

双合汤联合循经消结推拿治疗腰椎间盘突出症 临床疗效观察

巴特那森

新疆医科大学第四附属医院，新疆 乌鲁木齐

收稿日期：2024年6月19日；录用日期：2024年7月13日；发布日期：2024年7月23日

摘要

目的：观察双合汤联合循经消结推拿对腰椎间盘突出症患者的临床疗效。方法：选取2023年1~9月新疆医科大学第四附属医院收治的腰椎间盘突出症患者共计96例，简单随机化分为药物对照组及联合治疗组，每组48例。药物对照组给予塞来昔布胶囊口服，联合治疗组在药物对照组基础上给予双合汤联合循经消结推拿。观察两组临床疗效、治疗前后JOA评分和VAS评分及直腿抬高角度、血清炎症因子TNF- α 及IL-6水平等各项指标。结果：联合治疗组有效率(91.67%)远高于药物对照组有效率(83.33%)($P < 0.01$)；两组治疗后JOA评分、VAS评分、直腿抬高角度、血清炎症因子TNF- α 及IL-6水平均优于治疗前($P < 0.01$)，且联合治疗组治疗后上述指标均明显优于药物对照组($P < 0.01$)。结论：双合汤联合循经消结推拿治疗腰椎间盘突出症相较于单纯塞来昔布口服有更好的临床治疗效果，能够更加有效地恢复腰椎及下肢活动功能，在一定程度上提高患者生活质量。

关键词

双合汤，推拿，腰椎间盘突出症，临床疗效

Clinical Efficacy of Shuagnhetang Combined with Meridian Elimination and Massage in the Treatment of Lumbar Intervertebral Disc Herniation Observed

Batenasen

The Fourth Affiliated Hospital of Xinjiang Medical University, Urumqi Xinjiang

Received: Jun. 19th, 2024; accepted: Jul. 13th, 2024; published: Jul. 23rd, 2024

文章引用：巴特那森. 双合汤联合循经消结推拿治疗腰椎间盘突出症临床疗效观察[J]. 临床医学进展, 2024, 14(7): 1066-1072. DOI: 10.12677/acm.2024.1472115

Abstract

Objective: To observe the clinical efficacy of double-hexagonal soup combined with meridian elimination and knots massage on patients with lumbar intervertebral disc herniation. **Methods:** A total of 96 patients with lumbar intervertebral disc herniation admitted to the Fourth Affiliated Hospital of Xinjiang Medical University from January to September 2023 were selected, and were simply randomized into a drug control group and a combined treatment group, with 48 cases in each group. The control group was given celecoxib capsules for oral administration, and the combined treatment group was given Shuanghe Tang combined with JingzhuXiejieTuina on the basis of the control group. The clinical efficacy, JOA and VAS scores, straight leg elevation angle, serum inflammatory factor TNF- α and IL-6 levels were observed in both groups before and after treatment. **Results:** The effective rate of the combined treatment group (91.67%) was much higher than that of the drug control group (83.33%) ($P < 0.01$); the JOA score, VAS score, straight leg elevation angle, serum inflammatory factor TNF- α and IL-6 levels of the two groups were better than those of the pre-treatment group ($P < 0.01$), and the above indexes of the combined treatment group were significantly better than those of the drug control group after treatment ($P < 0.01$). **Conclusion:** The treatment of lumbar intervertebral disc herniation with double-hexagonal soup combined with meridian elimination and acupressure has better clinical therapeutic effect than oral administration of celecoxib alone, which can more effectively restore the function of lumbar vertebrae and lower limb activities, and improve the quality of life of patients to a certain extent.

