

散痹汤加减治疗寒湿痹阻型腰椎间盘突出症临床观察

郭中华¹, 张仲博^{1*}, 都帅刚¹, 万小冠², 董胜军³

(1. 河南省中医院, 郑州 450009; 2. 郑州市第九人民医院, 郑州 450006;
3. 郑州市中医院, 郑州 450002)

[摘要] **目的:**观察散痹汤加减治疗寒湿痹阻型腰椎间盘突出症的疗效及安全性。**方法:**将192例符合条件的患者随机分为中药组、西药组和中西药组,各64例。中药组给予散痹汤加减治疗,西药组给予依托考昔片治疗,中西药组同时给予散痹汤加减结合依托考昔片治疗,疗程均为28 d。观察各组治疗前后改良日本骨科协会腰疼痛评分量表(M-JOA), Oswestry功能障碍指数问卷评分量表(ODI),视觉模拟评分法(VAS)和中医辨证寒湿痹阻型腰椎间盘突出症中医证候评分;检测治疗前后检测各组血清肿瘤坏死因子- α (TNF- α),白细胞介素- 1β (IL- 1β),C-反应蛋白(CRP)和超氧化物歧化酶(SOD)的变化;比较各组有效率和不良事件发生率。**结果:**治疗后中西药组总有效率95.1%,高于中药组的79.4%和西药组的82.3%($P < 0.05$);中药组与西药组比较无明显差异;中西药组和中药组中医证候评分较西药组改善更为明显($P < 0.05$);其他临床症状中西药组改善较中药组和西药组更为明显($P < 0.05$);不良事件发生率中药组低于西药组和中西药。**结论:**散痹汤加减治疗寒湿痹阻型腰椎间盘突出症的疗效与西药依托考昔片无明显差异,具有有效性,且不良事件的发生率较依托考昔片低;散痹汤加减结合依托考昔片治疗寒湿痹阻型腰椎间盘突出症具有协同增效作用,疗效优于单用散痹汤加减和依托考昔片。

[关键词] 散痹汤加减; 依托考昔片; 寒湿痹阻型; 腰椎间盘突出症; C-反应蛋白

[中图分类号] R287;R274 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2017)15-0178-06

[doi] 10.13422/j.cnki.syfjx.2017150178

[网络出版地址] <http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.3495.R.20170511.0935.052.html>

[网络出版时间] 2017-05-11 9:35

Lumbar Disc Herniation Case with Cold-dampness Syndrome Treated with Sanbitang

GUO Zhong-hua¹, ZHANG Zhong-bo^{1*}, DU Shuai-gang¹, WAN Xiao-guan², DONG Sheng-jun³

(1. Henan Province Hospital of Traditional Chinese Medicine (TCM), Zhengzhou 450009, China;
2. The Ninth People's Hospital of Zhengzhou, Zhengzhou 450006, China;
3. Zhengzhou Province Hospital of TCM, Zhengzhou 450002, China)

[Abstract] **Objective:** To explore the therapeutic effect of Sanbitang recipe in treating lumbar disc Herniation (LDH) case with cold-dampness syndrome and its safety. **Method:** A total of 192 cases with cold-dampness syndrome were randomly divided into the traditional Chinese medicine (TCM) group, the western medicine group and the traditional Chinese and western medicine group, with 64 cases in each group. The TCM group was treated with Sanbitang. Etoricoxib tablets were applied in the western medicine group. Sanbitang and etoricoxib tablets were adopted in the traditional Chinese and western medicine group. One course of treatment was 28 d. Meliorate-Japanese orthopaedic association (M-JOA), oswestry disability index (ODI), visual analogue scale (VAS) and TCM cold-dampness syndrome score (TCM syndrome score) were analyzed to estimate the efficacy of three group before and after treatment. Tumor necrosis factor- α (TNF- α), interleukins- β (IL- 1β),

[收稿日期] 20170205(002)

[基金项目] 河南省科技攻关计划项目(17210231322)

