

- 中国中医药现代远程教育, 2010, 8(11): 6-7.
- [13] 张维斌, 曹宇, 王莹, 等. 三维多功能牵引与传统牵引改善腰椎间盘突出症患者临床症状的对比分析[J]. 中国临床康复, 2003, 29(7): 4005.
- [14] 李未今, 陈晓军, 郑荣文, 等. 牵引治疗前后腰椎间盘突出患者凝血功能研究[J]. 辽宁中医杂志, 2013, 40(12): 2520-2521.
- [15] 施杞, 李晨光, 王拥军, 等. 益气化瘀补肾方延缓椎间盘退变机制研究[J]. 医学研究杂志, 2007, 36(8): 76-77.
- [16] 何顺华. 大活络胶囊方源考析[J]. 神经损伤与功能重建, 2007, 2(6): 385.
- [17] 薛世琦, 袁春妮, 袁瑞林. 大活络胶囊合脑蛋白水解物治疗慢性腰腿痛[J]. 中国医药指南, 2013, 11(35): 516-517.
- [18] 赵文海, 赵长伟, 冷向阳, 等. 腰椎间盘突出症诊疗方案的梳理及探索[J]. 长春中医药大学学报, 2009, 25(2): 199-201.
- [19] 郭汝松, 林伟锋, 田强, 等. 立体定位斜扳法治疗椎间盘突出症的临床研究[J]. 颈腰痛杂志, 2009, 30(1): 84-85.

(责任编辑: 冯天保)

血府逐瘀汤联合西药治疗椎间孔镜术后血肿压迫性下肢疼痛疗效观察

郭义, 林俊, 糜检

萍乡市中医院, 江西 萍乡 337000

[摘要] 目的: 观察血府逐瘀汤联合西药治疗椎间孔镜术后血肿压迫性下肢疼痛的临床疗效。方法: 将 40 例行椎间孔镜术后出现血肿压迫性下肢疼痛的腰椎间盘突出症患者随机分为对照组和观察组各 20 例。对照组术后常规给予脱水消肿、抗炎治疗, 观察组在对照组用药基础上加服血府逐瘀汤。治疗前后应用视觉模拟评分法 (VAS) 评估 2 组患者的下肢疼痛情况。采用改良 Macnab 疗效标准评定患者的功能恢复情况。结果: 治疗后, 对照组优良率为 60.0%, 观察组优良率达 85.0%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。2 组 VAS 评分均较治疗前下降 ($P < 0.05$), 观察组 VAS 评分低于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 腰椎间盘突出症患者在椎间孔镜术后加服血府逐瘀汤, 疼痛缓解程度及功能恢复的效果均优于单纯运用消肿、抗炎药物治疗, 疗效较为显著, 值得进一步研究及在临床上推广。

[关键词] 腰椎间盘突出症; 椎间孔镜术; 血肿压迫性; 下肢疼痛; 气滞血瘀型; 中西医结合疗法; 血府逐瘀汤

[中图分类号] R681.5+3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2018) 08-0112-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.08.033

Effect Observation on Xuefu Zhuyu Tang Combined with Western Medicine for Lower Limb Pain with Hematoma and Compression after Transforaminal Percutaneous Endoscopic Lumbar Discectomy

GUO Yi, LIN Jun, MI Jian

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of Xuefu Zhuyu tang combined with western medicine for lower limb pain with hematoma and compression after transforaminal percutaneous endoscopic lumbar discectomy (PELD). **Methods:** Divided 40 cases of patients with lumbar disc herniation who suffered from lower limb pain with hematoma and compression after transforaminal PELD into the control group and the observation group randomly, 20 cases in each group. The control

[收稿日期] 2018-04-26

[作者简介] 郭义 (1965-), 男, 副主任中医师, 主要从事脊柱外科相关临床工作。

group received routine dehydration, detumescence and anti-inflammation medicine for treatment after operation, while the observation group additionally received Xuefu Zhuyu tang. Evaluated the lower limb pain condition of patients in the two groups before and after treatment by visual analogue scale(VAS) and evaluated the function recovery of patients by modified Macnab criteria. **Results:** After treatment, the good rate was 60.0% in the control group and was 85.0% in the observation group, the difference being significant($P < 0.01$). VAS scores in the two groups were all decreased when compared with those before treatment($P < 0.05$), and VAS score in the observation group was lower than that in the control group($P < 0.05$). **Conclusion:** The additional treatment of Xuefu Zhuyu tang for patients with lumbar disc herniation after transforaminal PELD has better effect in relieving pain and recovering function than that of detumescence and anti-inflammatory medicine. The curative effect of the therapy is more significant and is worthy of further research and promotion in clinical practice.

