

# 加味补阳还五汤联合手法治疗退行性腰椎滑脱症

王书君<sup>1\*</sup>, 王绍美<sup>1</sup>, 邱艳兴<sup>2</sup>, 李海然<sup>1</sup>, 李连泰<sup>1</sup>

(1. 承德医学院附属医院, 河北 承德 067000; 2. 河北省丰宁县土城中心卫生院, 河北 丰宁 068350)

**[摘要]** **目的:** 观察加味补阳还五汤治疗退行性腰椎滑脱症的疗效, 比较其联合手法在改善腰骶角、增强腰椎稳定性方面是否优于传统治疗方法。**方法:** 将142例退行性腰椎滑脱症患者随机分为试验组68例与对照组74例, 试验组采取加味补阳还五汤联合手法治疗, 对照组给予塞来昔布胶囊200 mg 每日1次口服, 配合手法治疗, 2周为1个疗程。治疗前及1个疗程后按腰椎功能(JOA)进行评分, 采用Ferguson法测量腰骶角, 比较治疗前后的评分变化及腰骶角变化。**结果:** 试验组总有效率为95.59%, 对照组总有效率为90.54%, 两组比较有显著性差异( $P < 0.05$ )。试验组治疗前腰骶角为 $(46.45 \pm 1.21)^\circ$ , 治疗后为 $(41.24 \pm 1.14)^\circ$ ; 对照组治疗前腰骶角为 $(46.29 \pm 1.18)^\circ$ , 治疗后为 $(43.17 \pm 1.01)^\circ$ , 两组比较有显著性差异( $P < 0.05$ )。**结论:** 加味补阳还五汤治疗退行性腰椎滑脱症效果较好, 其与手法联用在改善腰骶角、增强腰椎稳定性方面优于传统治疗方法, 是治疗退行性腰椎滑脱症安全有效、副作用小的较好组合。

**[关键词]** 补阳还五汤; 手法; 退行性腰椎滑脱症

**[中图分类号]** R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2014)10-0216-04

**[doi]** 10.13422/j.cnki.syfjx.2014100216

## Curative Effect of Jiawei Buyang Huanwu Decoction Combined with Manipulation in Treating Degenerative Lumbar Spondylolisthesis

WANG Shu-jun<sup>1\*</sup>, WANG Shao-mei<sup>1</sup>, QIU Yan-xing<sup>2</sup>, LI Hai-ran<sup>1</sup>, LI Lian-tai<sup>1</sup>

(1. Affiliated Hospital of Chengde Medical College, Chengde 067000, China;

2. Tucheng City Center Hospital of Fengning County in Hebei Province, Fengning 068350, China)

**[Abstract]** **Objective:** The aim of this study is to observe the curative effect of Jiawei Buyang Huanwu decoction in treating degenerative spondylolisthesis. And to compare whether it is superior to the traditional treatment method combined with manipulation in improving the lumbosacral angle or enhancing the stability of lumbar spine. **Method:** One hundred and forty-two cases of degenerative lumbar spondylolisthesis patients were randomly divided into experimental group of 68 cases and 74 cases in the control group, experimental group was treated with Jiawei Buyang Huanwu decoction combined with manipulation, while the control group was given celecoxib capsules 200 mg 1 times a day orally combined with manipulation, 2 weeks for 1 courses. Before treatment and after 1 courses of treatment, the patients' symptoms were scored by JOA and the lumbosacral angle was measured by Ferguson method. The rate of improvement was calculated according to the changes in the score and lumbosacral angle before and after treatment. **Result:** The total effective rate of experimental group was 95.59%, while the rate of the control group was 90.54%, there was significant difference between the two groups ( $P < 0.05$ ). Lumbosacral angle in the experimental group before treatment was  $(46.45 \pm 1.21)^\circ$ , after treatment, the lumbosacral angle was  $(41.24 \pm 1.14)^\circ$ . However, in the control group, lumbosacral angle was  $(46.29 \pm 1.18)^\circ$  before treatment and  $(43.17 \pm 1.01)^\circ$  after treatment. There was significant difference between two groups

