

· 临床 ·

加味乌附麻辛桂姜汤治疗慢性非特异性 下腰痛寒湿瘀阻证的临床观察

蔡燕¹, 周宗波^{2*}, 桂树虹¹, 陈桂珠¹, 李玉玲¹, 竺嘉敏¹

(1. 海南省人民医院, 海口 570000; 2. 海口市中医医院, 海口 570216)

[摘要] **目的:**观察加味乌附麻辛桂姜汤治疗慢性非特异性下腰痛(NLBP)寒湿瘀阻证的近期和远期疗效及作用机制。**方法:**将119例符合要求患者按随机数字表分为对照组和观察组。对照组59例采用针刺+普拉提运动。观察组60例在对照组治疗的基础上服用加味乌附麻辛桂姜汤,1剂/d。两组疗程均为连续治疗6周。进行治疗前后简化McGill疼痛量表(SF-MPQ)[包括疼痛分级指数(PRI),疼痛视觉模拟评分(VAS)和现在疼痛状况(PPI)],Oswestry功能障碍指数(ODI),日本骨科协会下腰痛量表(JOA)和寒湿瘀阻证评分,治疗后患者行自我疗效评估;检测治疗前后肿瘤坏死因子- α (TNF- α),血栓素 2 (TXB₂),6-酮-前列腺素F_{1 α} (6-Keto-PGF_{1 α})和白细胞介素-1 β (IL-1 β)水平。**结果:**经秩和检验,治疗后观察组临床疗效优于对照组($Z=2.226, P<0.05$),自我疗效评估也优于对照组($Z=2.104, P<0.05$);治疗后观察组SF-MPQ量表PRI, VAS和PPI评分均低于对照组($P<0.01$);观察组患者JOA量表评分高于对照组($P<0.01$),寒湿瘀阻证评分和ODI量表评分均低于对照组($P<0.01$);观察组患者TNF- α , IL-1 β , TXB₂水平均低于对照组($P<0.01$),6-Keto-PGF_{1 α} 高于对照组($P<0.01$),TXB₂/6-Keto-PGF_{1 α} 低于对照组($P<0.01$)。**结论:**在针刺和运动疗法的基础上,采用加味乌附麻辛桂姜汤治疗慢性NLBP,近期能改善疼痛等症状,促进患者功能恢复,提高日常生活能力,远期能稳定病情,减少复发,并具有一定抗炎、镇痛作用。

[关键词] 非特异性下腰痛; 寒湿瘀阻证; 乌附麻辛桂姜汤; 复发

[中图分类号] R289;R274;R274.3;R245 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2019)07-0128-06

[doi] 10.13422/j.cnki.syfjx.20190831

[网络出版地址] <http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.3495.r.20181211.2100.003.html>

[网络出版时间] 2018-12-17 8:55

Clinical Observation of Modified Wufu Maxin Guijiang Decoction Treatment to Chronic Nonspecific Low Back Pain (NLBP) with Syndrome of Cold Dampness and Stasis

CAI Yan¹, ZHOU Zong-bo^{2*}, GUI Shu-hong¹, CHEN Gui-zhu¹, LI Yu-ling¹, ZHU Jia-min¹

(1. Hainan Provincial People's Hospital, Haikou 570000, China;

2. Haikou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Haikou 570216, China)

[Abstract] **Objective:** To observe the short-term and long-term clinical effect of modified Wufu Maxin Guijiang decoction treatment to chronic nonspecific low back pain (NLBP) with syndrome of cold dampness and stasis, and to investigate the mechanism of anti-inflammatory and analgesia. **Method:** One hundred and nineteen eligible patients were randomly divided into control group (59 cases) and observation group (60 cases) by random number table. Patients in control group got acupuncture treatment and pilates. Based on the treatment in control group, patients in observation received additional modified Wufu Maxin Guijiang decoction, 1 dose/day. The course of treatment was 6 weeks in both groups. Before and after treatment, scores of short-form McGill pain

[收稿日期] 20180911(138)

[基金项目] 海南省卫生计生行业科研项目(15A200057)

