

循经消结推拿治疗寒湿证型腰椎间盘突出症患者下肢疼痛疗效观察

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23日; 录用日期: 2024年7月16日; 发布日期: 2024年7月23日

摘要

目的: 观察循经消结推拿手法对腰椎间盘突出症寒湿证型患者下肢疼痛的影响。方法: 选取2022年6月至2023年3月就诊于新疆医科大学第四附属医院推拿科门诊的腰椎间盘突出症患者84例, 按照随机数字表法分为常规推拿组及循经推拿组, 每组42例。常规推拿组给予常规推拿疗法治疗, 循经推拿组在对照组治疗的基础上给予循经消结推拿治疗。观察两组患者临床疗效、直腿抬高角度及腰椎关节活动度、简化麦吉尔疼痛问卷(SF-MPQ)、复发率等各项指标。结果: 循经推拿组有效率(95.24%)远高于常规推拿组有效率(76.19%) ($P < 0.01$); 两组干预后直腿抬高角度、腰椎活动度均优于治疗前($P < 0.05$), 且循经推拿组干预后直腿抬高角度、腰椎活动度明显优于常规推拿组($P < 0.01$); 两组治疗后疼痛分级指数(PRI)、视觉疼痛模拟评分(VAS)、现时疼痛指数(PPI)均低于干预前($P < 0.05$), 且循经推拿组干预后各项评分明显低于常规推拿组($P < 0.01$); 循经推拿组2个月内复发率远低于常规推拿组($P < 0.01$)。结论: 循经消结推拿手法治疗寒湿证型腰椎间盘突出症有更好的临床治疗效果, 同时能够有效恢复肢体活动功能、避免疾病复发, 能在一定程度上提高患者生活质量。

关键词

循经消结推拿, 腰椎间盘突出症, 经筋

Therapeutic Effect of Xunjingxiaojie Massage on Lower Limb Pain of Patients with Lumbar Disc Herniation of Cold and Dampness Syndrome

Batenasen

The Fourth Affiliated Hospital of Xinjiang Medical University, Urumqi Xinjiang

Received: Jun. 23rd, 2024; accepted: Jul. 16th, 2024; published: Jul. 23rd, 2024

文章引用: 巴特那森. 循经消结推拿治疗寒湿证型腰椎间盘突出症患者下肢疼痛疗效观察[J]. 临床医学进展, 2024, 14(7): 1171-1177. DOI: 10.12677/acm.2024.1472128

Abstract

Objective: To observe the effect of Xunjingxiaojie massage on lower limb pain in patients with cold dampness syndrome of LDH. **Methods:** A total of 84 LDH patients admitted to the Massage clinic of the Fourth Affiliated Hospital of Xinjiang Medical University from March 2022 to March 2023 were selected and divided into two groups according to the random number table method: massage group and massage group, with 42 cases in each group. The conventional massage group was treated with conventional massage therapy, and the circulating massage group was treated with circulating menstruation eliminating massage on the basis of the control group. Clinical efficacy, straight leg elevation Angle, lumbar joint motion, simplified McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), recurrence rate and other indicators were observed in the two groups. **Results:** The effective rate of massage group (95.24%) was much higher than that of conventional massage group (76.19%) ($P < 0.01$). After intervention, the straight leg elevation Angle and lumbar spine motion in both groups were better than before treatment ($P < 0.05$), and the straight leg elevation Angle and lumbar spine motion in the meridian massage group were significantly better than that in the conventional massage group ($P < 0.01$). The pain grading index (PRI), visual pain analog score (VAS) and present pain index (PPI) of the two groups were lower than before intervention ($P < 0.05$), and the scores of the massage group after intervention were significantly lower than those of the conventional massage group ($P < 0.01$). The recurrence rate within 2 months in circulating menstruation massage group was much lower than that in conventional massage group ($P < 0.01$). **Conclusion:** Xunjingxiaojie massage has better clinical effect on cold and dampness syndrome type LDH, which can effectively restore limb activity function, and improve the quality of life of patients to a certain extent.

