

基于“瘀水互患”理论化瘀利水法治疗 气滞血瘀型腰椎间盘突出症

洪海平¹ 方胜利¹ 丁功福¹ 沈莲²

[摘要] 目的:基于“瘀水互患”理论探讨运用化瘀利水法治疗气滞血瘀型腰椎间盘突出症(LDH)的临床疗效。方法:将68例气滞血瘀型腰椎间盘突出症患者随机分为两组(治疗组和对照组各34例),对照组给予身痛逐瘀汤(牛膝、地龙、香附、羌活、秦艽、炙甘草、当归、川芎、五灵脂、桃仁、没药、红花),水煎400 mL,1剂/d,饭后30 min温服200 mL,2次/d。治疗组给予自拟化瘀利水方(延胡索、红花、桃仁、川芎、赤芍、白术、桂枝、猪苓、茯苓、泽泻、草薢、车前子、牛膝、地龙),水煎400 mL,1剂/d,饭后30 min温服200 mL,2次/d。连续治疗14 d为1疗程,共治疗2个疗程。分别在治疗前、治疗1个疗程(14 d)、2个疗程(28 d)及治疗结束后2周随访,记录简化 McGill 疼痛评分、腰椎 Oswestry 功能障碍指数,并在治疗4周结束时评定临床疗效。结果:治疗组和对照组各脱落2例,治疗组出现胃肠道不适4例,对照组出现胃肠道不适5例,所有患者经对症处理后好转,两组未出现其他明显不良反应。与治疗前比较,两组治疗后各个观察时点腰椎各项评分均显著改善,差异有统计学意义($P<0.05$)。组间比较,治疗14 d、28 d及治疗结束后2周随访时,治疗组各个观察时点腰椎 McGill 疼痛积分和腰椎 ODI 功能评分改善均优于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗前后不同时间点腰椎 McGill 疼痛积分的差异有统计学意义,即存在时间效应($F=314.11, P<0.001$),时间因素和分组因素存在交互效应($F=3.276, P=0.027$)。治疗前后不同时间点腰椎 ODI 功能评分差异有统计学意义,即存在时间效应($F=429.43, P<0.001$),但时间因素和分组因素并不存在交互效应($F=2.564, P=0.063$)。治疗组痊愈10例,显效14例,有效4例,无效4例,愈显率为75%(24/32),总有效率为87.5%(28/32)。对照组痊愈8例,显效8例,有效10例,无效6例,愈显率为50.0%(16/32),总有效率为81.25%(26/32)。两组总有效率差异无统计学意义($P>0.05$),但两组愈显率差异有统计学意义($P<0.05$),化瘀利水方组疗效明显优于身痛逐瘀汤组。结论:气滞血瘀型腰椎间盘突出症的基本病机为血瘀与水湿互结为患,治当以活血化瘀、行气止痛、利水消肿之法。运用化瘀利水法中药内治能标本兼治,短期可消除神经根水肿,改善微循环,缓解腰腿痛症状,疗效满意,是治疗气滞血瘀型腰椎间盘突出症的有效方法,无严重不良反应。

[关键词] 腰椎间盘突出症;气滞血瘀型;瘀水互阻;化瘀利水法

[中图分类号] R681.5 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 1005-0205(2020)01-0018-05

Clinical Observation of Huayu Lishui Decoction Treatment of Lumbar Disc Herniation Due to Qi Stagnation and Blood Stasis

HONG Haiping¹ FANG Shengli¹ DING Gongfu¹ SHEN Lian²

¹ Fangta Hospital of Traditional Chinese Medicine, Songjiang Branch, Shanghai 201699, China;

² Sheshan Community Health Service Center of Songjiang District, Shanghai 201602, China.

Abstract Objective: To study the therapeutic effect of the Huayu Lishui Decoction treatment of Lumbar Disc Herniation due to Qi Stagnation and Blood Stasis with the theory of sudden water mutual disease. **Methods:** 68 with lumbar disc herniation due to Qi Stagnation and Blood Stasis patients were randomly divided into two groups. 34 patients in the treatment group and 34 patients in the control group. The control group was given the Shentong Zhuyu decoction: Niuxi, Dilong, Xiangfu, Qianghuo, Qinjiao, Gancao, Danggui, Chuanxiong, Wulingzhi, Taoren, Moyao, Honghua, 400 mL, one doses every day, 30 min after meal, two times one day.

