

示扶正消瘤汤有助于降低机体炎症因子水平，减少炎症因子对细胞的攻击，既能降低正常细胞癌变的概率，又能抑制肿瘤细胞的增殖，从而起到抗肿瘤的作用。基于药物的安全性考虑，本研究监测了两组患者的性激素指标，发现两组患者的性激素水平较治疗前均无明显变化，说明在应用阿那曲唑内分泌治疗基础上使用扶正消瘤汤，不影响人体性激素水平，两组患者的性激素均维持在低水平，阿那曲唑降低雌激素的疗效不受影响，扶正消瘤汤联合内分泌治疗药物的安全性良好。综上所述，扶正消瘤汤对绝经后乳腺癌内分泌治疗患者疗效确切。

[参考文献]

(1) 宣雯霞, 郭泰, 王伏生. 乳腺癌的治疗进展 (J). 中国药物与临床, 2015, 15(2): 203-205.  
 (2) 龙成根, 凌华海, 许德明. 激素受体阳性乳腺癌长期内分泌治疗不良反应的观察 (J). 中国实用医药, 2020, 15(20): 29-30.  
 (3) 中国抗癌协会乳腺癌专业委员会. 中国抗癌协会乳腺癌诊治指南与规范 (2019 年版) (J). 中国癌症杂志, 2019,

29(8): 609-680.  
 (4) 郑筱英. 中药新药临床研究指导原则 (M). 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 198-199.  
 (5) 马宝璋. 中医妇科学 (M). 北京: 中国中医药出版社, 2004: 144.  
 (6) 刘医辉, 董春慧, 陈玲. 第三代芳香化酶抑制剂内分泌治疗绝经后乳腺癌疗效的 Meta 分析 (J). 临床和实验医学杂志, 2018, 17(21): 2293-2296.  
 (7) 冯凌娇, 王丹平, 吴玮芳, 等. 阿那曲唑对绝经后乳腺癌患者性激素水平的影响及人乳腺癌细胞的抑制作用 (J). 中国药师, 2017, 20(10): 1809-1812.  
 (8) Gradishar WJ, Anderson BO, Abraham J, et al. Breast Cancer, Version 3.2020, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (J). Journal of the National Comprehensive Cancer Network: JNCCN, 2020, 18(4): 452-478.  
 (9) 严晨, 王笑民, 于明薇, 等. 乳腺癌内分泌治疗相关类更年期综合征的中医研究现状 (J). 中华中医药杂志, 2017, 10(32): 4552-4554.  
 (10) 施晓丽, 谢俊. 清热解毒法联合新辅助化疗治疗乳腺癌的疗效及对免疫功能和生活质量的影响 (J). 现代中西医结合杂志, 2019, 28(12): 1288-1291, 1295.

(文章编号) 1007-0893(2021)05-0074-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.05.031

## 针灸联合蠲痹镇痛汤治疗腰椎间盘突出症的研究

刘冠苗 廖美媛 张 欢

(中山市南区医院, 广东 中山 528455)

[摘要] **目的:** 探究针灸联合蠲痹镇痛汤治疗腰椎间盘突出症的治疗效果。**方法:** 选取 2018 年 6 月至 2019 年 10 月在中山市南区医院行腰椎间盘突出症治疗的 100 例患者作为研究对象, 依据随机数字表法将其分观察组和对照组, 各 50 例。对照组采用单纯针灸治疗, 观察组在对照组基础上联合蠲痹镇痛汤治疗。比较两组患者日本骨科协会评估治疗分数 (JOA)、Oswestry 功能障碍指数问卷表 (ODI) 评分、视觉模拟评分法 (VAS) 评分及腰椎间盘突出症的复发率。**结果:** 治疗前, 两组患者 JOA 评分、ODI 评分、VAS 评分比较, 差异均无统计学差异 ( $P > 0.05$ ); 治疗第 10 天, 两组患者 ODI 评分均显著降低, 且观察组显著低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗第 20 天、第 30 天, 两组患者 JOA 评分显著升高, ODI 评分、VAS 评分显著降低, 且观察组 JOA 评分明显高于对照组, ODI 评分、VAS 评分均明显低于对照组, 差异均具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 治疗 6 个月随访调查, 观察组患者复发率为 4.0% 低于对照组的 16.0%, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 针灸联合蠲痹镇痛汤治疗腰椎间盘突出症患者疗效较好, 能有效减轻患者疼痛, 降低疾病的复发率。