Keywords

Xunjingxiaojie Massage, Lumbar Disc Herniation, Meridian Musculature

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)为脊柱骨科及针灸、推拿等科室的临床常见病,以腰脊局限性疼痛伴单侧下肢后外侧放射痛为主要临床表现;多由于长期错误姿态引起的慢性肌肉劳损或局部外伤后形成疤痕组织导致肌肉力量不均衡,促使脊柱过度后凸、椎间盘后部拉伸、纤维环破裂,突出髓核向侧后或正后方移动压迫椎管内脊髓、神经根及营养血管而产生[1]。LDH 多发于 25 岁以上的青壮年,发病率约为 7.62%,多发于下段腰椎(L_{4~5})及腰骶结合部(L₅~S₁),该病常缠绵难愈,给患者的日常生活及工作带来巨大影响[2]-[4]。

中医临床多将 LDH 归属于“痹证”范畴,现行中医教材则直接给出“腰痛病”以进行归纳;由于 LDH 病因多与重体力劳动、长期错误姿态相关,故多辨为本虚标实之证,即素体肾精不足,腰脊筋脉肌肉失养,此为本虚;风寒湿邪内侵、跌打损伤致气血瘀滞,经络不畅,此为标实[5] [6]。研究显示,推拿手法治疗 LDH 的止痛疗效及效果维持优于非甾体类药物,在临床研究中的整体疗效达到 96.38%,持续治疗半年后疗效仍能达到 90.52%,且未出现肝肾功能损伤、胃肠道反应等副作用[7],因此目前临床多采

用推拿、牵引、穴位贴敷等保守治疗手段以缓解患者临床症状,积极改善或延缓病情转归[8]。本研究以循经消结推拿手法为出发点,观察循经消结推拿对寒湿证型 LDH 患者下肢疼痛的治疗效应,现将临床研究结果报道如下。

2. 资料与方法

2.1. 一般资料

选取 2022 年 6 月~2023 年 3 月就诊于新疆医科大学第四附属医院推拿科门诊的 LDH 患者 84 例,根据随机数字表法分为常规推拿组和循经推拿组,每组 42 例。其中,循经推拿组中包含男性 28 例,女性 14 例;年龄 25~65 (42.3 ± 12.8)岁;突出部位为 L₄₋₅ (36 例)和 L₅~S₁ (6 例);病程 6~60 (17.4 ± 6.8)个月。常规推拿组中包含男性 26 例,女性 16 例;年龄 25~65 (40.8 ± 11.3)岁;突出部位为 L₄₋₅ (33 例)和 L₅~S₁ (9 例);病程 4~62 (17.2 ± 7.1)个月。

2.2. 纳入标准

本次临床研究选用《腰椎间盘突出症诊疗指南》[9]及《腰椎间盘突出症诊疗中国疼痛专家共识》[10]中关于 LDH 的诊断标准并予以整合:① 腰脊局限性疼痛,有(或无)下肢放射痛,疼痛部位应与受累脊神经纤维分布区域相符;② 受累脊神经对应下肢区域皮肤浅感觉减弱;③ 患侧下肢直腿抬高(加强)试验、股神经牵拉试验呈(弱)阳性;④ 患侧下肢腱反射减弱;⑤ 患侧下肢肌力下降;⑥ 腰椎影像学检查显示椎间盘向后突出,受累脊神经节段应与症状、体征相符。评估符合前 5 项标准中任意 3 项,结合第 6 项,即可诊断。

符合《中医康复临床实践指南》[11]中腰痛(寒湿证型)诊断:① 患侧腰腿沉重冷痛,静卧不减,转侧不利,寒冷及潮湿环境可加重;② 舌质淡,苔白腻,脉沉紧或濡缓。

2.3. 排除标准

LDH 合并以下情况者不宜纳入本次临床研究:① 存在严重椎管狭窄、骨质疏松,罹患严重心脑血管疾病、肝肾功能不全者;② 妊娠或哺乳期女性;③ 脊神经受累严重,经评估不宜使用针刺、推拿等常规治疗手段,或对此类治疗方法排斥者;④ 依从性差,无法全程参与治疗并协助跟进后续随访者;⑤ 近期服用过抗炎止痛药物或接受过其他治疗等易掩盖真实病情者。