基金项目:2019年上海市中医骨伤专科培育项目,上海市中医药科研基金项目(2016LP003,2018LP041)
2017年度上海市中医特色诊疗技术提升项目
(zyjx-2017054)

¹ 上海市松江区方塔中医医院骨伤科(上海,201699)

² 上海市松江区佘山社区卫生服务中心

The treatment group was given the Huayu Lishui decoction: Yanhusuo, Honghua, Taoren, Chishao, Chuanxiong, Baizhu, Guizhi, Zhuling, Fuling, Zexie, Bixie, Cheqianzi, Niuxi, Dilong, 400 mL, one doses every day, 30 min after meal. All patients had been contacted for 2 courses of treatment, each of which included 14 d. Simplified McGill pain score, lumbar Oswestry disability index were recorded before treatment, one course of treatment (14 d), two courses (28 d) and 2 weeks after treatment, and the clinical efficacy was evaluated at the end of 4 weeks. **Results:** 4 patients (2 case in the control group and 2 cases in treatment group) dropped out after 4 weeks treatment. There were 4 cases of gastrointestinal discomfort in the treatment group and 5 cases of gastrointestinal discomfort in the control group. All patients improved after symptomatic treatment. There were no other obvious adverse reactions in the two groups. Compared with those before treatment, the scores of lumbar McGill and lumbar ODI at all the observation time points were significantly improved in the two groups after treatment ($P < 0.05$). There were statistical difference in the changing range of the lumbar McGill and lumbar ODI between the two groups ($P < 0.05$). There was statistical difference in lumbar McGill between different time points, in the other words, there was time effect ($F = 314.11, P < 0.001$). There was interaction between time factor and group factor ($F = 3.276, P = 0.027$). There was statistical difference in lumbar ODI between different time points, there was time effect ($F = 429.43, P < 0.001$), there was no interaction between time factor and group factor ($F = 2.564, P = 0.063$). In the treatment group, 10 cases were cured, 14 cases were markedly effective, 4 cases were effective, and 4 cases were ineffective. The cure rate was 75% (24/32), and the total effective rate was 87.5% (28/32). In the control group, 8 cases were cured, 8 cases were markedly effective, 10 cases were effective, and 6 cases were ineffective. The cure rate was 50.0% (16/32), and the total effective rate was 81.25% (26/32). There was no significant difference in the total effective rate between the two groups ($P > 0.05$), but the difference between the two groups was statistically significant ($P < 0.05$). The curative effect of the Huayu Lishui decoction group was significantly better than that of the Shentong Zhuyu decoction group. **Conclusion:** The basic pathogenesis of lumbar disc herniation with qi stagnation and blood stasis is that blood stasis and water dampness interrelate to each other. Huayu Lishui decoction has good effect on patients with Qi Stagnation and Blood Stasis type lumbar intervertebral disc herniation, because of satisfactory curative effect and no serious adverse reactions.

Keywords: lumbar disc herniation; qi stagnation and blood stasis; blood mutual suffering from stasis and water; method of removing blood stasis and diversifying water

腰椎间盘突出症是当今世界性的常见病、多发病,有一部分甚至是疑难病^[1-4],气滞血瘀证是腰椎间盘突出症最常见的证型之一,多见于青壮年,病情缠绵反复,严重影响青壮年患者的生活质量和自身发展。中药辨证内服因其独特的疗效及安全性,已被广大患者所接受,仍然是众多腰椎间盘突出症患者首选的治疗方式之一。传统研究认为,气滞血瘀型腰椎间盘突出症,内治当以活血化瘀、理气止痛,兼以疏经通络、补肝肾强筋骨^[5-7]。“瘀水互患”理论和“化瘀利水”内法源于张仲景的《金匮要略》,是一种古老的治疗理论,在骨伤科领域目前鲜有基于“瘀水互患”理论运用化瘀利水内治法治疗气滞血瘀型腰椎间盘突出症的研究报道。基于此,笔者自 2017 年 5 月至 2018 年 9 月以来,运用化瘀利水法中药内治与身痛逐瘀汤比较,观察了 68 例气滞血瘀型腰椎间盘突出症患者,获得了较满意的疗效。