**[收稿日期]** 20130504(004)

**[基金项目]** 河北省中医药管理局科研项目(2013085)

**[通讯作者]** \* 王书君, 硕士, 主治医师, 从事非手术治疗颈肩背腰腿痛及脊柱相关疾病临床、教学工作, Tel: 0314-2279221, E-mail: xlgwto@163.com

( $P < 0.05$ ). **Conclusion:** Jiawei Buyang Huanwu decoction has good curative effect in treating degenerative lumbar spondylolisthesis, and it is superior to the traditional treatment method combined with manipulation in improving the lumbosacral angle and enhancing the stability of lumbar spine. It is a safe and effective treatment with less adverse reactions in treating the degenerative lumbar spondylolisthesis.

[**Key words**] Buyang Huanwu decoction; manipulation; degenerative lumbar spondylolisthesis

退行性腰椎滑脱症是一种因腰椎退变引起损害节段的上位椎体向前滑动并伴有神经根压迫症状的疾病,易发于50~60岁老年人,女性比男性约高3~4倍,以腰4~5及腰5~骶1间发生的机会较多。本文应用加味补阳还五汤联合手法治疗退行性腰椎滑脱症142例,取得了较好的疗效。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 随机选择符合本研究纳入标准的承德医学院附属医院骨伤科2010年3月至2012年5月的门诊退行性腰椎滑脱症患者142例,应用

Fisher RA 随机数字表随机分为试验组68例与对照组74例。其中对照组男性21例,女性53例,I°滑脱45例,II°滑脱29例,平均年龄( $57.61 \pm 7.40$ )岁,病程6.7个月,治疗前评分( $19.87 \pm 4.92$ )分。试验组男性20例,女性48例,I°滑脱47例,II°滑脱21例,平均年龄( $58.13 \pm 7.41$ )岁,病程5.8个月,治疗前评分( $20.24 \pm 5.11$ )分。两组患者年龄、性别、滑脱度数及治疗前评分经统计学分析,无显著性差异,具有可比性(表1)。

表1 两组患者一般情况比较

组别	例数	性别/例		度数/例		年龄/岁( $\bar{x} \pm s$ )	治疗前评分/分( $\bar{x} \pm s$ )
		男	女	I°	II°		
试验	68	20	48	47	21	$58.13 \pm 7.41$	$20.24 \pm 5.11$
对照	74	21	53	45	29	$57.61 \pm 7.40$	$19.87 \pm 4.92$

## 1.2 病例选择

**1.2.1 诊断标准** 参照文献[1-2]中的退行性腰椎滑脱症诊断标准:表现为与腰部活动有明确关系的疼痛,有些病人伴有一侧或双侧下肢疼痛及间歇性跛行,查体可见滑脱节段的棘突或(和)棘突旁压痛,严重者可触及棘突间的“台阶感”,也可发现受压迫神经根所辖的运动、感觉异常。立位腰椎侧位X射线片可发现退行性改变,腰椎向前滑移,双斜位片上椎弓根完整。

**1.2.2 纳入标准** 符合上述诊断标准,自愿接受本研究,治疗期间禁用其他治疗方法,治疗前签订“知情同意书”。

**1.2.3 排除标准** 腰椎外科手术史;严重腰椎创伤史;先天性脊柱病变造成的滑脱;脊柱感染、创伤骨折等造成的滑脱;进行性加重的中枢神经症状患者;影像学所见的肿瘤、结核等腰椎骨质破坏者;合并心血管、脑血管、肝、肾、造血系统、内分泌系统等严重疾病,精神病患者;不愿加入本实验、中途主动退出或失访者;实验中病情持续加重或出现严重并发症者。

## 2 治疗方法

### 2.1 试验组

**2.1.1 药物治疗** 以补阳还五汤合牛膝、延胡索、

杜仲、续断、桑寄生、防风、桂枝为主方。药物组成为:黄芪(生)80 g,当归(尾)10 g,赤芍10 g,川芎12 g,地龙15 g,桃仁5 g,红花5 g,牛膝12 g,延胡索12 g,杜仲15 g,续断15 g,桑寄生12 g,防风15 g,桂枝12 g。每日1剂水煎服,早晚各1次,每次300 mL。2周为1个疗程。

