

痛。诸药合用，共奏活血祛瘀、止痛消肿、补肾滋阴、强筋骨之功。本研究结果显示，观察组骨折愈合总有效率明显高于对照组，并发症发生率低于对照组，提示弹性髓内针固定术后给予红花香附汤能明显促进患儿骨折愈合，降低并发症发生率。同时，观察组术后 1 月肿胀及 VAS 评分均明显低于对照组，表明红花香附汤能快速改善患儿术后疼痛、局部肿胀症状，有利于骨折愈合。

[参考文献]

- [1] 邱继明, 陈春华. 弹性髓内针治疗儿童四肢长骨骨折 33 例[J]. 临床小儿外科杂志, 2013, 12(3): 248-249.
- [2] 严辉, 刘琪, 明星, 等. 钛制弹性髓内针治疗儿童四肢长骨骨折的临床疗效分析[J]. 深圳中西医结合杂志, 2014, 24(8): 91-92.
- [3] 刘云鹏. 骨与关节损伤和疾病的诊断分类及功能评定标准[M]. 北京: 清华大学出版社, 2002: 233-234.
- [4] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 342-393.
- [5] 李军. 闭合复位经皮穿弹性髓内钉内固定配合中药治疗儿童前臂骨干双骨折的疗效观察[J]. 临床合理用药杂志, 2012, 5(11C): 68.
- [6] 肖健, 邱晗, 陈蕾, 等. 闭合复位弹性髓内针固定治疗儿童四肢长骨粉碎性骨折[J]. 长春中医药大学学报, 2013, 29(4): 680-681, 687.
- [7] 杨丽影, 刘艳平. 归骨活血胶囊治疗血瘀气滞型单纯闭合性四肢长骨骨折 50 例疗效观察[J]. 河北中医, 2009, 31(10): 1468-1469.

(责任编辑: 冯天保)

重用附子联合阳和汤治疗复发性腰椎间盘突出症疗效观察

吴健放, 阮永队, 桂平, 李亚坤, 何学武

东莞塘厦医院, 广东 东莞 523700

[摘要] 目的: 观察重用附子联合阳和汤治疗阴寒型复发性腰椎间盘突出症的临床疗效及其安全性。方法: 将符合纳入标准的 61 例患者按简单随机法分成 2 组, 治疗组 31 例, 重用附子+阳和汤+辨证加味治疗, 对照组 30 例以阳和汤+辨证加味; 持续治疗 6 周, 动态观察 2 组疼痛视觉模拟评分法 (VAS) 评分, 治疗结束后 3 月参照改良 Macnab 标准评估疗效。结果: 治疗组治疗期的 VAS 评分能迅速下降, 停药后仍能维持在 < 2 分状态且相对平稳; 对照组治疗期的 VAS 下降相对缓慢, 停药后出现了较大幅度的反弹。临床疗效优良率治疗组为 90.32%, 对照组为 73.33%; 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗期治疗组出现眩晕反应者 7 例; 2 组均未发现明显毒副作用。结论: 在做好辨证、配伍、剂量、煎服法等工作, 重用附子联合阳和汤治疗阴寒型复发性腰椎间盘突出症疗效安全可靠。

[关键词] 腰椎间盘突出症; 阴寒证; 阳和汤; 重用附子

[中图分类号] R681.5*3

[文献标志码] A

[文章编号] 0256-7415 (2015) 11-0121-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.11.056

复发性腰椎间盘突出症是指腰椎间盘突出切除术后经过 6 月以上的“无痛期”, 原手术节段残留的椎间盘组织于手术侧或对侧再次突出引发神经症状。由于腰椎间盘突出症术后复发的原因较为复杂, 可能是手术本身的处理不当, 也可能是术后病变节段一系列解剖生理变化的结果, 再次手术存在一定的困难。近年来, 笔者运用峻猛有毒中药附子联合阳和汤治

疗复发性腰椎间盘突出症, 累积了一定的心得和体会, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 年龄 20~70 岁; 手术证实为腰椎间盘突出症, 术后腰腿痛消失超过 6 月, 且 MRI 或 CT 显示复发的椎间盘突出与初次为同一椎间盘同侧或对侧; 中医辨证为

