

“龙芪强肌饮”治疗腰椎术后综合征脾胃虚弱证 36例临床研究

黄 森 吴俊哲

(广州中医药大学附属中山中医院, 广东中山 528400)

摘 要 目的:观察龙芪强肌饮治疗腰椎术后综合征脾胃虚弱证的临床疗效。方法:将腰椎术后综合征脾胃虚弱证患者随机分为治疗组与对照组,2组均在医师指导下进行腰背肌功能锻炼,治疗组加用中药汤剂龙芪强肌饮口服,对照组加用甲钴胺分散片口服,2组疗程均为4周。比较2组患者治疗前、治疗后和治疗后3个月SF-36量表评分、功能独立性测量评定(FIM)量表评分以及下肢关键肌群肌力评级,治疗后对2组患者进行疗效评价。结果:治疗后2组患者SF-36量表评分、FIM量表评分、肌力评级均较治疗前明显提高($P<0.05$);治疗后3个月2组患者SF-36量表评分、FIM量表评分均明显高于治疗后($P<0.05$)。治疗组治疗后及治疗后3个月各评分均明显高于同时期对照组($P<0.05$)。治疗组肌力疗效有效率为83.33%,明显高于对照组的70.83%($P<0.05$)。结论:龙芪强肌饮能明显改善腰椎术后综合征脾胃虚弱证患者肌力下降症状,促进患者术后康复,提高患者生活质量,是一种可行性高的治疗方法。

关键词 龙芪强肌饮;腰椎术后综合征;脾胃虚弱;SF-36量表评分;FIM量表评分;肌力

中图分类号 R681.530.5 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2019)10-0042-03

基金项目 广东省中山市社会公益科技局研究项目(2017B1098)

腰椎术后综合征(Failed Back Surgery Syndrome, FBSS)是一种发生在腰椎手术后的常见难治性并发症,是指因腰椎间盘突出症、腰椎管狭窄、腰椎滑脱等各种腰椎疾病行手术治疗后,其原有的腰腿痛、麻木、下肢乏力萎缩等症状缓解不明显甚至加重或者术后产生上述症状^[1]。有学者报道FBSS在腰椎术后患者中的发病率高达20%~40%^[2-3],严重影响患者术后康复质量。有文献报道FBSS二次手术获得满意疗效仅占30%,第3次手术降至15%,表明再次手术风险高,获益小,故目前对FBSS的治疗以保守方案为主^[4]。FBSS患者以疼痛症状最为常见,但也有部分患者以下肢乏力为主要症状,目前针对FBSS的研究主要集中在缓解疼痛方面,也有多种治疗方法可供选择,疼痛症状相对容易缓解,而术后麻痹和肌力下降往往难以恢复或恢复时间长,现阶段尚缺乏成熟的治疗方案。龙芪强肌饮是我院吴俊哲教授创立的治疗脊髓损伤的经验方,有健脾益气、强筋生肌的功效。笔者在临床应用中发现,该方对于改善脾胃虚弱证FBSS患者下肢萎软乏力症状有不错疗效,并进行了临床对比观察,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 69例患者均为2013年5月至2019年5月我院脊柱科门诊就诊的以肌力下降为主要表现的脾胃虚弱证FBSS患者,采用随机数字表法分为治疗组39例,对照组30例,治疗过程中治疗组脱落3例,对照组脱落6例。治疗组36例:男21例,女15例;年龄21~75岁,平均年龄(56.29 ± 9.74)岁;FBSS病程3个月~3年,平均病程(1.83 ± 1.16)年;单侧型19例,中央型8例,神经根型9例;行经皮椎间孔镜下腰椎间盘突出术10例,行单纯椎板开窗髓核摘除术9例,行后路切开减压椎弓根钉棒系统固定术17例。对照组24例:男13例,女11例;年龄23~72岁,平均年龄(54.36 ± 7.83)岁;病程4个月~3年,平均病程(1.69 ± 1.08)年;单侧型11例,中央型7例,双侧型2例,神经根型4例;行经皮椎间孔镜下腰椎间盘突出术4例,行单纯椎板开窗髓核摘除术3例,行后路切开减压椎弓根钉棒系统固定术17例。2组患者性别、平均年龄、平均病程、下肢各肌群平均肌力等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 腰椎间盘突出症诊断标准按照《脊柱外科学》^[5]中的标准。目前对FBSS的诊断标准存在较大争议,我们综合CHAN C W等^[6]的观点制定西医诊断标准:(1)行腰椎后路手术后,仍有腰部、臀骶部或下肢顽固性疼痛或其他不适症状;(2)查体有相应棘突或椎旁肌等处压痛,或有下肢肌力、感觉及反射方面的异常;(3)排除结核、肿瘤等因素造成的腰腿痛或腰腿乏力等其他不适症状。脾胃虚弱证诊断标准参考《中医临床诊疗术语证候部分》^[7]及《中医病证诊断疗效标准》^[8]内容制定:腰腿酸软无力日久,迁延不愈,遇劳更甚,食欲不振,面色少华,舌质淡苔薄白,脉沉细。