Keywords: Lumbar disc herniation; Transforaminal percutaneous endoscopic lumbar discectomy; Hematoma and compression; Lower limb pain; Qi stagnation and blood stasis type; Integrated Chinese and western medicine therapy; Xuefu Zhuyu tang

随着脊柱微创技术的不断发展和推广应用,经皮椎间孔镜技术逐渐成为治疗腰椎间盘突出症的主要手段^[1]。该技术因具有微创、术后恢复快、可早期活动、大幅度缩短卧床时间等优势而被广大患者接受。但部分术后患者会出现血肿压迫性的下肢疼痛症状,亦有文献报道椎间孔镜术后部分患者下肢会有残余疼痛,原因主要包括术中穿刺次数过多,可能刺激或损伤神经,手术时间过长、术中止血不彻底造成术后瘀血残留、形成血肿进而血肿机化,导致神经根粘连或瘢痕形成而压迫神经,使腰椎生物力学发生改变等^[2-3]。笔者在长期临床工作中发现,应用血府逐瘀汤治疗可使患者的下肢疼痛症状得到较好的缓解,现将研究结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取本院椎间盘病专科2016年6月—2017年6月收治的40例腰椎间盘突出症,并行经皮椎间孔镜髓核摘除术的患者,采取随机数字表法将患者分为对照组和观察组各20例。对照组男15例,女5例;年龄31~70岁,平均(45.1±8.7)岁。观察组男13例,女7例;年龄33~72岁,平均(47.3±6.9)岁。全部病例行腰椎平片(正侧位、动力位)、CT和MRI检查,均显示单节段一侧椎间盘突出或合并其他节段膨出。对照组病变责任节段L₃₋₄突出1例,L₄₋₅突出16例,L₅~S₁突出3例,均为单侧症状;观察组病变责任节段L₃₋₄突出3例,L₄₋₅突出15例,L₅~S₁突出2例,均为单侧症状。2组一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 腰椎间盘突出症诊断标准:①腿痛大于腰痛,主要局限于坐骨神经或股神经支配区;②直腿抬高试验阳性,角度小于正常的50%,或健侧直腿抬高试验阳性;③具备肌肉萎缩、无力、感觉减退以及腱反射减弱等4项中的2项;④与临床症状相符的CT、MRI影像学特征。

1.3 辨证标准 气滞血瘀型辨证标准:感腰部术区局部刺痛,痛有定处,肌肤甲错(皮肤粗糙、肥厚、鳞屑增多),舌紫暗或舌体有瘀斑、瘀点,舌下静脉曲张,脉弦、涩或结、代。

1.4 纳入标准 符合诊断标准,只有明显单侧神经根症状,并行椎间孔镜术治疗的腰椎间盘突出症患者;术后2天至2周内自诉下肢出现疼痛者;体格检查提示直腿抬高试验阳性者;MRI复查提示局部有高信号表现。

1.5 排除标准 术后出现下肢不全瘫表现或不全瘫加重的患者;术后出现感染的患者;术后下肢神经根性疼痛无明显缓解的患者。

2 治疗方法

微创治疗:2组患者均在局部麻醉下行经皮椎间孔镜下椎间孔扩大成形、椎间盘髓核摘除、射频消融及神经根松解术。术后给予脱水消肿、抗炎治疗。脱水药:甘露醇注射液(浙江天瑞药业有限公司,规格:250 mL),用法:每次125 mL静脉滴注,每天2次,连续用药7天;抗炎镇痛药:氟比洛芬酯注射液(北京泰德制药股份有限公司,规格:5 mL:50 mg),用法:0.9%氯化钠注射液加5 mL氟比洛芬酯注射液静脉滴注,每12 h用药1次,连续用药7天。

观察组术后服用血府逐瘀汤,按原方配伍用药不加减,用量按目前临床常用剂量,处方:桃仁、红花各20 g,当归、生地、川牛膝各15 g,川芎、桔梗各12 g,赤芍、枳壳、柴胡各10 g,甘草6 g。每天1剂,水煎2次,共煎取药汁600 mL,分早晚2次服,7剂为1疗程,服用3疗程。服药期间忌食生冷、辛辣、油腻食物。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 应用视觉模拟评分法(VAS)评定下肢疼痛情况:将疼痛程度用0~10共11个数字表示,0表示无痛,10表示最痛,根据自身疼痛程度在11个数字中挑选1个数字代表疼痛程度。0分:无痛;1~3分:有轻微的疼痛,能忍受;4~6分:疼痛并影响睡眠,尚能忍受;7~10分:较强烈的疼痛,疼痛难忍,影响食欲,影响睡眠。手术当天评价治疗前VAS评分,用药7天即术后第8天评价治疗后VAS评分。

