

身痛逐瘀汤联合磁振热治疗腰椎间盘突出症 (血瘀气滞型)的临床观察

石雷¹ 柳根哲²

(1 北京中医医院顺义医院,北京,101300; 2 首都医科大学附属北京中医医院,北京,100010)

摘要 目的:以中药汤剂内服(身痛逐瘀汤)配合物理疗法治疗血瘀气滞型 LDH(腰椎间盘突出症),观察其疗效。方法:将 64 例 2015 年 1 月至 2016 年 2 月于我院住院的血瘀气滞型 LDH 患者随机分为治疗组和对照组 2 组,每组 32 例。对照组采用磁振热治疗,治疗组于对照组基础上口服中药身痛逐瘀汤,随症加减。根据日本 JOA 下腰痛评分标准分别计算治疗前后患者的 JOA 积分,组间比较治疗优良率和总有效率。结果:1 个疗程(14 d)治疗结束,2 组总有效率:治疗组 96.875%、对照组 81.25%, $P < 0.05$,2 组差异有统计学意义;治疗组优良率是 90.625%,对照组优良率是 53.125%, $P < 0.05$,差异具有统计学意义。结论:应用内外兼治法(口服身痛逐瘀汤联合局部磁振热治疗)治疗血瘀气滞型 LDH 临床疗效显著,值得广泛应用及临床推广。

关键词 腰椎间盘突出症(血瘀气滞型);身痛逐瘀汤;磁振热

Clinical Study of General Pain Stasis-Expelling Decoction Combining Magneto-caloric Therapeutic Apparatus in Treatment of Lumbar Disc Herniation of Blood Stasis and Qi Stagnation Syndrome

Shi Lei¹, Liu Genzhe²

(1 Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shunyi Branch, Beijing 101300, China;

2 Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Beijing 100010, China)

Abstract Objective: To study the effect of General Pain Stasis-Expelling Decoction combining magneto-caloric therapeutic apparatus (MTA) in the treatment of lumbar disc herniation of blood stasis and qi stagnation syndrome. **Methods:** During 2015 January to February in Beijing Traditional Chinese Medicine Hospital Shunyi Branch, 64 inpatients diagnosed as lumbar disc herniation of blood stasis and qi stagnation syndrome were randomly divided into treatment group and control group, 32 patients in each group. Patients in control group were treated by MTA. Others were given General Pain Stasis-Expelling Decoction in addition to MTA in treatment group. The decoction was modified in accordance with syndromes. In order to make comparison on treatment excellent rate and overall response rate between two groups, JOA scores before and after treatment were calculated according to Japanese JOA low back pain scoring matrix. **Results:** After one course of treatment, the overall response rate was 96.875% in treatment group and 81.25% in control group, which was statistically significant as $P < 0.05$. The excellent rate was 90.625% in treatment group and 51.125% in control group, which was statistically significant as $P < 0.05$. **Conclusion:** General Pain Stasis-Expelling Decoction combining MTA should be promoted in front line for its significant clinical effect in the treatment of blood stasis and qi stagnation syndrome lumbar disc herniation.

Key Words Lumbar disc herniation of blood stasis and qi stagnation syndrome; General Pain Stasis-Expelling Decoction; Magneto-caloric therapeutic apparatus

中图分类号:R285.6 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2016.09.021

腰椎间盘突出症,中医统称“腰痛病”,是临床腰腿痛的主要原因之一。《灵枢经脉》早就对该病证进行描述:“项似拔,脊痛,腰似折,……”。这段话形象的描述腰突症腰痛及下肢放射痛的症状,接近于现代的急性腰突症。《医学心悟》也讲道:“腰痛拘急,牵引腿足”。腰腿疼痛严重影响患者的生活

质量,如何减轻不适症状,提高患者生活品质,成为我们研究的重点。在本研究中,作者采用活血化瘀汤结合磁振热治疗腰椎间盘突出症(气虚血瘀型)64例,以中医学辨证论治观念为基础,结合现代中医药诊治技术,内外兼治,临床疗效获广大患者肯定,现做以下报道。

基金项目:北京市顺义区科技三项费项目(编号:SY-201501);北京市顺义区科委课题(编号:SY-201501)

作者简介:石雷(1986.03—),男,硕士研究生,医师,研究方向:中医骨伤科疾病诊疗,E-mail:raystone@qq.com

通信作者:柳根哲(1964.11—),男,博士研究生,主任医师,首都医科大学附属北京中医医院骨伤科副主任、北京中医医院顺义医院骨伤科主任,研究方向:颈肩腰腿痛,脊柱内窥镜微创技术及四肢骨关节病,E-mail:liu_genzhe2000@aliyun.com

