

引用:朱建华,陈燕,谢义松,刘鑫.健芪归附汤离子导入干预肾阳虚型腰椎间盘突出症 30 例效果观察[J].湖南中医杂志,2021,37(4):105-107.

健芪归附汤离子导入干预 肾阳虚型腰椎间盘突出症 30 例效果观察

朱建华¹,陈燕²,谢义松³,刘鑫³

(1. 湖南中医药大学护理学院,湖南长沙,410208;

2. 湖南中医药高等专科学校,湖南株洲,412012;

3. 湖南省中医院,湖南长沙,410005)

[摘要] 目的:探讨健芪归附汤离子导入对肾阳虚型腰椎间盘突出症(LDH)患者的干预效果。方法:将肾阳虚型 LDH 患者 60 例随机分为观察组和对照组,每组各 30 例。对照组予以牵引+推拿干预,观察组在对照组基础上加用健芪归附汤中药离子导入干预。观察 2 组临床疗效及视觉模拟评分法(VAS)、Oswestry 功能障碍指数问卷表(ODI)评分。结果:观察组总有效率为 96.67%(29/30),高于对照组的 93.33%(28/30),差异有统计学意义($P < 0.05$);2 组 VAS、ODI 评分干预前后组内比较及干预后组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。结论:健芪归附汤离子导入法干预肾阳虚型 LDH,能减轻患者疼痛,改善腰部功能,提高临床疗效。

[关键词] 腰椎间盘突出症;肾阳虚证;健芪归附汤;离子导入

[中图分类号] R274.915.3,R248.2 **[文献标识码]** A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.04.042

腰椎间盘突出症(lumbar disc herniation, LDH)是因腰椎间盘的纤维环退变破裂,髓核组织突出,刺激或压迫硬膜囊和神经根,造成以腰腿痛和神经功能障碍为主要表现的疾病^[1]。LDH 属中医学“腰痛”“痹证”范畴,其疼痛是由于气滞血瘀,经脉不畅所致^[2]。虽然手术治疗可以迅速解除神经根压迫,但是也会引起脊柱的力学结构改变,从而需要二次手术治疗。保守治疗可使大部分 LDH 患者受益,其方法主要包括:推拿、牵引、理疗、中药离子导入等^[2]。本研究采用健芪归附汤离子导入干预肾阳虚型 LDH 患者 30 例,疗效颇佳,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2018 年 1 月至 2020 年 1 月在湖南省中医院骨伤科住院的 LDH 患者 60 例,采用随机数字表法将其随机分为观察组和对照组,每组各 30 例。观察组中,男 17 例,女 13 例;年龄 41~67 岁,平均(55.53±15.76)岁;此次发作病程 4~15 d,平均(9.57±3.08)d;腰椎病变部位:L3~L4 4 例,L4~L5 11 例,L5~S1 13 例,其他 2 例。对照组中,男 16 例,女 14 例;年龄 41~69 岁,平均(55.93±12.99)岁;此次发作病程 3~16 d,平均(10.00±3.04)d;腰椎病变部位:L3~L4 5 例,L4~L5 9 例,

第一作者:朱建华,女,2017 级硕士研究生,高级实验师,研究方向:中医药防治骨科疾病

通讯作者:陈燕,女,医学博士,教授,博士研究生导师,研究方向:中医护理学,E-mail:1289108261@qq.com

[2] 葛正懿,陈露,婷婷杨,等.中药熏眼联合穴位按摩在预防糖尿病视网膜病变中的效果观察与护理[J].中西医结合心血管病电子杂志,2018,6(31):100-101.

[3] 钱立平,杨燕,余永洁,等.灯盏花素注射液眼部雾化联合穴位按摩治疗糖尿病视网膜病变临床观察[J].河北中医,2018,40(12):1879-1884.

[4] 中华医学会眼科学会眼底病学组.我国糖尿病视网膜病变临床诊疗指南(2014 年)[J].中华眼科杂志,2014,50(11):851-865.

