

低患者的死亡率^[3-4]。慢性阻塞性肺疾病目前很难治愈，为控制病情的发展，预防病情恶化是治疗的主要目的。面对临床上诸多的药物，选取一类适合病情的药物是重中之重。

川贝枇杷胶囊是由多种中药材构成，其中川贝母具有清热润肺，化痰止咳的功效^[5]。枇杷叶味苦，性平，入胃、肺经，具有清肺止咳、降逆止呕的功效。桔梗具有清喉利咽，祛痰止咳，排除脓肿的功效。薄荷脑具有疏风、清热、解毒功效。多种药物组合在一起在不仅可清热，还对患者的咳嗽、胸闷、胀痛等症状均有良好功效^[6-7]。现代药理学中得出：多种药物相结合制成的川贝枇杷胶囊可对患者的临床症状起到一定的抑制性。

沙丁胺醇是慢性阻塞性肺疾病稳定期一类主要用药，是选择性受体的激动剂，会于人体气管中逐渐吸收，不会遭受硫酸镁的破坏，可对组胺过敏性物质的释放起到一定的抑制作用，预防支气管痉挛。但这一药物在服用时容易出现不良反应，恶心、头晕等均是不良反应症状。患者长时间应用会产生耐受性，其疗效也会降低，患者病情会有所加重。

本研究尝试将上述两种药物结合在一起对部分患者展开治疗，从两组患者SGRQ评分（呼吸症状、活动能力、疾病影响、总分）与6 MWT的差值来看，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。观察两组患者治疗后的肺功能指标，观察组的FEV1、FEV1%、FEV1/FVC均优于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。这一结果说明结合两种药物展开治疗，可起到补肺益气的功效，改善患者的肺功能。综上所述

述，为慢性阻塞性肺疾病稳定期患者予以川贝枇杷胶囊与沙丁胺醇联合治疗，可显著改善患者的肺功能各项指标，将患者的6 min步行距离提高，减轻患者的气道阻塞状况，预防气管痉挛，将患者自身的免疫力提高。

〔参考文献〕

- (1) 曾少颜. 沙丁胺醇联合异丙托溴铵对慢性阻塞性肺疾病稳定期的疗效(J). 深圳中西医结合杂志, 2018, 28(11): 110-111.
- (2) 李玲. 固本咳喘颗粒联合沙丁胺醇治疗慢性阻塞性肺疾病稳定期的临床研究(J). 现代药物与临床, 2019, 34(6): 1731-1734.
- (3) 潘其胜. 益气化痰方联合硫酸沙丁胺醇片及异丙托溴铵气雾剂对慢性阻塞性肺疾病稳定期患者肺功能及生活质量的影响(J). 中国民间疗法, 2018, 26(14): 82-84.
- (4) 洪流. 布地奈德联合沙丁胺醇雾化吸入治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期的临床效果(J). 中外医学研究, 2017, 15(23): 142-143.
- (5) 郁智慧. 布地奈德联合沙丁胺醇雾化吸入治疗慢性阻塞性肺疾病患者的临床效果(J). 临床合理用药杂志, 2017, 10(32): 39-40.
- (6) 古丽米拉·依马木, 凌敏. 硫酸沙丁胺醇联合噻托溴铵治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期的临床疗效探讨(J). 饮食保健, 2017, 4(26): 67-68.
- (7) 董晓辉. 沙美特罗替卡松联合沙丁胺醇治疗慢性阻塞性肺病的效果及对气道重塑及炎症反应的影响(J). 中国实用医刊, 2019, 46(19): 116-118.