Keywords

Shuanghetang, Massage, Lumbar Disc Herniation, Clinical Efficacy

Copyright © 2024 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

腰椎间盘突出症(lumbar disc herniation, LDH)是在腰椎纤维环破裂后,髓核突出压迫椎管内神经、血管等结构,引起腰痛和(或)下肢放射痛、乏力麻木等表现的疾病[1] [2],严重影响患者工作、生活质量,长期不干预甚至会造成残疾等严重后果,需尽早进行规范治疗[3] [4]。2020 年我国腰椎病患者已突破两亿大关,其中 LDH 患者已占腰椎病总人数的 15.2%。目前,LDH 正以惊人的速度年轻化,据统计 20~40 岁的年轻人占到 60%以上,年龄最小的患者仅 10 岁[5]。

“腰突症”以疼痛为主症,因此现代中医学多将 LDH 对应诊断为“腰痹”“腰痛病”。由于 LDH 的发病、进展多与跌仆闪挫、劳逸失调、错误姿态等因素密切相关,故多以痰瘀痹阻之证型进行辨证施治[6] [7]。相较于非甾体类药物、糖皮质激素等现代药物,中医方药及针灸、推拿等特色疗法治疗 LDH 具有独特优势,有良好的远期疗效,再配合生活方式的改善可以有效预防病情反复[8] [9]。

本研究观察双合汤联合循经推拿治疗 LDH 的临床疗效,现将研究结果报道如下。

2. 资料与方法

2.1. 一般资料

选取 2023 年 1~9 月新疆医科大学第四附属医院收治的 LDH 患者共计 96 例,采用简单随机化方式分

为联合治疗组和药物对照组, 各 48 例。(一般资料对比详见 3.1)

2.2. 纳入标准

1) 符合《中医病证诊断疗效标准》[10]及《“腰椎间盘突出症的康复治疗”中国专家共识》[11]中关于 LDH 的诊断标准, 即: ① 腰脊僵痛, 和(或)下肢放射痛, 活动受限; ② 受累节段支配区感觉异常; ③ 股神经牵拉试验、直腿抬高(加强)试验(+); ④ 腰椎影像学检查与症状、体征相符; 2) 年龄在 25~50 岁之间; 3) 本次起病后未接受非本院医嘱的相关治疗。

2.3. 排除标准

1) 不符合上述纳入标准; 2) 经证实合并新发椎体骨折、椎体滑脱、椎管狭窄、严重骨质疏松等其他腰椎疾患; 3) 罹患恶性肿瘤、严重神经精神疾病、凝血免疫功能障碍、心脑血管疾病、肝肾功能不全等; 4) 妊娠或哺乳期女性; 5) 对本次研究所用相关药物有过敏史; 6) 依从性差, 或对推拿治疗排斥, 无法全程参与治疗并协助跟进后续随访者。

2.4. 治疗方法

1) 药物对照组给予塞来昔布胶囊(江苏正大清江制药有限公司生产)口服, 0.2 g/次, bid, 连续口服 3 疗程(周)后结束; 疗程中根据患者实际情况适当给予糖皮质激素、神经营养类药物。

2) 联合治疗组在药物对照组基础上给予双合汤联合循经消结推拿治疗[12]。

双合汤组方: 当归 15 g, 川芎 12 g, 白芍 12 g, 陈皮 10 g、姜半夏 12 g, 白茯苓 15 g, 桃仁 12 g, 红花 10 g, 白芥子 12 g, 甘草 9 g; 日 1 剂, 水煎至 300 ml, 分早晚 2 次顿服。

循经消结推拿操作方法: 足太阳、足少阳之经络循行同样参照《经络腧穴学》[13]; ① 足太阳经消结。取俯卧位, 沿足太阳经方向由上至下松解棘突旁、臀大肌、股二头肌、腓肠肌及足跟筋结等; ② 足少阳经消结。取侧卧位, 沿足少阳经方向由上至下松解梨状肌、膝外、腓骨长肌及足次趾筋结等。约 30 min/次/日, 5 次/疗程(周), 连续治疗 3 疗程后结束。

