

腰腿疼汤加减治疗腰椎间盘突出症 30 例临床研究

莫敏敏<sup>1</sup> 花宇琪<sup>2</sup> 赵凯<sup>1</sup>

(1. 浙江中医药大学第一临床医学院, 浙江 杭州 310000, 2. 浙江中医药大学第二临床医学院, 浙江 杭州 310000)

**摘 要:** **目的** 观察腰腿疼汤加减治疗腰椎间盘突出症的临床研究。 **方法** 将 60 例本病患者随机分为对照组和治疗组各 30 例, 对照组口服西乐葆、甲钴胺片加腰椎牵引; 治疗组 30 例在对照组基础上联合腰腿疼汤加减方法治疗, 治疗 1 个月后比较两组的临床疗效。 **结果** 治疗组总有效率为 96.7%, 显著高于对照组 86.7%, 治疗组疗效优于对照组疗效 ( $P < 0.05$ ); 治疗一个月后两组根据疼痛的程度分级法 (VAS 法) 评分均低于治疗前 ( $P < 0.05$ ), 治疗一个月后治疗组根据疼痛的程度分级法 (VAS 法) 评分低于对照组 ( $P < 0.05$ )。 **结论** 采用腰腿疼汤加减配合西乐葆、甲钴胺片加腰椎牵引治疗腰椎间盘突出症疗效确切, 并且疗效优于单用西乐葆、甲钴胺片加腰椎牵引疗效。

**关键词:** 腰腿疼汤; 临床研究; 腰椎间盘突出症

**中图分类号:** R681.5<sup>+</sup>3 **文献标识码:** A **文章编号:** 1002-168X(2014)04-0061-03

腰椎间盘突出是导致腰腿痛的主要因素, 腰腿痛是一种比较多见骨科的疾病<sup>[1]</sup>。笔者 2013 年 10 月至 2014 年 4 月采用腰腿疼汤加减治疗腰椎间盘突出症患者 30 例, 取得良好疗效, 现结果报告如下。

1 资料与方法

**1.1 诊断标准** 参照《坎贝尔骨科手术学》<sup>[2]</sup> 诊断标准为, ①症状: 反复腰臀部疼痛, 短期休息可减轻, 下肢放射痛, 活动受限; 患病时间较长者, 患者有时可出现下肢放射痛部位感觉过敏或迟钝等症状。②体征: 直腿抬高试验阳性, 加强试验阳性; 棘突间压痛、叩击痛阳性; 肌力下降、肌肉麻痹、腱反射减弱或消失。③CT 检查: 可显示黄韧带、后纵韧带等增厚与否, 椎管形态, 椎间盘突出的部位、大小。④MRI 检查: 显示椎间盘是否病变, 了解髓核突出程度、形态、位置并可鉴别是否椎管内存在其他占位性病变。⑤普通 X 线: 检查作用局限, X 线征象不能作为诊断标准, 但可示骨折、脊椎结核或其他的异常, 同时 X 线检查示腰椎下位片, 腰椎可呈侧凸, 侧凸多见于 L4/5 椎间盘突出, 腰椎侧位片对诊断椎间盘突出有价值。当侧位片椎间隙前窄后宽时提示椎间盘纤维环不完全破裂, 髓核突出。⑥排除腰肌劳损、棘上、棘间韧带损伤、腰椎结核、腰椎管狭窄、腰椎体滑

移肿瘤、椎管内肿瘤、神经及马尾肿瘤、腹部病变等, 同时排除神经、泌尿生殖、血管、内分泌等系统疾病以及脊柱以外肌肉骨骼、神经系统疾病所导致的腰部病症。

**1.2 纳入标准** ①符合上述临床诊断标准者; ②年龄 25~60 岁; ③经 CT、MRI 等辅助检查确诊为单侧或双侧型腰椎间盘突出症; ④根据病史、病理阶段和患者临床症状表现及压迫程度明确适用于非手术疗法的患者<sup>[3]</sup>; ⑤同意参加本次临床实验, 并按要求签署患者知情同意书 (书面)。

