

- 药,2021,1(1):10.
- [15] 杨茜,黄荣清,肖炳坤,等. 基于气质联用的保元汤抗缺氧作用代谢组学研究[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2018,20(8):1453-1458.
- [16] 申凤霞,李倩,聂宗恒,等. 基于网络药理学与分子对接探讨防己:黄芪药对治疗糖尿病肾病的作用机制[J]. 环球中医药,2022,15(3):408-416.
- [17] 苏惠,李树德,尹凤琼,等. 人参皂苷Rg1缓解糖尿病并发症的研究进展[J]. 云南中医中药杂志,2020,41(5):89-93.
- (收稿日期 2022-09-16)

桂枝附子汤加味对腰椎间盘突出症急性期(寒湿痹阻证)所致腰腿痛的疗效观察

曹纪保¹ 谭玉婷^{1△} 刘王皓¹ 尹海龙²

(1.湖南省郴州市第一人民医院,湖南 郴州 423000;2.联勤保障部队904医院常州医疗区,江苏 常州 213000)

中图分类号:R681.5³ 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2023)02-0282-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2023.02.024

【摘要】 目的 观察桂枝附子汤加味对腰椎间盘突出症(LDH)急性期(寒湿痹阻证)所致腰腿痛的疗效。方法 选取LDH患者98例,采用随机数字表法分为两组。对照组予以常规干预措施;治疗组在对照组的基础上予桂枝附子汤加味治疗。两组连续治疗10 d。比较两组腰腿疼痛视觉模拟量表(VAS)和日本骨科协会(JOA)评分、中医证候症状评分、临床疗效以及血沉(ESR)、C反应蛋白(CRP)水平。**结果** 治疗后,两组VAS评分均明显降低、JOA评分显著升高,且治疗组以上指标改善均显著优于对照组(均 $P<0.01$)。治疗后,两组患者的寒湿痹阻证症状评分显著降低,且治疗组显著低于对照组($P<0.01$)。观察组总有效率为93.88%,显著高于对照组的77.55%($P<0.05$)。治疗后,两组ESR和CRP水平明显下降,且治疗组明显低于对照组($P<0.01$)。**结论** 在西医常规干预措施的基础上,桂枝附子汤加味治疗LDH急性期(寒湿痹阻证)所致腰腿痛的疗效良好,可有效减轻腰腿疼痛,改善腰椎功能和中医证候,抑制CRP、ESR水平。

【关键词】 腰椎间盘突出症 腰腿痛 寒湿痹阻证 桂枝附子汤加味

腰椎间盘突出症(LDH)是一种由椎间盘变性、纤维环破裂,髓核组织突出压迫及刺激腰骶神经根、马尾神经所致临床综合征,是导致腰腿痛最常见的原因之一,患者主要症状有腰背痛、下肢放射痛、腰部活动受限等,对患者的工作、生活造成严重影响^[1-2]。据报道约85%~90%的LDH患者经保守治疗期症状可获得较好地缓解^[3]。目前现代医学西医治疗LDH主要采取非甾体消炎药、糖皮质激素等,能够明显缓解疼痛,但停药后易复发,且反复使用会产生血糖升高、睡眠障碍、胃脘疼痛等不良反应^[4]。LDH属中医学“腰痛”“痹证”等范畴,其病机非常复杂,多为本虚标实之症,发病之本在于肾虚,寒湿痹阻经络为重要发病因素^[5]。而在LDH急性期当以温经散寒、祛湿通络之治法祛除标症为主。桂枝附子汤是《伤寒杂病论》所载之方剂,主要功效为温经助阳、健脾化湿,其方证为畏风、肌肉疼痛、阴雨天加重、脉虚浮涩,是临床治疗痹证的有效汤剂之一^[6]。本研究在西医常规干预措施基础上,使用桂枝附子汤加味治疗LDH急性期所致腰腿痛,取得良

好效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 诊断标准:LDH西医诊断依据《临床诊疗指南·骨科分册》^[7];寒湿痹阻证诊断依据《中医病证诊断疗效标准》^[8]。纳入标准:符合西医诊断标准和中医辨证标准;年龄50~70岁;病程1~5 d;临床资料齐全;签署知情同意书。排除标准:有手术指征或者既往腰椎手术者;伴心、肝、肺等脏器严重功能障碍者;加入本组研究前1周内接受镇痛药物、针灸等相关干预措施者;存在腰椎结核、腰椎畸形等者;不能耐受本组治疗方案者。