(文章编号) 1007-0893(2020)22-0052-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.22.022

补阳还五汤对腕管综合征术后康复的临床疗效

靳伟¹ 鲍雷²

(1. 溧阳市中医医院, 江苏 溧阳 213300; 2. 沭阳县中医院, 江苏 沭阳 223600)

〔摘要〕 目的: 观察与分析补阳还五汤加减对腕管综合征术后康复的临床疗效。方法: 随机选取2014年8月至2019年6月期间溧阳市中医医院收治的80例腕管综合征手术患者, 将其分为对照组与观察组, 各40例。其中, 对照组患者采用甲钴胺胶囊治疗, 而观察组患者在对照组基础上联合补阳还五汤加减治疗。观察与记录分析两组患者治疗效果, 并统计比较。结果: 观察组患者康复治疗总有效率为97.5%高于对照组的77.5%, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 两组患者术前腕管综合征功能评分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。术后3个月及术后6个月观察组患者的腕管综合征功能评分均高于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 观察组患者不良反应发生率为2.5%低于对照组的20.0%, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 采用补阳还五汤加减治疗腕管综合征术后康复患者, 可减少患者手术后疼痛麻木情况, 减缓肌肉萎缩情况, 促使手指活动明显改善。

〔关键词〕 腕管综合征; 补阳还五汤; 甲钴胺

〔中图分类号〕 R 683.4 〔文献标识码〕 B

〔收稿日期〕 2020-08-20

〔作者简介〕 靳伟, 男, 主治中医师, 主要从事手足外科工作。

腕管综合征是一种周围神经卡压性疾患，也是手外科医生最常进行手术治疗的疾患。在临床上腕管综合征比较常见，多见于活动较多的体力劳动者及中老年妇女，其病理基础是正中神经在腕部的腕管内受卡压。据统计，其发病率在美国约为 0.4%，我国目前尚无明确。当前，关于腕管综合征的治疗方式有许多，但仍局限于传统的手术治疗方法^[1]。虽然手术治疗技术已经相当完善，但疗效存在不确定性，且完整的神经功能恢复比较罕见。为了提高腕管综合征术后康复情况，基于此，本研究以本院收治的 80 例腕管综合征术后康复患者，采用补阳还五汤加减治疗效果明显，现将结果作如下汇道。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取溧阳市中医医院 2014 年 8 月至 2020 年 6 月期间收治的 80 例腕管综合征手术患者，根据用药不同，将这 80 例患者分为对照组与观察组，各 40 例。其中对照组男性 8 例，女性 32 例，年龄 32~76 岁，平均年龄 (49.1 ± 4.57) 岁；病史 2 个月~5 年，平均病史 (1.2 ± 0.3) 年；观察组男性 10 例，女性 30 例，年龄 33~76 岁，平均年龄 (49.5 ± 4.35) 岁；病史 3 个月~7 年，平均病史 (2.0 ± 0.5) 年。两组患者一般资料比较，差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)，具有可比性。

1.2 病例选择

1.2.1 纳入标准 (1) 来溧阳市中医医院门诊患者、住院者；(2) 均符合中西医腕管综合征诊断标准，其中中医诊断标准为参照《中医病症诊断疗效标准》，①患者肢体经脉弛缓，活动受限且无软弱无力，肌肉存在萎缩；②伴有肢体麻木、疼痛情况，中医辨证为脉络瘀阻症，患者肢体痿弱，麻木不仁，舌质黯淡、肌肤甲错。西医诊断标准为参照实用骨科学及《腕管综合征的诊疗进展》，①患者临床表现桡侧 3 个半手指麻木且疼痛；②体格检查桡侧 3 个半手指感觉减退，大鱼际肌萎缩，手指抓力减弱，Phalen 试验阳性；③伴有夜间麻醒史；④符合电生理检查诊断标准，正中神经 DML ≥ 4.5 ma，神经腕以下 SNCV < 40.0 m · s⁻¹[2-3]；

(3) 均行腕管综合征切开减压术；(4) 所有患者及家属均对本研究知情同意；(5) 可收集到患者完整的检查资料与相关病史资料。

1.2.2 排除标准 (1) 合并严重肝、肾脏等器质性疾病者；(2) 对药物治疗过敏者；(3) 其他能引起相关类似症状的中枢神经及外周神经病变；(4) 有严重精神疾病、意识障碍者。

