

引用:孙智平,李彦民.黄牛白龙汤治疗阳虚痹阻型腰椎间盘突出症临床研究[J].陕西中医药大学学报,2023,46(4):105-108.

黄牛白龙汤治疗阳虚痹阻型 腰椎间盘突出症临床研究*

孙智平 丁艳莉 李引刚 刘艳萍 李彦民

(陕西中医药大学附属医院骨科,陕西 咸阳 712000)

摘要:目的 探究黄牛白龙汤治疗阳虚痹阻型腰椎间盘突出症临床疗效。方法 自 2016 年 1 月—2017 年 1 月运用名老中医李彦民专方黄牛白龙汤治疗阳虚痹阻型腰椎间盘突出症患者 100 例,按照随机分配原则将患者分为治疗组和对照组各 50 例,治疗组应用黄牛白龙汤内服,对照组口服双氯芬酸钠,两组同时配合外用舒筋活络腾剂。结果 治疗 4 w 后,两组患者的 VAS 评分均治疗前降低,但治疗组优于对照组;两组患者 JOA 评分均较治疗前升高,但对照组低于治疗组;治疗组有效率 96.00% 优于对照组的 84.00%,且对照组出现胃痛、腹泻等消化不良反应。结论 黄牛白龙汤治疗阳虚痹阻型腰椎间盘突出症有效、安全,值得推广。

关键词:黄牛白龙汤;阳虚痹阻型;腰椎间盘突出症

中图分类号:R681.5

文献标识码:A

文章编号:2096-1340(2023)04-0105-04

DOI:10.13424/j.cnki.jsctcm.2023.04.019

李彦民主任医师为国家名老中医,国家第 4、5 批中医药传承指导老师,从医 30 多年来,以“筋骨痛症的临床与实践”为研究方向,在中医药治疗腰椎间盘突出症方面有独到之处^[1-4]。自 2016 年 1 月—2017 年 1 月我们对陕西中医药大学附属医院名医馆李彦民工作室阳虚痹阻型腰椎间盘突出症患者进行了系统研究,目的在于研究李彦民主任医师专方黄牛白龙汤的临床效果及安全性。现总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 100 例患者中,年龄最小 18 岁,最大 48 岁,平均年龄 37.6 岁;腰 4/5 椎间盘突出 63 例,腰 5 骶 1 椎间盘突出 38 例,腰 4/5 合并腰 5 骶 1 椎间盘突出 24 例,将患者按照双盲随机进行分组,每组 50 例。每组中年龄、性别、病程,治疗前疼痛 VAS 模拟评分,JOA 腰痛评估评分等资料比较均无明显统计学差异($P > 0.05$)。详细资料见表 1。

表 1 一般资料比较表($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | n | 性别(男/女) | 年龄(岁) | 病程(月) | VAS 评分 | JOA 评分 |
|-----|----|---------|---------------|--------------|-------------|---------------|
| 治疗组 | 50 | 28/22 | 38.00 ± 23.17 | 11.75 ± 3.15 | 7.12 ± 0.52 | 13.86 ± 3.52 |
| 对照组 | 50 | 27/23 | 38.00 ± 23.56 | 11.70 ± 3.12 | 7.13 ± 0.55 | 13.896 ± 3.50 |

1.2 病例入选标准

1.2.1 西医诊断 符合国际疾病分类第 10 版(ICD-10)中腰椎间盘突出症的诊断标准^[5],突出节段为一个或伴有邻近节段间盘膨出,突出物为非巨大型,未骨化或钙化,所有病例均由 CT 或 MRI 检查证实,直腿抬高试验、胸腹垫枕试验、股

神经牵拉征 3 项体征中有 2 项或 3 项为阳性。不分性别,年龄在 18 周岁以上、65 周岁以下。

1.2.2 病例排除标准^[5] 腰肌劳损、棘上或棘间韧带损伤、第 3 腰椎横突综合症、椎弓根峡部不连与脊椎滑脱症、腰椎结核或肿瘤、神经根及马尾肿瘤、椎管狭窄症、梨状肌综合征、盆腔疾病;巨大椎

* 基金项目:陕西省中医药管理局资助项目(15-Lc012)