2.4. 干预措施

常规推拿组给予常规推拿手法治疗。即采用滚法、按法等常用手法松弛腰脊部至患侧小腿肌肉;肘点疼痛局部阿是穴、背俞穴及对应夹脊穴;点按委中穴、风市穴;空拳叩击腰臀及患侧下肢后外侧;肘拨腰脊两侧肌肉。每次约 15 min,每天 1 次,治疗 5 次为一疗程,各疗程间休息 2 天。连续治疗 4 个疗程后结束。

循经推拿组在常规推拿组的基础上给予循经消结推拿治疗[12]。即在足太阳膀胱经和足少阳胆经的经筋上寻找条索状或团块状筋结,确定位置后在浅层部位用拇指,深层部位用肘尖,由轻到重直至患者达到最大耐受为度。具体操作:① 足太阳膀胱经消结。取俯卧位,逐一松解沿线的棘突旁筋结、臀大肌筋结、股二头肌筋结、腓肠肌筋结及足跟筋结等;② 足少阳胆经消结。取健侧卧位,逐一松解沿线的梨状肌筋结、膝外筋结、腓骨长肌筋结及足次趾筋结等。每次约 30 min,操作同常规推拿组。

2.5. 临床疗效判定标准[13]

显效:临床症状基本解除、腰椎活动能力基本恢复;有效:临床症状部分好转、腰椎活动能力部分

恢复；无效：临床症状及腰椎活动能力未见明显改善，甚至有加重迹象。

有效率 = (显效 + 有效)/ $n \times 100\%$

2.6. 结局指标

① 直腿抬高角度：治疗床平面与抬高肢体形成的夹角；② 腰椎关节活动度(前屈、后伸)：直立时躯干冠状面 1 与前屈、后伸时躯干冠状面 2 形成的夹角；③ 采用简化麦吉尔疼痛问卷(SF-MPQ) [14]对患者主观疼痛程度进行评价：评分问卷由疼痛分级指数(pain rating index, PRI)、视觉模拟评分(visual analogue scale, VAS)、现时疼痛指数(present pain intensity, PPI)三部分组成，统计整体评分越高则代表患者主观疼痛越强烈；其中视觉模拟评分拟采用十分制：0~1 分即为无痛，2~4 分即为轻度疼痛，5~7 分即为中度疼痛，8~10 分即为重度疼痛；④ 2 个月内复发情况：患者第 4 疗程结束后 2 个月进行门诊随访，对结局指标①②③进行二次收集，统计复发(腰椎活动能力或疼痛程度恢复至干预前水平)例数及各干预措施组复发率。

复发率 = 复发例数/ $n \times 100\%$

2.7. 统计学方法

应用 SPSS v26.0 统计学软件分析，计量资料采用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示，组间比较用 t 检验，计数资料用 χ^2 检验，检验水准 $\alpha = 0.05$ ， $P < 0.05$ 为存在统计学差异。

3. 结果

3.1. 两组 LDH 患者一般资料对比

无明显统计学差异($P > 0.05$)。

3.2. 两组 LDH 患者临床疗效对比

见表 1。

Table 1. Comparison of clinical outcomes between the two groups of LDH patients

表 1. 两组 LDH 患者临床疗效比较例

组别	n	显效	有效	无效	有效率/%
常规推拿组	42	17	15	10	76.19
循经推拿组	42	36	4	2	95.24 [#]

注：与常规推拿组干预后比较，[#] $P < 0.01$ 。

3.3. 两组 LDH 患者干预前后直腿抬高角度及腰椎关节活动度(前屈、后伸)比较

Table 2. Straight leg raising angle and lumbar spine joints before and after treatment in two groups of LDH patients ($\bar{x} \pm s$, °)