[第一作者] 郭中华, 硕士, 主治医师, 从事骨关节疾病研究, Tel:0371-66220681, E-mail:1048741260@qq.com

[通讯作者] *张仲博, 博士, 主治医师, 从事中医治疗骨伤疾病研究, Tel:0371-66220681, E-mail:zhangmingfei6666@163.com

C-reactive protein (CRP) and superoxide dismutase (SOD) were detected. The efficient rates and adverse event rates among three groups were compared. **Result:** The total effective rate of the Chinese and western medicine group was 95.1%, which was better than TCM group (79.4%) and the chemical medicine group (82.3%, $P < 0.05$). After treatment, as for the score of radiotherapy, the traditional Chinese and western medicine group and the TCM group were better than western medicine group ($P < 0.05$). Regarding the other symptoms, the traditional Chinese and western medicine group showed more significant alleviations ($P < 0.05$). The adverse event rate of the TCM group was the lowest among three groups ($P < 0.05$). **Conclusion:** Modified Sanbitang is effective in treating LDH cases with cold-dampness syndrome. To compare with western medicine Etoricoxib tablets, it shows no obvious difference and fewer adverse events. Sanbitang recipe shows a remarkable efficacy in treating LDH cases with cold-dampness syndrome.

[Key words] Sanbitang; Etoricoxib tablets; cold-dampness syndrome; lumbar disc herniation (LDH); C-reactive protein

腰椎间盘突出症(lumbar disc herniation, LDH)系指腰椎间盘突出髓核、纤维带和软骨组织板退行性改变后,在受到外力时椎间纤维环破坏,髓核突出或者脱出,引起附近脊神经元受到压迫^[1]。主要临床表现为腰痛,腰部活动受限,肌力下降,下肢麻木或放射性疼痛,甚至导致截瘫等^[2]。其多发于中青年,为骨科常见的疾病之一^[3]。腰 L_{4/5} 和 L₅/S1 节段发病率最高,约占 95%^[4]。因其病程较长、易反复,对患者的学习及生活造成严重影响。西医主要采用非甾体抗炎类、中枢镇痛类、抗抑郁类、松弛肌肉类药物治疗^[5-7],一部分患者采用手术治疗,但创伤大、病情易反复。目前本病仍以保守治疗为主,临床研究表明 78.2% ~ 89.7% LDH 患者通过非手术治疗能够明显缓解或消除疼痛等临床症状^[8],中医药在治疗 LDH 具有显著临床疗效。唐朝辉等^[9]研究表明腰痹通胶囊可明显提高大鼠血清肿瘤坏死因子- α (TNF- α),白细胞介素-1 β (1L-1 β)和白细胞介素-6(IL-6)的含量,抑制炎症因子释放,增加大鼠体液免疫。牛淑芳等^[10]采用身痛逐瘀汤加减治疗 LDH 近期疗效总有效率 93.33%。何军雷等^[11]采用除湿通痹汤联合牵引治疗 LDH 总有效率高达 94.55%。为了探求传统中医药及中西医结合治疗寒湿痹阻型 LDH 的方法,全国第三批名老中医郑绍周教授在对古方深入研究的基础上结合多年临床实践,以散痹汤(出自清代名医陈士铎《辨证录》)加减进行治疗,探讨其作用机制。

1 资料和方法

1.1 一般资料 研究对象为 2015 年 1 月—2016 年 8 月河南省中医院骨科门诊及住院的 192 例寒湿痹阻型 LDH 患者,按随机数字表法随机分为中药组、西药组和中西药组,每组各 64 例。各组一般