3.2 统计学方法 采用SPSS19.0统计学软件对数据进行统计

分析。计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验;计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 改良 Macnab 疗效标准^[4] 术后3周进行评价。优:症状完全消失,恢复原来的工作和生活;良:有轻微症状,活动轻度受限,对工作生活无影响;可:症状减轻,活动受限,影响正常工作和生活;差:治疗前后无差别,甚至加重。

4.2 2组改良 Macnab 疗效比较 见表1。治疗后,对照组优良率为60.0%,观察组优良率达85.0%,2组比较,差异有统计学意义($\chi^2=6.96, P < 0.01$)。提示观察组患者功能恢复明显优于对照组。

表1 2组改良 Macnab 疗效比较 例

组别	n	优	良	可	差	优良率(%)
观察组	20	13	4	2	1	85.0 ^①
对照组	20	9	3	5	3	60.0

与对照组比较, ① $P < 0.01$

4.3 2组治疗前后 VAS 评分比较 见表2。治疗前,2组 VAS 评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组 VAS 评分均较治疗前下降($P < 0.05$),观察组 VAS 评分低于对照组($P < 0.05$)。

表2 2组治疗前后 VAS 评分比较 $(\bar{x} \pm s)$ 分

组别	n	治疗前	治疗后
观察组	20	5.6 \pm 1.7	1.8 \pm 0.9 ^{①②}
对照组	20	5.7 \pm 1.4	3.1 \pm 1.5 ^①

与治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.05$

5 讨论

笔者在长期的临床工作中发现,有一部分的病患在椎间孔镜术后下肢出现疼痛,体格检查提示直腿抬高试验阳性,在本临床观察中,2组患者在手术当天、术后第1天及第2天,下肢的神经根性疼痛都能得到满意的缓解,但术后第3天至2周内开始出现下肢疼痛,疼痛程度与术前类似,行MRI复查提示局部有高信号表现,考虑为血肿形成,刺激并压迫原受损神经根引起下肢疼痛。

从中医角度分析,患者术后局部筋脉受损,血溢脉外,形成瘀血,阻滞气机,不通则痛。气为血之帅,气滞则血不行,

血行不畅则形成局部血肿。血府逐瘀汤出自清代王清任所著的《医林改错》,是治疗血证的重要方剂,经后世沿用,临床应用范围颇广。椎间孔镜手术视野相对局限,术中椎管止血难以彻底,术后椎管出血形成瘀血,造成血瘀之象,恰好符合血府逐瘀汤治疗血证的特点。血府逐瘀汤由桃红四物汤合四逆散加桔梗、川牛膝组成,其中桃仁、红花为君药,重在活血化瘀止痛,辅以当归、赤芍、生地黄、川芎以增强养血活血之功;柴胡能条达肝气而疏肝解郁;桔梗开肺气,载药上行,合枳壳一升一降,开胸行气,使气行则血行;川牛膝破血通经,引瘀血下行;甘草调和诸药。该方药物配伍“活血不伤新血、止血不留瘀血”,具有很强的活血化瘀功效^[5]。研究发现,血府逐瘀汤通过改善血肿外膜的微循环,促进血肿的吸收,从而达到防止血肿复发、解除血肿压迫性下肢疼痛的目的^[6]。血肿被吸收后,局部炎症反应减退,神经根受压所引起的下肢疼痛会得以缓解。

本研究结果显示,观察组疗效优于对照组,VAS评分低于对照组,提示椎间孔镜术后加服血府逐瘀汤,疼痛缓解程度及功能恢复的效果均优于单纯运用消肿、抗炎药物治疗,疗效较为显著,值得进一步研究及在临床上推广。

【参考文献】

- [1] 阮朝阳,曾强华,朱群威. 口服消栓口服液和甲钴胺胶囊治疗腰椎间盘突出症经皮椎间孔镜术后下肢残留神经症状[J]. 中医正骨, 2015, 27(12): 71-72.
- [2] 贾琼,柴旭斌,钟炜钰. 口服独活寄生汤治疗腰椎间盘突出症椎间孔镜术后感觉异常[J]. 中医正骨, 2016, 28(2): 11-14.
- [3] 孙攀. 小针刀结合热敏灸治疗椎间孔镜术后残余症状30例[J]. 江西中医药大学学报, 2017, 29(4): 57-59.
- [4] 王春红. 十味筋骨宁丸治疗腰椎间盘突出症椎间孔镜术后遗留症临床观察[J]. 中国现代药物应用, 2016, 10(9): 260-261.
- [5] 黄涛,张志强,谢才军,等. 血府逐瘀汤治疗老年人慢性硬膜下血肿围手术期疗效观察[J]. 新中医, 2014, 46(8): 90-92.
- [6] 姜国勇,姜洪顺,聂俊,等. 血府逐瘀汤治疗慢性硬膜下血肿32例疗效观察[J]. 新中医, 2016, 48(11): 64-65.

(责任编辑:吴凌)