间盘突出或伴有马尾神经压迫症状或出现肌力明显下降等;合并有严重心脑血管或肝肾等疾病;严重感染者;白血病;血小板减少有出血倾向者;妇女妊娠期、哺乳期;存在认知功能障碍或交流障碍,不能配合完成量表、治疗或随访者。

1.3 中医阳虚痹阻型腰椎间盘突出症诊断与排除标准^[5]

1.3.1 病例纳入标准 腰痛,腿膝乏力,劳则更甚,卧则减轻。面色恍白,手足不温,少气懒言,腰腿发凉,或有阳痿、早泄,妇女带下清稀。舌质淡,脉沉细。

1.3.2 病例排除标准 凡不符合阳虚痹阻型诊断标准患者不纳入。

1.3.3 中止/剔除标准 依从性差,不能按要求接受治疗;发生特殊生理病理变化不宜继续接受试验者;治疗期间可能怀孕者;自行退出者。

1.4 治疗方法 治疗组采用黄牛白龙汤加减内服加舒筋活络腾剂外用治疗,对照组采用临床基础用药口服加舒筋活络腾剂外用治疗,舒筋活络腾剂为李彦民工作室治疗腰腿痛协定方,应用时同一症型用药基本不变。

治疗组用药:采用黄牛白龙汤:黄芪 24 g,太子参 15 g,白芍 9 g,桂枝 9 g,杜仲 12 g,牛膝 9 g,当归 12 g,穿山龙 9 g。将以上诸药,加水 1000 mL,武火烧至沸腾,再文火煎 30 min,取汁 250 mL;二煎加水 400 mL,武火烧开,再文火煎 20 min,取汁 150 mL。二煎药汁混合共得药 400 mL,分别在早餐、晚餐后 30 min 温服,每日 1 剂,2 w 为 1 疗程。

对照组用药:口服双氯芬酸钠缓释片(国药准字 H10970209,国药集团致君(深圳)坪山制药有限公司,100 mg),每日 1 次,每次 100 mg,2 w 为 1 疗程。疗程结束后进行统计分析。

1.5 研究指标与方法

1.5.1 疗效观察指标 记录患者治疗前后疼痛模拟评分(VAS)及腰痛评估评分(JOA)分数。

1.5.2 临床治疗安全性评价 所有参加试验患者均在入组后、治疗 2 w 后及 4 w 后分别做血常规、C 反应蛋白、红细胞沉降率、大小便常规、肝肾功、心电图及胸部 X 线检查,血标本均送陕西中医药大

学附属医院临床检验中心统一检验并报告结果;心电图检查由陕西中医药大学附属医院心电图检查中心完成并报告结果;胸片检查由陕西中医药大学附属医院影像中心检查并报告结果。期间任何一次存在临床诊断异常时,将停止治疗,并给予相应的专科治疗。

1.5.3 临床疗效评定 参照国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》(1994 年版)为诊断标准^[6]。①治愈:无腰腿痛及相关症状,直腿抬高或加强试验阴性,可正常工作、生活;②显效:基本无腰腿痛及其相关症状,偶有轻度疼痛,腰椎功能基本恢复,直腿抬高或加强试验阴性,不影响生活和工作;③有效:腰腿痛和直腿抬高试验等体征均有改善,可进行部分工作,但停药后有复发,对重体力劳动影响;④无效:临床症状和体征无缓解,直腿抬高或加强试验阳性,或者加重者。

1.6 统计学方法 治疗结束后,应用 SPSS 16.0 系统软件进行统计学处理,符合正态分布的计量资料使用 *t* 检验,计数资料用卡方检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 VAS 评分比较 与治疗前相比,干预 4 w 后,两组患者 VAS 评分均较前显著降低($P < 0.05$);但从治疗 4 w 后 VAS 评分看,治疗组疼痛评分明显低于对照组,有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 2 治疗前后 VAS 评分对照表($\bar{x} \pm s$,分)

| 组别 | <i>n</i> | 治疗前 | 治疗 4 w 后 |
|-----|----------|-------------|-------------|
| 治疗组 | 50 | 7.31 ± 0.90 | 1.20 ± 0.63 |
| 对照组 | 50 | 7.30 ± 0.89 | 2.37 ± 0.54 |

