

自拟中药甲片豨薟草汤治疗血瘀型腰椎间盘突出症 32 例

张魁, 张培祥

(浙江省立同德医院, 浙江 杭州 310012)

摘要 目的: 评价甲片豨薟草汤治疗血瘀型腰椎间盘突出症的临床疗效。方法: 对服用该药的 32 例血瘀型腰椎间盘突出症患者进行随访观察。结果: 经 2 个月治疗 32 例患者中优 19 例, 良 12 例, 差 1 例, 优良率达 96.9%。结论: 甲片豨薟草汤治疗血瘀型腰椎间盘突出症疗效肯定。

关键词 椎间盘移位, 腰 血瘀证 甲片豨薟草汤

腰椎间盘突出症是指椎间盘变性纤维环破裂, 髓核突出而刺激或压迫神经根、马尾神经所表现出的一种综合症。该病多发生在 $L_4\sim_5$ 、 L_5S_1 间隙, 是腰腿痛最常见的原因之一。2010 年 5 月至 2012 年 1 月, 笔者采用甲片豨薟草汤治疗血瘀型腰椎间盘突出症 32 例, 取得了满意效果, 现总结报告如下。

1 临床资料

本组 32 例, 男 19 例, 女 13 例。年龄 25 ~ 65 岁, 中位数 45 岁。有扭伤史者 15 例, 其他原因所致者 17 例。有 21 例腰痛伴下肢疼痛或麻木, 11 例下腰痛伴腰部活动不利。CT 及 MIR 检查示 $L_4\sim_5$ 节段突出者 15 例, L_5S_1 节段突出者 17 例, 均符合《中医病证诊断疗效标准》腰椎间盘突出症血瘀证的诊断标准。

2 方 法

2.1 主方和随证加减 治疗采用甲片豨薟草汤加减, 药用: 穿山甲 9 g (先煎)、豨薟草 15 g、地龙 15 g、元胡 10 g、红花 5 g、地鳖虫 6 g、丹参 15 g、杜仲 15 g、桑寄生 15 g、川牛膝 9 g、金狗脊 15 g、仙灵脾 15 g、当归 9 g。疼痛剧烈者加细辛、制川乌、制没药; 麻木者加蜈蚣、全虫、僵蚕; 腰腿酸痛者加独活、全虫、老鹳草、鸡血藤、秦艽、木瓜、乌梢蛇; 关节僵硬者加木瓜、伸筋草、炒白芍、全虫; 胃纳欠佳者加佛手、焦山楂; 胃胀痛者加枳壳、木香、木蝴蝶; 大便溏滞者去当归加白术、焦山楂、山药、鸡内金、党参; 气血亏虚加黄芪、熟地、党参、制首乌、枸杞子、炒白芍、山药。

2.2 用药方法 上药每天 1 剂, 水煎, 早晚分 2 次服。连续服用中药 2 个月。

2.3 保健方法 指导病人进行腰背肌锻炼 (飞燕点水法为主) 配合直腿抬高锻炼等。

3 结 果

本组 32 例, 采用上法治疗服药最少 28 剂, 最多 60 剂, 均于服药 60 天后按《中医病证诊断疗效标准》^[1] 评定, 结果优 19 例, 良 12 例, 差 1 例, 优良率达 96.9%。其中有 11 例就诊时无下肢疼痛麻木, 仅感腰痛活动不利, 治疗后有 10 例腰痛和腰部活动度均好转, 有 1 例出现下肢疼痛麻木症状但腰痛缓解, 其余患者较服药前症状均有缓解。

4 讨 论

有人统计 500 例腰腿痛的病人中, 腰椎间盘突出症占 18.6%^[2]。年龄范围一般在 20 ~ 50 岁为主, 约占 80%。以长期处于坐位和颠簸状态的人如驾驶员及体力劳动者居多。另外反复弯腰, 强力扭动等积累性损伤, 妊娠, 椎间盘退变也是诱发因素。治疗目前主要有手术治疗和非手术治疗之分, 选择何种治疗方法取决于病人不同病理阶段和病人的临床表现。非手术疗法的目的是使椎间盘突出部分和受到刺激的神经根的炎症、水肿得以消退, 以减轻对神经根的刺激和压迫。中药的应用中, 由于其可加速髓核及神经根水肿之吸收, 从而减轻神经根之刺激和压迫, 继而缓解肌肉之保护性痉挛, 又进一步减轻刺激^[3]。在腰椎间盘突出症的保守疗法中。腰背肌锻炼是一种行之有效的非手术疗法, 其临床疗效好, 方法简单易学, 副作用极少^[4], 配合牵引能够纠正脊柱的力学不稳定性, 恢复脊柱的正常解剖及力学关系, 有利于脊柱稳定, 减缓腰椎间盘突出症的发展和临床临床症状^[5]。