1 资料与方法

1.1 一般资料 遴选北京中医医院顺义医院 2015 年 1 月至 2016 年 2 月期间在院住院治疗的腰椎间盘突出症(血瘀气滞型)患者 64 例,采用随机分组法将入选患者分为 2 组,每组 32 例。治疗组 32 例,男 17 例,女 15 例;年龄在 42 ~ 70 岁之间,平均年龄 59.17 岁;病程 1 个月 ~ 10 年,平均 34 月。对照组共 32 例,其中,男 16 例,女 16 例;年龄在 45 ~ 70 岁之间,平均 60.12 岁;病程 4 个月 ~ 14 年,平均 39.5 月。64 例患者性别、年龄、病程差异无统计学意义($P < 0.05$)。

1.2 诊断标准

1.2.1 中医诊断 以《中医病证诊断疗效标准》(1994 年版)为标准:腰椎间盘突出症(血瘀气滞型):病史:腰部外伤(近期);症状:腰腿痛剧烈(腰腿刺痛为主,痛点固定,疼痛拒按),腰部僵硬(屈伸不利为主);舌质瘀紫,苔薄白,脉沉弦涩。

1.2.2 西医诊断标准 参照《临床诊疗指南-骨科分册》(中华医学会,2009 年版)的相关内容:1)病史:急性腰腿痛(腰或/和下肢疼痛),下肢疼痛重于腰痛,且下肢疼痛与腰骶神经根分布区域相符。既往多有慢性腰痛史。2)体征:腰椎曲度变直或反张,腰椎屈伸、旋转、侧屈部分或全部受限。Lasegue 征(+),加强试验(-/+),Wasserman 征(+).3)根据神经分布区:“感觉、反射变化、肌肉无力和肌肉萎缩”这 4 种神经系统疾病的迹象中的 2 种。4)经腰椎磁共振成像检查确诊。

1.3 纳入标准 1)符合腰椎间盘突出症(血瘀气滞型)的中、西医诊断标准;2)年龄在 18 ~ 70 岁之间;3)可保守治疗;4)排除腰椎结核,腰椎肿瘤、免疫疾病、严重内科疾病等病;并且适合物理治疗者;5)自愿接受观察并遵照治疗方案治疗患者。

1.4 排除标准 1)符合绝对手术适应证者;2)患有腰椎结核、肿瘤、腰椎滑脱、骨性椎管狭窄、重度骨质疏松症等其他相关的骨与关节疾病;3)女性怀孕患者;4)合并严重疾病、身体虚弱者;5)二便障碍、马尾损伤者;6)不能按治疗方案进行者。

1.5 治疗方法 2 组患者住院期间均接受常规治疗:每日静点骨瓜提取物 100 mg 组液 1 次、20% 甘露醇 250 mL 2 次,口服布洛芬缓释胶囊早晚各 1 粒,有腿部麻木者予肌注注射用腺苷钴胺 1.5 mg,1 次/d,等对症治疗并行适当腰背肌功能锻炼。

对照组在常规治疗基础上选用磁振热治疗仪(LGT-2600D 型;广州龙之杰),将治疗导子置于腰部

和腿部进行磁热疗,频率 50 ~ 60 Hz、热强度在 2 ~ 3 档之间(主要以患者感觉耐受为主),持续热疗 30 min,1 次/d。

治疗组:常规治疗、磁振热治疗外治及身痛逐瘀汤内服。方药组成:桃仁 10 g、红花 10 g、川芎 12 g、当归 15 g、没药 6 g、五灵脂(包)6 g、地龙 10 g、香附 12 g、秦艽 12 g、羌活 12 g、牛膝 10 g、甘草 6 g。1 剂/d,水煎服,早晚 2 次口服,随证加减。2 周为 1 个疗程。

1.6 疗效评价

1.6.1 优良率、总有效率 根据日本 JOA 下腰痛评分标准。JOA 总评分包括主观症状(最高 9 分):1)腰背痛(最低 0 分,最高 3 分),腿疼(最低 0 分,最高 3 分),步态(最低 0 分,最高 3 分);2)临床体征(最高 6 分):Lasegue 征(最低 0 分,最高 2 分)、感觉障碍(最低 0 分,最高 2 分)、运动障碍(最低 0 分,最高 2 分);3)日常活动(0 ~ 14 分),最多 29 分,最低 0 分。