[第一作者] 蔡燕, 硕士, 主治医师, 从事颈肩腰腿痛的临床诊治工作, E-mail:273204017@qq.com

[通信作者] *周宗波, 主任医师, 从事中医骨科的临床工作, E-mail:2327522122@qq.com

questionnaire (SF-MPQ), Oswestry disability index (ODI), Japanese orthopaedic association (JOA) and syndrome of cold dampness were graded. After treatment, the patients made self efficacy assessment. Levels of thromboxane 2 (TXB₂), 6-Keto-PGF_{1a}, tumor necrosis factor- α (TNF- α) and interleukins-1 β (IL-1 β) were detected both before and after treatment. **Result:** After treatment, the rank sum test showed that the clinical efficacy in observation group was better than that in control group ($Z = 2.226, P < 0.05$), and the self efficacy assessment showed the efficacy in observation group was also better than that in control group ($Z = 2.104, P < 0.05$). Scores of SF-MPQ, PRI, VAS, PPI, ODI and syndrome of cold dampness and stasis in observation group were all lower than those in control group ($P < 0.01$), and score of JOA was higher than that in control group ($P < 0.01$). Levels of TXB₂, TNF- α and IL-1 β and TXB₂/6-Keto-PGF_{1a} were lower than those in control group ($P < 0.01$), and the level of 6-Keto-PGF_{1a} was higher than that in control group ($P < 0.01$). **Conclusion:** Based on the acupuncture treatment and pilates, modified Wufu Maxin Guijiang decoction in the treatment of chronic NLBP can ameliorate symptoms of pain, promote the recovery of function, and enhance activity of daily living in a short term, reduce the recurrence and stabilize the disease condition in a long term, with certain effects of anti-inflammatory and analgesia.

[**Key words**] nonspecific low back pain; syndrome of cold dampness and stasis; modified Wufu Maxin Guijiang decoction; recrudescence

非特异性下腰痛 (nonspecific low back pain, NLBP) 以腰部、腰骶部或臀部疼痛不适又缺乏明确临床病因和影像学表现, 是神经-肌肉-骨骼三者紊乱的综合表现。临床以腰痛就诊患者超过 90% 均为 NLBP, 持续超过 12 周者为慢性腰痛, 反复的疼痛导致睡眠障碍, 对患者精神心理造成不良的影响^[1-2]。腰痛也限制了患者的运动活动, 使患者生活质量下降, 加重患者经济负担。NLBP 的发病可能与肌肉、病毒感染、神经根级背根神经节病变等因素有关, 但目前仍无确切的病因与发病机制, 虽然患病率很高, 但可选择的有效治疗策略非常有限, 临床以保守治疗为主。药物治疗如非甾体类抗炎药物 (NSAIDs), 糖皮质激素等虽可缓解病情, 但长期使用副作用明显^[3]。

NLBP 属于中医“腰痛”“痹证”等范畴, 乃外邪侵袭、体虚年衰及跌仆闪挫, 使筋脉痹阻, 腰府失养所致, “不通”或“不荣”而致“腰痛”, 中医采用中药内服外治、针刺、推拿、艾灸、针刀松解、刮痧、拔罐等多种保守疗法均有较好的疗效, 且安全, 广为临床采用^[3-4]。乌附麻辛桂姜汤是成都中医药大学戴云波教授以《金匱要略》之乌头汤、乌头桂枝汤、麻黄附子细辛汤三方加减而成, 是治疗慢性顽痹 (寒痹) 的验方, 具有温经散寒, 除湿宣痹止痛之功效^[5]。近来李泰标等^[6] 研究显示以乌附麻辛桂姜汤加减治疗 NLBP 改善急性期腰痛效果明显, 且无毒副作用, 复发率低。赵海博等^[7] 研究显示乌附麻辛桂姜汤具有温经活血、通络止痛之功, 能显著减轻寒湿型

腰椎间盘突出症腰痛等症状, 临床疗效优于牵引 + 非甾体抗炎的效果。前期学者临床反复验证显示本方具有温经、散寒、除湿、蠲痹、理血、逐瘀等功效, 能明显减轻患者之“痹痛”^[5-8]。针刺能使 NLBP 患者经络通畅, 气血运行正常, 进而改善络脉瘀滞的状态, 是治疗 NLBP 安全有效疗法^[4]。本研究基于前期的基础评价了加味乌附麻辛桂姜汤联合针刺治疗慢性 NLBP 寒湿瘀阻证的近期和远期临床疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料 共纳入 126 例慢性 NLBP 患者, 均来源于 2016 年 7 月至 2017 年 12 月海南省人民医院针灸科门诊, 按随机数字表法分为 2 组。其中对照组 63 例, 男性 30 例, 女性 33 例; 年龄 34 ~ 69 岁, 平均 (47.48 ± 14.39) 岁; 病程 3 ~ 17 个月, 平均 (9.93 ± 5.28) 个月; 疼痛视觉模拟 (VAS) 评分 (5.84 ± 1.27) 分; 初发 25 例, 复发 38 例。观察组 63 例男性 28 例, 女性 35 例; 年龄 32 ~ 70 岁, 平均 (46.81 ± 13.46) 岁; 病程 5 ~ 20 个月, 平均 (10.47 ± 5.81) 个月; VAS 评分 (5.93 ± 1.35) 分; 初发 29 例, 复发 34 例。研究过程中对照组脱落 4 例, 完成 59 例, 观察组脱落 3 例, 完成 60 例。两组上述基线资料经统计学处理, 组间差异无统计学意义, 具有可比性。