3) 基础治疗: 经确认符合纳入标准并入组的 LDH 患者, 若患有高血压、糖尿病、冠心病等慢病时需根据该病种指南给予干预。

4) 基础护理: 在治疗期间给予患者姿态改善教育、腰部保暖、饮食运动建议等。

2.5. 结局指标

1) 采用腰椎功能评分(JOA) [14] [15]评价患者治疗前后腰椎功能, 共计 0~29 分, 评分与腰椎功能呈正相关; 再对患者治疗前、后评分差值进行观测, 得出 JOA 改善率 = $(JOA_{后} - JOA_{前}) / (29 - JOA_{前}) \times 100\%$ 。
2) 采用视觉模拟评分(VAS) [16]对患者主观疼痛程度进行评价, 共计 0~10 分, 评分与腰椎功能呈负相关。
3) 直腿抬高角度: 治疗床平面与抬高肢体冠状面所成夹角。
4) 血清炎性因子水平: 采集患者晨起空腹静脉血 3 ml, 采用 ELISA 测定治疗前、后及治疗后 3 周随访时 TNF- α 、IL-6 水平。

2.6. 疗效判定

痊愈: 腰痛、下肢症状消失, 腰椎活动不受限, 直腿抬高 $> 70^\circ$, JOA 改善率 $\geq 90\%$; 显效: 症状明显减轻, 腰椎活动显著改善, 直腿抬高 $\approx 70^\circ$, $60\% \leq \text{JOA 改善率} \leq 89\%$; 有效: 腰痛及下肢症状有所减轻, 腰椎活动有所缓解, 直腿抬高 $< 70^\circ$, $25\% \leq \text{JOA 改善率} \leq 59\%$; 无效: 腰痛、下肢症状及腰椎活动能力均无明显改善, 甚至加重, JOA 改善率 $\leq 24\%$ [17]。

有效率 = (痊愈 + 显效 + 有效) / $n \times 100\%$ 。

2.7. 统计数据处理

本次研究拟采用 SPSS 22.0 统计软件。计量资料采用均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 两组间比较采用独立样本 t 检验, 组内干预前后比较采用配对样本 t 检验; 计数资料用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为存在统计学差异。

3. 结果

3.1. 一般资料对比

联合治疗组中, 男性 30 例, 女性 18 例; 年龄 25~50 (37.05 ± 11.42)岁; 病程 0.3~10 (3.87 ± 6.12)年; 影像学分型: 膨出型 27 例, 突出型 21 例; 病变节段: L_{3~4} 2 例、L_{4~5} 24 例、L₅~S₁ 22 例。药物对照组中, 男性 27 例, 女性 21 例; 年龄 25~50 (36.90 ± 10.27)岁; 病程 0.5~11 (4.03 ± 4.12)年; 影像学分型: 膨出型 25 例, 突出型 23 例; 病变节段: L_{3~4} 9 例、L_{4~5} 22 例、L₅~S₁ 17 例。两组 LDH 患者的一般资料间差异无统计学意义($P > 0.05$)。

3.2. 临床疗效对比

结果: 药物对照组与联合治疗组对于 LDH 均有疗效。联合治疗组相较于药物对照组疗效更加明显, 差异具有统计学意义($P < 0.01$)。见表 1。

Table 1. Comparison of clinical efficacy
表 1. 临床疗效对比比例

组别	<i>n</i>	痊愈	显效	有效	无效	有效率
药物对照组	48	14	16	10	8	83.33
联合治疗组	48	17	20	7	4	91.67 [#]

注: 与药物对照组干预后比较, [#] $P < 0.01$ 。

3.3. 治疗前、后 JOA 评分及 VAS 评分比较

结果: 两组 LDH 患者治疗前 JOA 评分、VAS 评分间差异无统计学意义($P > 0.05$)。两组 LDH 患者治疗后 JOA 评分、VAS 评分相较于治疗前均有明显改善, 差异具有统计学意义($P < 0.01$); 且联合治疗组 JOA 评分、VAS 评分的改善程度明显优于药物对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.01$)。见表 2。