[关键词] 腰椎间盘突出症; 针灸; 蠲痹镇痛汤

[中图分类号] R 681.5<sup>3</sup> [文献标识码] B

腰椎间盘突出症是由于椎间盘发生退行性改变, 在外力作用下使椎间盘纤维环破裂、髓核突出, 刺激压迫神经根和马尾神经表现出的一种综合病症。该病在临床较为常见,

治疗有一定难度, 其中以 L4~L5、L5~S1 椎间盘突出率最高, 临床常见病因包括椎间盘退行性变、过度负荷、急性损伤及遗传因素等<sup>[1-2]</sup>。主要表现为腰痛、下肢麻木、放射性疼痛等,

[收稿日期] 2020-12-08

[基金项目] 中山市卫生和计划生育局医学科研项目资助课题 (2018J318)

[作者简介] 刘冠苗, 男, 主治中医师, 主要研究方向是中医内科。

根据临床表现中医学将其纳入“痹症”、“腰腿疼”的范畴<sup>[3]</sup>。目前，治疗该疾病的方法主要包括手术治疗和非手术治疗，非手术治疗一般多采用中医治疗手段，包括针灸、推拿、中药、拔罐、中药外敷等，且有研究显示联合使用中医治疗手段的疗效要显著优于单一治疗手段<sup>[4]</sup>。本研究采用针灸联合蠲痹镇痛汤治疗腰椎间盘突出症患者取得了良好的治疗效果，现报道如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选取 2018 年 6 月至 2019 年 10 月在本院行腰椎间盘突出症治疗的 100 例患者作为研究对象，依据随机数字表法将其分观察组和对照组，各 50 例。对照组男 24 例，女 26 例，年龄 35~75 岁，平均年龄(53.41±6.19)岁，病程 1~12 个月，平均病程(5.38±3.38)月，腰椎间盘突出部位 L4~L5 20 例，L5~S1 22 例，其他部位 8 例；观察组男 23 例，女 27 例，年龄 35~74 岁，平均年龄(51.84±6.74)岁，病程 1~11 个月，平均病程(5.22±3.65)月，腰椎间盘突出部位 L4~L5 19 例，L5~S1 21 例，其他部位 10 例。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 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准 (1) 均符合《中医病症诊断疗效标准》<sup>[5]</sup> 中腰椎间盘突出症相关诊断标准，且经 CT/MRI 检查有明显椎间盘突出；(2) 年龄范围 18~75 岁。

1.2.2 排除标准 (1) 合并心、脑、肝、肾等重要脏器功能障碍及血液系统疾病者；(2) 患糖尿病且血糖控制欠佳者；(3) 针灸部位有严重皮肤损伤及皮肤病者；(4) 妊娠期及哺乳期妇女；(5) 疑似或确诊为骨关节、软组织及椎管内肿瘤、结核、骨髓炎者。

#### 1.3 方法

1.3.1 对照组 采用单纯针灸治疗，针刺方法：主穴为三焦俞、肾俞、大肠俞、关元、秩边、环跳、腰阳关、命门及患处夹脊穴，配穴：风市、绝骨、委中、阳陵泉、阿是穴。嘱患者俯卧位，暴露针刺部位皮肤，局部酒精消毒后在穴位上快速直刺进针，得气后留针 30 min，连续治疗 6 d 后休息 1 d，7 d 为 1 个疗程，连续治疗 4 个疗程。

1.3.2 观察组 在对照组基础上联合蠲痹镇痛汤治疗。方药组成：当归 15 g，羌活 8 g，三七粉 3 g(冲)，防风 8 g，秦艽 10 g，威灵仙 15 g，薏苡仁 30 g，黄芪 30 g，地龙 10 g，姜黄 8 g，制乳香 10 g，制没药 10 g，乌梢蛇 10 g，蜈蚣 1 条(去头足)。1 剂·d<sup>-1</sup>，水煮取汁 400 mL·剂<sup>-1</sup>，200 mL·次<sup>-1</sup>，分早晚 2 次温服。7 d 为 1 个疗程，连续治疗 4 个疗程。