**2.1.2 手法** ①腰部放松法:患者俯卧位,医者位于患侧,交替应用掌根揉法、滚法于腰背部,重点为腰椎两侧肌肉,力量由轻到重,达到舒筋活络作用。②点穴分筋法:沿着滑脱节段的上下在夹脊穴、足太阳膀胱经的两条侧线及八髎穴上点按,对滑脱椎体椎旁肌进行左右弹拨,食指指间关节点按患肢承扶、殷门、委中、阳陵泉、足三里、昆仑、太溪等,手法由轻到重,以“得气”为度。③屈膝屈髋垫枕整复手法:嘱患者仰卧位,全身放松,臀下垫枕,屈髋屈膝,术者立于患者右侧,左手插入两膝腘窝下使双膝并拢后放于两膝顶部,右手持握双踝前,术者将两足同时抬起,使膝关节作极度环转动作,然后术者左前臂横压于双膝下部,用力屈曲膝、髋关节,然后在强压下推向外侧、内侧,再移至正位强压使膝部尽量贴住胸部为宜。每次10 min,2周为1个疗程。

**2.2 对照组** 手法操作同试验组,药物采用塞来昔布

胶囊 (PfizerPharmaceuticals LLC 公司产品, 批号 Bk1200EE040) 200 mg 日 1 次口服, 2 周为 1 个疗程。

### 3 观察指标

**3.1** 所有病人常规拍摄卧位腰椎正位片及双斜位 X 射线片, 立位腰椎侧位片, 治疗前及 1 个疗程结束后按腰椎功能 (JOA) 进行评分, JOA 总评分最高为 29 分, 最低 0 分。

**3.2** 采用 Ferguson<sup>[3]</sup> 法测量 治疗前后腰骶角, 站立位投照摄片, 以髂骨嵴为中心腰骶椎侧位片, 球管距胶片 100 cm。以骶 1 上缘平面作切线 AB, 过 A 点作脊柱重力线 AC, 由 B 点作 AC 的垂线, ∠ABC 为腰骶角。

### 4 疗效评价标准

改善率对应于通常采用的疗效判定标准: 改善率 100% 为治愈, > 60% 为显效, 25% ~ 60% 为有效, < 25% 为无效。改善率 = [(治疗前评分 - 治疗前评分) / (29 - 治疗前评分)] × 100%。通过改善率可了解临床治疗效果, 治疗前后腰骶角的变化可反映该治疗方案在增加腰椎稳定性方面的作用。

### 5 统计学方法

用 SPSS 13.0 统计软件, 各组患者的性别及滑脱度数采用  $\chi^2$  检验, 年龄、临床积分及治疗前后腰骶角度数变化采用 *t* 检验, 不符合正态分布的等级资料应用秩和检验 (Wilcoxon 两样本比较法), 显著性水平  $\alpha = 0.05$ 。  $P < 0.05$  为具有统计学意义。

### 6 结果

**6.1** 疗效的差异 试验组痊愈 13 例、显效 42 例、有效 10 例、无效 3 例; 对照组痊愈 8 例、显效 39 例、有效 20 例、无效 7 例, 两组比较有显著性差异 ( $P < 0.05$ ), 说明试验组在症状改善方面优于对照组 (表 2)。

表 2 两组患者疗效比较

组别	例数	痊愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	总有效率/%
实验	68	13	42	10	3	95.6 <sup>1)</sup>
对照	74	8	39	20	7	90.5

注: 与对照组比较<sup>1)</sup>  $P < 0.05$ 。

**6.2** 腰骶角变化情况 试验组治疗前腰骶角度数为  $(46.45 \pm 1.21)^\circ$ , 治疗后为  $(41.24 \pm 1.14)^\circ$ ; 对照组治疗前腰骶角度数为  $(46.29 \pm 1.18)^\circ$ , 治疗后为  $(43.17 \pm 1.01)^\circ$ , 两组比较有显著性差异 ( $P < 0.05$ ), 表明试验组在改善腰骶角、增强腰椎稳定性方面优于对照组。