1.2 诊断标准 ①慢性 NLBP 诊断标准参照《中国急/慢性非特异性腰背痛诊疗专家共识》^[9], 见腰背部、腰骶部疼痛, 伴活动受限; 病程 ≥ 12 周, 反复发作或呈慢性加重; 体查在疼痛部位存在肌张力增高

或明显局限性压痛点;排除感染、炎性风湿性疾病或肿瘤等,影像学检查多无特异性发现。②中医寒湿瘀阻证辨证标准《参照中医骨伤科病证诊断疗效标准》^[10],见腰痛,呈隐痛、酸痛或刺痛,转侧不利,阴雨天加重,得温痛减,肢体沉重,恶寒,怕冷;舌苔白滑,舌质紫暗,脉沉而迟缓。

1.3 纳入标准 ①符合慢性 NLBP 诊断、并符合寒湿瘀阻证诊断;②年龄 18 ~ 70 岁,男女不限;③3 分 ≤ 静息 VAS 评分 ≤ 7 分;④经海南省人民医院医学伦理委员会批准(批号 HYY20160425),取得患者签署的知情同意书。

1.4 排除标准 ①已经过手术治疗或服用阿片类药物进行治疗的患者;②经影像学等诊断为腰椎间盘突出、椎管狭窄、骨折、肿瘤、结核、腰背臀肌筋膜炎、腰三横突综合征、梨状肌综合征等可导致下腰痛的患者;③有惧针及曾有晕针史患者;④精神病患者、认知功能障碍,表达不清,无法交流者;⑤有严重过敏体质者,妊娠或哺乳期妇女;⑥合并心血管、神经系统、呼吸系统、消化系统、肾病、血液病和内分泌等系统严重患者。

1.5 治疗方法 两组患者基础治疗,采用普拉提运动,包括猫式调整、二点支撑、脊椎伸展、仰卧抬臀等,每次练习 2 ~ 3 个动作,练习 20 min,2 次/d。对照组采用针刺治疗,选腰夹脊穴,委中(双侧),腰痛点,阿是穴,肾俞,腰俞,环跳等。华佗牌无菌针灸针 40 mm × 0.25 mm,常规消毒,毫针补泻,或平补平泻,得气后留针 20 min,期间行针 2 ~ 3 次,1 次/d;每周 5 次,休息 2 d。观察组针刺治疗同对照组,并内服加味乌附麻辛桂姜汤。药物组成有制川乌 10 g^(先煎),白附片 10 g^(先煎),麻黄 5 g,细辛 3 g,桂枝 10 g,干姜 10 g,蜂蜜 30 g,白芍 15 g,甘草片 5 g,川芎 15 g,红花 5 g;随症加减,日久肾虚者加桑寄生 20 g,熟地黄 30 g,杜仲 15 g,续断片 15 g;瘀血阻络甚者加三七粉 10 g^(冲服),醋乳香、醋没药各 10 g;气血不足者加黄芪 30 g,当归 10 g。每剂药物煎煮 2 次,混合药液至 350 mL,分早、晚 2 次温服。两组患者均连续治疗 6 周。

1.6 观察指标

1.6.1 主要疗效指标 ①疼痛程度评价,采用简化 McGill 疼痛量表(SF-MPQ)^[11],SF-MPQ 由疼痛分级指数(PRI),疼痛 VAS 评分和现在疼痛状况(PPI)三个维度组成。②腰部运动障碍,采用 Oswestry 功能障碍指数(ODI)^[12],ODI 共 10 项,每项 0 ~ 5 分,总分 0 ~ 50 分,分数越高表示功能障碍程度越重。

