

朱氏伤科经验方联合正脊手法治疗腰椎间盘突出症 100例临床研究

陈伟峰 侯为林 许泽昱 陈赞琪

(常州市中医医院颈腰痛诊疗中心, 江苏常州 213003)

摘要 目的:观察“朱氏伤科”经验方“舒筋活血药”口服配合朱氏正脊手法治疗腰椎间盘突出症的临床疗效。方法:将200例腰椎间盘突出症患者随机分为治疗组与对照组,每组100例。对照组予常规西药口服配合常规腰椎牵引,治疗组予“舒筋活血药”口服配合朱氏正脊手法,2组均治疗2周。治疗第7、14日观察并比较2组患者Oswestry功能障碍指数问卷表(ODI)评分、简化McGill疼痛量表评分和血清炎症因子水平,并评估临床疗效。结果:治疗第7、14日2组患者ODI评分、简化McGill疼痛量表评分、血清炎症因子(超敏C反应蛋白、肿瘤坏死因子- α 、白介素-6)均明显低于治疗前($P<0.05$),治疗组明显低于对照组($P<0.05$)。治疗组总有效率为93.0%,明显高于对照组的74.0%($P<0.05$)。结论:“舒筋活血药”口服配合朱氏正脊手法能有效改善腰椎间盘突出症患者的腰部功能,缓解疼痛,控制局部炎症因子是其可能的治疗机制。

关键词 腰椎间盘突出症;舒筋活血剂;正脊手法;疼痛量表评分;血清炎症因子

中图分类号 R681.530.5 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2020)09-0032-03

基金项目 2018年度江苏省中医药科技项目(一般项目, YB201832)

腰椎间盘突出症是指由于各种因素引起的腰椎间盘退变,导致纤维环出现破裂,髓核突出,致使脊神经根与马尾神经受到压迫,引发神经功能障碍、腰痛等症状的疾病^[1]。西医保守治疗腰椎间盘突出症主要通过口服非甾体类消炎药,并配合牵引等物理治疗来缓解症状,但药物的胃肠道副作用不容忽视^[2]。中医治疗腰椎间盘突出症方法较多,疗效不一^[3]。“朱氏伤科”是享誉江南的一大中医骨伤流派,熔整骨手法、中医内治外治于一炉,治伤主张筋骨并重,急性损伤尤重气血。“朱氏伤科”经验方“舒筋活血药”在抗炎、镇痛方面的作用及机理早有研究^[4],近年来“朱氏伤科”又发展创新了中医整脊疗法,临床疗效显著。本研究探索运用“舒筋活血药”口服配合朱氏正脊手法治疗腰椎间盘突出症,并与常规西医治疗进行疗效比较,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取我院颈腰痛诊疗中心2018年1月至2018年12月收治的腰椎间盘突出症患者200例,按照随机区组设计分为治疗组与对照组,每组100例。2组患者性别、年龄、病程、腰部功能评分等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,见表1。本研究经常州市中医医院伦理委员会

审批通过,批件号:2018-LL-3(L)。

表1 治疗组与对照组患者一般资料比较

组别	性别/例		年龄	病程	腰椎功能评分
	男	女	($\bar{x}\pm s$)/岁	($\bar{x}\pm s$)/月	($\bar{x}\pm s$)/分
治疗组	52	48	50.02 \pm 8.02	11.41 \pm 13.11	0.765 \pm 0.503
对照组	55	45	48.31 \pm 9.61	14.01 \pm 12.25	0.748 \pm 0.558

注:各指标组间比较, $P>0.05$ 。

1.2 诊断标准 西医诊断标准参照《2013北美脊柱外科学会腰椎间盘突出症诊疗指南》中相关标准^[5]。中医辨证标准参照《中医病证诊断疗效标准》^[6]中血瘀证辨证标准。

1.3 纳入标准 符合腰椎间盘突出症诊断标准,经CT或MRI检查并确诊,处于发作期,中医辨证为血瘀证的患者;年龄在18~65岁;自愿参与本研究,并签署知情同意书。