### 7 讨论

腰椎滑脱症是指因椎间骨性连接异常而发生的上位椎体与下位椎体表面部分或全部的滑移。临床上退变性腰椎滑脱症最为常见。正常情况下, 随年龄增长, 椎间盘结构逐渐出现退变, 逐渐出现髓核弹性变差, 椎间盘间隙变窄, 椎体间的相对位移增加, 腰椎前凸曲度加大, 腰椎出现节段性不稳, 腰骶角增大。各个椎体纵向排列在倾斜的骶骨面上, 腰椎及其附属结构的重力在骶骨上有一个沿骶骨面向前下方的分力, 分力的大小除与重力本身大小相关外, 还与斜面的角度 (腰骶角) 有关, 腰骶角越大, 腰椎沿斜面向前下滑移的分力也越大, 腰椎向前滑脱越明显, 两者之间存在显著正相关<sup>[4]</sup>。正常情况下, 机体能够通过内源性及外源性稳定结构来代偿脊柱的失稳, 临床上无腰痛或下肢疼痛、麻木等症状。脊柱外源性稳定因素主要包括髓部、脊柱周围及胸腹部、背部的各类肌群。内源性稳定因素主要包括: 椎体的形状与大小、关节突关节面的方向及结构、关节面软骨、髓核、纤维环及周围韧带 (前纵韧带、黄韧带、后纵韧带、棘上韧带、棘间韧带等)。肌肉和韧带正常情况下能够保持一定的张力和弹性, 各种结构相互作用, 为脊柱的稳定提供了重要的保障。滑脱椎体的相对位移可导致椎旁外源性稳定肌群的慢性劳损, 出现无菌性炎症, 炎症的刺激会使肌肉痉挛, 痉挛又会加重无菌性炎症, 这样形成恶性循环, 腰椎的稳定性就会逐渐丧失, 难以维持它的正常外形与功能, 出现一系列脊神经受压的症状。退行性腰椎滑脱症发病多集中于老年人, 中医认为本病与肝肾亏虚, 气血不足, 或风寒湿邪侵袭, 痹阻经络, 气血瘀阻有关。年老体弱, 正气不足, 肝肾亏虚, 则筋脉失养。气血瘀阻, 寒凝血滞, 不通则痛。

目前观点一致认为<sup>[5-6]</sup>: 无症状的腰椎滑脱一般不需手术治疗, 即使有了症状, 多数应先行保守治疗。保守治疗主要集中于药物、手法、牵引、注射疗法等。西药以非甾体抗炎类为代表, 其导致的胃肠道不适、肝脏损害、肾脏损害等不良反应越来越受到重视, 选择性环氧合酶-2 虽然上述不良反应较轻, 但会增加心血管不良反应的风险<sup>[7]</sup>。故非甾体抗炎药在临床上使用较慎重。补阳还五汤<sup>[8]</sup> 出自《医林改错》, 为清代名医王清任所创。方中重用黄芪为君, 有“阴中求阳”之妙, 大补脾胃之元气, 使气旺血行, 瘀去络通; 臣以当归尾, 活血兼养血, 有化瘀而不伤血之妙; 佐以赤芍、川芎、桃仁、红花、地龙, 助当归尾活血祛瘀; 辅以牛膝、杜仲、续断、桑寄生补肝肾