[5] 薛文文,邹海东.中文版低视力者生活质量量表的 Rasch 模

型分析及优化[J].中华眼科杂志,2019,55(8):582-588.

[6] 管玉香,尤琴,张静娴,等.中药眼部雾化联合穴位按摩对消渴目病人生活质量的影响[J].蚌埠医学院学报,2018,43(8):1091-1094.

[7] 焦萍,成菲,李美红.热敷配合穴位按摩护理对糖尿病视网膜病变患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2019,25(11):84-86.

[8] 管玉香,何春云,赵进东,等.改进中药眼部雾化方法对糖尿病视网膜病变患者的作用[J].辽宁中医杂志,2016,43(9):1888-1889.

L5~S1 13 例,其他 3 例。2 组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 符合《腰椎间盘突出症》^[3]中的有关诊断标准。1)腰痛、下肢痛呈典型腰骶神经根分布区域疼痛,且下肢痛多重于腰部。2)有神经支配区域的肌力减弱、肌萎缩、感觉异常和反射改变中的两种征象。3)神经根张力试验阳性(拉赛格征或股神经牵拉试验)。4)X 线片、CT、磁共振等影像学检查出的异常征象与临床表现一致。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[4]中有关标准拟定肾阳虚证的辨证标准。腰臀部及下肢疼痛,酸软无力,畏寒,肢冷,喜温喜按,遇劳更甚,舌质淡、脉沉细无力。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断及中医辨证标准;2)年龄 18~65 岁;3)患者自愿参加研究并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)患有腰椎滑脱症、腰椎管狭窄症;2)近 1 个月使用过激素或近 1 周使用过消炎止痛药;3)合并有呼吸系统、消化系统或内分泌系统等严重原发性疾病;4)依从性差。

2 干预方法

2.1 对照组 予牵引+推拿干预。1)牵引疗法。采用仰卧位进行牵引,牵引时间为间断性牵引,牵引重量为患者体质量的 1/3~1/2。牵引频率为 1 次/d,20 min/次;颈腰椎治疗牵引床购于江苏兴鑫医用设备有限责任公司(YHZ-100B 型)。2)推拿疗法。牵引结束以后,患者俯卧治疗床上,医师双手交叉,用按压法以手掌自第一胸椎棘突开始,沿督脉向下按压至骶尾部,反复 5 遍,拇指依次点按腰阳关、肾俞、志室、环跳穴、委中,然后在腰背部督脉与膀胱经,自上而下再用滚法,最后在患者背部至双下肢用推法和拍法 1 次。10 min/次,1 次/d。

2.2 观察组 在对照组基础上加用健芪归附汤离子导入干预。处方:千年健 15 g,白附子 5 g,杜仲 10 g,黄芪 20 g,牛膝 12 g,吴茱萸 12 g,当归 12 g,续断 12 g,熟地黄 12 g,茯苓 12 g,白芍 10 g。将上述药物加水高于药面约 3 cm,浸泡 30 min 后进行煎煮,收取药液 400 ml,真空密封包装、低温贮存备用。将纱布垫放入药液中浸渍 10 min 后取出,将中药离子导入治疗仪(南京鼎世医疗器械有限公司)正负极板置于纱布垫中,放置患者 L4~L5、L5~S1

棘突处,电流 10~30mA,每次 20 min,每天 1 次。

2 组均以 7 d 为 1 个疗程,共治疗 2 个疗程。

3 效果观察

3.1 观察指标 1)疼痛程度。采用视觉模拟评分法(VAS)进行评价。画 1 条标有刻度的长 10 cm 的直线,无痛计 0 分,疼痛剧烈计 10 分,患者根据疼痛主观感觉进行评价,评分越高表示疼痛程度越高^[5]。2)腰椎功能。采用 Oswestry 功能障碍指数问卷表(ODI)进行测量。该量表主要用于评价患者症状及功能改善情况。量表包含疼痛严重程度和生活自理、站立、日常行走等 10 方面的问题,每问题下设有 6 个选项,分别与 0~5 分相对应,总分值越低表示腰椎功能越趋于正常^[6]。