ODI 和 SF-MPQ 均为治疗前后各评价 1 次。

1.6.2 次要疗效指标 ①自我疗效评估^[12],包括明显恶化、有点恶化、没有变化、有点好转、好转、明显好转、基本痊愈。于治疗后进行评价。②寒湿瘀阻证评分,将症状分为无(0 分),轻(1 分),中(2 分),重(3 分)4 级并分别评分。于治疗前后各评价 1 次。③日本骨科学会下腰痛(JOA)评分^[11],总分 0 ~ 29 分,分数越低表明功能障碍越明显。于治疗前后各评价 1 次。④复发情况比较,治疗结束后对 VAS 评分 ≤ 1 分的患者,每月进行 1 次随访,连续随访 6 个月,记录复发率和复发时的 VAS 评分。⑤检测血栓素 2(TXB₂),6-酮-前列腺素 F_{1α}(6-Keto-PGF_{1α}),肿瘤坏死因子-α(TNF-α)和白细胞介素-1β(IL-1β)的水平。TXB₂,6-Keto-PGF_{1α}采用放免法检测,试剂盒(军事医学科学院,批号分别为 20180147,201712061);TNF-α,IL-1β采用酶联免疫吸附法检测,试剂盒(赛默飞世尔科技有限公司,批号分别为 2018SN01054,180236)。于治疗前后各检测 1 次。

1.7 疗效评定标准 参照文献[3],采用 JOA 评分改善率 = [(治疗后评分 - 治疗前评分) / (29 - 治疗前评分)] × 100%。优为改善率 ≥ 75%;良为改善率 50% ~ 74%;中为改善率 25% ~ 49%;差为改善率 ≤ 24%。

1.8 统计学处理 数据统计以 SPSS 22.0 软件进行分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 *t* 检验;组间比较采用 χ^2 检验,等级资料采用秩和检验,均以 *P* < 0.05 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 观察组临床疗效优于对照组,经秩和检验,组间差异有统计学意义(*Z* = 2.226, *P* < 0.05),见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较

组别	例数	优	良	中	差
对照	59	20	23	11	5
观察	60	31	22	6	1

2.2 两组患者治疗前后疼痛程度情况评分比较 与治疗前相比较,治疗后两组患者 SF-MPQ 量表 PRI, VAS 和 PPI 评分均有降低(*P* < 0.01);治疗后,观察组 SF-MPQ 量表 PRI, VAS 和 PPI 评分均低于对照组(*P* < 0.01),见表 2。

表 2 两组患者治疗前后疼痛程度情况评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table 2 Comparison of pain score in two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s$) 分

组别	时间	例数	PRI	VAS	PPI
对照	治疗前	59	12.47 ± 3.13	5.84 ± 1.27	3.16 ± 0.82
	治疗后		4.23 ± 1.68 ¹⁾	1.85 ± 0.87 ¹⁾	1.15 ± 0.48 ¹⁾
观察	治疗前	60	12.65 ± 3.07	5.93 ± 1.35	3.22 ± 0.94
	治疗后		2.61 ± 1.14 ^{1,2)}	1.06 ± 0.52 ^{1,2)}	0.62 ± 0.37 ^{1,2)}

注:与本组治疗前比较¹⁾ $P < 0.01$;与对照组治疗后比较²⁾ $P < 0.01$ (表 3,5 同)。

2.3 两组患者治疗前后 ODI 量表,JOA 量表和寒湿瘀阻证评分比较 与治疗前相比较,治疗后两组患者 ODI 量表评分和寒湿瘀阻证评分均明显下降 ($P < 0.01$),JOA 量表评分显著上升 ($P < 0.01$);治疗后,观察组患者的 ODI 量表评分和寒湿瘀阻证评分均低于对照组 ($P < 0.01$),JOA 量表评分高于对照组,比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$),见表 3。

表 3 两组患者治疗前后 ODI 量表,JOA 量表和寒湿瘀阻证评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table 3 Comparison of scores of ODI, JOA and syndrome of cold dampness and stasis in two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s$) 分