1.3 纳入标准 术前符合腰椎间盘突出症诊断标准且具备手术指征;术后符合FBSS西医诊断标准和脾胃虚弱证中医诊断标准,且以存在下肢乏力感和查体时肌力降低为主要表现;年龄在18~75岁之间;病程在2个月以上;同意作为受试对象,并签署知情同意书,保证完成疗程。

1.4 排除标准 评估须再次手术者;孕妇或哺乳期妇女;合并有心脑血管、造血系统、肝肾系统等严重原发性疾病或精神病患者。

2 治疗方法

2组均予基础常规治疗:在医师指导下进行腰背肌功能锻炼,采用“飞燕式”和“拱桥式”组合锻炼方法,30次/组,4组/d,连续锻炼4周。

2.1 治疗组 在常规治疗的基础上,加用中药汤剂龙芪强肌饮口服。药物组成:五指毛桃50g,黄芪30g,人参10g,千斤拔15g,牛大力15g,陈皮10g,白术10g,茯苓10g,当归、柴胡、升麻各5g,炙甘草10g。水煎,每日1剂,服1次,饭后温服,连续服用4周。

2.2 对照组 在常规治疗基础上,加用甲钴胺分散片(江苏四环生物制药有限公司生产,国药准字H20080290)口服,0.5mg/次,每日3次,连续服用4周。

3 疗效观察

3.1 观察指标 治疗前、治疗后、治疗后3个月分别对2组患者进行SF-36量表评分、功能独立性测量评定(FIM)量表评分和肌力分级。

3.1.1 SF-36量表评分 SF-36量表是可评估患者术后生活质量的国际主流量表,敏感度高,评分

越高术后生活质量越好^[9]。

3.1.2 FIM量表评分 FIM量表是美国脊柱损伤协会(ASIA)推荐的一个功能性评定量表,通过评估患者需要帮助的程度来评价脊髓损伤的严重程度,总分为126分,评分越高代表患者独立生活的能力越强^[10]。

3.1.3 肌力分级 按Lovett肌力分级标准从0级到5级共分6级,0级为肌肉无收缩运动,5级为正常肌力。

3.2 疗效判定标准 以肌力分级作为疗效评价标准,于治疗后对2组患者进行疗效判定。有效:肌力分级较治疗前提高;无效:肌力分级与治疗前比较无变化^[11]。

3.3 统计学方法 所有数据采用SPSS 21.0软件处理。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示。患者的一般资料、SF-36量表评分、FIM量表评分、肌力分级的组间比较采用两样本 t 检验,治疗前后的组内比较采用配对样本 t 检验。组间总疗效比较采用两独立样本秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组患者治疗前后SF-36量表、FIM量表评分比较 见表1。