2.2 JOA 评分比较 治疗 4 w 后与治疗前比较,治疗组和对照组 JOA 评分均有显著提高($P < 0.05$),但治疗组评分显著高于对照组评分,有统计学意义($P < 0.05$),见表 3。

表 3 治疗前后 JOA 评分对照表($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | <i>n</i> | 治疗前 | 治疗 4 w 后 |
|-----|----------|--------------|--------------|
| 治疗组 | 50 | 14.52 ± 1.43 | 23.22 ± 1.88 |
| 对照组 | 50 | 13.86 ± 1.86 | 18.76 ± 1.54 |

2.3 临床疗效比较 治疗 4 w 后两组临床疗效比较,治疗组总有效率 96.0%,对照组总有效率 84.0%,两组比较,具有明显统计学意义($P < 0.05$),见表 4。

表 4 治疗前后疗效分析表[n(%)]

| 组别 | n | 治愈 | 显效 | 有效 | 无效 | 有效率(%) |
|-----|----|-----------|-----------|-----------|----------|--------|
| 治疗组 | 50 | 29(58.00) | 7(14.00) | 12(24.00) | 2(4.00) | 96.00 |
| 对照组 | 50 | 22(44.00) | 12(24.00) | 8(16.00) | 8(16.00) | 84.00 |

2.4 安全性评价 在服药 4 w 后治疗组未发现明显胃肠道反应及过敏反应等不适,对照组则有 4 例服药期间出现明显胃肠道反应,停药 2 天后症状缓解,不影响治疗及疗效评价。分析两组治疗前后血常规、血沉及 crp、肝肾功、心电图等安全评价指标均未见有明显变化,没有不良事件发生。

3 讨论

腰椎间盘突出症是一种临床常见的疾病,主要由于腰椎间盘的退行性改变或是损伤,导致脊柱内外机械不平衡,脱垂的髓核压迫脊神经根,造成腰腿疼痛、麻木等一系列神经症状^[7-9]。

中医学关于腰椎间盘突出症与腰腿痛的关系没有专门论著,但关于腰腿痛的记载历史悠久^[10-11]。《素问》云:“衡络之脉,令人腰痛,不可以俯仰,仰则恐扑,得之举重伤腰。”又曰:“肉里之脉令人腰痛,不可以咳,咳则筋缩急。”《医学心悟》云:“腰痛拘急,牵引脚足。”以上论述与现代医学中腰椎间盘突出症的症状极其相似^[12-13]。中医将腰背、腰腿痛归于“筋骨痹痛”范畴^[14-15],《素问·痹论》曰:“风、寒、湿三气杂至合而为痹也。”《素问·长刺节论》曰:“病在骨,骨重不可举,骨髓酸痛,寒气至,名曰骨痹。”《圣济总录》曰:“肾脂不长,则髓涸而气不行,骨乃痹而其证内寒也。”《灵枢·本神》曰:“脾气虚则四肢不用,五脏不安。”《景岳全书·风痹》曰:“风痹之证大抵因虚者多,因寒者多。惟血气不充,故风寒得以入之。”可见,肝脾肾虚、风寒湿邪痹阻经络、气血不通是本病的关键病机^[16]。

李彦民主任医师从医 40 余年,勤求古训,博采众方,对腰椎间盘突出症有自己独到的见解,认为腰椎间盘突出症的病因病机为阳气虚衰,输布无力,化源不足,影响气的温煦、熏肤作用,而致麻木

之症。阳气虚弱,气血生化无源,阴血化生难以为继,血虚不能润肌肤则出现麻木。阳气虚弱,鼓动无力,血不能行,瘀血停留,日久化痰,痰瘀交错,闭阻经脉,气血不得宣畅,则肌肤麻木^[17-19]。上述诸因,加之风寒湿邪乘虚入侵,气血滞涩更甚,则麻木亦甚。黄牛白龙汤方重用黄芪益气通阳,桂枝温通经络,白芍养血敛阴,黄芪得桂枝益气温经,桂枝配白芍调和营卫,芪、桂、芍同用,取黄芪桂枝五物汤之意,功在益气温经,活血通痹,三味共为方中君药。太子参益气建中,以增强黄芪益气之功,当归、穿山龙活血通络,血活络通则阳气无阻,以增强君药通痹之力,上三味药共为方中臣药。杜仲、牛膝补肝肾,强筋骨,以固本元,本元愈固,经络愈通,以佐助君药通痹之用,二药共为方中佐药。八药合用,共奏益气温经,通络除痹,益肾养血之功用^[1, 20]。