资料比较,差异无统计学意义,见表 1。本研究通过河南省中医院医学道德伦理委员会审批(批准号 A-10),患者及家属均知情同意并签署知情同意书。

表 1 各组患者一般资料比较

Table 1 Comparison of general information of patients among three groups

组别	性别		年龄($\bar{x} \pm s$) / 岁		病程($\bar{x} \pm s$) / 年		发病部位/例		
	男	女	/岁	/年	L _{4/5}	L ₅ /S1	L _{4/5} 兼 L ₅ /S1		
							L _{4/5}	L ₅ /S1	
中药	32	32	37.2 ± 6.8	5.9 ± 2.8	15	13	6		
西药	34	30	38.3 ± 7.2	5.7 ± 2.6	17	12	5		
中西药	31	33	36.7 ± 6.5	5.1 ± 3.2	17	11	6		

1.2 诊断标准 西医诊断 参照《腰椎间盘突出症》^[12],①腰痛并伴下肢一侧或双侧间歇性反复性放射痛;②腰椎侧弯、腰肌紧张;③腰椎活动受限、棘突旁痛甚;④肌力减退、下肢表皮感觉下降;⑤腱反射能力减退、直腿无法抬高;⑥股神经牵拉试验为阳性;⑦核磁共振成像或 CT 检查显示椎间盘突出。具备①~⑤中 3 项且具备⑥即可确诊。

中医诊断参照《中医病证诊断疗效标准》^[13],寒湿痹阻证,主证为寒湿内停、腰部重痛、舌质暗紫见瘀斑、舌白苔滑、脉沉迟或涩;次证为受寒加重,得温痛减、腰椎活动受限、日常活动疼痛加重。具备 3 项及以上主证或具备 2 项主证和 2 项及以上次证即可诊断为寒湿痹阻型 LDH。

1.3 纳入标准 ①符合上述中西医诊断标准;②患者年龄 18 ~ 55 岁;③患者 VAS 量表评分 ≥ 3 分;④使用非甾体抗炎药患者需停药 15 d,使用抗抑郁类、松弛肌肉类药物患者需停药 30 d。

1.4 排除及脱落标准 ①合并严重肝心肺肾脑及

代谢性疾病患者;②妊娠或哺乳期患者;③研究期间使用其他风湿类药物和中药制剂患者;④对药物不耐受或因其他原因未按疗程治疗患者;⑤数据不全而影响疗效判定者。

1.5 治疗方法

1.5.1 中药组 给予散痹汤加减(巴戟天 20 g,白术 20 g,茯苓 15 g,桂枝 10 g,牛膝 10 g,独活 8 g,菟丝子 6 g,肉桂 10 g,黄连 6 g,半夏 6 g,干姜 3 g,甘草 3 g)治疗。所有中药饮片均来自河南省中医院药房,经河南省中医药大学郑绍周教授鉴定为正品。由河南省中医院中药室采用 YY-W3+1 型微压三缸全自动煎药包装一体机(济南永延机械有限公司)统一煎制,浓缩至 800 mL。2 次/d,餐后口服。

1.5.2 西药组 口服依托考昔片(杭州默沙东制药有限公司,国药准字 H20080510,30 mg/片),1 片/次,1 次/d。

1.5.3 中西药组 同时给予散痹汤加减和依托考昔片进行治疗。散痹汤加减用法与中药组相同,依托考昔片用法与西药组相同。以上各组均连续治疗 28 d。

1.6 观察指标

1.6.1 疗效 治疗前后分别采用各量表作为疗效指标的判定。①M-JOA 评分量表^[14],包括主观症状(腰痛、下肢疼痛及麻木程度),客观体征(椎旁压痛,肌张力,直腿抬高试验和放射痛感),日常生活能力(工作能力、睡眠、弯腰及提物,步行距离和时间)。总分 30 分,分值越高表示病情越严重;② Oswestry 量表^[15],从疼痛程度,生活自理能力,提物,行走,坐,站立,睡眠,性,社会活动和旅游。分值 0~40 分,分值越高,症状越严重;③ VAS 量表^[16],划 10 cm 线,一端为 0,另一端为 10。让患者根据自身疼痛感觉强度在横线上作标记,数字越大,表示痛感越强。