1.4 观察指标 (1) 治疗前、治疗第 10 天、第 20 天、第 30 天患者日本骨科协会评估治疗分数(Japanese orthopaedic

association scores, JOA)<sup>[6]</sup> 评分、Oswestry 功能障碍指数问卷表(Oswestry disability index, ODI)<sup>[7]</sup> 评分及视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)<sup>[8]</sup> 评分。(2) 治疗 6 个月后患者的复发率。

#### 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  $\chi^2$  检验，P<0.05 为差异具有统计学意义。

### 2 结果

#### 2.1 两组患者治疗前后 JOA 评分、ODI 评分、VAS 评分比较

治疗前，两组患者 JOA 评分、ODI 评分、VAS 评分比较，差异均无统计学差异(P>0.05)；治疗第 10 天，两组患者 ODI 评分均显著降低，且观察组显著低于对照组，差异具有统计学意义(P<0.05)；治疗第 20 天、第 30 天，两组患者 JOA 评分显著升高，ODI 评分、VAS 评分显著降低，且观察组 JOA 评分明显高于对照组，ODI 评分、VAS 评分均明显低于对照组，差异均具有统计学意义(P<0.05)，见表 1。

表 1 两组患者治疗前后 JOA 评分、ODI 评分、VAS 评分比较 (n=50,  $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	时间	JOA 评分	ODI 评分	VAS 评分
对照组	治疗前	12.36±3.64	58.20±8.67	6.18±1.67
	治疗第 10 天	13.66±3.02	53.84±6.82 <sup>a</sup>	5.74±1.21
	治疗第 20 天	14.20±2.84 <sup>a</sup>	51.82±5.64 <sup>a</sup>	5.60±0.86 <sup>a</sup>
	治疗第 30 天	17.16±1.94 <sup>a</sup>	41.48±4.67 <sup>a</sup>	4.62±0.64 <sup>a</sup>
观察组	治疗前	12.76±3.81	57.36±9.03	5.90±1.84
	治疗第 10 天	14.81±3.12	49.84±5.64 <sup>ab</sup>	5.34±1.23
	治疗第 20 天	17.00±2.41 <sup>ab</sup>	42.16±4.87 <sup>ab</sup>	4.66±0.51 <sup>ab</sup>
	治疗第 30 天	20.10±1.88 <sup>ab</sup>	32.04±3.94 <sup>ab</sup>	3.64±0.31 <sup>ab</sup>

与同组治疗前比较，<sup>a</sup>P<0.05；与对照组同时间比较，<sup>b</sup>P<0.05

注：JOA—日本骨科协会评估治疗分数；ODI—Oswestry 功能障碍指数问卷表；VAS—视觉模拟评分法

#### 2.2 两组患者治疗 6 个月后复发率比较

治疗 6 个月随访调查，观察组患者复发 2 例(4.0%)，低于对照组的 8 例(16.0%)，差异具有统计学意义(P<0.05)。

### 3 讨论

中医学认为，腰椎间盘突出症属于“腰腿疼”、“痹症”的范畴，多由劳动姿势不当、长期抬物过重，或因外力冲撞、牵拉和扭转等慢性劳损及其他综合因素造成<sup>[9]</sup>。从中医学的角度来看，寒性凝滞、收引、湿性重浊、黏滞，风寒湿邪犯腰部，使局部肌肉痉挛、气血凝滞、筋脉失养，不通则痛，故而犯病。“腰者，肾之府”，肾虚肾精不足，则不能温暖滋养腰膝。《医宗必读》认为腰痛之症“有寒湿、有风热、有挫闪、有淤血、有滞气、有痰积，皆标也，肾虚其本也”，