组别	时间	例数	ODI	JOA	寒湿瘀阻证
对照	治疗前	59	36.17 ± 4.82	11.42 ± 2.75	18.45 ± 2.84
	治疗后		10.74 ± 2.90 ¹⁾	20.87 ± 3.93 ¹⁾	8.29 ± 1.76 ¹⁾
观察	治疗前	60	35.75 ± 5.06	10.93 ± 2.89	18.79 ± 2.73
	治疗后		6.32 ± 1.74 ^{1,2)}	24.41 ± 4.05 ^{1,2)}	5.14 ± 1.25 ^{1,2)}

表 5 两组患者治疗前后 TXB₂,6-Keto-PGF_{1a},TNF-α 和 IL-1β 水平变化情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table 5 Comparison of levels of TXB₂, 6-Keto-PGF_{1a}, TNF-α and IL-1β in two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	TXB ₂ /ng·L ⁻¹	6-Keto-PGF _{1a} /ng·L ⁻¹	TXB ₂ /6-Keto-PGF _{1a}	TNF-α/ng·L ⁻¹	IL-1β/ng·L ⁻¹
对照	治疗前	59	58.74 ± 6.14	47.62 ± 4.83	1.31 ± 0.25	34.18 ± 4.24	32.69 ± 4.47
	治疗后		44.14 ± 5.81 ¹⁾	53.38 ± 6.29 ¹⁾	0.90 ± 0.18 ¹⁾	21.76 ± 3.55 ¹⁾	24.03 ± 3.78 ¹⁾
观察	治疗前	60	59.18 ± 5.74	46.43 ± 5.02	1.35 ± 0.29	33.25 ± 4.38	33.67 ± 4.52
	治疗后		36.27 ± 4.25 ^{1,2)}	59.54 ± 6.74 ^{1,2)}	0.72 ± 0.14 ^{1,2)}	15.41 ± 2.79 ^{1,2)}	16.75 ± 3.05 ^{1,2)}

$P < 0.05$),观察组复发时 VAS 评分低于对照组 ($P < 0.01$),见表 6。

表 6 两组患者复发情况比较

Table 6 Comparison of recurrence between two groups

组别	例数	随访周期 /月	复发 /例	复发率 /%	复发时 VAS 评分 /分
对照	24	5.26 ± 1.14	14	58.33	3.87 ± 0.85
观察	36	5.48 ± 1.21	11	30.56 ¹⁾	2.43 ± 0.79 ²⁾

注:与对照组比较¹⁾ $P < 0.05$,²⁾ $P < 0.01$ 。

2.4 两组患者治疗后自我疗效评估比较 经秩和检验,治疗后,观察组患者的自我疗效评估优于对照组,比较差异有统计学意义 ($Z = 2.104, P < 0.05$),见表 4。

表 4 两组患者治疗后自我疗效评估比较

Table 4 Comparison of self efficacy assessment between two groups after treatment 例

组别	例数	明显恶化	有点恶化	没有变化	有点好转	好转	明显好转	基本痊愈
对照	59	4	5	3	5	9	15	18
观察	60	0	2	4	3	7	17	27

2.5 两组患者治疗前后 TXB₂,6-Keto-PGF_{1a},TNF-α 和 IL-1β 水平变化情况比较 与治疗前相比较,治疗后,两组患者 TXB₂,TNF-α,IL-1β 水平均有下降 ($P < 0.01$),6-Keto-PGF_{1a} 升高 ($P < 0.01$),TXB₂/6-Keto-PGF_{1a} 降低 ($P < 0.01$);治疗后,观察组患者 TXB₂,TNF-α,IL-1β 水平均低于对照组 ($P < 0.01$),6-Keto-PGF_{1a} 水平高于对照组 ($P < 0.01$),TXB₂/6-Keto-PGF_{1a} 低于对照组,比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$),见表 5。

2.6 两组患者复发情况比较 治疗后,对照组和观察组分别有 24 例和 36 例 VAS 评分 ≤ 1 分,并进行了随访;两组平均随访周期,组间比较差异无统计学意义;观察组复发率为 30.56%,低于对照组复发率 58.33%,比较差异有统计学意义 ($\chi^2 = 4.572$,

3 讨论

成人慢性腰背痛已经成为各国学者共同关注的公共健康问题,其中 NLBP 是最主要类型,是造成伤残损失健康生命年的首要因素^[13],NLBP 的发生可能涉及机械、化学和社会心理学因素,但目前仍未明了。脊神经主干受刺激形成是 NLBP 的主要原因,局部的无菌性炎症刺激神经末梢,导致相应支配区域的疼痛^[14]。NLBP 并无已知病理上改变,也无明确的病因,疼痛是导致患者就诊首先原因,目前治疗