1.6.2 中医证候积分 参照《中药新药临床研究指导原则》^[17]中寒湿痹阻型 LDH 的判定标准。观察患者的临床症状和体征,腰部重痛、受寒加重、得温痛减、腰部活动受限、活动活动痛甚、舌质暗紫、舌白苔滑、脉沉迟或涩。每项分值为 0~10 分,分值越高,表示症状越严重。

1.6.3 实验室指标 ①IL-1 β , TNF- α 检测采用双抗体一步夹心法酶联免疫吸附试验(上海铭睿生物科技试剂盒,批号 MR61121);②C-反应蛋白(CRP)检测采用免疫透射比浊法(宁波美康生物免疫比浊试剂,批号 20110913);③超氧化物歧化酶(SOD)检

测采用邻苯三酚自氧化法(北京中生瑞泰科技有限公司,批号 20121107)。

1.6.4 不良事件 参照 1996 年卫生部药品不良反应监察中心推荐标准^[18],将不良事件分为①肯定有关,②很可能有关,③可能有关,④可疑有关,⑤不可能有关。①~④为药物不良反应。本研究将试验过程中患者出现的所有可观测到的不适症状和体征判定为不良事件,包括胃肠道反应(腹胀、腹泻、便秘、恶心和呕吐),精神性异常(焦虑症和抑郁),皮肤异常(湿疹、皮炎、皮疹、斑丘疹、皮肤溃疡),精神异常(失眠、烦乱不安)和坠床事件。其中前 4 项定义为药物不良反应。

1.7 疗效判定 观察治疗前后各组患者的 M-JOA 评分变化,作为疗效的判断标准。治愈,腰痛、下肢疼痛及麻木程度基本消失,腰部功能和直腿抬高恢复正常,疗效指数 $\geq 70\%$;显效,腰痛、下肢疼痛及麻木明显减轻,腰部功能和直腿抬高基本正常, $50\% \leq$ 疗效指数增加 $< 70\%$;有效,腰痛、下肢疼痛及麻木减轻,腰部功能和直腿抬高部分恢复, $30\% \leq$ 疗效指数 $< 50\%$ 。无效,腰痛疼痛及功能等症状的无明显改善,疗效指数 $< 30\%$ 。

疗效指数 = (治疗前评分 - 治疗后评分) / 治疗前评分 $\times 100\%$

1.8 统计学方法 采用 SPSS 17.0 统计分析软件进行数据处理,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间和自身比较采用 *t* 检验;计数资料以 % 表示,采用 *Chi-square* 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 各组患者脱落病例情况 治疗期间,中药组脱落 1 例(患者依从性差,未按规定疗程治疗);西药组脱落 2 例(1 例在治疗期间使用其他风湿类药物,2 患者因数据不全而无法判断疗效);中西药组脱落 3 例(2 例患者依从性差,未按规定疗程治疗,1 例数据不全而影响疗效判定者)。

2.2 各组患者临床疗效比较 与中药组、西药组比较,中西药组总有效率升高 ($P < 0.05$);与西药组比较,中药组总有效率降低,差异无统计学意义。见表 2。

2.3 各组患者 M-JOA, ODI 和 VAS 评分比较 与治疗前比较,各组 M-JOA, ODI 和 VAS 评分均降低 ($P < 0.01$);治疗后与中药组、西药组比较,中西药组各评分均降低 ($P < 0.05$);治疗后与西药组比较,中药组各评分降低,差异无统计学意义。见表 3。

2.4 各组患者中医证候评分比较 与治疗前比较,

表 2 各组患者临床疗效比较

Table 2 Comparison of clinical efficacy among three groups

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
中药	63	18(28.6)	19(30.2)	13(20.6)	13(20.6)	50(79.4)
西药	62	16(25.8)	20(32.3)	15(24.2)	11(17.7)	51(82.3)
中西药	61	23(37.7)	26(42.6)	9(14.8)	3(4.9)	58(95.1) ^{1,2)}