而强筋骨,延胡索、防风、桂枝祛风散寒,通络止痛。大量补气药与少量活血药相配,气旺则血行,活血而又不伤正,共奏补气活血通络之功。另一方面,筋喜温,热则流通,寒则凝滞,加用桂枝可起到温经通脉作用。现代研究表明:补阳还五汤可明显地改善血液的浓、黏、凝、聚状态<sup>[9]</sup>,对增殖性炎症和渗出性炎症均有对抗作用,并对机体特异性免疫功能和非特异性免疫功能均具有调节和改善作用<sup>[10]</sup>。研究发现补阳还五汤具有显著的促进损伤神经再生和神经功能恢复的作用<sup>[11]</sup>。药理研究表明黄芪有良好的脱水和利尿作用<sup>[12]</sup>,可消除或部分消除受累神经根的水肿。实验还证实黄芪既可促进抗体生成,又可使过高的细胞免疫反应降低,同时有自由基清除作用,防止其对神经根的进一步损害。川芎、红花、当归尾、桃仁具有改善血循环、抗血栓作用。白芍的提取物均有不同程度的活血化瘀作用<sup>[13]</sup>,对体内源性凝血系统和ADP诱导的血小板聚集具有抑制作用。延胡索的镇痛作用经现代药理研究已经得到了充分的证实,延胡索总碱的镇痛效价约为吗啡的40%,其镇痛效果较复方阿司匹林为优<sup>[14]</sup>。分筋手法可解除腰部肌肉痉挛,促进滑脱椎体复位,对腰及下肢穴位的点按可以发挥疏通经脉、温阳通络的作用。而屈膝屈髋垫枕整复手法能有效扩大狭窄椎管硬膜囊矢状径<sup>[15]</sup>,使凸入椎管之黄韧带拉长,并使椎间盘及前后纵韧带功能向有利于腰椎生理功能方面发展。操作时腰椎处于屈曲位,此状态下椎体后纵韧带、黄韧带、棘间韧带、棘上韧带等处于紧张的牵拉状态,产生迫使椎体后移的拉力,加之前方的外在压力以及屏气时腹腔产生的压力,三力相加作用于椎体上,促使滑脱椎体在向后的挤压力下复位。此法在使滑脱椎体复位的同时还能减小腰曲及腰骶角,降低腰椎所承受的重力在骶骨斜面上向前下方的分力,促使滑脱椎体的复位,减轻神经根压迫,从而为临床症状的消除及神经功能的恢复创造了良好的条件。本研究用加味补阳还五汤行气化痰、补肝肾强筋骨、祛风通络止痛,能较彻底的消除椎旁肌无菌性炎症,为滑脱椎体复位创造条件,较传统非甾体抗炎不良反应少,屈膝屈髋垫枕整复等手法安全性较高,两者联合应用,相辅相成,为临床治疗退行性腰椎滑

脱症提供了一种较好组合方案。

## [参考文献]

- [1] 胥少汀,葛宝丰,徐印坎.实用骨科学[M].北京:人民军医出版社,2005:1734.
- [2] 严隽陶,王道全,房敏.推拿学[M].北京:中国中医药出版社,2009:204.
- [3] 李晓光.实用骨与关节X线测量[M].济南:山东科技出版社,1996:188.
- [4] 林敦贤,徐茂盛,杨文德,等.腰骶角与退变性脊柱滑脱的相关性分析[J].医师进修杂志,2005,28(10B):13.
- [5] McAfee P C, Devine J G, Chaput C D, et al. The indications for interbody fusion cages in the treatment of spondylolisthesis: analysis of 120 cases[J]. Spine, 2005, 30(6S):60.
- [6] 邹德威,欧阳甲,阮狄克,等.关于腰椎滑脱治疗中一些问题的讨论[J].中国脊柱脊髓杂志,2006,16(1):7.
- [7] 董宇,李云霞,陈世益.非甾体抗炎药物在骨性关节炎中的应用[J].上海医药,2012,15(2):5.
- [8] 王清任.医林改错[M].北京:人民卫生出版社,1976:6.
- [9] 葛争艳,林成仁.活血化瘀经典古方对家兔血小板聚集性的影响[J].中国中西医结合杂志,1994,14(8):489.
- [10] 蔡永敏,任玉让.中药药理与临床应用[M].合肥:华夏出版社,1999:72.
- [11] 梅晓云,周岚,吴灏昕,等.补阳还五汤促进大鼠腓总神经再生的实验研究[J].中国实验方剂学杂志,2010,16(5):114.
- [12] 江苏新医学院.中药大辞典[M].上海:上海科学技术出版社,1986:2038.
- [13] 王瑞,鲁岚,李颖伟,等.赤芍与白芍的药理作用比较[J].中国实验方剂学杂志,2010,16(7):114.
- [14] 沈映君.中药药理学[M].上海:上海科学技术出版社,1997:131.
- [15] 葛继荣,王和鸣.屈曲位整脊手法治疗腰椎管狭窄症的机理研究[J].中国中医骨伤科杂志,1996,4(5):24.

[责任编辑 邹晓翠]