1.3 方法

所有患者均实施腕管综合征切开减压术，并在手术之后进行康复治疗，主要是给予抗感染、消炎止痛等对症处理。

1.3.1 对照组 服用甲钴胺胶囊 (扬子江药业集团南京海陵药业有限公司，国药准字 H20052315) 治疗，每次温水口服 0.5 g，3 次 · d⁻¹，服药期间对患者血常规、肝肾功能、不良反应情况定期监测。用药 2 周为 1 个疗程，治疗 12 个疗程。

1.3.2 观察组 在对照组基础上联合补阳还五汤加减治疗，其组方有炒党参 20 g，炙黄芪 20 g，熟地黄 15 g，炒白芍 10 g，炒当归 10 g，川芎 10 g，炒桃仁 10 g，红花 10 g，赤芍 15 g，地龙 10 g，炙甘草 6 g。1 剂 · d⁻¹，水煮取汁 400 mL · 剂⁻¹，200 mL · 次⁻¹，分早晚 2 次温服，在治疗过程中可根据患者情况采用补阳还五汤加减治疗，其中气虚者加党参 9 g，痰阻者加法半夏 18 g，肝气淤滞者加香附 15 g，在治疗期间对患者血常规、肝肾功能定期监测。2 周为 1 个疗程，治疗 12 个疗程。

1.4 观察指标与疗效判定

观察与记录随访两组患者康复治疗期间疗效，比较其术后康复治疗效果、药物不良反应情况及随访 3 个月及 6 个月手术后腕管综合征功能情况。对患者手术后 3 个月及 6 个月腕管综合征功能评分，主要评定项目有麻木疼痛症状、感觉检查、肌肉萎缩情况及对掌功能，每个项目可分为优 (3 分)、良 (2 分)，可 (1 分) 及差 (0 分)，其中麻木疼痛症状完全消失为优，明显缓解为良，仍有部分为可，持续存在为差；感觉检查 S4 为优，S3 为良，S2 为可，S1~S0 为差；肌肉萎缩“-”表示优或良，“+”表示可，“++~+++”表示差；对掌功能正常为优，轻度受限为良，中度受限为可，严重受损为差。以上指标评分越高说明恢复效果越好^[4]。

1.5 统计学处理

采用 SPSS 19.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 t 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者术后康复治疗总有效率比较

观察组患者康复治疗总有效率为 97.5% 高于对照组的 77.5%，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 两组患者术后康复治疗总有效率比较 (n = 40, n (%))

组别	治愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	13(32.5)	11(27.5)	7(17.5)	9(22.5)	31(77.5)
观察组	20(50.0)	14(35.0)	5(12.5)	1(2.5)	39(97.5) ^a

与对照组比较，^a $P < 0.05$

2.2 两组患者手术前后各时段腕管综合征功能评分比较

两组患者术前腕管综合征功能评分比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。术后 3 个月及术后 6 个月观察组患者的腕管综合征功能评分均高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 2。

表2 两组患者手术前后各时段腕管综合征功能评分比较
(n=40, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	术前评分	术后3个月	术后6个月
对照组	3.96 ± 1.80	5.54 ± 1.98	7.75 ± 2.29
观察组	4.11 ± 1.70	6.54 ± 2.21 ^b	8.82 ± 2.16 ^b

与对照组比较, ^bP < 0.05

2.3 两组患者治疗期间不良反应率比较

观察组患者不良反应发生率为2.5% 低于对照组的20.0%, 差异具有统计学意义(P < 0.05), 见表3。

表3 两组患者治疗期间不良反应率比较 (n=40, 例)

组别	恶心	呕吐	腹泻	发生率/%
对照组	3	2	3	20.0
观察组	0	0	1	2.5 ^c

与对照组比较, ^cP < 0.05

3 讨论

腕管综合征是正中神经在腕管内受压引起的一种周围神经卡压综合征。该病多见于中老年女性, 患者常有职业病或劳损病史, 主要表现为腕前部疼痛及手部麻木无力, 常见患者正中神经分布的拇指、食指及中指区域^[4]。据流行病学调查显示, 本病的双侧腕部发病率可达到30% 以上, 其中绝经期女性占其中90%。该病发病与患者的职业工作性质存在很大的关系。此外, 外源性压迫、腕管管腔变小及管腔内容物增多、体积增大也可引起。当患者反复出现手、腕部疼痛伴有针刺感及麻木感时需要引起警惕, 若患者出现持物不稳、不能完成捏硬币等精细操作, 需要到医院进行检查与就诊治疗^[5]。