注:与中药组比较¹⁾ $P < 0.05$;与西药组比较²⁾ $P < 0.05$ 。

治疗后各组中医证候(腰部重痛、受寒加重、活动受限、活动痛甚,舌质暗紫、脉沉迟/涩)评分均降低($P < 0.05, P < 0.01$);治疗后与西药组比较,中药组、中西药组中医证候评分均降低($P < 0.05$);治疗后与中药组比较,中西药组中医证候评分降低,差

表 4 各组患者中医证候评分比较($\bar{x} \pm s$)

Table 4 Comparison of traditional Chinese medicine symptom score among three groups($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	腰部重痛	受寒加重	活动受限	活动痛甚	舌质暗紫	脉沉迟/涩	总评分
中药	治疗前	63	7.2 ± 3.4	6.7 ± 2.8	5.6 ± 2.1	5.2 ± 1.8	6.8 ± 1.9	4.9 ± 2.4	36.4 ± 15.0
	治疗后		3.9 ± 2.1 ^{2,3)}	3.2 ± 1.6 ^{2,3)}	2.7 ± 1.2 ^{2,3)}	2.7 ± 1.2 ^{2,3)}	3.6 ± 1.7 ^{1,3)}	2.6 ± 1.3 ^{2,3)}	19.7 ± 11.2 ^{2,3)}
西药	治疗前	62	7.9 ± 2.7	6.2 ± 1.7	4.9 ± 1.8	5.7 ± 1.6	6.7 ± 1.8	5.4 ± 2.6	38.2 ± 15.9
	治疗后		5.2 ± 1.9 ¹⁾	4.6 ± 1.8 ¹⁾	3.4 ± 2.1 ¹⁾	3.9 ± 1.3 ¹⁾	4.5 ± 1.6 ¹⁾	3.8 ± 2.2 ¹⁾	28.2 ± 12.7 ¹⁾
中西药	治疗前	61	7.7 ± 3.3	6.4 ± 1.9	5.3 ± 2.4	5.9 ± 1.9	7.1 ± 2.4	5.1 ± 1.9	37.2 ± 14.3
	治疗后		2.8 ± 1.9 ^{2,3)}	1.9 ± 0.8 ^{2,3)}	1.4 ± 1.1 ^{2,3)}	1.6 ± 0.8 ^{2,3)}	2.1 ± 1.2 ^{2,3)}	1.7 ± 0.9 ^{2,3)}	11.5 ± 6.7 ^{2,3)}

注:与治疗前比较¹⁾ $P < 0.05, ^{2)}$ $P < 0.01$;治疗后与西药组比较³⁾ $P < 0.05$ 。

2.5 各组患者 TNF- α , 1L-1 β , CRP 和 SOD 水平比较 与治疗前比较,治疗后各组 TNF- α , 1L-1 β , CRP 和 SOD 水平均有不同程度改善($P < 0.05$)。与中

表 3 各组患者治疗前后各量评分比较($\bar{x} \pm s$)

Table 3 Comparison of score among three groups before and after treatment($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	M-JOA	ODI	VAS
中药	治疗前	63	14.85 ± 5.15	28.57 ± 4.2	6.34 ± 1.57
	治疗后		7.26 ± 3.52 ¹⁾	14.64 ± 5.8 ¹⁾	1.92 ± 1.02 ¹⁾
西药	治疗前	62	15.32 ± 3.42	29.82 ± 6.2	5.97 ± 1.81
	治疗后		8.75 ± 2.61 ¹⁾	13.37 ± 5.3 ¹⁾	2.14 ± 0.59 ¹⁾
中西药	治疗前	61	14.37 ± 4.43	29.73 ± 6.2	6.27 ± 1.7
	治疗后		4.85 ± 2.53 ^{1,2)}	8.67 ± 5.3 ^{1,2,3)}	0.83 ± 1.19 ^{1,2,3)}