1.2 临床资料 选取2020年1月至2021年12月我院接诊的LDH患者98例,采用随机数字表法分为两组各49例。治疗组男性27例,女性22例;年龄50~69岁,平均(55.41±6.57)岁;急性病程1~5 d,平均(2.31±0.33) d;病位L_{4/5}为38例,L₅/S₁为11例;疼视觉模拟量表(VAS)^[9]评分(6.68±0.76)分。对照组男性26例,女性23例;年龄52~70岁,平均(56.03±6.59)岁;急性病程1~5 d,平均(2.39±0.34) d;病位L₄₋₅为41例,L₅~S₁为8例;VAS评分(6.73±0.77)分。两组临床资料比较,差异无统计学

△通信作者(电子邮箱:398287074@qq.com)

意义($P>0.05$)。本研究经医院伦理委员会批准。

1.3 治疗方法 对照组根据《腰椎间盘突出症诊疗指南》^[10]为予以常规干预措施。1)卧床休息,避免久站久坐,禁止腰扭转、屈曲等。2)运动疗法。给予腰背部肌力锻炼,措施有飞燕、拱桥等,强度因人选择。3)腰椎牵引。采取牵引床进行,根据患者的具体耐受给予相应的牵引质量,每日1次,每次约30 min。4)药物干预。甲钴胺片(江苏四环生物股份有限公司,国药准字H20051410,规格0.5 mg×20 s),每次0.5 mg,每日3次,连续10 d;塞来昔布胶囊(青岛百洋制药有限公司,国药准字H20203325,规格0.2 g×12粒/瓶),每次200 mg,每日1次,连续10 d。治疗组在对照组的基础上予桂枝附子汤加味:桂枝15 g,附子6 g,生姜9 g,甘草9 g,大枣9 g,川芎15 g,当归12 g,茯苓12 g,白术12 g。每日1剂,常规水煎2次,混合药汁约350 mL,早晚内服,连续治疗10 d。

1.4 观察指标 1)腰腿疼痛状况。以VAS评分^[9]为评价标准,使用一条长约10 cm的游动标尺,一面标有10个刻度,两端为“0”分端(无痛)和“10”分端(最剧烈疼痛)。2)腰椎功能。以日本骨科协会(JOA)^[11]评分为标准,评价项目有主观症状(9分)、临床体征(6分)、日常活动受限度(14分),JOA总评分最高为29分和最低0分,分数越低功能障碍越明显。3)寒湿痹阻证症状评分。以《中药新药临床研究指导原则》^[10]为评价标准,指标有腰腿冷痛重着、腰腿转侧不利、腰痛受寒及阴雨加重、肢体发凉,使用4级评分法为无(0分)、轻(1分)、中(2分)、重(4分)。4)理化指标。在早晨患者空腹时取静脉血,检测血沉(ESR)、C反应蛋白(CRP),ESR采取血沉分析仪检测,CRP采取国赛特定蛋白分析仪检测。

1.5 疗效标准 以《24个专业105个病种中医诊疗方案》^[12]为评价指标。临床控制:改善率≥75%,腰腿痛等症状消失,直腿抬高试验阴。显效:腰腿痛等症状基本消失,直腿抬高试验阴性,改善率≥50%且<75%。有效:腰腿痛等症状减轻,直腿抬高试验可疑阳性;改善率≥25%且<50%。无效:腰腿痛等症状体征未见好转,直腿抬高试验阳性,改善率<25%。治疗后JOA评分改善率=(治疗后评分-治疗前评分)÷(总分29-治疗前评分),总有效率=(临床控制+显效+有效)例数÷总例数×100%。

1.6 统计学处理 应用SPSS21.0统计软件。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,相比行 t 检验;疗效数据以率表示,相比行 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后VAS与JOA评分比较 见表1。治疗后,两组VAS评分均明显降低、JOA评分显著升高

($P<0.01$),且治疗组以上指标改善均显著优于对照组($P<0.01$)。

表1 两组治疗前后VAS与JOA评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	Barthel评分	NIHSS评分
观察组 (n=49)	治疗前	6.68±0.76	15.94±2.49
	治疗后	1.14±0.21 ^{*△}	25.03±3.47 ^{*△}
对照组 (n=49)	治疗前	6.73±0.77	15.88±2.48
	治疗后	2.03±0.30 [*]	20.40±3.01 [*]