[收稿日期] 2015-04-22

[作者简介] 吴健放 (1964-), 男, 副主任中医师, 研究方向: 骨折与颈肩腰腿痛的临床与科研。

阴寒证，无阳热实证；患者明确拒绝再次手术或要求先行中药治疗；无肿瘤、结核、中风、精神病等；依从性好，签署知情同意书并放弃其他治疗方法。

1.2 一般资料 观察病例均为 2000 年 1 月—2014 年 6 月在本院诊治的患者共 61 例，男 38 例，女 23 例。所有复发患者均有明显的腰痛或(和)坐骨神经痛症状；突出部位 L_{4/5} 椎间 25 例，L₅/S₁ 椎间隙 27 例，L_{4/5}+L₅/S₁ 9 例。初次手术经皮椎间盘环切术 7 例，椎间盘镜腰椎间盘髓核摘除术 11 例，椎间孔镜腰椎间盘髓核摘除术 5 例，后路开窗髓核摘除术 25 例，椎间盘切除+椎间融合+椎弓根内固定术 13 例；本次住院前已行椎间盘手术 1 次 49 例，2 次手术 12 例；初次手术距本次住院时间 9~73 月。按照简单随机分组法分为 2 组。治疗组 31 例，男 19 例，女 12 例；年龄(45.2±7.6.3)岁；初次手术术后(16.2±6.3)月；日本骨科协会(JOA)评分(10.56±2.97)分。对照组 30 例，男 19 例，女 11 例；年龄(46.8±7.54)岁；初次手术术后(15.5±7.2)月；JOA 评分(10.52±3.05)分。2 组年龄、初次手术距本次入院时间、JOA 评分等比较，差异均无统计学意义(P>0.05)，具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 予阳和汤加减治疗。处方：鹿角胶(先炖)30 g，熟地黄 60 g，白芥子 15 g，炮姜 5 g，紫油桂(后下)3 g，麻黄 10 g。加减：肾阳虚加李氏肾四味各 15 g；气虚加黄芪 45 g，党参、白术各 15 g；血瘀加土鳖虫、乳香、没药各 10 g；湿盛加茯苓 15 g，陈皮、法半夏各 10 g。每天 1 剂，水煎，取汁 600 mL，分 2 次温服。

2.2 治疗组 基本处方同对照组，加用生附子治疗。附子用法：从 10 g 开始逐渐加量，每次增加 5 g，腰腿痛消失附子用量达最大剂量，维持 7 天腰腿痛不反复则开始减量，每次减少 5 g。附子用量每剂≥30 g 时加甘草 60 g，防风、黑豆各 30 g，蜂蜜 200 mL。煎服法：用冷水 1500 mL 浸泡附子 1 h，附子用量<30 g 先煎 0.5~1 h，≥30 g 时加甘草等先煎 1.5 h，其他中药加入后再同煎 1 h，取汁 600 mL。每天 1 剂，分 2 次温服。

2 组治疗时间均为 6 周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 腰痛或腿痛 采用视觉模拟评分法(VAS)评分：在纸上划一条 10 cm 的横线，横线的一端为 0，另一端为 10。其中 0 分：无痛；3 分以下，有轻微的疼痛，能忍受；4~6 分：疼痛影响睡眠，尚能忍受；7~10 分：有强烈的疼痛，疼痛难忍。每周评估 1 次，分别在治疗前、治疗开始后第 1 周至 10 周检测。

3.2 安全性指标 附子的最大用量、临床不良反应、治疗前后检查血常规、肝肾功能、心肌酶谱、心电图。

3.3 统计学方法 采用 SPSS13.0 软件进行统计。计量资料组间比较采用样本 t 检验，组内比较采用配对 t 检验，等级资

料采用 Ridit 分析。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 采用改良 Macnab 疗效评定标准评定。优：症状完全消失，恢复原来的工作和生活；良：有稍微症状，活动轻度受限，对工作生活无影响；可：症状减轻，活动受限，影响工作和生活；差：治疗前后无差别，甚至加重。

4.2 2 组 VAS 评分动态变化比较 见图 1。治疗前、治疗期间每周评估 VAS 评分 1 次，治疗后第 1~10 周评估 1 次 VAS，以 VAS 值为纵轴、时间为横轴建立坐标，取治疗前、治疗开始后第 1~10 周的 VAS 的平均值，描制柱形图。如图中所示：治疗组治疗期的 VAS 能迅速下降，停药后仍能维持在<2 分状态且相对平稳；而对照组治疗期的 VAS 下降相对缓慢，停药后出现了较大幅度的反弹。