1.6.2 临床控制 1)治疗改善率 $\geq 75\%$;2)显效:治疗改善率 50 ~ 74%;3)有效:治疗改善率 25 ~ 49%;4)无效:治疗改善率 0 ~ 24%。改善率及优良率计算方法如下。

$$\text{改善率} = \frac{\text{治疗后评分} - \text{治疗前评分}}{\text{满分} 29 - \text{治疗前评分}} \times 100\%; \text{优良率} \\ = \frac{\text{临床控制} + \text{显效}}{64} \times 100\%$$

1.7 统计学方法 SPSS 22.0 软件进行统计分析,采用($\bar{x} \pm s$)表示计量数据,采用秩和检验等级资料,采用 Chi-square 进行率的比较, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2 组患者治疗前症状积分比较。见表 1。经 t 检验, $t = 0.078, P = 0.781 > 0.05$,差异无统计学意义,说明 2 组患者治疗前症状体征积分比较具有可比性。

表 1 2 组治疗前症状体征积分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	JOA 评分	P
治疗组	32	16.16 \pm 2.66	0.781
对照组	32	16.00 \pm 2.71	

2 组患者治疗前 VAS 评分比较。见表 2。经 t 检验, $t = 1.102, P = 0.299 > 0.05$,无统计学意义,治疗前 2 组患者 VAS 评分无差异。

治疗组治疗前、后症状体征积分比较。见表 3。经 t 检验, $t = -13.322, P = 0.022 < 0.05$,差异具有

统计学意义,说明治疗后患者症状体征改善明显;对照组积分经 t 检验, $t = -13.517, P = 0.042 < 0.05$, 差异同样具有显著地统计学意义;2 组治疗 2 周后,治疗前、后症状体征积分差值比较,经秩和检验, $z = -1.087, P = 0.279 > 0.05$, 差异无统计学意义,说明治疗组与对照组的症状体征改善比较无统计学意义。

2 组治疗 2 周后。见表 4。治疗组、对照组总有效率分别是: 96.875%、81.25%, $P = 0.02215 < 0.05$, 差异具有统计学意义;治疗组优良率是 90.625%, 对照组优良率是 53.125%, $P = 0.01055 < 0.05$, 差异具有统计学意义。说明治疗组优良率

表 4 2 组优良率、总有效率比较 [$n(\%)$]

组别	临床控制 (%)	显效 (%)	有效 (%)	无效 (%)	优良率 (%)	总有效 (%)
治疗组	16(50.000)	13(40.625)	2(6.250)	1(3.125)	29(90.625)	31(96.875)
对照组	9(28.125)	8(25.000)	9(28.125)	6(18.750)	17(53.125)	26(81.250)

3 讨论

腰椎间盘突出症是骨伤科多发病,是腰痛腿痛的最常见缘由。间盘退变或变性、外伤或其他外部原因破坏导致纤维环破裂,髓核沿纤维环破裂迸发出来,压迫神经根,产生下肢疼痛、酸胀、麻木、无力等症状,分布范围与神经支配区域相符合,严重影响患者生活质量,极度痛苦。随着社会的发展,长期的坐姿增多,运动活动减少,发病率逐渐增加,并呈年轻化趋势^[1]。

中医认为腰痛病的发生可因内因、外因,内因: 劳倦体虚,肝肾不足;外因: 外邪侵袭,如风邪外袭、寒凝、湿困等,外力伤害。内外因可导致腰腿部气血运行不畅、瘀血内阻经脉,经络不通,不通则痛,导致腰腿疼痛。所以中医治疗此类疾病可采用行气、化痰、散寒、祛湿、通络等方法,辨证治疗腰痛病^[2-3]。

从西医角度,本病引发腰腿疾患的病发机制主要有如下 3 种学说: 神经根自身或外部原因包括间盘突出压迫、周围组织压迫、炎性反应刺激及免疫变化等^[4]。LDH 的治疗主要有手术和非手术治疗 2 种。腰椎开放或微创手术均费用较高,且多见后遗症,腰椎术后易出现并发症: 如终板炎、术区血肿压迫、椎管减压不彻底等;从长期来看,有神经根黏连、手术或其他原因导致的椎管狭窄、腰椎间盘突出和腰椎失稳等并发症^[5], 所以不是首选。非手术疗法,包含仰卧硬板床、内服外用中药汤剂^[6]、腰椎牵引^[7]、理疗、神经阻滞腰麻、按摩^[8]、针灸^[9]等多途径及方法医治^[10], 为腰突症的首选治疗方案。而物