1 研究对象与方法

1.1 研究对象

68 例气滞血瘀型腰椎间盘突出症患者均来自上海市松江区方塔中医医院骨伤科门诊,采用随机数字表法按患者就诊顺序编号后随机分为化瘀利水法组(治疗组,34 例)和身痛逐瘀汤组(对照组,34 例)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参考《临床诊疗指南-骨科学分册》^[8]的相关内容。1)病史:腰痛合并“坐骨神经

痛”,疼痛向下放射至小腿或足部,下肢疼痛多重于腰痛,且下肢疼痛后麻木与腰椎神经根分布区域相一致。既往多有慢性腰痛史。2)体征:在 L_{4~5} 或 L₅S₁ 椎旁或臀部有明确的压痛点,伴有小腿或足部的放射性疼痛。3)神经体征:直腿抬高试验阳性,下肢小腿前外侧或后外侧皮肤感觉减退,足趾肌力减退,跟腱反射减退或消失。4)腰椎 CT 或 MRI 提示有相应节段的椎间盘突出。

1.2.2 中医证型诊断标准 参照国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》^[9]的中腰椎间盘突出症的中医证候分类的诊断标准。气滞血瘀型腰椎间盘突出症:既往多有腰部外伤病史;腰腿刺痛,痛处固定,拒按,日轻夜重,腰部板硬,腰部活动受限,舌质暗紫,或有瘀斑,脉弦紧或涩。

1.3 纳入标准

1)符合上述中医及西医诊断标准的患者;2)年龄 18~70 岁;3)无下述排除标准中所述情况;4)愿意接受中药内服治疗;5)依从性好,同意参与本项临床研究并签署知情同意书者。

1.4 排除标准

具备以下情况之一者,不可纳入本试验。1)符合绝对手术指征的椎间盘突出症;2)因梨状肌综合征等外周神经卡压而引起的腰腿痛;3)合并有腰椎结核、腰椎肿瘤、腰椎滑脱、严重骨质疏松等其他骨关节疾

病;4)腰椎既往有手术病史;5)马尾神经损伤,二便障碍;6)合并有肝、肾、心脑血管、胃肠道等系统严重原发性疾病,孕妇、产妇,精神病;7)同时参加其他试验对本研究有干扰。

1.5 剔除标准

1)未按本研究规定治疗;2)中途主动要求退出或失访;3)患者腰腿疼痛不适症状加重,不适合继续参加试验;4)出现较严重的不良反应,不能继续参加实验。

1.6 方法

1.6.1 样本量测算、随机分组实施 综合文献资料,身痛逐瘀汤治疗颈气滞血瘀型的有效率为60%,根据前期研究,本实验试验组有效率预计高于对照组35%,故 $\delta=0.2275$ 。根据统计学原则:设 $\alpha=0.05$, $\beta=0.10$,双侧检验, $u_{\alpha}=1.96$, $u_{\beta}=1.282$ 。所以样本例数 $n=\pi_0(1-\pi_0)\{(u_{\alpha}+u_{\beta})/\delta\}^2 \times 2 \approx 62$ 例,考虑研究过程中脱落率为10%,故总样本量估计为68例。将符合诊断、纳入标准的68例患者按就诊顺随机(查随机表法)分为治疗组(34例)和对照组(34例),治疗组采用自拟化瘀利水方内治法治疗,对照组采用身痛逐瘀汤内治法治疗。