1.4 排除标准 严重腰椎滑脱、肿瘤、结核,腰椎骨折,严重腰椎管狭窄症,腰椎间盘突出压迫脊髓及马尾神经,出现神经功能障碍,具有明确手术指征者;曾因腰椎间盘突出症行手术治疗者;腰背部皮肤严重破溃者;合并有严重心脏病、肝肾功能异常、血液病等内科系统疾病者;妊娠或哺乳期妇女;精神病患者,不能配合治疗者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 予“舒筋活血药”口服配合正脊手法治疗。“舒筋活血药”系我院已故名老中医朱龙襄的经验方,药物组成:党参30 g、黄芪30 g、杜仲叶15 g、牛膝15 g、徐长卿15 g、川断15 g、骨碎补10 g、川芎10 g、鸡血藤10 g、豨莶草10 g、寻骨风10 g、伸筋草10 g。每日1剂,水煎,分早晚2次温服。朱氏正脊手法:先予一指禅揉法按摩两侧腰部肌肉,松懈肌肉紧张状态;再依次点按双侧涌泉、昆仑、承山、阳陵泉、委中、环跳穴,改善神经走行处软组织血液循环,通畅经络,加速受损和致敏神经的修复;接着嘱患者侧卧于专用复位床上,触摸法定位错位之伤椎,以左侧为例,术者立于患者前面,令左侧在上,上方之腿屈髋膝,下方之肢体伸直放松,肩部后伸,术者前臂及手扣住左臀骶部,右手顶住患者左肩前方用力推扳使脊柱纵向旋转,可听见清脆弹响提示复位成功。手法治疗,每周治疗5次,每次20 min。

2.2 对照组 予美洛昔康分散片(江苏亚邦爱普森药业有限公司,国药准字H20010108)口服,7.5 mg/粒,每次1粒,早晚各1次。配合电动牵引床腰椎牵引治疗,每日1次,首次的牵引力量可以达到体重的1/8~1/5。随着牵引次数增加,可根据患者治疗效果调整牵引力度:如腰椎间盘突出症状逐渐减轻,牵引的力量可以逐渐减小;如果腰部症状没有减轻,牵引力可以逐渐增加到体重的1/3~1/2。

2组患者均以治疗2周为1个疗程,治疗1个疗程后观察疗效。

3 疗效观察

3.1 观察指标

3.1.1 Oswestry功能障碍指数问卷表(ODI)评分 ODI是由10个问题组成,分数越高,表示功能障碍越严重^[7]。

3.1.2 简化McGill疼痛量表评分 参照国际公认的描述与测量疼痛的简化McGill疼痛量表进行测试^[8],该量表分为三个部分:疼痛评级指数(PRI)、疼痛视觉模拟评分(VAS)、现在疼痛状况(PPI)。疼痛

评级指数(PRI)中的1~11项是对疼痛感觉程度进行评估,12~15项对疼痛情感状况进行评估;现在疼痛状况和视觉模拟评分用于对总体疼痛状况进行评估。

3.1.3 血清炎性因子含量 2组患者于治疗前和治疗第7、14天,空腹采集静脉血,检测血清超敏C反应蛋白(hs-CRP)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白

介素-6(IL-6)。hs-CRP水平采用免疫比浊法测定,TNF- α 、IL-6采用ELISA法测定,试剂盒均由上海信裕公司提供。

3.2 疗效评定标准 参考《中医病证诊断疗效标准》^[6]拟定。治愈:腰腿痛消失,直腿抬高70°以上,能恢复原工作;好转:腰腿痛减轻,腰部活动功能改善;未愈:症状、体征无改善。

3.3 统计学方法 采用SPSS 20.0软件进行数据处理。计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验;计数资料组间比较采用 χ^2 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ODI评分比较 见表2。

表2 治疗组与对照组治疗前后Oswestry功能障碍指数问卷表(ODI)评分比较($\bar{x} \pm s$) 单位:分

组别	例数	治疗前	治疗第7天	治疗第14天
治疗组	100	0.748 \pm 0.558	0.453 \pm 0.106 [△]	0.291 \pm 0.096 [△]
对照组	100	0.765 \pm 0.503	0.563 \pm 0.117 [*]	0.412 \pm 0.108 [*]