Table 2. Comparison of JOA score and VAS score before and after treatment
表 2. 治疗前、后 JOA 评分及 VAS 评分比较分

组别	<i>n</i>	时间	JOA	VAS
药物对照组	48	治疗前	10.52 ± 2.60	6.09 ± 0.83
		治疗后	21.11 ± 4.08 [*]	2.33 ± 0.27 [*]
联合治疗组	48	治疗前	10.38 ± 2.41	5.78 ± 1.13
		治疗后	25.66 ± 3.68 [#]	1.40 ± 0.08 [#]

注: 与本组干预前比较, ^{*} $P < 0.05$; 与药物对照组干预后比较, [#] $P < 0.01$ 。

3.4. 治疗前、后直腿抬高角度比较

结果: 两组 LDH 患者治疗前直腿抬高角度间差异无统计学意义($P > 0.05$)。两组 LDH 患者治疗后直

腿抬高角度相较于治疗前均有明显改善，差异具有统计学意义($P < 0.01$)；且联合治疗组直腿抬高角度的改善程度明显优于药物对照组，差异具有统计学意义($P < 0.01$)。见表 3。

Table 3. Comparison of straight leg raising angle before and after treatment
表 3. 治疗前、后直腿抬高角度比较($\bar{x} \pm s, ^\circ$)

组别	<i>n</i>	时间	直腿抬高角度
药物对照组	48	治疗前	41.62 ± 5.07
		治疗后	53.82 ± 6.33*
联合治疗组	48	治疗前	41.47 ± 4.88
		治疗后	68.40 ± 5.25*#

注：与本组干预前比较，* $P < 0.05$ ；与药物对照组干预后比较，# $P < 0.01$ 。

3.5. 治疗前、后血清炎症因子 TNF- α 及 IL-6 水平比较

结果：两组 LDH 患者治疗前血清炎症因子 TNF- α 及 IL-6 水平间差异无统计学意义($P > 0.05$)。两组 LDH 患者治疗后 TNF- α 及 IL-6 水平相较于治疗前均有明显改善，差异具有统计学意义($P < 0.01$)；且联合治疗组 TNF- α 及 IL-6 水平的改善程度明显优于药物对照组，差异具有统计学意义($P < 0.01$)。见表 4。

Table 4. Comparison of serum inflammatory factor TNF- α and IL-6 levels before and after treatment
表 4. 治疗前、后血清炎症因子 TNF- α 及 IL-6 水平比较

组别	<i>n</i>	时间	TNF- α ($\mu\text{g/L}$)	IL-6 ($\mu\text{g/L}$)
药物对照组	48	治疗前	4.83 ± 0.67	0.84 ± 0.27
		治疗后	2.56 ± 0.50*	0.52 ± 0.14*
联合治疗组	48	治疗前	4.69 ± 0.82	0.91 ± 0.31
		治疗后	0.93 ± 0.46*#	0.38 ± 0.03*#

注：与本组干预前比较，* $P < 0.05$ ；与药物对照组干预后比较，# $P < 0.01$ 。

4. 讨论

LDH 是脊柱方面常见的退行性疾病，是目前多数腰痛及下肢感觉异常的主要原因；近年来随着工作、生活压力的不断增加，错误姿态及不良生活方式的诱发也成为了 LDH 的重要风险因素[18]。随着 LDH 不断进展，慢性疼痛的折磨会对患者的工作、生活造成巨大影响，也极大地增加了患者及其家庭的心理、经济负担。因此尽早降低干预疾病、延缓疾病进展、恢复患者身心健康就成为了亟待解决的问题，如何利用好中医学这一“巨大宝库”来制定针对性强、安全有效的治疗方案意义重大。