3.2 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[4]拟定。临床痊愈:腰部疼痛或下肢疼痛彻底消失,直腿抬高试验阴性,日常生活、工作恢复正常;显效:腰部疼痛或下肢疼痛基本消失,直腿抬高试验约为 70°,日常生活、工作基本恢复正常;有效:腰部疼痛或下肢疼痛部分消失,活动略受限,直腿抬高试验有所改善,可进行日常轻度工作;无效:腰部疼痛或下肢疼痛等症状无变化甚或有加重,无法进行日常生活工作。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 20.0 统计软件进行数据分析。组内比较采用配对秩和检验;组间、组内比较符合正态分布采用独立样本 t 检验,用均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,不符合正态分布采用秩和检验,用中位数(四分位数间距)表示。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 干预结果

3.4.1 2 组综合疗效比较 总有效率观察组为 96.67%,对照组为 93.33%,2 组比较,差异有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效	Z 值	P 值
观察组	30	2(6.67)	17(56.67)	10(33.33)	1(3.33)	29(96.67)	-2.233	0.026
对照组	30	1(3.33)	9(30.00)	18(60.00)	2(6.67)	28(93.33)		

3.4.2 2 组干预前后 VAS 评分比较 2 组 VAS 评分干预前后组内比较及干预后组间比较,差异均有统计学意义。(见表 2)

3.4.3 2 组干预前后 ODI 评分比较 2 组 ODI 评分干预前后组内比较及干预后组间比较,差异均有统计学意义。(见表 3)

表2 2组干预前后VAS评分比较[中位数(四分位数间距)]

组别	干预前	干预后	Z值	P值
观察组	8(1.25)	5(3.00)	-4.833	<0.001
对照组	8(0.00)	5(1.00)	-4.940	<0.001
Z值	-0.416	-2.041		
P值	0.677	0.041		

表3 2组干预前后ODI评分比较[中位数(四分位数间距)]

组别	干预前	干预后	Z值	P值
观察组	70(4.50)	37(4.00)	-4.793	<0.001
对照组	68(2.50)	44(0.00)	-4.843	<0.001
Z值	-1.928	-5.383		
P值	0.054	<0.001		

4 讨论

LDH是一种具有致残性的肌肉骨骼疾病,该病常见于20~65岁人群,其中尤以25~50岁人群多发,其发病率占椎管疾病的第1位^[7]。本病主要表现为腰腿痛、皮肤感觉障碍等一系列临床症状,其发病与性别、年龄、职业、外伤等多种因素有关^[8]。随着年龄的增长,腰椎发生退行性改变,慢性积累性病难以自愈,导致该病反复发作。LDH临床上以L4~L5以及L5~S1椎间盘突出多见,其中L4~L5占58%~62%,L5~S1占30%~40%^[9]。对于LDH的西医治疗,目前临床上分为保守治疗和手术治疗。相关研究表明,大约有80%~90%的LDH患者通过保守治疗即可缓解症状,但不排除复发可能,同时仅10%~20%的患者需手术治疗,术后易出现疼痛等问题^[10]。因此,越来越多的LDH患者开始尝试接受中医药治疗。中医药治疗可促进突出髓核的吸收^[11],有效改善疼痛症状及腰椎功能,促进患者康复,且毒副作用小、操作便捷、成本低廉。中医药疗法对年龄较大、惧怕手术,或者身体状况不能耐受手术者尤为适宜。