及总有效率均优于对照组。各组均无不良反应(注: 优良率是指临床控制和显效病例所占的比率)。

表 2 2 组治疗前 VAS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	VAS 评分	P
治疗组	32	6.47 ± 1.37	0.299
对照组	32	6.42 ± 1.56	

表 3 2 组治疗前后症状体征积分改善 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	差值
治疗组	32	16.15 ± 2.65 [#]	21.52 ± 2.92 [#]	5.38 ± 2.75 [*]
对照组	32	16.01 ± 2.72 [▲]	22.57 ± 2.85 [▲]	6.55 ± 2.41 [*]

注: $t^{\#} = -13.322, P^{\#} = 0.022, t^{\Delta} = -13.517, P^{\Delta} = 0.042, z^{\star} = -1.085, P^{\star} = 0.277$ 。

理疗法具有“易操作、费用低、效果好、较安全、病患易接受”等优点。目前大量对于 LDH 的发病、治疗的相关机制及方法的研究已较为深入,纵观历年研究结果显示,无论是治疗时间,还是治疗效果,综合治疗更易获得满意疗效,这点已经获得多数研究者的认同。对于综合治疗的具体方法及配伍方案则是近期研究热点,部分研究者采用中医药疗法及物理治疗取得满意疗效,已经临床实践证实^[11]。本项目以中药汤剂内服(身痛逐瘀汤)配合物理疗法治疗血瘀气滞型 LDH(腰椎间盘突出症),观察其疗效,分析内外兼治联合治疗腰椎间盘突出症的优势,优化诊疗计划,在中医学诊疗思路的基础上联合现代中医药治疗技术,发挥中医诊疗特色。

身痛逐瘀汤选自《医林改错》,方中川芎既可活血以化瘀调经,又能行气、开郁、止痛,古人称之为“血中气药”,具有开通气血之功;当归、桃仁具有润肠、通便的功能,可防止患者久卧床上引起的便秘;没药、五灵脂可化瘀、活血、定痛;秦艽、羌活、地龙可舒筋活络、宣痹、定痛^[12];香附调节气机;牛膝引瘀热下行;甘草谐和诸药。方内主要药物活血祛瘀已经过现代药理证实:王鹏建模^[13]寒凝血瘀型大鼠,给予活血药,包括川芎、红花、延胡索等,通过观察温热类活血化瘀药对大鼠内分泌、5 羟色胺及去甲肾上腺素影响,发现川芎类药物可以对此模型类大鼠的 T3、T4、5-HT、NE 等特征性调控作用,推测活血化瘀类药物治疗寒凝血瘀类痛症的药理学之一。孔德平^[14-15]在观察当归、川芎配影响血流变发现,此类

药物对急性、血瘀型大鼠模型具有明显作用,研究发现,血瘀证模型血流变性均呈现浓凝粘聚的状态,而归芎相配可明显改善此类状态,从而起到活血祛瘀的疗效。研究还发现芎归 2:3 时对血液流变学的影响更大。该研究为方中药物的配比提供了科学依据。相关研究^[16]表明地龙含镇痛活性物质,其中 P4 类蛋白化合物可明显改善小鼠舔爪反应潜伏期,可抑制其产生制痛有效成分,其作用效果与扶他林相当。而虫类药物大多具有此类抑制致痛源产生的作用。诸药共用,能有效地增进病灶部分血液循环,改进机体氧供,促进炎症反应水肿汲取消失,减缓局部肌肉痉挛,解除痛苦。服用身痛逐瘀汤可显著改善腰腿疼症状,有研究证明:该方可改善机体有氧代谢,促进腰部及腿部周围血管扩张,促进水肿吸收,有效减轻炎性刺激,特别是可改善突出物本身及周围软组织的炎性反应刺激,间接减轻神经根粘连,从而改善腰腿疼症状^[17]。磁振动治疗仪 (Igt-2600d 型) 是基于微机处理、磁场、振动、温三物理因子联合治疗设备,相关研究表明^[18-19]:磁振热可使温热直达病灶,缓解肌肉紧张度^[20],促进血液流动,同时磁场及振动也可减轻肌肉痉挛,促进血管内血液循环,改善其通透性。磁、振、热共同作用可有效减轻神经根无菌性炎性反应,改变其周围血液供应,加速组织修复,促进营养吸收,从而达到良好的缓解及治疗作用。另外能降低神经末梢兴奋性、终止感觉神经传导,升高痛阈,增进安眠,以期产生镇定、镇痛和消炎消肿作用。另外,磁场方向和强度的更替转使节细胞得到推拿作用,使机体作用界面温度提高,膜电位提高,胶体离子通透性加强,血液循环加速,组织氧状态改进,水肿减少。