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗同时期比较, $\Delta P < 0.05$ 。

3.4.2 2组患者治疗前后简化McGill疼痛量表评分比较 见表3。

3.4.3 2组患者治疗前后血清炎性因子含量比较 见表4。

表3 治疗组与对照组治疗前后简化McGill疼痛量表评分比较($\bar{x} \pm s$) 单位:分

组别	例数	时间	疼痛评级指数(PRI)	现在疼痛状况(PPI)	疼痛视觉模拟评分(VAS)
治疗组	100	治疗前	14.11 \pm 1.86	2.71 \pm 0.68	7.39 \pm 0.86
		治疗第7天	8.77 \pm 1.32 [△]	1.61 \pm 0.63 [△]	4.37 \pm 0.49 [△]
		治疗第14天	4.84 \pm 0.99 [△]	1.22 \pm 0.51 [△]	2.69 \pm 0.77 [△]
对照组	100	治疗前	13.97 \pm 1.74	2.87 \pm 0.72	7.25 \pm 0.92
		治疗第7天	10.77 \pm 1.53 [*]	2.07 \pm 0.57 [*]	5.11 \pm 0.63 [*]
		治疗第14天	6.98 \pm 1.12 [*]	1.99 \pm 0.35 [*]	3.99 \pm 0.83 [*]

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗同时期比较, $\Delta P < 0.05$ 。

表4 治疗组与对照组治疗前后血清炎性因子含量比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	hs-CRP/(mg/L)	TNF- α /(pg/mL)	IL-6/(pg/mL)
治疗组	100	治疗前	15.09 \pm 2.58	53.02 \pm 3.17	22.99 \pm 3.87
		治疗第7天	10.23 \pm 2.30 [△]	39.88 \pm 3.92 [△]	16.87 \pm 2.78 [△]
		治疗第14天	6.41 \pm 1.11 [△]	23.39 \pm 3.32 [△]	10.37 \pm 2.12 [△]
对照组	100	治疗前	15.21 \pm 2.69	52.82 \pm 3.33	23.78 \pm 4.16
		治疗第7天	11.97 \pm 2.17 [*]	44.97 \pm 4.21 [*]	19.58 \pm 2.36 [*]
		治疗第14天	8.77 \pm 1.29 [*]	33.23 \pm 3.86 [*]	13.31 \pm 2.35 [*]

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗同时期比较, $\Delta P < 0.05$ 。

3.4.4 2组患者临床疗效比较 见表5。

表5 治疗组与对照组临床疗效比较 单位:例

组别	例数	治愈	好转	未愈	总有效率
治疗组	100	62	31	7	93.0% [△]
对照组	100	45	29	26	74.0%

注:与对照组比较, $\Delta P < 0.05$ 。

4 讨论

目前研究表明,腰椎间盘突出症的三大发病机制为:局部的机械性卡压,神经根周围的化学炎症反应,椎间盘的自身免疫反应^[9]。椎间盘突出会引起相应节段的神经根受压,局部产生大量的炎症因子(如hs-CRP、TNF- α 、IL-6等),此类炎症因子与神经末梢接触,导致神经致敏,神经控制的腰椎脊旁肌肉无力,被动引起肌肉紧张、缺血,诱发疼痛,进而形成一种恶性循环^[9]。目前临床西医非手术治疗主要为口服非甾体类消炎镇痛药以控制局部炎症因子,达到镇痛目的以改善症状,并配合常规牵引物理治疗,辅助放松肌肉,增加椎间隙间距,减轻神经根压迫,但常见药物胃肠道副作用以及腰椎牵引治疗的精准度不够等问题^[10]。

本病可归属于中医学“腰痛”“痹症”范畴,其病机多为脉络闭阻、血瘀气滞等,主要以通络止痛、理气行滞、活血化瘀为基本治疗方案。朱龙骧先生的“舒筋活血药”临床应用30余载,消炎止痛、通经活络之效显著。方中牛膝、川芎、鸡血藤活血通络;黄芪、党参行血补气;杜仲叶、骨碎补、川断补益肝肾、强壮筋骨;豨莶草、寻骨风、徐长卿、伸筋草通络祛湿、疏风止痛。相关动物实验也已证明“舒筋活血药”具有明显的消炎止痛作用,却无任何急性毒副作用^[4]。本研究结果表明,治疗组治疗后血清hs-CRP、TNF- α 、IL-6等炎症因子含量较治疗前均有明显降低,简化McGill疼痛量表评分明显降低,亦佐证了之前的动物实验结论。虽然“舒筋活血药”能很好地消炎止痛,但对于患者因腰部结构问题导致的功能障碍却无明显助益,因此我们考虑辅助中医手法治疗,改善患者功能障碍。

