗前后,采用日本骨科协会(JOA)腰椎疾患评分标准^[7]对2组患者进行功能评价,分数越高表示功能障碍越小。

3.2 疗效标准 随访时按照改良的Macnab⁴评定标准^[8]评定其疗效。优:疼痛及麻木彻底改善,肌力恢复至正常水平;良:偶发肢体疼痛及麻木,肌力接近正常水平;可:时发肢体疼痛及麻木,肌力下降略有好转;差:治疗前后无改变,甚至加重。

3.3 统计学方法 采用SPSS 17.0统计学软件进行数据分析。计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表

示,2组间一般资料比较采用两独立样本 t 检验;对于手术前后各个时间点指标的比较采用重复测量的方差分析,组内两两比较采用LSD- t 检验,治疗有效率的比较采用 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90.3%,对照组为75.8%,组间比较,差异具有统计学意义。(见表1)

表1 2组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	优	良	可	差	总有效
治疗组	31	8(25.8)	15(48.4)	5(16.1)	3(9.7)	28(90.3) ^a
对照组	29	5(17.2)	11(37.9)	6(20.7)	7(24.2)	22(75.8)

注:与对照组比较,^a $P < 0.01$ 。

3.4.2 2组治疗前后VAS、JOA评分比较 2组VAS、JOA评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组治疗前后VAS、JOA评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	时间节点	VAS评分	JOA评分
治疗组	31	治疗前	6.50 $\pm$ 0.97	12.33 $\pm$ 1.66
		治疗后	2.63 $\pm$ 0.61 ^{ab}	23.63 $\pm$ 1.5 ^{ab}
		治疗后3个月	1.76 $\pm$ 0.62 ^{ab}	24.13 $\pm$ 1.35 ^{ab}
对照组	29	治疗前	6.30 $\pm$ 1.02	12.70 $\pm$ 1.34
		治疗后	3.67 $\pm$ 0.84 ^a	19.56 $\pm$ 1.99 ^a
		治疗后3个月	2.33 $\pm$ 0.75 ^a	21.36 $\pm$ 1.77 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与同期对照组比较,^b $P < 0.05$ 。

4 讨论

退行性腰椎失稳症是中老年人常见病,是引起下腰痛的常见原因,其保守治疗包括腰围制动、加强核心肌力训练、药物口服、针灸推拿等。大部分患者经保守治疗症状可缓解,若保守治疗效果欠佳甚至进一步加重或出现下肢神经症状,则应考虑手术治疗。随着内固定器械的不断改进,采用内固定系统治疗退行性腰椎失稳的手术方法也越来越多^[5]。腰椎内固定术可以在很大程度上缓解患者症状,改善患者的生活质量,但术后残留症状也是不容忽视的。

中医学认为,腰椎内固定术后残余症状属于“腰痛”“痹证”范畴。腰背部行手术后,致正气、脉络受损,气血运行不畅,瘀血内停,气虚血瘀,所谓“不通则痛”。术区筋络受到破坏,有形之血难以快速生成,肢体因血液不能濡养出现肌肤不仁。气虚不能输布,化生无源,无以温养肌表,故出现麻木之

症。现代医学一般予以镇痛、营养神经、消除水肿等对症支持治疗,虽可以暂时缓解症状,但均为治标之法,并不能达到标本兼治。黄芪桂枝五物汤出自东汉张仲景所著的《金匮要略》,该方由黄芪、桂枝、芍药、大枣、生姜5味药物组成,具有益气温经、和血通痹的功效。方中重用黄芪为君药以益气固卫、振奋阳气;桂枝温经通阳、协黄芪达表而运行气血为臣药;白芍养血和营为佐药;生姜祛散风邪、大枣调和营卫为使药。研究表明黄芪桂枝五物汤有明显的抗感染、镇痛、抗氧化、调节免疫等作用^[9]。红外线TDP是应用波长400~760nm的红外光对人体进行照射的一种治疗方法,能缓解肌肉痉挛,促进微循环通畅,同时,红外线TDP具有热效应,可引起照射部位的温度升高、血流加速,促进局部血液循环,改善微循环及促进局部渗出物的吸收,具有消炎镇痛等作用。

本研究结果表明,黄芪桂枝五物汤加味合塞来昔布胶囊对腰椎失稳内固定术后残余症状均能取得疗效,但黄芪桂枝五物汤加味治疗后及3个月后随访时VAS评分比塞来昔布治疗低,而JOA评分和总有效率则比塞来昔布治疗高,表明黄芪桂枝五物汤加味较塞来昔布更能改善腰椎失稳内固定术后残留症状,进而改善患者生活质量。

参考文献

- [1] 彭亚,祝永刚,赵毅,等.中药湿热敷治疗腰椎术后残余痛的临床观察[J].现代中西医结合杂志,2016,25(24):2662-2664.
- [2] 李森,许建安.腰椎间盘突出术后残留症状的治疗现状[J].现代中西医结合杂志,2009,18(7):817-818.
- [3] 张爱平,李森.益肾通痹汤治疗75例腰椎术后残留症状的临床疗效观察[J].山西中医学院学报,2011,12(3):37-39.
- [4] 王振东,关永林,曹旭阳,等.补阳还五汤治疗退行性脊柱侧凸后路椎弓根钉棒固定术后残留症状的临床观察[J].现代中西医结合杂志,2018,27(10):1046-1048,1115.
- [5] 申勇,范顺武,马宏庆,等.全国腰椎退行性失稳与滑脱专题座谈会会议纪要[J].中华骨科杂志,2009,29(8):793-795.
- [6] 井上骏一.下腰痛治疗成绩判定基准[J].日整会志,1986,60(2):391-394.
- [7] 朱迪,李危石,陈仲强,等.腰椎管狭窄症减压固定融合术后远期疗效及其影响因素分析[J].中国脊柱脊髓杂志,2013,23(10):865-871.
- [8] 莫军.黄芪桂枝五物汤结合针灸治疗腰椎术后失败综合疗效评价[D].乌鲁木齐:新疆医科大学,2016.
- [9] 黄兆胜,施旭光,朱伟,等.黄芪桂枝五物汤及其配伍抗炎镇痛的比较研究[J].中药新药与临床药理,2005,16(2):93-96.

(收稿日期:2018-12-19)