1.6.2 治疗方法 1)治疗组:自拟化瘀利水方,延胡索15g,红花9g,桃仁9g,赤芍9g,川芎9g,白术9g,桂枝9g,猪苓9g,茯苓15g,泽泻9g,萆薢9g,车前子9g,牛膝9g,地龙9g,水煎400mL,1剂/d,饭后30min温服200mL,早晚各1次。2)对照组:身痛逐瘀汤:牛膝9g,地龙9g,香附9g,羌活9g,秦艽9g,炙甘草6g,当归9g,川芎9g,五灵脂9g,没药6g,桃仁9g,红花9g,水煎400mL,1剂/d,饭后30min温服200mL,2次/d。

上述治疗连续14d为1个疗程,共治疗2个疗程(28d)。同时要求病人注意纠正日常不良姿势,加强腰背肌肉功能锻炼。

1.6.3 疗效观察方法

1)简化 McGill 疼痛评分(SF-MPQ)^[10,11]

Dworkin等制定的英文版简版 McGill 疼痛问卷-2(SF-MPQ-2)操作简便。McGill 疼痛评分量表分为三大部分,包括疼痛分级指数(PRI)、视觉模拟定级法(VAS)和现有疼痛强度(PPI),疼痛分级指数又包括11个问题的感觉项疼痛疼痛程度和4个问题的情感项疼痛程度,每个问题的疼痛选项分为无、轻、中、重4个选项,分别为0,1,2,3分,故PRI共计45分;视觉模拟定级法即为VAS评分法,无痛为0分,剧痛为10分,评分越高,代表程度越严重,最高为10分;现有疼痛强度(PPI)包括6个选项,分别为无痛、轻度不适、不适、难受、可怕的痛和极为痛苦,分别计为0~5分,PPT最高为5分。最后最后对PRI,VAS和PPI进行

总分测算,得出 McGill 总积分,分数越高,疼痛越重,McGill 最高为60分。分别在治疗前、治疗个1疗程(14d)、2个疗程(28d)及治疗结束后2周随访时记录腰部简化 McGill 疼痛评分。

2)Oswedtry 功能障碍指数(ODI)^[12]

该功能障碍指数用于评估患者的生活质量,主要包括疼痛、生活自理能力、站立、坐、提物、行走、睡眠质量、性生活情况、参加社会活动及旅行活动能力10个部分,每个问题共6个选项,最低0分,程度最严重的为5分,总分为50分,将10个问题得分累计算出总分,并计算出有与最高分(50分)的百分比即为ODI功能障碍指数,评分越高,代表患者生活质量越差。分别在治疗前、治疗个1疗程(14d)、2个疗程(28d)及治疗结束后2周随访时记录功能分数,并计算腰部功能障碍ODI指数。 $ODI(\%)=(\text{实际累计分值}/45) \times 100\%$ 。

疗效判定标准:以患者ODI改善情况作为疗效判定标准,优, $\leq 10\%$;良, $10\% < \text{且} \leq 20\%$;可, $20\% < \text{且} \leq 30\%$;差, $> 30\%$ 。其中“优”“良”“可”3级纳入“有效”计算,“差”纳入“无效”计算。

3)临床疗效评定

参考国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》^[9]中腰椎间盘突出症临床疗效评定标准:临床治愈为腰腿疼痛或麻木症状基本消失,腰椎无压痛,腰椎活动自如,直腿抬高 $\geq 70^\circ$,能恢复原工作;显效为腰痛症状明显好转,下肢疼痛或麻木症状基本消失,腰椎轻微压痛,腰椎活动自如,直腿抬高 $\geq 60^\circ$,基本恢复轻体力工作;好转为腰腿疼痛或麻木症状减轻,腰椎压痛好转,腰部活动功能改善,直腿抬高 $< 60^\circ$;无效为症状、体征无明显改善。

1.7 统计学方法

采用SPSS21.0统计软件进行数据统计分析,两组患者的性别、肢体左、右的组间比较采用卡方检验,年龄、病程及治疗前后的 McGill 疼痛评分及 ODI 功能障碍指数评分的计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组内、组间比较采用 t 检验,不同时间点的 McGill 疼痛评分及 ODI 功能障碍指数评分的比较采用重复测量的方差分析,临床疗效的比较采用秩和检验。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 一般资料