经过对李彦民主任医师治疗阳虚痹阻型腰椎间盘突出症专方黄牛白龙汤对比研究,我们发现黄牛白龙汤仍存在中医药治疗的共同缺点:即有效率高,治愈率低,可重复性差,临时时需随症加减等。但从 VAS 评分、JOA 评分及安全性综合分析,黄牛白龙汤治疗阳虚痹阻型腰椎间盘突出症与对照组相比,有明显统计学差异。本治疗方法不失为一种中医药治疗腰椎间盘突出症的有效方法,值得推广。

参考文献

[1] 孙智平,张妮,李彦民. 名中医李彦民治疗腰椎间盘突出症专方“黄牛白龙汤”组方研究[J]. 陕西中医药大学学报,2018,41(6):39-41.
[2] 杨锋,李文雄,杨进,等. 名中医李彦民教授运用通络法治疗慢性筋骨病的经验[J]. 中国中医骨伤科杂志,2020,28(10):83-84.
[3] 张快强,李彦民,李珣,等. 黄牛白龙汤治疗退行性腰椎

- 管狭窄症 58 例[J]. 陕西中医药大学学报, 2018, 41(2): 48-51.
- [4] 吕正茂, 聂爱迪, 赵壁. 李彦民主任医师治疗痹病经验[J]. 陕西中医学院学报, 2011, 34(6): 23-25.
- [5] 何建新. 薄氏腹针治疗腰椎间盘突出症的临床研究[J]. 南方医科大学, 2012, 31(24): 634-635.
- [6] 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016: 214.
- [7] Yanxu Ma, Jingyan Cui, Minghua Huang, et al. Effects of Duhuojisheng Tang and combined therapies on prolapse of lumbar intervertebral disc: a systematic review of randomized control trails[J]. J Tradit Chin Med, 2013, 33(2): 145-155.
- [8] 何鹏宇, 齐峰, 宋华, 等. 藤黄健骨胶囊联合注射用骨瓜提取物治疗老年腰椎间盘突出症[J]. 中国老年学杂志, 2021, 41(19): 4283-4286.
- [9] 秦晓宽, 孙凯, 方圣杰, 等. 基于文献数据挖掘和网络药理学分析的腰椎间盘突出症用药规律及作用机制研究[J]. 中药新药与临床药理, 2021, 32(10): 1490-1499.
- [10] 张寒, 董宝强. 中西医治疗腰椎间盘突出症临床研究概况[J]. 实用中医内科杂志, 2019, 33(1): 75-77.
- [11] 张宗富. 中医传统手法联合独活寄生汤加减治疗腰椎间盘突出症的临床效果[J]. 临床合理用药杂志, 2021, 14(28): 97-99.
- [12] 鹿斌, 齐万里. 腰椎间盘突出证的中医药治疗进展[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(89): 192.
- [13] 张自强. 腰椎间盘突出症的中医药治疗进展[J]. 光明中医, 2021, 36(18): 3197-3199.
- [14] 戎毅, 马勇, 郭杨, 等. 中医药治疗腰椎间盘突出症微创术后残留症状的研究进展[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(5): 2830-2834.
- [15] 丛林, 李振华, 石明鹏, 等. 腰椎间盘突出症中医综合治疗方案的临床研究[J]. 吉林中医药, 2021, 41(4): 485-487.
- [16] 白建. 中医药治疗腰椎间盘突出退变研究进展[J]. 辽宁中医杂志, 2021, 48(9): 210-212.
- [17] 李彦民, 陈建中. 孙绍良主任医师治疗腰腿痛五步手法介绍[J]. 陕西中医, 1989(6): 241-242.
- [18] 姜建平, 李彦民. 腰椎间盘突出症疗效标准规范化讨论(263例近期疗效分析)[J]. 陕西中医学院学报, 1996(4): 34-35.
- [19] 刘艳平, 吕冕社, 李引刚, 等. 李氏侧搬手法治疗腰椎间盘突出症机理初探[J]. 按摩与康复医学, 2017, 8(13): 40-42.
- [20] 李引刚, 刘艳萍. 李彦民骨伤临床经验拾粹[M]. 西安: 西安交通大学出版社, 2017: 151.
- (修回日期: 2021-11-10 编辑: 蒲瑞生)