祖国传统医学认为腰椎间盘突出症属于“腰痛”、“痹症”范畴, 认为其原因多为外受伤损, 内有亏虚或感受风寒湿邪等, 故辨其临床证候分为血瘀证、寒湿

证、湿热证、肝肾亏虚等型。血瘀证患者腰部因急性扭伤或慢性劳损致血溢脉外,气滞血瘀,经脉阻滞,不通则痛。久则耗伤肝肾气血,风寒湿邪乘虚侵入,经络受阻,使筋骨肌肉失养,而出现肢体麻木萎缩。甲片豨莶草汤主要以活血化瘀、祛风通络、佐以调补肝肾气血。穿山甲善于走窜,性专行散,能活血散瘀、通行经络,用于血滞经闭、症瘕结块、风湿痹痛、关节不利、筋脉拘挛、麻木等症为君药。豨莶草苦寒,有小毒,入肝、肾二经。能祛风湿、利筋骨。治四肢麻痹、腰膝无力、风湿疼痛、还有抗炎作用^[6],作为本方臣药。地龙调通经络,杜仲、桑寄生、金狗脊补肝肾、壮筋骨,红花、丹参、地鳖虫、当归辅助君药活血化瘀,制没药活血止痛、消肿,元胡行气止痛,川牛膝补肝肾及作为下肢的引经药,仙灵脾祛风湿补肾阳共为佐药。本方通、活、补兼施,邪瘀去除,经脉通畅,通则不

痛,诸症自可渐愈。

5 参考文献

- [1] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 187.
- [2] 田伟. 积水潭实用骨科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 560.
- [3] 陈建慧. 中药辨证综合治疗腰椎间盘突出症临床观察[J]. 中医正骨, 2009, 21(12): 933.
- [4] 刁海静, 张建华. 腰背肌锻炼在腰椎间盘突出症治疗中的应用现状[J]. 中国中医急症, 2009, 18(10): 1681.
- [5] 邱建文, 魏人前, 张奋耿. 腰背肌功能锻炼在腰椎间盘突出症患者的远期疗效评价[J]. 中国老年学杂志, 2011, 31(3): 413.
- [6] 刘丹阳, 胡慧华. 豨莶草炮制品抗炎作用的实验研究[J]. 时珍国医国药, 2008, 19(3): 668.

(2011-10-18 收稿 2012-03-15 修回)

· 作者须知 ·

论文中对数据进行统计学处理时需要注意的问题

1 对基线资料进行统计学分析 搜集资料应严格遵守随机抽样设计, 保证样本从同质的总体中随机抽取, 除了对比因素外, 其他可能影响结果的因素应尽可能齐同或基本接近, 以保证组间的齐同可比性。因此, 应对样本的基线资料进行统计学分析, 以证明组间的齐同可比性。

2 选择正确的统计检验方法 研究目的不同、设计方法不同、资料类型不同, 选用的统计检验方法则不同。例如: 2 组计量资料的比较应采用 t 检验; 而多组 (≥ 3 组) 计量资料的比较应采用方差分析 (即 F 检验), 如果组间差异有统计学意义, 想了解差异存在于哪两组之间, 再进一步做 q 检验或 $LS-D$ t 检验。许多作者对多组计量资料进行比较时采用两两组间 t 检验的方法是错误的。又如: 等级资料的比较应采用 Ridit 分析或秩和检验或行平均得分差检验。许多作者对等级资料进行比较时采用卡方检验的方法是错误的。

3 假设检验的推断结论不能绝对化 假设检验的结论是一种概率性的推断, 无论是拒绝 H_0 还是不拒绝 H_0 , 都有可能发生错误 (I 型错误和 II 型错误)。因此, 假设检验的推断结论不能绝对化。

4 P 值的大小并不表示实际差别的大小 研究结论包括统计结论和专业结论两部分。统计结论只说明有无统计学意义, 而不能说明专业上的差异大小。 P 值的大小不能说明实际效果的“显著”或“不显著”。统计结果的解释和表达, 应对比组之间的差异有 (或无) 统计学意义, 而不能说对比组之间有 (或无) 显著的差异。 $P \leq 0.01$ 比 $P \leq 0.05$ 更有理由拒绝 H_0 , 并不表示 $P \leq 0.01$ 时比 $P \leq 0.05$ 时实际差异更大。只有将统计结论和专业知识有机地结合起来, 才能得出恰如其分的研究结论。若统计结论与专业结论一致, 则最终结论也一致; 若统计结论与专业结论不一致, 则最终结论需根据专业知识而定。判断被试因素的有效性时, 要求在统计学上和专业上都有意义。

5 假设检验的结果表达 P 值传统采用 0.05 和 0.01 这 2 个界值, 现在提倡给出 P 的具体数值和检验统计量的具体数值 (小数点后保留 3 位有效数字), 主要理由是: ①以前未推广统计软件之前, 需要通过查表估计 P 值, 现在使用统计软件会自动给出具体的 P 值和检验统计量的具体值 (t 值、 F 值、 χ^2 值等)。②方便根据具体情况判断问题。例如 $P = 0.051$ 与 $P = 0.049$ 都是小概率, 不能简单地断定 $P = 0.051$ 无统计学意义而 $P = 0.049$ 有统计学意义。③便于对同类研究结果进行综合分析。

6 统计学符号的使用 统计学符号的使用应按照 GB3358—82《统计名词及符号》的规定, 具体可参阅本刊投稿须知中的有关要求。