研究共观察了68例患者,因失访对照组脱落2例,治疗组脱落2例,所以纳入研究的患者共计64例。治疗组32例,其中男20例,女12例;年龄18~68岁,平均 (44.63 ± 12.26) 岁;病程1~25个月,平均 (8.06 ± 7.02) 个月。对照组32例,其中男17例,女15例;年龄20~67岁,平均 (46.84 ± 9.88) 岁;病程2~22个月,平均 (8.47 ± 4.61) 个月。两组患者的性别、年龄、

病程、肢体感觉异常部位比较,组间差异均无统计学意义,具有可比性(见表 1)。

表 1 两组患者基线资料的比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	性别比 (男/女)	年龄/岁			病程/月			感觉异常部位/例		
			最小	最大	平均	最短	最长	平均	左侧	右侧	双侧
治疗组	32	20/12	18	68	44.63±12.26	1	25	8.06±7.02	11	16	5
对照组	32	17/15	20	67	46.84±9.88	2	24	8.47±4.61	13	12	7
统计检验量	$\chi^2=0.577$		$t=0.797$			$t=0.274$			$\chi^2=1.071$		
P	0.448		0.428			0.785			0.585		

2.2 两组腰椎间盘突出症患者治疗前后腰痛评分比较

治疗前两组患者腰部疼痛评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$),两组具有可比性;组内比较,两组治疗后各个观察时点腰部 McGill 疼痛积分均显著改善,差异有统计学意义($P<0.05$);组间比较,治疗 14 d,28 d

及随访 2 周时,治疗组各个观察时点腰腿 McGill 疼痛积分改善均优于对照组,组间比较差异均有统计学意义($P<0.05$);治疗前后不同时间点腰腿 McGill 疼痛积分差异有统计学意义,即存在时间效应($F=314.11,P<0.001$),时间因素和分组因素存在交互效应($F=3.276,P=0.027$),见表 2。

表 2 两组腰椎间盘突出症患者治疗前后 McGill 疼痛积分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗 2 周后	治疗 4 周后	随访 2 周	合计	F	P
治疗组	32	28.38±3.99	22.19±2.52	15.94±2.56	11.88±3.40	19.59±7.03	164.43	<0.01
对照组	32	28.91±3.23	24.56±3.18	20.03±3.06	15.13±3.17	22.16±6.02	173.47	<0.01
合计	64	28.64±3.61	23.38±3.09	17.98±3.48	13.50±3.65	20.87±6.65	314.11 ¹⁾	<0.01 ¹⁾
t		0.585	3.31	5.796	3.958	3.132	$F=3.276^{2)}$	
P		0.561	0.002	<0.01	<0.01	0.002	$P=0.027^{2)}$	

注:1)时间效应的 F 值和 P 值;2)交互效应的 F 值和 P 值。

2.3 两组腰椎间盘突出症患者治疗前后腰椎 ODI 功能评分比较

两组患者治疗前腰椎功能的 ODI 评分比较差异无统计学意义,组间具有可比性($P>0.05$),组内比较,两组治疗后各个观察时点腰椎 ODI 功能评分均显著改善,差异有统计学意义($P<0.05$);组间比较,治疗 14 d,28

d 及随访 2 周时,治疗组各个观察时点腰椎 ODI 功能评分改善均优于对照组,组间比较差异均有统计学意义($P<0.05$);治疗前后不同时间点腰椎 ODI 功能评分差异有统计学意义,即存在时间效应($F=429.43,P<0.001$),但时间因素和分组因素不存在交互效应($F=2.564,P=0.063$),见表 3。

表 3 两组腰椎间盘突出症患者治疗前后 ODI 功能积分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗 2 周后	治疗 4 周后	随访 2 周	合计	F	P
治疗组	32	60.50±10.28	42.28±4.91	27.97±4.51	20.37±3.56	37.78±16.59	269.38	<0.01
对照组	32	61.41±9.60	49.06±9.47	35.06±7.59	25.62±8.78	42.78±16.24	184.73	<0.01
合计	64	60.95±9.88	45.67±8.23	31.51±7.15	23.00±7.15	40.28±16.58	429.43 ¹⁾	<0.01 ¹⁾
t		0.364	3.595	4.541	3.133	2.439	$F=2.564^{2)}$	
P		0.717	0.001	<0.01	0.003	0.015	$P=0.063^{2)}$	