注:与治疗前比较¹⁾ $P < 0.05$;与中药组治疗后比较²⁾ $P < 0.05$;与西药组治疗后比较³⁾ $P < 0.05$ (表 5 同)。

异无统计学意义。见表 4。

表 5 各组患者治疗前后 TNF- α , 1L-1 β , CRP 和 SOD 水平比较($\bar{x} \pm s$)

Table 5 Comparison of TNF- α , 1L-1 β , CRP and SOD among three groups($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	TNF- α / $\mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$	1L-1 β / $\mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$	CRP/ $\mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$	SOD/ $\mu\text{U} \cdot \text{L}^{-1}$
中药	治疗前	63	2.03 ± 0.31	0.45 ± 0.24	26.29 ± 13.49	71.39 ± 10.59
	治疗后		1.63 ± 12.7 ¹⁾	0.31 ± 0.22 ¹⁾	18.84 ± 10.33 ¹⁾	79.53 ± 12.46 ¹⁾
西药	治疗前	62	1.97 ± 0.27	0.41 ± 0.21	28.97 ± 14.72	74.27 ± 9.47
	治疗后		1.57 ± 13.94 ¹⁾	0.28 ± 0.19 ¹⁾	19.34 ± 11.37 ¹⁾	81.19 ± 11.39 ¹⁾
中西药	治疗前	61	2.09 ± 0.34	0.43 ± 0.25	26.46 ± 12.49	72.29 ± 10.27
	治疗后		1.13 ± 11.36 ^{1,2,3)}	0.20 ± 0.14 ^{1,2,3)}	11.94 ± 9.37 ^{1,2,3)}	95.75 ± 13.49 ^{1,2,3)}

2.6 不良事件 本研究发生不良事件 16 例,其中 15 例视为不良反应。不良事件发生率中药组 < 西药组和中西药组($P < 0.05$);不良反应发生率中药组 < 西药组和中西药组($P < 0.05$)。见表 6。

3 讨论

LDH 归属于中医“痹证”、“腰痛”和“腰脊痛”的范畴^[19]。中医认为负重劳损、外伤和风寒湿邪入侵为其主要病因^[20]。风寒湿邪留滞于经络导致

药组、西药组治疗后比较,中西药组 TNF- α , 1L-1 β 和 CRP 水平降低($P < 0.05$);SOD 水平升高($P < 0.05$)。见表 5。

“病态的凝滞、挛缩、阻滞经络、致气血凝滞不通”,腰腑失养、日久凝结成痹。《素问·痹论》谓:“风、寒、湿三气杂至,合之为痹也。”目前 LDH 以手术、康复治疗及药物治疗为主,西药治疗不良反应较大,手术费用较高且易于反复,康复治疗尚不能达到满意的临床疗效。中药以疗效确切,不良事件发生率低,在 LDH 的治疗中应用越来越广泛。依托考昔片为一种高选择性的环氧化酶-2 抑制剂,用于治疗急性

表 6 各组不良事件和不良反应发生率比较

Table 6 Comparison of clinical adverse events and adverse reaction rate among three groups

组别	例数	不良事件		不良反应	
		有	无	有	无
中药	63	1(1.6)	62(98.4)	1(1.6)	62(98.4)
西药	62	5(8.1)	57(91.9)	4(6.5)	58(93.5)
中西药	61	6(9.8)	55(90.2)	6(9.8)	55(90.2)

痛风性关节炎,骨关节炎急性期和慢性期的症状和体征,疗效确切^[21-22]。

散痹汤原方由巴戟天、白术、远志、菟丝子、茯苓、酸枣仁(炒)、山药、莲子、柴胡、半夏、甘草组成,具有温散寒、补益心包的功效。加入桂枝温阳化气,与茯苓配伍一温一利,对水湿留滞而偏寒者,具有温化祛湿的功效。去柴胡加入牛膝补肝肾、强腰膝,引药下行,入腰骨,使骨骼强劲。加入独活祛湿散寒,舒筋活络、止痛的功效,助巴戟天温经散寒,舒筋骨之邪。去远志加入肉桂温通经脉、散寒止痛,引火归源,以温养下焦、祛腰膝筋骨寒湿之邪。去酸枣仁、山药、莲子,加入黄连味苦性寒,可清热燥湿,与半夏辛温散寒配伍,佐以少许辛热之品干姜,温中焦而祛里寒,三药合用辛开苦降,理气而寒湿自除。诸药合用具有疏散寒邪、温经祛湿,舒筋通络、消肿止痛的功效。