方法仍然以减轻疼痛以及疼痛造成的影响,恢复躯体功能,预防残疾及维持工作能力。除常规使用 NSAIDs 治疗,而采用运动疗法、物理疗法、针刺等多种保守治疗手段综合用于临床,取得了较好效果^[9,13]。

中医认为寒气胜者为痛痹,寒为阴邪,侵袭肌肤经络,郁遏卫阳,凝滞营阴,不通则痛。风寒湿入于脉则血凝不流,入于筋则屈而不伸,入于肉则不仁,入于皮则寒,久不已,侵袭于腰背,筋脉经络阻滞,血循不畅而痛^[15]。因此治以温经散寒、散瘀除湿、通经止痛之法。

加味乌附麻辛桂姜汤中制川乌祛风除湿、温经止痛,白附片散寒止痛,干姜温中散寒回阳通脉,桂枝温通经脉、解肌、助阳化气,麻黄外散表寒,细辛解表散寒、祛风止痛,红花、川芎化瘀通络止痛,白芍舒筋止痛,甘草片解毒调和诸药,蜂蜜止痛、解毒。白芍、甘草片、蜂蜜三者调和营卫,使气血畅通;也能解制川乌、白附片之燥烈,化其药毒。全方共奏温经散寒,除湿蠲痹,逐瘀止痛之功。戴云波教授采用煎服方法,有利于达到治疗目的而减少副作用,也还强调了益气养血、滋养肝肾、活血通络等配合,效验后临床上可减少剂量^[5]。制川乌的活性成分乌头碱具有良好的镇痛、抗炎和免疫抑制作用,白附片含多种乌头碱类化合物,具有抗炎、镇痛作用。桂枝中含有桂皮醛、桂皮酸、肉桂醇、原儿茶酸等多种活性成分,具有抗病毒、抗炎、抗过敏、抗凝血、镇静,抗焦虑、神经保护等多种药理活性^[16]。白芍含白芍苷、牡丹酚等成分,具有镇痛、镇静、解痉、抗炎、调节免疫功能、扩血管耐缺氧及解毒作用等^[17]。川芎主要活性成分具有镇静、镇痛、保护神经、抗炎、抗氧自由基、抗血栓形成等多种作用^[18]。

针刺是中医治疗 NLBP 的最常见的方法,系统评价显示针刺在缓解 NLBP 疼痛、改善功能方面安全有效^[19]。本组资料显示治疗后观察组疗效优于对照组,患者的自我疗效评估也优于对照组,观察组 SF-MPQ 量表(PRI, VAS 和 PPI)评分,ODI 评分和寒湿瘀阻证评分均低于对照组,JOA 评分高于对照组,以上研究显示加味乌附麻辛桂姜汤近期能缓解慢性 NLBP 患者的疼痛,改善了中医症状和功能障碍,提高了日常生活能力,有着较好的临床疗效,且患者对疗效的认可度好于对照组。随访复发情况比较,观察组复发率 30.56%,低于对照组的 58.33%,观察组复发时 VAS 评分低于对照组,提示了加味乌附麻辛桂姜汤的使用,降低了 NLBP 复发率及病情的复

发程度,有着较好的远期疗效。

如前所述, NLBP 疼痛的发生与无菌性炎症导致的多种炎症因子刺激神经及局部组织有关。TXB₂ 和 6-Keto-PGF_{1α} 是一对血管活性调节因子,前者可使血管收缩或痉挛,肌肉缺血,引起疼痛,后者是血管内皮细胞损伤的特异性标志物已知最强的血管扩张剂,具有抗血栓形成和抗血小板聚集作用,多种原因均导致二者比例失衡,比值升高,使血管阻力上升,血小板凝聚力增强,导致微血栓形成,微循环障碍,从而出现疼痛等表现^[3,20]。IL-1β 是重要的炎症介质,可直接引发炎症疼痛,也可引起其他炎症因子诱发神经根疼痛^[3]; TNF-α 是重要的促炎因子,可直接损伤神经根,导致炎性疼痛,并刺激产生其他细胞因子如 IL-1β 的产生^[21]。本组资料显示治疗后观察组患者 TNF-α, IL-1β, TXB₂ 水平均低于对照组,6-Keto-PGF_{1α} 高于对照组, TXB₂/6-Keto-PGF_{1α} 低于对照组,提示了加味乌附麻辛桂姜汤具有调节炎症因子,起到改善血液微循环、抗炎、镇痛的作用。