注:1)时间效应的 F 值和 P 值;2)交互效应的 F 值和 P 值。

2.4 两组患者临床疗效比较

表 4 示治疗组总有效率为 87.5%(28/32),对照组总有效率为 81.25%(26/32),两组总有效率经秩和

检验,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗组显愈率为 75%(24/32),经秩和检验,明显高于对照组的 50%(16/32),差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 4 两组腰椎间盘突出症患者治疗 4 周结束时总体疗效比较(例)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	显愈率/%	总有效率/%
治疗组	32	10	14	4	4	75	87.5
对照组	32	8	8	10	6	50	81.25
Z						-2.049	-0.683
P						0.034	0.495

2.5 两组患者不良反应比较

在治疗过程中,治疗组出现胃肠道不适 4 例,对照组出现胃肠道不适 5 例,所有患者经对症处理后好转,两组未出现其他明显不良反应。

3 讨论

3.1 “瘀水互患”理论与“化瘀利水”内治法在骨伤科中的应用

张仲景在《内经》“血水相关”理论基础,首次于

《金匱·水气病篇》提出“经为血,血不利则为水”的“瘀水互阻”说,并记载了“水与血俱在血室”的“水血互结”证,从而开创了化瘀利水法的先河。“瘀”是指血瘀,是血的病理产物,“水”是包括湿、痰、饮,是津液的病理产物。在生理上津血同源,在病理上水停可致血瘀,血瘀亦可导致津液输布异常,出现水停或痰饮。瘀水互患其关键病机在于血瘀和水停皆要阻遏气的运行,从而产生互患互阻的局面。

化瘀利水法是活血化瘀法的一个分支,目前临床被广泛应用于血瘀病证的治疗,该内治法中既有活血化瘀行气的药物,又有健脾利水消肿的药物,这能达到化瘀利水的双重功效,可通过直接改善水液的输布和代谢,调顺气机,并随着“血瘀”的消除,直接阻断“气机失调、血瘀、水停”三者间的恶性病理循环,从而达到逆转病机,改善血液运行的目的。

在骨伤科领域,目前鲜有基于“瘀水互患”理论的化瘀利水内治法的临床研究,因此针对急性慢性筋骨疾病的血瘀证如单纯活血则瘀无出路,单纯利水则瘀血难化,两者合用才能取得满意的治疗疗效。正如《血证论》言:“治水即以治血,治血即以治水”。

3.2 化瘀利水汤的功效、组成与方解

化瘀利水汤由桃红四物汤和五苓散化裁而成。桃红四物汤首见于《医宗金鉴》,其功效为养血活血,是众多经典化瘀方的基本方,清代医家王清任所著《医林改错》中所创的五大逐瘀汤,均是在桃红四物汤的基础上加减而来,目前已经成为调理气血的名方,被广泛应用于临床^[13]。五苓散为祛湿名方,出自汉代张仲景《伤寒论》,具有利水渗湿、温阳化气的功效,擅长利水消肿,该方与水液代谢密切相关,具有良好的利水功效^[14]。化瘀利水汤将两张经典名方结合,取其活血化瘀、利水消肿的功效,达到化瘀为本、消肿为标、标本兼治的目的,彻底阻断水瘀互患之血瘀、水肿的恶性循环。

化瘀利水汤中延胡索擅长行气散瘀,兼以利小便,为“止痛圣药”,红花活血散瘀,桃仁破血行瘀,三药共为君药,主活血化瘀,行气止痛;桂枝、白术、茯苓、猪苓、泽泻、萆薢、车前子共为臣药,具有利水消肿、健脾除湿、通阳益气的功效;赤芍、川芎、地龙共为佐药,赤芍、川芎活血化瘀行气、调畅气血,以助化瘀活血之功,地龙擅走经络,通血脉,为血肉有情之品,具有舒筋活络除痹之功,兼有利尿之功,以助利水消肿;牛膝为使药,擅引气血下注,引药下行直达病所。