**1.3 排除标准** ①不符合腰椎间盘的诊断标准; ②年龄 <25 岁或 >60 岁; ③中央型或高位椎间盘突出症; ④二便功能障碍、广泛肌力减退、瘫痪及椎间盘破裂髓核脱出游离等不适于非手术疗法的患者; ⑤合并腰椎滑脱或者腰椎椎管狭窄的患者; ⑥患腰椎结核肿瘤或者病变部位有压缩性骨折的患者; ⑦有精神病或者吸毒史的患者; ⑧合并严重内脏器官危、急、重的患者; ⑨妊娠期或月经期妇女; ⑩严重骨质疏松、高血压、肝肾功能不全、强直性脊柱炎、血液系统疾病及肿瘤等全身性疾病患者; ⑪不同意参加本次临床研究者。

**1.4 一般资料** 60 例病例为本院 2013 年 10 月至 2014 年 4 月的住院患者, 将纳入病例随机分为对照组和治疗组。对照组 30 例, 男 18 例, 女 12

例;年龄 25 ~ 60 岁,平均(42.9 ± 2.9)岁;病程 15 d 至 2 年,平均(1.1 ± 0.5)年;L4 - L5 突出者 17 例, L5 - S1 突出者 13 例。治疗组 30 例,男 16 例,女 14 例;年龄 30 ~ 58 岁,平均(42.1 ± 2.3)岁;病程 10 d 至 2 年,平均(1.0 ± 0.7)年;L4 - L5 突出者 19 例,L5 - S1 突出者 11 例。患者年龄、病程等方面对比显示,两组差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有对比性。

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组 采用常规治疗,包括:(1)卧床休息,佩戴围腰起床活动,尽量避免弯腰持物、负重等;(2):口服西乐葆(辉瑞制药有限公司,国药准字 J20030099),200 mg,1 日 2 次;(3)同时口服甲钴胺片(华北制药康欣有限公司,国药准字 H20031126),500 μg,1 日 3 次;(4)采用骨盆牵引,平卧位时牵引,牵引重量为 10 kg,30 min/次,1 次/d;连续治疗 30 d 后评价临床疗效。

1.5.2 治疗组 在对照组的基础上予腰腿疼汤加減治疗,方药组成:川断 12 g,羌活 10 g,独活 10 g,赤芍 10 g,威灵仙 10 g,炒白芍 10 g,龟板 10 g,怀牛膝 10 g,杜仲(炒)15 g,地龙 6 g,地鳖虫 5 g,炒山楂 10 g,制草乌 5 g,制川乌 5 g,生黄芪 20 g,秦艽 10 g,元胡 15 g,木瓜(制)6 g。临证加減:偏于气血不足者,加黄芪 20 g,当归 10 g;腰部冷痛喜温者,加制附子 3 g,肉桂 3 g,独活 10 g;腰痛酸软者,加女贞子 15 g,山茱萸 12 g,墨旱莲 10 g,泽泻 10 g,党参 10 g,枸杞 20 g;腰痛如刺拒按者,加延胡索 9 g,五灵脂 6 g,桃仁 6 g,红花 6 g,川芎 10 g;腰痛有热感,口苦烦热者,加熟地黄 10 g,黄柏 12 g,龟板 6 g,知母 12 g。以上药物水煎服,1 日 1 剂,煎两次,将两次药液混合,分两次早晚温服,连续治疗 30 d 后评价临床疗效。

1.6 观察指标 观察患者治疗前后疼痛 VAS 评分、直腿抬高试验,腰部压痛、叩击痛等症状体征。

1.7 临床疗效判定标准 优:疼痛症状、相应体征消失,能恢复原工作;好转:疼痛症状、相应体征大部分消失或显著减轻,恢复工作后有时出现疼痛,休息后缓解;差:疼痛有所缓解,相应较治疗前好转;无效:症状、体征无改善或加重,不能胜任工作,生活自理受限。

1.8 统计学方法 采用 SPSS 17.0 统计软件进行统计学处理,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用  $t$  检验,