注:与本组治疗前比较,^{*} $P<0.01$;与对照组治疗后比较,[△] $P<0.01$ 。下同。

2.2 两组治疗前后寒湿痹阻证症状评分比较 见表2。治疗后,两组患者的寒湿痹阻证症状(腰腿冷痛重着、腰腿转侧不利、腰痛受寒及阴雨加重、肢体发凉)评分显著降低($P<0.01$),且治疗组显著低于对照组($P<0.01$)。

表2 两组治疗前后组寒湿痹阻证症状评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	腰腿冷痛重着	腰腿转侧不利	腰痛受寒及阴雨加重	肢体发凉
治疗组 (n=49)	治疗前	3.30±0.43	3.19±0.41	3.14±0.40	3.06±0.39
	治疗后	0.95±0.19 [△]	0.93±0.18 [△]	0.90±0.17 [△]	0.87±0.16 [△]
对照组 (n=49)	治疗前	3.24±0.42	3.13±0.41	3.10±0.40	3.01±0.39
	治疗后	1.37±0.23 [*]	1.43±0.24 [*]	1.40±0.23 [*]	1.33±0.22 [*]

2.3 两组治疗前后血清ESR与CRP水平比较 见表3。治疗后,两组ESR和CRP水平明显减少($P<0.01$),且治疗组明显少于对照组($P<0.01$)。

表3 两组治疗前后血清ESR与CRP水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	ESR(mm/h)	CRP(mg/L)
观察组 (n=49)	治疗前	43.09±5.29	17.94±2.72
	治疗后	18.94±2.77 ^{*△}	7.04±0.81 ^{*△}
对照组 (n=49)	治疗前	43.14±5.30	17.86±2.71
	治疗后	21.73±3.14 [*]	9.13±1.81 [*]

2.4 两组临床疗效比较 见表4。观察组总有效率显著高于对照组($P<0.05$)。

表4 两组临床疗效比较(n)

组别	n	临床控制	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	49	25	9	12	3	46(93.88) [△]
对照组	49	18	10	10	11	38(77.55)

注:与对照组比较,[△] $P<0.05$ 。

3 讨论

LDH是一种以腰椎退行性疾病,病因与环境、气候、自身运动以及年龄等有关,以上内外因素相互作用,使髓核发生位移,继而机械挤压相邻的脊神经根

受,诱发一系列临床症状和功能障碍^[13]。西医治疗LDH以口服药物或者手术为主要措施,但西药不良反应明显,手术操作的损伤大,而中医对LDH有明显治疗优势^[14]。LDH的病位虽局限于腰部,但发病的根本在于肾虚,《证治准绳·腰痛》中言“腰痛有风、有湿、有寒、有热、有挫闪、有瘀血、有滞气、有痰积,皆标也。肾虚,其本也”,总因肾虚,腰府失养,兼劳伤筋骨以及感受风寒湿邪等,以致气血运行不畅,瘀血痹阻经脉而致腰腿疼痛^[15]。然在对于LDH急性期腰腿痛患者以寒湿痹阻证多见,如《素问·六元正纪大论篇》中述“感于寒,则病人关节禁刚,腰痛,寒湿推于气交而为疾也”。多因为起居不慎,或久居阴冷、潮湿之地,或在多雨、潮湿的季节冒雨涉水,均易使机体感受寒湿之邪,寒湿邪气侵袭腰部,阻滞肌肤经络,筋脉凝滞不通,气血运行不畅,“不通则痛”,从而引起腰腿的疼痛等^[16]。