3.3 化瘀利水方在气滞血瘀证腰椎间盘突出症中的应用

唐容川《血证论》中说:“失血家往往水肿,瘀血化水,亦发水肿,是血病而兼水也”。气滞血瘀型腰椎间盘突出症的病机为气滞血瘀,经脉痹阻,气血运行不畅,水湿停聚,瘀水互结,瘀血、水湿积于腰部经脉,不通则痛,血瘀为本,水停为标。治当以活血化瘀,行气止痛,

利水消肿之法。腰椎间盘中的髓核大部分为水,髓核突出压迫神经根,导致腰椎神经根水肿、无菌性炎症是产生腰腿疼痛的主要病理机制^[15]。因此针对气滞血瘀证腰椎间盘突出症采用化瘀利水方内治,既能够利水消肿减轻神经根水肿缓其标,又可通过活血化瘀行气内治而治其本,这是对气滞血瘀型腰椎间盘突出症传统中医活血化瘀内治法的一个重要补充。

综上所述,运用化瘀利水汤中药内治短期能消除神经根水肿,改善局部微循环,缓解腰腿痛症状,疗效满意,是治疗气滞血瘀型腰椎间盘突出症的有效方法,无严重不良反应。

参考文献

- [1] MU W, SHANG Y, ZHANG C, et al. Analysis of the depression and anxiety status and related risk factors in patients with lumbar discherniation[J]. Pak J Med Sci, 2019, 35(3): 658-662.
- [2] JAFARI S, DEHESH T, IRANMANESH F. Classifying patients with lumbar disc herniation and exploring the most effective risk factors for this disease[J]. Journal of Pain Research, 2019, 12: 1179-1187.
- [3] 向澍, 吴诗瑜, 李飞跃, 等. 魏氏手法配合导引治疗腰椎间盘突出症的临床研究[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2019, 27(3): 235-241.
- [4] 张国辉, 牟鑫, 郭清娟, 等. 核心稳定训练联合手法治疗腰椎间盘突出症 30 例[J]. 上海中医药杂志, 2019, 53(7): 48-51.
- [5] 王冠军, 梁晖, 解纪惠, 等. 活血化瘀法治疗血瘀型腰椎间盘突出症[J]. 吉林中医药, 2016, 36(10): 1016-1019.
- [6] 嵇汉杰, 周英杰, 柴旭斌, 等. 身痛逐瘀汤治疗血瘀型腰椎间盘突出症的临床报道[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2018, 26(10): 52-53.
- [7] 莫文, 李晓峰, 叶洁, 等. 施杞论治腰椎间盘突出症的经验[J]. 上海中医药杂志, 2017, 51(10): 1-4.
- [8] 中华医学会. 临床诊疗指南. 骨科学分册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 98.
- [9] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2012: 214-215.
- [10] 李君, 冯艺, 韩济生, 等. 中文版简版 McGill 疼痛问卷-2 的制定与多中心验证[J]. 中国疼痛医学杂志, 2013, 19(1): 42-46.
- [11] 彭琳, 张菊英. 简化 McGill 疼痛问卷中文版在腰椎间盘突出所致坐骨神经痛患者中的适用性[J]. 中国康复医学杂志, 2013, 28(11): 1035-1040.
- [12] 程继伟, 王振林, 刘伟, 等. 简 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): 235-241.
- [13] 丁艳杰, 张前德. 桃红四物汤临床与实验研究进展[J]. 江苏中医药, 2010, 42(1): 77-79.
- [14] 王宜栋. 桃红四物汤加五苓散加减对胫腓骨折围手术期并发症的影响[J]. 中外医疗, 2017, 22: 176-178.
- [15] ISHIBASHI K, OSHIMA Y, INOUE H, et al. A less invasive surgery using a full-endoscopic system for L5 nerve root compression caused by lumbar foraminal stenosis[J]. J Spine Surg, 2018, 4(3): 594-601.

(收稿日期: 2019-08-01)