散痹汤加减结合依托考昔片治疗寒湿痹阻型 LDH 总有效率明显高于中药组和西药组,且优于文献报道^[23]。观察指标采用 M-JOA, ODI, VAS 和中医证候量表来评价患者的疼痛强度、日常生活能力等,治疗后各评分均得到有效改善,中西药组优于西药组和中药组,且优于文献报道^[24-25]。其起效机制可能与抗炎、镇痛、修复组织受损神经和增强机体调节作用有关。CRP 为人体受到炎症因子刺激时合成的急性蛋白,可结合机体磷酸胆碱,提高白细胞的吞噬功能,促进巨噬细胞组织成分生成,出现炎症时 CRP 明显升高。临床上广泛用于肺部感染、痛风性关节炎、骨关节炎、骨关节炎和风湿性多肌痛等的诊断和疗效判定。IL-1 β 为多种细胞分泌的细胞因子,低浓度可调节机体作用,分泌过量可诱导肝脏急性期蛋白的合成。TNF- α 是巨噬细胞分泌的蛋白成分,为机体重要的生物活性细胞因子,具有抗感染等作用,用于肿瘤和关节炎等诊断和疗效判定。SOD 为机体重要的抗氧化酶,是清除细胞自由基的主要成分。SOD 含量降低预示人体组织和细胞的损伤。散痹汤加减结合依托考昔片可降低 TNF- α , IL-1 β ,

CRP 水平,提高 SOD 水平。其起效机制可能与增强吞噬细胞的吞噬功能,促进软骨细胞增殖与表型保护,提高机体免疫能力,抑制肿瘤细胞分泌、降低炎症反应,拮抗自由基损伤人体组织细胞、修复骨骼组织受损神经等作用有关。

综上所述,散痹汤加减治疗寒湿痹阻型 LDH 与西药依托考昔片疗效无明显差异,说明其具有有效性,且不良事件的发生率降低。散痹汤加减结合依托考昔片治疗肾寒湿痹阻型 LDH 疗效优于单用散痹汤加减和依托考昔片。表明散痹汤加减治疗寒湿痹阻型 LDH 安全有效,可单独使用,也可和依托考昔片联合应用,具有协同增效的作用。本研究虽然疗效确切,但样本数量不足,机制仍需要进一步深入研究,在今后的研究过程中,将扩大样本量,开展其实验研究,深入探讨其作用机制。

[参考文献]

- [1] 赵鹏飞,宋永伟,李志强,等.腰痛宁胶囊治疗腰椎间盘突出症(寒湿瘀阻证)临床观察[J].中草药,2016,47(5):799-802.
- [2] YANG R, WANG L Q, LIU Y. Antitumor activities of widely-used Chinese herb licorice [J]. Chin Herb Med, 2014, 6(4):274-281.
- [3] LIU C, ZHOU Y. Percutaneous endoscopic lumbar discectomy and minimally invasive transforaminal lumbar interbody fusion for recurrent lumbar disk herniation [J]. World Neurosur, 2017, 98(2):14-20.
- [4] FANG Y, QIU J, JIANG Z B, et al. Associations of Caspase-3 gene polymorphism with lumbar disc herniation [J]. Kaohsi J Med, 2016, 32(11):552-558.
- [5] LI X H, HAN Y C, CUI J, et al. Percutaneous endoscopic lumbar discectomy for lumbar disc herniation [J]. J Clin Neurosci, 2016, 33(11):19-27.
- [6] ZENG Z H, YAN M, DAI Y, et al. Percutaneous bipolar radiofrequency thermocoagulation for the treatment of lumbar disc herniation [J]. J Clin Neurosci, 2016, 30(8):39-43.
- [7] Ahn Y, JANG L T, Kim W K. Transforaminal percutaneous endoscopic lumbar discectomy for very high-grade migrated disc herniation [J]. Clin Neuro Neurosurg, 2016, 147(8):11-17.
- [8] RUAN W F, FENG F, LIU Z Y, et al. Comparison of percutaneous endoscopic lumbar discectomy versus open lumbar microdiscectomy for lumbar disc herniation: a meta-analysis [J]. Interna J Sur, 2016, 31(6):86-92.
- [9] 唐朝辉,曹亮,丁岗,等.腰痹通胶囊对大鼠腰椎神经根压迫致腰椎间盘突出模型药效及炎症因子的影响 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2015, 21(5):155-158.