肾气不足,外感邪气,故腰腿痛。中医强调整体观念,腰椎间盘突出症与脏腑、经络功能失调,以及督脉生理功能联系密切。

本研究选取三焦俞、肾俞、大肠俞、关元、秩边、环跳、腰阳关、命门及患处夹脊穴等穴位,可疏通经脉、培元固本、补肾强腰、调和气血,对改善关节功能,缓解肌肉痉挛、促进血行具有重要作用。蠲痹镇痛汤方能散寒除湿、通痹止痛。方中当归能活血补血,黄芪补气,二者配伍使用可益气活血,增强其温补作用;羌活可散表寒、祛风湿、利关节;三七化瘀止血,活血定痛;秦艽、威灵仙能祛风湿、舒筋络,常与防风等解表剂配伍使用;薏苡仁健脾止泻、渗湿除痹;蜈蚣、地龙、乌梢蛇配伍可祛风湿、通经络、息风止痉;姜黄、乳香、没药活血行气、温经止痛。全方共奏补益肝肾、活血除瘀、调经通络、祛风除湿之效。本研究结果显示治疗第20天、第30天,观察组患者JOA评分、ODI评分及VAS评分均明显优于对照组,差异均具有统计学意义( $P < 0.05$ );且治疗后6个月复查,观察组患者复发率4.0%明显低于对照组16.0%,表明针灸联合蠲痹镇痛汤治疗腰椎间盘突出症疗效更为显著,能有效减轻患者疼痛,降低疾病复发率。

#### 〔参考文献〕

(1) 张小刚,张军,周涛,等.腰椎间盘突出症患者突出椎间

盘与邻近椎间盘退变的MRI表现分析(J).实用临床医学杂志,2018,22(21):146-148,151.

- (2) 蔡进奎,李章华,方卫军,等.经皮椎间孔镜技术治疗腰椎间盘突出症的临床疗效分析(J).安徽医药,2018,22(1):46-49.
- (3) 徐清平,宋登峰,朱晓峰,等.中药内服联合中医手法、针灸治疗腰椎间盘突出症的临床疗效(J).中华中医药学刊,2018,36(3):765-768.
- (4) 李景虎,吕立江,唐成坤,等.非手术疗法治疗青少年腰椎间盘突出症的研究进展(J).中医正骨,2018,30(7):27-28.
- (5) 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准(M).北京:中国医药科技出版社,2017.
- (6) 龚兆阳,金理柜,胡思进,等.四维牵引联合身痛逐瘀汤治疗血瘀型腰椎间盘突出症临床研究(J).新中医,2018,50(3):119-122.
- (7) 陈丽华,金远林,周凌云.补肾祛湿汤联合刺络放血治疗腰椎间盘突出症疗效及对 $\beta$ -内啡肽、SOD及炎性细胞因子水平的影响(J).中国中医急症,2018,27(4):694-696.
- (8) 王远庆,吴耀持.超微针刀网状松解法对腰椎间盘突出症患者VAS评分和JOA腰椎疾患评分的影响(J).陕西中医,2020,41(4):541-543.
- (9) 董思佳,吴佳航,尹浩,等.腰椎间盘突出症的中医药治疗进展(J).云南中医中药杂志,2018,39(6):81-82.

〔文章编号〕 1007-0893(2021)05-0076-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.05.032

## 深圳市大鹏新区老年人低能量损伤骨折 与中医体质的相关性分析

段永敏<sup>1</sup> 叶科<sup>2</sup> 毛柳东<sup>3</sup>

(1. 深圳市第二人民医院, 广东 深圳 518035; 2. 深圳市大鹏新区医疗健康集团社管中心, 广东 深圳 518119; 3. 深圳市大鹏新区医疗健康集团葵丰社康中心, 广东 深圳 518119)

〔摘要〕 **目的:** 分析老年人低能量损伤骨折与中医体质类型的关系。**方法:** 利用大鹏新区3个街道20个社区健康服务中心居民健康档案及随访,对7360名60~85岁老年人依据《国家基本公共卫生服务规范指导手册》进行中医体质辨识并统计9种中医体质分布情况;其中男性2865名,低能量损伤骨折者116名;女性4495名,低能量损伤骨折者386名。分析低能量损伤骨折者和所有研究对象的体质类型及分布差异。**结果:** 7360例研究对象中,平和、气虚、阳虚、血瘀、阴虚、痰湿、湿热、气郁、特禀质分别占21.38%、13.06%、13.84%、11.79%、9.68%、11.45%、9.33%、5.65%和3.82%;低能量损伤骨折者502例,以气虚质最多,占比达到30.86%,其次为阳虚、血瘀、阴虚质分别占18.32%、13.93%和13.74%。

〔收稿日期〕 2020-12-20

〔基金项目〕 深圳市大鹏新区医疗健康集团医疗卫生科研项目资助课题(2020JTLCYJ05)

〔作者简介〕 段永敏,男,副主任医师,主要研究方向是中西医结合骨伤科。