以往研究普遍认为,手法治疗腰椎间盘突出症主要是通过一定的手法来调整软组织张力,并以此来缓解椎间盘所受到的内压,并实现后纵韧带张力的有效提升,与此同时,椎管狭窄得到缓解,神经根也能最大程度地避免受到突出物的机械卡压和化学刺激,背部肌肉能够得到进一步放松,从而有效解除肌肉痉挛^[11]。朱氏伤科认为临床上脊椎“骨错缝、筋出槽”的主要表现,不仅与脊柱筋、骨、节等结构解剖位置关系的异常有关,还与脊柱关节生理活动功能异常存在紧密联系。基于此种理论,朱氏伤科手法予一指禅揉法松解腰部脊柱两旁肌肉的同时,还将神经走行处高张力的软组织一并放松,最后行腰椎小关节的整复,恢复腰椎的功能活动。本研究结果表明,治疗组通过行朱氏伤科正脊手法,理筋、调脊,患者ODI评分明显优于对照组,表明朱氏伤科手法无论在急性期,还是在治疗后期均能够在松解腰部紧张肌肉的基础上,更精准地调整腰椎小关节卡

压,进而更好地改善患者的腰部功能障碍。

综上,“朱氏伤科”经验方“舒筋活血药”口服配合朱氏正脊手法治疗腰椎间盘突出症与常规西医疗法比较疗效更显著,可更有效地改善患者腰部功能,减轻疼痛,提高生活质量。下一步拟在常规治疗的基础上,分别对比“舒筋活血药”口服及朱氏正脊手法治疗腰椎间盘突出症的有效性,并进一步探讨治疗机理。

参考文献

- [1] 李妍,姚啸生.中西医治疗腰椎间盘突出症研究概况[J].辽宁中医药大学学报,2016,18(4):231.
- [2] KAITO T, MATSUYAMA Y, YAMASHITA T, et al. Cost-effectiveness analysis of the pharmacological management of chronic low back pain with four leading drugs[J]. J Orthop Sci, 2019, 24(5): 805.
- [3] 王秀艳,于希军.中西医治疗腰椎间盘突出症研究进展[J].现代中西医结合杂志,2019,28(10):1132.
- [4] 张曦.舒筋活血药抗炎、镇痛作用及急性毒性试验的实验研究[J].中医药临床杂志,2007,19(6):558.
- [5] BOSTELMANN R, STEIGER H J. Comment on “An evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of lumbar disc herniation with radiculopathy” [J]. Spine J, 2014, 14(9): 2273.
- [6] 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,1994:61.
- [7] PENNING S J, DEVIN C J, KHAN I, et al. Prediction of Oswestry Disability Index (ODI) using PROMIS-29 in a national sample of lumbar spine surgery patients[J]. Qual Life Res, 2019, 28(10): 2839.
- [8] 庞军,农章嵩,唐宏亮,等.筋膜疼痛综合征疗效评定方法的临床应用概况[J].辽宁中医杂志,2019,46(1):215.
- [9] FRITZELL P, WELINDER-OLSSON C, JÖNSSON B, et al. Bacteria: back pain, leg pain and Modic sign—a surgical multicentre comparative study[J]. Eur Spine J, 2019, 28(12): 2981.
- [10] 冯宪焯,徐义明,蔡赞,等.非手术脊柱减压系统与常规牵引器治疗腰椎间盘突出症:表面肌电图分析的比较[J].中国组织工程研究,2018,22(7):1032.
- [11] 李玉荣,李文豪,李骥征,等.近30年国内期刊文献中推拿手法治疗腰椎间盘突出症的选穴规律探讨[J].针灸临床杂志,2018,34(12):46.

第一作者:陈伟峰(1984—),男,医学硕士,主治中医师,从事颈肩腰腿痛的手法治疗研究。

通讯作者:侯为林,本科学历,主任中医师。hwlgmhj@yeah.net

修回日期:2020-04-30

编辑:吴宁