3.4.2 2组患者治疗前后下肢关键肌群肌力分级比较 治疗前2组患者下肢关键肌群的肌力分级差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗4周后,2组患者下肢关键肌群的肌力分级均明显提高($P < 0.05$),且治疗组改善优于对照组($P < 0.05$)。治疗结束3个月随访,2组患者肌力均未进一步好转($P > 0.05$)。见表2。

表1 治疗组与对照组治疗前后SF-36量表、FIM量表评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	量表	例数	治疗前	治疗后	治疗后3个月
治疗组	SF-36	36	62.73±10.49	81.92±11.67 ^{△*}	88.95±9.24 ^{△#}
	FIM	36	53.81±7.09	82.47±5.12 ^{△*}	86.27±6.17 ^{△#}
对照组	SF-36	24	62.47±12.09	76.69±10.42 [△]	83.61±7.79 ^{△#}
	FIM	24	49.34±7.23	69.33±7.11 [△]	71.81±6.64 ^{△#}

注:与本组治疗前比较,△ $P < 0.05$;与本组治疗后比较,# $P < 0.05$;与同时期对照组比较,* $P < 0.05$ 。

表2 治疗组与对照组患者治疗前后下肢关键肌群肌力分级比较($\bar{x} \pm s$) 级

组别	例数	时间	股内收肌群	伸膝肌群	屈膝肌群	踝跖屈肌群
治疗组	36	治疗前	3.19±0.79	2.79±0.53	2.57±0.41	2.90±0.63
		治疗后	3.94±0.68 ^{△*}	3.83±0.44 ^{△*}	3.79±0.52 ^{△*}	3.88±0.64 ^{△*}
		治疗后3个月	3.96±0.92 ^{△*}	3.99±0.98 ^{△*}	3.89±0.91 ^{△*}	4.09±0.72 ^{△*}
对照组	24	治疗前	3.25±0.52	2.99±0.47	2.59±0.53	2.92±0.49
		治疗后	3.51±1.02 [△]	3.31±0.69 [△]	3.04±0.73 [△]	3.44±0.53 [△]
		治疗后3个月	3.65±0.72 [△]	3.85±0.59 [△]	3.71±0.37 [△]	3.63±0.77 [△]

注:与本组治疗前比较,△ $P < 0.05$;与同时期对照组比较,* $P < 0.05$ 。

3.4.3 2组肌力疗效比较 治疗组36例中,肌力好转30例,有效率为83.33%;对照组24例中,肌力好转17例,有效率为70.83%。治疗组有效率明显高于对照组($P<0.05$)。

4 讨论

腰椎术后综合征是一种术后并发症,有学者认为其应包括腰椎术后遗留症状与腰椎术后失败综合征。腰椎术后遗留症状指原有的某些症状无明显缓解,侧重于患者疾病自身因素,这与脊髓神经的受压时间、术前已存在的神经损害、病变的节段与严重程度等因素有关。腰椎术后失败综合征则侧重于手术本身或术后护理不当造成的影响,包括术前诊断错误、术中减压不彻底、固定节段不合理、椎弓根钉置入失误甚至进入椎管、术中操作暴力损伤、神经松解后的再灌注损伤、血肿压迫、术后硬膜外瘢痕组织硬化粘连、术后康复不充分等因素。但两者概念界限比较模糊,在我国统一称为腰椎术后综合征。

部分FBSS患者以肌力下降为主要表现。由于神经损伤具有不可逆性,神经功能的恢复周期长,因此术后肌力下降最难纠正,目前常用的药物有甲钴胺等营养神经类以及减轻神经水肿的激素类。腰背肌功能锻炼也是纠正腰椎术后神经损伤导致肌力下降的重要方法^[12]。