计数资料采用  $\chi^2$  检验,等级资料采用秩和检验。

2 结果

2.1 两组疼痛 VAS 评分比较 两组治疗前疼痛 VAS 评分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );治疗后两组疼痛 VAS 评分均较治疗前明显改善,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ );治疗后治疗组疼痛 VAS 评分较对照组明显改善,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 两组疼痛 VAS 评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	30	4.67 ± 1.06 <sup>@</sup>	1.07 ± 1.41 <sup>#</sup>
对照组	34	4.89 ± 1.24	2.00 ± 1.80 <sup>&amp;</sup>

注:与对照组对比,<sup>@</sup> $P > 0.05$ ,<sup>#</sup> $P < 0.05$ ;与组内治疗前对比,<sup>&</sup> $P < 0.05$ 。

2.2 治疗组和对照组临床疗效对比,治疗组总有效率显著好于对照组总有效率,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 两组治疗后临床疗效结果比较 (n)

组别	n	优	良	差	无效	总有效率(%)
治疗组	30	13	11	5	1	96.67
对照组	30	5	15	7	5	86.67

3 讨论

腰椎间盘突出症椎间是由于因损伤或退变导致椎间盘纤维环破裂,椎间盘内髓核向椎管内突出,从而导致邻近的脊神经根或脊髓受到压迫而导致的一系列症状,主要表现为腰背部疼痛及下肢放射性疼痛。目前对椎间盘突出症症状的发病机制主要有下面 3 种学说,即化学性神经根炎学说、自身免疫学说和机械受压学说<sup>[4]</sup>。髓核液由于纤维环破裂释放出 B protein 和 glycoprotein,两者可对神经根产生强化学刺激,这是导致疼痛的主要原因。研究发现腰椎间盘突出症是因多种原因引发的,比如损伤、腰椎间盘的退行性改变是基本因素,同时包括腰姿不正、突然负重、咳嗽、受寒等其他因素<sup>[5]</sup>。多数病人通过非手术疗法,症状可减轻或痊愈。非手术治疗手段包括营养神经、休息、制动、消炎镇痛等。本研究以西乐葆和甲钴胺作为阳性对照,符合临床研究的对照原则,该药是国际公认的治疗脊神经根压迫症、坐骨神经痛、腰椎颈椎根性疼的一线用药,美国内科医师学会与美国疼痛学会已将其列入治疗下腰疼临床指南用药<sup>[6]</sup>。消炎止痛类药物及镇静剂可缓解急性期疼痛症状,消除精神紧张,而有利于疾病恢复;神

经营养性药物,如甲钴胺、维生素 B<sub>12</sub>等,可用促进神经损害恢复。研究<sup>[7,8]</sup>调查发现甲钴胺治疗腰椎间盘突出有效;腰椎牵引能有效改善腰背部肌肉痉挛,减轻疼痛,使椎间隙加宽,同时使椎间盘内压力减小,甚至可以变成负压,这样利于椎间盘回纳,达到改变突出物与神经根位置关系,减轻对神经根压迫,降低神经根炎性水肿,从而止痛<sup>[9-10]</sup>。同时牵引能松解椎管内硬膜囊、神经根和小关节囊等组织的粘连,从而达到缓解疼痛的效果。