- [10] 牛淑芳,李佳霖,周媛. 身痛逐瘀汤加减治疗腰椎间盘突出症近期疗效观察[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013,19(18):334-338.
- [11] 何军雷,王温,李成光. 除湿通痹汤联合牵引治疗腰椎间盘突出症的近期疗效观察[J]. 中国实验方剂学杂志,2016,22(1):186-189.
- [12] 胡有谷. 腰椎间盘突出症[M]. 3版. 北京:人民卫生出版社,2004:3.
- [13] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京:南京大学出版社,1994:206.
- [14] Gun W L, Ryu J H, Kim J D, et al. Comparison of lumbar discectomy alone and lumbar discectomy with direct repair of pars defect for patients with disc herniation and spondylolysis at the nearby lumbar segment[J]. Spine J, 2015,15(10):2172-2181.
- [15] Sokunbi O G, Kachalla F G. Effects of acupuncture, core-stability exercises, and treadmill walking exercises in treating a patient with postsurgical lumbar disc herniation: a clinical case report[J]. J Acupun, 2015, 8(1):48-52.
- [16] DIN G Y, YANG M Y. Electroacupuncture assisted by squatting stances for lumbar disc herniation: 128 cases [J]. World J Acupun, 2015, 25(1):47-50.
- [17] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:人民卫生出版社,1993:130-131.
- [18] 高东宸,张丽雅. 药物不良反应监察指南[M]. 北京:中国医药科技出版社,1996:18-21.
- [19] WANG X S, SUN R F, JI Q, et al. A meta-analysis of interlaminar minimally invasive discectomy compared to conventional microdiscectomy for lumbar disk herniation [J]. Clin Neuro Neurosurg, 2014, 127(12):149-157.
- [20] 钟秀莲,牛淑芳,王庆秧. 活血通痹散离子导入配合牵引疗法改善腰椎间盘突出症功能障碍的作用[J]. 中国实验方剂学杂志, 2014, 20(13):205-209.
- [21] 王安琪. 甲钴胺联合依托考昔治疗腰椎间盘突出症的效果观察[J]. 生物技术世界, 2015, 11(15):174.
- [22] 洪磊,吴克俭. 依托考昔片联合甲钴胺注射液治疗腰椎间盘突出症疗效观察[J]. 临床和实验医学杂志, 2013, 12(7):505-508.
- [23] Linda M P, Elina S, Line M J, et al. Serum levels of the pro-inflammatory interleukins 6 (IL-6) and -8 (IL-8) in patients with lumbar radicular pain due to disc herniation: a 12-month prospective study [J]. Brain Beha Immun, 2015, 46(5):132-136.
- [24] 陆新泉,邹海鹏,张桂琴. 按动疗法治疗腰椎间盘突出症下肢疼痛的临床观察[J]. 中国中西医结合杂志, 2016, 36(2):239-241.
- [25] Kogias E, Pamela F J, Klingle J H, et al. Minimally invasive redo discectomy for recurrent lumbar disc herniations [J]. J Clini Neurosci, 2015, 22(9):1382-1386.

[责任编辑 张丰丰]