LDH 的病理特点主要在于向后突出的髓核等压迫相应节段椎管内脊髓、神经根及营养血管，造成椎管内空间狭窄、压力升高，随之出现脊神经充血、水肿、结缔组织粘连，形成局部无菌性炎症，继而引发疼痛及周围神经牵掣痛，并伴随相应节段营养血管血供减少，从而加速 LDH 病情进展。由于多数 LDH 患者病程冗长，加之疼痛多由局部无菌性炎症造成，因此目前临床仍以非手术治疗为主[19]。塞来昔布作为新一代非甾体类药物，能够有效抑制 COX-2 生成，发挥抗炎、镇痛作用[20]，但长期使用可引发磺胺过敏、消化不良、头晕头痛、钠水潴留等多种不良反应，并不利于 LDH 远期恢复。

《素问·痿论》有云：“宗筋主束骨而利关节也。”经筋隶属对应经脉，能够约束、滑利周身关节、保护肌肉组织，因此经筋功能是否正常直接影响到全身各个关节。《素问·长刺节论》曰：“病在筋，

筋挛节痛，……名曰筋痹。”经筋失常是导致中医临床中诸多痹痛、萎弱的重要病机。当经筋长期损耗、过度活动时，相应经筋就会结成筋结病灶。雷龙鸣等[21]认为筋结病灶是治疗“筋病”“痹证”的关键所在，其团队同样采用循经消结推拿手法治疗 LDH 并将寻找阳性筋结病灶作为治疗重点，对之施以挤压及理筋等相应手法；点按筋结可降低筋结局部肌张力、提高痛阈，增加病变椎间盘局部供血、加快炎症因子消除。

LDH 的中医治疗要点在于祛瘀通络、缓急止痛[22]。双合汤方中当归通经活血，川芎行气化瘀；白芍缓急止痛，陈皮理气化痰，半夏清热化痰，茯苓清热渗湿；桃仁活血散瘀，红花散瘀通经，白芥子散结通络，再佐以生甘草调和诸药，共奏行气化瘀、通络止痛之效。同时，方中诸药还具有消炎攻毒、促进炎症介质吸收以及改善神经血管营养等多种作用。因此，双合汤联合循经消结推拿相辅相成，能够起到良好的镇痛、抗炎、延缓腰椎退行性改变进程等作用，在 LDH 治疗中取得更为理想的效果。

本次临床研究结果显示，双合汤联合循经消结推拿治疗 LDH 的临床疗效显著优于单纯塞来昔布治疗($P < 0.01$)，对 LDH 患者出现的腰脊僵痛及腰椎活动功能受限等症状的改善效果也是单纯塞来昔布治疗无法比拟的($P < 0.01$)。在运动功能方面，双合汤联合循经消结推拿和单纯塞来昔布治疗均能在一定程度上提升患者直腿抬高角度、改善腰椎活动功能($P < 0.05$)，但双合汤联合循经消结推拿相较于单纯塞来昔布治疗对腰椎及下肢活动功能的恢复更加明显($P < 0.01$)。在疼痛程度方面，双合汤联合循经消结推拿和单纯塞来昔布治疗均能有效减轻患者腰脊僵痛及下肢症状、改善各项疼痛评分($P < 0.05$)，但双合汤联合循经消结推拿相较于单纯塞来昔布治疗对 LDH 的疼痛减轻更加明显($P < 0.01$)。

5. 结论

综上所述，双合汤联合循经消结推拿相较于单纯应用非甾体类抗炎镇痛药物塞来昔布对 LDH 有更好的临床疗效，能够有效缓解腰脊僵痛、改善腰椎活动功能，并在随后治疗中明显减轻 LDH 的局部炎症反应、最大限度促使 TNF- α 、IL-6 等炎症因子回归正常水平，避免短期内症状复发；同时汤药联合物理疗法对于患者及其家庭更加经济、便捷，能够提高患者生活质量及工作能力，值得临床推广。