本次试验数据表明,2 组治疗对均有效,但治疗组的优良率和总有效率均优于对照组,特别是优良率显著高于对照组。由于本研究时间有限,对于身痛逐瘀汤加减联合磁振热治疗腰椎间盘突出症的远期疗效及复发率相关数据不足,但根据本研究相关课题预试验观察,其远期疗效优于对照组,但复发率目前未见明显差异。总之,对于血瘀气滞型腰椎间盘突出症的患者,在综合治疗联合磁共振热和身痛逐瘀汤联合应用磁振热处理腰腿疼痛均有较好的临床效果。但通过临床疗效来看,身痛逐瘀汤联合磁振热治疗血瘀气滞型腰椎间盘突出症的临床疗效更

显著,值得临床推行。

参考文献

- [1] 胡有谷. 腰椎间盘突出症[M]. 北京:人民卫生出版社,2004:236-237.
- [2] 韦程寿. 腰椎间盘突出症疼痛发生机制的研究及治疗近况[J]. 世界最新医学信息文摘,2015,15(20):128-129.
- [3] 靳安民,姚伟涛,张辉. 腰椎间盘突出症术后疗效不佳的原因分析及对策[J]. 中华骨科杂志,2003,23(11):657-660.
- [4] Lee JM, Song JY, Baek M, et al. Diagnosis- β Induces angiogenesis and innervation in human intervertebral disc degeneration[J]. J Orthop Res,2011,29(2):265-269.
- [5] 胡建波. 中医疗法对气滞血瘀型腰椎间盘突出症患者生存质量疗效探讨[J]. 亚太传统医药,2014,10(2):76-77.
- [6] 彭亚,祝永刚,赵毅,等. 中药湿热敷治疗腰椎术后残余痛临床观察[J]. 现代中西医结合杂志,2016,25(24):2662-2664.
- [7] 但洪映. 中医针灸推拿结合牵引在腰椎间盘突出症患者中的治疗效果观察[J]. 世界最新医学信息文摘,2016,16(68):122.
- [8] 韦文军. 中医正骨手法治疗腰椎间盘突出症的临床方法及疗效分析[J]. 中国伤残医学,2014,11(7):154-155.
- [9] 黄殿祺. 针刀联合肌内效贴治疗慢性下腰痛 35 例临床观察[J]. 湖南中医杂志,2016,32(7):95-96.
- [10] 何建. 中医综合治疗腰椎间盘突出症临床效果分析[J]. 深圳中西医结合杂志,2014,24(7):51-52.
- [11] 李厚坤,李孟,李汉,等. 身痛逐瘀汤加减治疗腰椎间盘突出症 30 例[J]. 河南中医,2016,36(6):1107-1108.
- [12] 牛淑芳,李佳霖,周媛,等. 身痛逐瘀汤加减治疗腰椎间盘突出症近期疗效观察[J]. 中国实验方剂学杂志,2013,19(18):334-338.
- [13] 王鹏,付先军,周扬,等. 5 种温热性活血化瘀中药对寒凝血瘀证大鼠内分泌激素及 5-羟色胺、去甲肾上腺素的影响[J]. 中国中西医结合杂志,2014,11(34):1365-1368.
- [14] 孔德平,吴颖,汤倩,等. 当归-川芎配伍对急性血瘀证大鼠血液流变学的影响[J]. 江苏中医药,2014,12(46):85-86.
- [15] 黄美艳,唐于平,尚尔鑫,等. 基于响应曲面分析法对川芎药对活血效应相互作用研究. 中国药理学通报,2012,28(10):1407.
- [16] 汪梅蛟,谢志军,谷焕鹏,等. 蜈蚣、地龙、地鳖虫镇痛作用比较的实验研究[J]. 中国中医急症,2012,21(9):1435-1436.
- [17] 李东山. 身痛逐瘀汤加减治疗腰椎间盘突出症的临床价值分析[J]. 中国医药指南,2013,11(33):206-207.
- [18] 毕世庆,刘兴文,赵开祝. 物理治疗腰椎间盘突出症的疗效观察[J]. 遵义医学院学报,2008,31(3):254.
- [19] 陈新,俞国文. 超短波与磁振热治疗腰椎间盘突出症的疗效比较[J]. 中国疗养学,2016,25(3):261-262.
- [20] 蒋涛,刘毅斌,郭庆军,等. 磁振热配合整脊推拿治疗 62 例腰椎间盘突出症的疗效观察[J]. 中医药临床杂志,2015,27(4):539-540.