腰椎间盘突出症属于中医学范畴,又名“腰脊痛”“腰痛”。因人体正气虚弱,风寒湿等外邪乘虚而入,引起气血阻滞,筋脉不畅,血瘀停滞在内,因此发病是导致本病的病机。如《素问》曰:“衡络之脉令人腰痛,不可以俯仰,仰则恐仆,得之举重伤腰。”《诸病源候论》曰:“劳损于肾,动伤经络,又为风冷所侵,血气击搏,故腰痛也。”表明祛风活络、活血化瘀治疗腰椎间盘突出症的重要性。《素问·遗篇·刺法论》云:“正气存内,邪不可干”,强调了机体自身抗邪能力的重要性。《素问·脉要精微论》云:“腰者,肾之府,转摇不能,肾将惫矣”这表明肾与腰部疾病的密切关系。《杂病源流犀烛·腰脐病源流》所说:“腰痛,精气虚而邪客病也……肾虚其本也,风寒湿热痰饮、气滞血瘀闪挫其标也。”阐述了椎间盘突出症本虚标实的本质。治疗上以活络、祛风、散寒,补肝益肾,活血行气化瘀为基本原则,兼以利湿、除热、补气补血等。腰腿疼汤加减有活血化瘀,补益肝肾,祛风除湿,通经活络之功,方中杜仲(炒)补肝肾,壮筋骨,具有止腰腿痛之功;羌活、独活善祛风寒湿邪,同时有止腰膝痹痛之功;地龙通经活络;生黄芪、元胡、赤芍有活血补气、行气之功;地鳖虫活血止痛,龟板、川断、牛膝助杜仲补益肝肾,强筋壮骨同时牛膝兼活血通脉、利水消肿之功;秦艽、威灵仙、草乌、川乌可助独活、羌活祛风散寒除湿止痛;炒白芍缓急止痛;炒山楂、木瓜(制),和胃、补脾以健脾益气,使脾肾两脏相济,温运周身之功。临证时若偏气血不足者,加黄芪、当归以增强益气养血活血之功;腰部冷痛喜温者,加肉桂、独活、制附子以温里散寒止痛;腰痛酸软无力明显者,加山茱萸、枸杞子、女贞子、墨旱莲、泽泻、党参补肝肾不足;腰痛如刺拒按者,加延胡索、五灵脂、桃仁、红花、川芎以活

血行气止痛;腰痛有热感,口苦烦热者,加黄柏、龟板、知母、苍术以清热利湿,龟板滋肾清热,即防止苦燥伤阴,又有已病防变之意。同时现代药理实验<sup>[11]</sup>发现方中药物具有止痛,抗缺氧,抗炎,增强免疫功能等作用。对减少不可逆的神经严重受压的发生,减轻疼痛,提高受压神经根耐缺氧能力和神经根水肿的解除,促进愈合起到一定促进作用。

本临床研究结果显示,治疗组在 vas 评分、减轻临床症状方面均好于对照组;采用腰腿疼汤加减配合西乐葆、甲钴胺片加腰椎牵引治疗腰椎间盘突出症疗效比单用西乐葆、甲钴胺片加腰椎牵引好,能有效解除腰椎间盘突出症患者的病痛。

### 参考文献

- [1] 李康华,林涨源,胡一合. 人工椎间盘置换术治疗腰椎间盘突出症[J]. 中华骨科杂志, 2002,22(8):459.
- [2] 王岩. 坎贝尔骨科手术学[M]. 12 版. 北京:人民军医出版社,2013:1732-1735.
- [3] 陶天遵. 新编实用骨科学[M]. 2 版. 北京:军事医学科学出版社,2008:1382-1397.
- [4] 胡有谷. 腰椎间盘突出症[M]. 北京:人民卫生出版社, 1985:129~130, 214~221.
- [5] Adams MA, Roughley PJ (2006) What is intervertebral disc degeneration, and what causes it Spine 31(18):2151-2161.
- [6] Chou R, Qaseem A, Snow V, et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. Ann Intern Med, 2007, 147(7): 478-91.
- [7] Bruggemann G, Koehler CO, Koch EM. Results of a double-blind study of diclofenac + vitamin B<sub>1</sub>, B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub> versus diclofenac in patients with a acute pain of the lumbar vertebrae. A multicenter study [J]. Klin Wochenschr, 1990, 68(2): 116-120.
- [8] Mauro GL, Martorana U, Cataldo P, et al. Vitamin B<sub>12</sub> in low back pain: a randomised, double-blind, placebo-controlled study [J]. Eur Rev Med Pharmacol Sci, 2000, 4(3): 53-58.
- [9] 陈静,张幼明,李蓓,等. 五联疗法治疗腰椎间盘突出症临床研究[J]. 中国中医急症,2011,20(10):1578.
- [10] 张其云,张建华,张万云. 影响腰椎间盘突出症保守治疗疗效的 CT 影像学因素分析[J]. 中国中医急症, 2010,19(4):607.
- [11] 王梨,张国泰. 中药药理与临床应用[M]. 北京:华夏出版社,1998:117.