参考文献

- [1] 唐云莹. 蒙医火针、针灸、推拿配合蒙药治疗腰椎间盘突出症的疗效及安全性分析[J]. 中国民族医药杂志, 2022, 28(6): 18-19.
- [2] 彭晴, 张钰, 胡满, 等. 腰椎间盘突出致对侧神经根症状的病理机制和治疗方法研究进展[J]. 颈腰痛杂志, 2023, 44(5): 883-886.
- [3] 冯铄, 石懿, 袁燕. 温针灸联合中药熏蒸治疗腰椎间盘突出症临床研究[J]. 四川中医, 2020, 38(5): 194-196.
- [4] 王晓燕, 吕小龙. 三痹汤联合温针灸对腰椎间盘突出症患者疼痛及血液流变学指标水平的影响[J]. 中国药物与临床, 2021, 21(11): 1906-1908.
- [5] 周星辰, 吕智桢, 黄玉波, 等. 腰椎间盘突出症的多模态 MRI 应用及推拿干预进展[J/OL]. 中国中西医结合杂志: 1-6. <http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.2787.R.20231113.1556.004.html>, 2024-07-19.
- [6] 刘静, 杨建新, 王春晓, 等. 基于《伤寒论》六经辨证体系的腰椎间盘突出症中医证型规律研究[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2023, 31(7): 12-16.
- [7] 王小璟, 王琼, 余雷, 等. 神经根型腰椎间盘突出症中医证型的磁共振研究[J]. 国医论坛, 2023, 38(1): 35-36.
- [8] 王麒凯, 王珺, 璩成戡, 等. 中医针灸联合推拿治疗腰椎间盘突出症的临床效果[J]. 中国社区医师, 2022, 38(15): 102-104.
- [9] 黄逸纯, 陈权韩. 观察中医护理配合推拿按摩、牵引、针灸、电疗治疗腰椎间盘突出症的疗效[J]. 当代临床医刊, 2022, 35(1): 74-75.
- [10] 国家中医药管理局. ZY/T001.1-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994.
- [11] 周谋望, 岳寿伟, 何成奇, 等. “腰椎间盘突出症的康复治疗”中国专家共识[J]. 中国康复医学杂志, 2017, 32(2):

129-135.

- [12] 王红, 刘振华, 刘小静, 等. 双合汤联合甲氨蝶呤治疗痰瘀痹阻证类风湿关节炎临床疗效观察[J]. 现代中药研究与实践, 2023, 37(4): 85-88.
- [13] 沈雪勇. 经络腧穴学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2006.
- [14] 崔岩, 徐嘉. 身痛逐瘀汤、推拿及针灸联合治疗腰椎间盘突出症的临床效果[J]. 中医临床研究, 2021, 13(2): 91-93.
- [15] 吴尚兴. 牵引配合针灸、推拿治疗腰椎间盘突出症的临床观察[J]. 内蒙古中医药, 2020, 39(7): 108-109.
- [16] 潘婕, 魏宇靖, 熊英琼, 等. 电流感觉阈值测定对三叉神经痛患者感觉定量评估作用[J]. 中国医药导报, 2020, 17(23): 66-69.
- [17] 郑筱萸. 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: 58-60.
- [18] 钟振美. 针灸、推拿及康复护理干预对腰椎间盘突出症患者疗效分析[J]. 黑龙江中医药, 2020, 49(3): 364-365.
- [19] 王艳菊, 敬胜伟, 元永金, 等. 针灸推拿联合活血祛痛汤用于腰椎间盘突出症的临床效果观察[J]. 甘肃科技, 2020, 36(9): 119-121.
- [20] 李华林. 中医针灸推拿加牵引治疗腰椎间盘突出症的临床研究[J]. 安徽卫生职业技术学院学报, 2020, 19(2): 57-58.
- [21] 雷龙鸣, 凌春燕, 韦英才, 等. 循经消结推拿法治疗腰椎间盘突出症 70 例[J]. 中国针灸, 2020, 40(12): 1295-1296.
- [22] 李富有, 朱俊琛, 苏毅, 等. 基于中医药传统方式治疗腰椎间盘突出症研究进展[J]. 颈腰痛杂志, 2023, 44(5): 887-889.