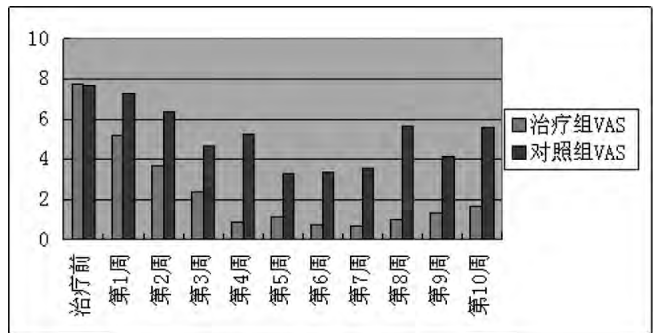


图 1 2 组 VAS 动态变化柱形图

4.3 2 组临床疗效比较 见表 1。临床疗效优良率治疗组为 90.32%，对照组为 73.33%，2 组比较，差异有统计学意义(P<0.05)。

表 1 2 组临床疗效比较

Table with 5 columns: Group, n, Excellent, Good, Poor, Total Excellent (%). Rows for Treatment Group (n=31) and Control Group (n=30).

与对照组比较，①P<0.05

4.4 治疗安全性评估 治疗组治疗 6 周附子日用量最小为 15 g，最大为 45 g，其中 15~20 g 9 例、25~35 g 17 例、40~45 g 5 例。在附子逐渐减量过程中有 19 例顺利减量至日用量 10 g、VAS 评分<3 分且疼痛无反复；有 12 例出现疼痛反复，再次加量后维持 VAS 评分<3 分至治疗结束，其中 7 例加量 5 g、3 例加量 10 g，2 例加量 15 g。治疗组出现眩晕反应者 7 例，无 1 例出现中毒反应。对照组均未发现明显毒副作用。2 组患者血常规、肝功能、肾功能、心电图等安全性指标无明显异常。

5 讨论

阴寒型复发性腰椎间盘突出症不同于一般的腰椎间盘突出症，其或因手术因素导致耗气伤阳、瘀血内留督脉与足三阳经

损伤,或因外伤、外感、劳损、内伤等非手术因素导致脏腑功能失常,寒、湿、痰、瘀等阴邪蓄积深伏。阳气不足或闭阻塞不通可能导致如下情况:督脉与足三阳经脉失其温煦通达、气血运行不畅,故腰痛或腰腿疼痛、麻木乏力;无力鼓动病邪外透而深伏不出;不能抗御风、寒、湿等外邪乘虚而入,脏腑尤其是肺、脾、肾功能进一步失调,内生痰、湿、瘀、毒,反过来从负面进一步影响脏腑功能并形成恶性循环。日积月累,阳愈弱而阴更盛,出现阴盛格外、甚至虚阳外越证候,使得腰椎间盘突出治疗更加棘手。阴寒型复发性腰椎间盘突出症的病理可总结归纳为:“阳虚阴盛、本痿标痹”。正因为如此,常规温阳散寒药治疗显得力不从心,非峻烈猛威之药不能拨乱反正。名中医李可以善用附子而闻名,他用改良加味乌头汤治疗腰椎间盘突出症等病,收到良好疗效,其中川乌与附子同用,且剂量较大,未发生中毒反应^[1]。

附子为毛茛科植物乌头 *Aconitum carmichaeli* Debx. (栽培品)的旁生块根(子根),主产于四川、山西等地。《临床中药辞典》归纳其功效为回阳救逆、助阳行水、补阳益火、散寒通痹、助阳解表。附子为峻猛有毒之品,但恰当利用其“毒”的某些特殊治疗作用,可避免其毒性反应而成为治疗复发性腰椎间盘突出症的良药。附子的治疗靶向是阴证(寒)证。临证时首先强调的不是附子的有毒或无毒,而是在于是否准确地掌握附子的适应症。黄煌总结出“附子证”和“附子脉”,附子证为:精神萎靡、嗜卧欲寐,畏寒、四肢厥冷、尤以下半身清冷为甚;附子脉为:脉微弱(脉形极细,按之若有若无),沉伏(重按至骨方能按到),细弱(脉细如丝,无力),或脉突然浮大而空软无力^[2]。复发性腰椎间盘突出症的大多数为阴(寒)证,可以参考黄煌教授的辨证经验,放手使用附子。若出现“面红如妆、语言重复而低微、脉浮大无根等”虚阳上越之症,运用附子引火归原也可收到良好的疗效。