本组桂枝附子汤加味以附子温壮阳气、驱逐寒湿;桂枝发汗解肌、温通经脉,行营卫之气;附子与桂枝相用,共同达到温阳散寒、除湿止痛的目的。生姜解表散寒、健运中焦、消水气、行血痹,生姜与桂枝相用,调和营卫,倍增振奋阳气,驱散寒湿;与附子相和,助阳而散寒;大枣补中益气,与桂姜合用,温阳以补阳;当归、川芎共为“血分药”,二药以活血化瘀;白术、茯苓共为“气分药”,合用以健脾利湿;甘草益气补中,与大枣相用,益气助阳,与桂枝、附子、生姜相伍,温阳益气补阳,调和诸药;诸药相伍,温阳、助阳、补阳,共奏温经散寒、健脾祛湿、化瘀通络之功。本组治疗结果显示,治疗后两组腰腿VAS评分均明显降低及JOA评分显著增加,且治疗组以上指标改善均显著优于对照组。治疗后,两组患者的寒湿痹阻证症状(腰腿冷痛重着、腰腿转侧不利、腰痛受寒及阴雨加重、肢体发凉)评分显著降低,且治疗组显著低于对照组。观察组总有效率显著高于对照组。治疗后,两组ESR和CRP水平明显减少,且治疗组明显少于对照组。以上结果表明本组桂枝附子汤加味是治疗LDH(寒湿痹阻证)急性期所致腰腿痛的效果确切疗法,在西医常规干预措施的基础上能进一步缓解患者的疼痛,改善功能障碍和中医证候。

综上,在西医常规干预措施的基础上,桂枝附子汤加味治疗LDH(寒湿痹阻证)急性期所致腰腿痛的疗效良好,可有效减轻腰腿疼痛,改善腰椎功能和中医证候,且能抑制血中CRP、ESR水平,具有较好的临床借鉴价值。

参 考 文 献

- [1] 朱丹阳,郑萍. 乌头健肾汤联合深刺夹脊穴治疗腰椎间盘突出症急性期的疗效及对TNF- α 、CD62P的影响[J]. 四川中医, 2018, 36(4): 119-122.
- [2] 宋李华,王程,李先海. 调理任督法推拿对腰椎间盘突出症患者腰椎活动度及血液流变学指标的影响[J]. 中国中医急症, 2021, 30(10): 1799-1801.
- [3] 吴萌萌,蔡圣朝. 通脉温阳灸联合氯诺昔康治疗腰椎间盘突出症急性期30例临床观察[J]. 安徽医药, 2019, 23(9): 1875-1878
- [4] 宋登峰,赵一贫,朱日奇. 自拟活血除痹方治疗血瘀型腰椎间盘突出症急性期的临床观察[J]. 中国中医药科技, 2020, 27(6): 970-972.
- [5] 张震,林晓生,王宏波,等. 李济春治疗腰椎间盘突出症临床经验[J]. 中国中医基础医学杂志, 2019, 25(5): 689-691.
- [6] 崔永丽,何庆勇. 何庆勇运用桂枝附子汤治疗痹证经验[J]. 贵阳中医学院学报, 2015, 37(2): 61-63.
- [7] 中华医学会. 临床诊疗指南·骨科分册[S]. 北京:人民卫生出版社, 2009: 97-98.
- [8] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准: ZY/T001.1-94[S]. 南京:南京大学出版社, 1994: 214-215.
- [9] 严广斌. 视觉模拟评分法[J]. 中华关节外科杂志: 电子版, 2014, 8(2): 34.
- [10] 中华医学会骨科学分会脊柱外科学组, 中华医学会骨科学分会骨科康复学组. 腰椎间盘突出症诊疗指南[J]. 中华骨科杂志, 2020, 40(8): 477-487.
- [11] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(试行)[S]. 北京:中国医药科技出版社, 2002: 383-387.
- [12] 国家中医药管理局医政司. 24个专业105个病种中医诊疗方案[M]. 中国中医药出版社, 2011: 146-151.
- [13] 乔野,张立德,程岩岩. 海泥灸贴联合电针疗法治疗风寒夹湿型腰椎间盘突出症的临床观察[J]. 中华中医药学刊, 2019, 37(9): 2280-2285.
- [14] 黄毅祥,覃忠亮,何列涛,等. 温针灸联合温经散寒通络汤对腰椎间盘突出症寒湿痹阻证患者腰腿痛及腰椎功能的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2020, 29(28): 3143-3146.
- [15] 王永锋,杨建新,王春晓. 杨建新辨治颈椎间盘突出症的经验[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2019, 27(4): 71-73.
- [16] 张莉莉,郑玉娇,韦宇,等. 盐杜仲、独活、威灵仙治疗腰椎间盘突出症经验-全小林三味小方撷萃[J]. 吉林中医药, 2020, 40(2): 148-150.
- [17] 王敏. 针灸对腰椎间盘突出术后遗留性腰腿痛的治疗效果[J]. 临床医学, 2018, 38(5): 118-121.

(收稿日期 2022-03-01)