目前, 腕管综合征手术治疗后, 患者可形成腕掌瘢痕, 影响关节活动或瘢痕痛, 甚至部分患者出现神经损伤而导致握力下降。当前, 关于腕管综合征术后康复治疗方式有许多。西医主要采用甲钴胺胶囊治疗, 其中甲钴胺为内源性维生素B12, 主要在血液、髓液中存在。与维生素B12相比, 其对神经元的传导有良好的改善作用, 可通过甲基转换反应促进核酸-蛋白-脂肪代谢, 其作为甲硫氨酸合成酶的辅酶, 可参与脱氧核苷合成胸腺嘧啶过程, 促进核酸、蛋白合成, 修复被损害的神经组织, 防止轴突变性^[6]。患者在温水口服给药后, 3h之内血药浓度峰值达到最高, 吸收也较好。患者

服药后可依次从血液、肾及胃组织中等检测到甲钴胺元素, 且浓度较高, 而肌肉、睾丸等处的浓度则较低。服用后8h, 尿中总B12的排泄量为用药后24h排泄量的40%~80%。在中医范畴中腕管综合征手术后康复治疗属于“痹证”范畴, 主要采用补阳还五汤加减治疗, 其中该药中有炒党参、炙黄芪、熟地黄、炒白芍、炒当归、川芎、炒桃仁、红花、赤芍、地龙及炙甘草^[7]。其中, 炒党参与炙黄芪具有补中益气特点, 熟地黄具有滋阴补血功效, 炒白芍有平肝止痛的功效, 川芎、炒桃仁、红花、赤芍对炒当归起到辅助作用, 可活血化瘀, 而地龙通络活络, 可直达络中, 力佐使药, 具有益气滋阴, 炙甘草具有益气滋阴, 通阳复脉治疗功效。由于该药中黄芪等微量元素, 可为患者神经细胞提供代谢所需的营养物质, 有利于患者神经细胞的增殖, 从而促进周围神经的再生。康复治疗作为保守治疗方式, 无明显副作用^[8]。近年来在临床上应用较多, 在本研究中显示, 观察组患者术后康复治疗效果优于对照组, 且患者治疗后腕管综合功能评分较高。

综上所述, 采用补阳还五汤加减治疗腕管综合征术后康复人员, 可减少患者手术后疼痛麻木情况, 减缓肌肉萎缩情况, 促使手指活动明显改善。

[参考文献]

- (1) 姚丽红. 针刺结合中药熏洗治疗腕管综合征临床观察(J). 光明中医, 2020, 35(1): 75-77.
- (2) 骨少汀, 葛宝丰, 徐印坎. 实用骨科学(M). 上册. 北京: 人民军医出版社, 2012.
- (3) 邵静雯, 曹曼林. 腕管综合征的诊疗进展(J). 中国康复, 2014, 29(2): 141-146.
- (4) 朱连海, 丁莉, 李新玲, 等. 高压氧联合甲钴胺治疗腕管综合征的神经电生理疗效观察(J). 中华航海医学与高气压医学杂志, 2016, 23(5): 390-393.
- (5) 孙大芳, 牛志尊. 中西药合用治疗腕管综合征疗效分析(J). 实用中医药杂志, 2019, 35(10): 1207-1208.
- (6) 冯清波, 邱洁, 顾加祥, 等. 双侧腕管综合征152例病因分析及治疗体会(J). 中华手外科杂志, 2019, 35(6): 465-467.
- (7) 熊时喜, 王锋, 范荣. 补阳还五汤配合冲击波治疗腕管综合征33例(J). 中医药导报, 2015, 21(13): 70-72.
- (8) 叶永成. 不同方法治疗腕管综合征的临床分析(J). 中外医疗, 2018, 37(6): 47-48, 54.