FBSS可归属于中医学“痹证”“腰痛”范畴,若以术后下肢乏力、筋脉松弛、肌肉萎缩等症为主,又可归于“痿证”范畴。《素问·痿论》言:“阳虚,则宗筋纵,带脉不引,故足痿不用也”,因此“治痿独取阳明”。脾主肌肉四肢,腰椎术后下肢萎软乏力当责之于脾胃。有研究表明,FBSS患者中脾胃虚弱证型者占28%^[13],笔者认为绝大部分肌力下降型FBSS患者可辨为脾胃虚弱证。龙芪强肌饮方中重用黄芪、五指毛桃为君药,黄芪能大补脾气,五指毛桃又称五爪龙、南芪,是广东道地药材,性平味甘,补而不燥,有健脾益气之功效,此二者同用大增运化脾胃之力。白术、人参、茯苓、甘草组成四君子汤,其中人参善补后天之本,白术“具土德之全,为后天资生之要药”,可补脾养胃,茯苓健脾益气、淡渗利湿以消脾虚湿盛,甘草补中益气、调和脾胃。陈皮,《本草纲目》言其“同补药则补……但随所配而补泻升降也”,用于大量补益剂中可增补益脾胃之功效,兼能理气燥湿使诸药补而不滞。柴胡疏泄肝郁以防其横逆犯土。升麻善升脾胃清气,配柴胡使清阳上升,从而推动浊阴下降,以强脾升胃降的运化之机。当归滋阴补血又能活血行血使补而不滞。千斤拔、牛大力补肾强腰健骨,肾为先天之本,脾为后天之本,壮肾水以充

脾土。全方共奏健脾益气、强筋生肌之效。

本研究结果表明,针对以肌力下降为主要表现的FBSS使用龙芪强肌饮从脾胃论治,对于改善患者生活质量、活动功能和下肢肌力,均有较好的效果。下一步拟继续扩大样本量与观察指标,并探索龙芪强肌饮治疗本病的药理机制。

参考文献

- [1] MANCHIKANTI L, MANCHIKANTI K N, GHARIBO C G, et al. Efficacy of percutaneous adhesiolysis in the treatment of lumbar post surgery syndrome[J]. Anesth Pain Med, 2016, 6 (2): e26172.
- [2] PEUL W C, VAN DEN HOUT W B, BRAND R, et al. Prolonged conservative care versus early surgery in patients with sciatica caused by lumbar disc herniation: two year results of a randomised controlled trial[J]. BMJ, 2008, 336 (7657): 1355.
- [3] HOLLINGWORTH W, TURNER J A, WELTON N J, et al. Costs and cost-effectiveness of spinal cord stimulation (SCS) for failed back surgery syndrome: an observational study in a workers' compensation population[J]. Spine, 2011, 36 (24): 2076.
- [4] HAZARD R G. Failed back surgery syndrome: surgical and nonsurgical approaches[J]. Clin Orthop Relat Res, 2006, 443: 228.
- [5] 陈仲强, 刘忠军, 党耕町. 脊柱外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 348.
- [6] CHAN C W, PENG P. Failed back surgery syndrome[J]. Pain Med, 2011, 12 (4): 577.
- [7] 国家中医药管理局. 中医临床诊疗术语证候部分[S]. 北京: 中国标准出版社, 1997: 55.
- [8] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 201.
- [9] WARE J. SF-36 health survey update[J]. Spine, 2000, 25 (24): 3130.
- [10] HALL K M, COHEN M E, WRIGHT J, et al. Characteristics of the functional independence measure in traumatic spinal cord injury[J]. Arch Phys Med Rehabil, 1999, 80 (11): 1471.
- [11] LOVETT R W. The treatment of infantile paralysis[M]. Philadelphia: P. Blakiston's Son & Co, 1917: 1.
- [12] 刘祥胜, 王达义, 温国宏, 等. 腰椎手术失败综合征的危险因素分析[J]. 中国医药导报, 2012, 9 (17): 75.
- [13] 孙晴, 龚福太, 孙义军, 等. 腰椎术后综合征中医辨证分型规律与相关因素的初步探讨[J]. 陕西中医, 2014, 35 (10): 1334.

第一作者: 黄森 (1992—), 男, 硕士研究生, 研究方向为脊柱疾病的诊疗。1529865619@qq.com

收稿日期: 2019-05-26

编辑: 吴宁