综上,在针刺和运动疗法的基础上,采用加味乌附麻辛桂姜汤内服治疗慢性 NLBP,近期能改善疼痛等症状,促进患者功能恢复,提高日常生活能力,远期能稳定病情,减少复发,并具有一定抗炎、镇痛作用。

[参考文献]

- [1] 黄墩兵,周凡萍,黄赛娥. 悬吊运动疗法治疗慢性非特异性腰痛疗效的 Meta 分析[J]. 中国康复理论与实践, 2017, 23(12):1435-1442.
- [2] 岳寿伟. 腰痛的评估与康复治疗进展[J]. 中国康复医学杂志, 2017, 32(2):136-139.
- [3] 刘宜军,杨勇,孙丽敏. 附子汤合芍药甘草汤加味离子导入治疗寒湿瘀阻证非特异性下腰痛[J]. 中国实验方剂学杂志, 2017, 23(20):195-200.
- [4] 张继伟,陈东煜. 非特异性下腰痛的保守治疗现状[J]. 中医临床杂志, 2015, 27(12):1668-1670.
- [5] 付传国. 应用“乌附麻辛桂姜汤”治疗痹证的体会[J]. 成都中医学院学报, 1982, 6(2):50-52.
- [6] 李泰标,谢洪武,吴伟,等. 乌附麻辛桂姜汤加减治疗非特异性下腰痛的临床疗效观察[J]. 世界科学技术—中医药现代化, 2014, 16(10):2153-2156.
- [7] 赵海博,翟明玉,白玉,等. 乌附麻辛桂姜汤加减治疗寒湿型腰椎间盘突出症 46 例[J]. 现代中医药, 2014, 34(3):29-30.
- [8] 宋恩峰,孙文连. 乌附麻辛桂姜汤加味治疗类风湿性关节炎临床研究[J]. 湖北中医药大学学报, 2012, 14(4):48-49.

- [9] 中国康复医学会脊柱脊髓专业委员会专家组. 中国急/慢性非特异性腰背痛诊疗专家共识[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2016, 26(12): 1134-1138.
- [10] 中华人民共和国中医药行业标准. 中医骨伤科病证诊断疗效标准 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1994: 197.
- [11] 肖军章. 疼痛评估方法的优与劣[J]. 中国临床医药研究杂志, 2007, 177: 39-40.
- [12] Zigler J E, Delamarter R B. Oswestry disability index [J]. J Neurosurg Spine, 2014, 20(2): 241-242.
- [13] 梁育磊, 高谦. 非特异性腰痛诊疗进展[J]. 颈腰痛杂志, 2017, 38(4): 376-379.
- [14] 张浩, 梁潇, 徐浩, 等. 非特异性腰痛的研究概况[J]. 中国民族民间医药, 2017, 26(7): 59-61.
- [15] 李松. 温经通督药熨法配合艾灸治疗寒湿闭阻型腰痛临床研究[J]. 中医学报, 2017, 32(4): 677-682.
- [16] 朱华, 秦丽, 杜沛霖, 等. 桂枝药理活性及其临床应用研究进展[J]. 中国民族民间医药, 2017, 26(22): 61-65.
- [17] 崔虹, 朱佳茜, 冯秋芳, 等. 中药白芍化学成分及生物活性研究进展[J]. 海峡药学, 2017, 29(9): 1-5.
- [18] 张翠英, 章洪, 戚琼华. 川芎的有效成分及药理研究进展[J]. 辽宁中医杂志, 2014, 41(10): 2264-2266.
- [19] MAI X, SHI Y, XU Y, et al. Acupuncture for chronic low back pain in long-term follow-up: a meta-analysis of 13 randomized controlled trials [J]. Am J Chin Med, 2013, 41(1): 1-19.
- [20] 宋斌, 宋红, 王鸿儒, 等. 腰宁汤联合麝香止痛贴膏治疗寒湿瘀阻型慢性腰肌劳损的临床评价[J]. 中国实验方剂学杂志, 2016, 22(18): 159-163.
- [21] 樊国峰, 刘创建, 王丹, 等. 白细胞介素-1, 肿瘤坏死因子- α 与腰椎间盘突出退变的研究进展[J]. 河北医科大学学报, 2008, 29(4): 624-627.

[责任编辑 何希荣]