阳和汤治疗复发性腰椎间盘突出症确实有效,但其针对的是血虚阳伤为本、寒凝痰湿为标之证,方中重用熟地黄、鹿角胶大补营血,是温阳药和补阴药合用,滋腻与辛散之品相配,相对复发性腰椎间盘突出症则显得补阴有余而温阳不足。治疗组加用附子收到良好疗效,其作用机理为:加强温阳扶阳,尤其是温补脾肾之阳,守护一身之真阳元气;附子性善走,通经十二经,外则达皮毛而除表寒,里则达上元而温通痼冷,扫荡阴寒峻猛凌厉,使阳气在正邪搏弈过程中逐渐占据优势;补火助阳,温则气流畅,气滞血瘀渐渐缓解或消除;良好的止痛作用;与不同的药物配伍,发挥其协同增效或拮抗减毒作用。

《本草经集注》:“俗方每用附子,皆须甘草、人参、生姜相配者,正制其毒故也。”李可用附子剂量超 30 g 时必配甘草 60 g,且加防风、黑小豆、蜂蜜^[3]。此为附子减毒增效的配伍典范。附子的毒性成分恰是其温阳助阳、扫荡阴寒有效成

分。过度久煎虽然会降低附子的毒性,但同时会丧失一部分有效的治疗成分,疗效也会随之明显减弱。临床应用中,附子用量 <30 g 时先煎 0.5~1 h, ≥30 g 时加甘草、防风、黑豆、蜂蜜一起先煎 1.5 h,未出现明显毒副作用。笔者认为,附子尤其是生附子必须先煎,但煎煮不可过久,与其过度煎熬去毒减毒,倒不如在配伍方面下足功夫来减毒增效。

张山雷在《本草正义》中道:“惟此物善腐,市肆中皆是盐渍已久,而又浸之水中,去净咸味,实则辛温气味既受制于盐之咸,复受制于水之浸,真性几于尽失。故用明附片者,必以干姜、吴萸等相助为理,方有功用。独有许钱,其力甚缓。寿颐尝于临证余,实地体验,附片二钱尚不如桂枝三五分之易于桴应”。

山西中医家白清佐善用附子,他在辨证论治的基础上用附子,初用量小,继则量大^[4]。笔者临床应用从 10 g 开始,逐渐加量,最大附子用量达 45 g。在附子逐渐减量过程中,有 19 例(占 61.29%)顺利减量至 10 g 且疼痛无反复,无病例出现明显药物毒副作用。说明中小剂量的附子治疗阴寒型复发性腰椎间盘突出症其阴寒症候消失较快,腰腿疼痛缓解较满意,且安全可靠。笔者认为,运用附子不畏峻烈但求其良效是必须的,要遵循“从小剂量开始,循序渐进”的原则;附子“何时该加量、何时该减量、何时该维持、何时该停用”,一定要心中有数。过早减量或停药可能会功亏一篑;但一味地加量、长时间超大剂量使用更是不妥。

“如冒状”“如醉状”“发烦”“目瞑”“蒸蒸而振”等药后表现并非病态,而是附子药中病所,病趋向愈的瞑眩反应。这可能与附子的治疗剂量与中毒剂量接近或交叉重叠有关,是一种中药祛邪反应。但瞑眩反应是可遇而不可强求,治疗组出现瞑眩反应者 7 例,占 22.58%。随着瞑眩反应的出现,原有腰痛或腰腿痛明显缓解,阴寒证逐渐好转或消失。这是区别于误治、附子毒副作用的关键。

[编者按]本文附子超常量使用,是作者临床用药经验,只是一家之言,并不代表编辑部观点。

[参考文献]

- [1] 张存悌. 李可学术思想探讨[J]. 辽宁中医杂志, 2006, 33(11): 1492.
- [2] 张存悌. 附子为百药之长——附子用法述略[J]. 辽宁中医杂志, 2004, 31(11): 958.
- [3] 李可. 李可老中医急危重症疑难病经验专辑[M]. 太原: 山西科技出版社, 2005: 69.
- [4] 邢斌. 危症难病倚附子——现代名医运用附子经验荟萃[M]. 上海: 上海中医药大学出版社, 2006: 124.

(责任编辑: 冯天保)