腰椎间盘突出症的病机是肾虚不固,风寒湿邪阻络,气滞血凝,营卫不得宣通,以致腰腿痹阻而疼痛^[12]。腰为肾之府,长期积累成疾,病程较长,反复发作,易导致肾阳虚。本研究采用的健芪归附汤为湖南省中医院名老中医孙达武教授经验方,方中君药为千年健、白附子、杜仲,温阳补肾,强壮腰脊以治其本。千年健祛风湿、止痛,白附子燥湿化痰、解毒散结、祛风止痉,杜仲补益肝肾、强筋壮骨。黄芪健脾益气,补气升阳;当归活血行血止痛;续断补益肝肾、强筋,吴茱萸散寒止痛,茯苓利水消肿,均为臣药。白芍养血敛阴、缓急止痛,熟地黄滋阴填髓、

补益肝肾,两药为佐药。牛膝补肝肾、强筋骨、祛瘀通络、引火下行,为使药。全方以温肾壮阳为主而统筹阴阳,并补肝脾肾,对于肾阳虚而腰痛甚者尤为适宜^[13]。中药离子导入通过特定途径刺激中药在特定部位的吸收,具有疏通经脉、祛风散寒、扶正祛邪、调和气血、平衡阴阳之功^[14]。离子导入治疗仪的电极板的温热作用和产生的低频脉冲电流可增强组织血管通透性,促进药物有效成分的吸收,同时电极板的低脉冲电流,内源性吗啡肽活力提高,可促进药物的有效吸收^[15]。

本临床观察结果显示,健芪归附汤离子导入能显著改善LDH患者的临床症状、VAS评分和ODI评分,为治疗LDH的有效方法之一。但是本研究还存在临床观察时间短、纳入病例过少等问题,有待进一步的探讨确切的疗效和作用机制。

参考文献

- [1] 韩秀月. 腰椎间盘突出症的治疗进展[J]. 医学理论与实践, 2014, 27(2): 170-171, 174.
- [2] 陈新用,王振飞,梁裕. 腰椎间盘突出症非手术治疗效果系统评价综述[J]. 中国循证医学杂志, 2012, 12(7): 861-866.
- [3] 胡有谷. 腰椎间盘突出症[M]. 4版. 北京:人民卫生出版社, 2011: 370.
- [4] 中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准[S]. 北京:中国医药科技出版社, 2012: 214.
- [5] 孙兵,车晓明. 视觉模拟评分法(VAS)[J]. 中华神经外科杂志, 2012, 28(6): 645.
- [6] 程继伟,王振林,刘伟,等. Oswestry功能障碍指数的改良及信度和效度检验[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2017, 27(3): 50-56.
- [7] 杜江. 近5年腰椎间盘突出症流行病学调查研究概况[J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(28): 5529-5530.
- [8] 王凤德,吕计宝,韦英才. 近5年腰椎间盘突出症的中医治疗综述[J]. 中医外治杂志, 2018, 27(2): 46-48.
- [9] 何伟,张利,王维佳,等. 骨病临床研究[M]. 北京:北京科学技术出版社, 2006: 158.
- [10] 周谋望,岳寿伟,何成奇,等. “腰椎间盘突出症的康复治疗”中国专家共识[J]. 中国康复医学杂志, 2017, 32(2): 129-135.
- [11] YU PF, JIANG H, LIU JT, et al. Traditional Chinese medicine treatment for ruptured lumbar disc herniation: clinical observations in 102 cases[J]. Orthop Surg, 2015, 6(3): 229-235.
- [12] 沈洪雷,张艳玲. 中西医结合治疗腰椎间盘突出症40例[J]. 中国社区医师:医学专业, 2012, 14(36): 189.
- [13] 张书志. 孙达武:不为良相为良医[J]. 湘潮, 2017(3): 33-35.
- [14] 鲁玉来,蔡钦林. 腰椎间盘突出症[M]. 北京:人民军医出版社, 2008: 45.
- [15] 罗乙舒,吴雪芬,李淑芳. 中药离子导入治疗腰椎间盘突出症急性期的疗效观察[J]. 中国中医急症, 2020, 29(3): 521-523.