表 2. 两组 LDH 患者治疗前后直腿抬高角度及腰椎关节活动度比较($\bar{x} \pm s$, °)

组别	n	时间	直腿抬高角度	腰椎前屈	腰椎后伸
常规推拿组	42	干预前	30.6 $\pm$ 6.4	36.8 $\pm$ 4.7	14.3 $\pm$ 3.2
	42	干预后	49.8 $\pm$ 4.1 [*]	44.3 $\pm$ 3.4 [*]	16.8 $\pm$ 2.9 [*]
循经推拿组	42	干预前	30.8 $\pm$ 6.7	36.4 $\pm$ 5.1	14.5 $\pm$ 2.8
	42	干预后	76.2 $\pm$ 3.8 ^{**#}	56.8 $\pm$ 4.5 ^{**#}	24.3 $\pm$ 4.1 ^{**#}

注：与本组干预前比较，^{*} $P < 0.05$ ；与常规推拿组干预后比较，[#] $P < 0.01$ 。

见表 2。

3.4. 两组 LDH 患者干预前后 SF-MPQ 评分比较

见表 3。

Table 3. Simplified McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ) before and after intervention in two groups of LDH patients ($\bar{x} \pm s$, point)

表 3. 两组 LDH 患者干预前后 SF-MPQ 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	时间	PRI	VAS	PPI
常规推拿组	42	干预前	6.5 ± 0.7	7.1 ± 1.5	3.4 ± 0.7
	42	干预后	5.8 ± 1.3 [*]	5.3 ± 1.0 [*]	2.6 ± 0.5 [*]
循经推拿组	42	干预前	6.3 ± 1.1	7.0 ± 1.1	3.3 ± 0.5
	42	干预后	3.1 ± 0.4 ^{*#}	3.6 ± 0.7 ^{*#}	1.4 ± 0.3 ^{*#}

注：与本组干预前比较，^{*}*P* < 0.05；与常规推拿组干预后比较，[#]*P* < 0.01。

3.5. 两组 LDH 患者 2 个月内复发情况比较

见表 4。

Table 4. Comparison of recurrence within 2 months in two groups of patients with LDH

表 4. 两组 LDH 患者 2 个月内复发情况比较例

组别	<i>n</i>	复发例数	复发率/%
常规推拿组	42	13	30.96
循经推拿组	42	4	9.52 [#]

注：与常规推拿组干预后比较，[#]*P* < 0.01。

4. 讨论

LDH 的临床表现以腰脊局限性疼痛伴单侧下肢后外侧放射痛为主，伴或不伴患侧下肢浅感觉异常，严重者可出现大小便失禁等马尾综合征表现；其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[15]。现代医学认为，椎间盘的承重能力在 LDH 发生时会展显著下降，并伴随相应节段营养血管血供减少，从而加速 LDH 病情进展。《素问直解》有云：“痹，闭也，血气凝涩不行也。……痹之为病，或痛，或不痛，或不仁。”素体肾中精气不足，流行于脉道中的营气缺乏不足以濡养腰脊筋脉肌肉、卫气薄弱不能抵御外邪而致风寒湿邪内侵，最终使气血凝滞于腰府而引起疼痛。

现代医学对 LDH 尚无特效治疗方法，除药物及物理疗法外，经皮内镜下椎间盘切除术、扩大开窗髓核摘初术等治疗方法也逐渐被患者接受，但由于手术过程中需要使用电刀烧灼剥离腰椎周边附着肌肉组织，因此极易导致肌肉瘢痕化、大幅延缓术后康复进程[16]；同时，除接受治疗的病变椎间盘外，其余节段椎间盘同样存在自然退变进程，几乎不可避免“二次修整”，因此手术治疗的推广仍有较大阻力。而循经消结推拿手法的实施并不复杂且疗效确切，本次临床研究数据证实，循经消结推拿治疗寒湿证型 LDH 的临床疗效显著高于常规推拿手法(*P* < 0.01)，且治疗后 2 个月内复发例数远少于接受常规推拿组(*P* < 0.01)。在运动功能改善方面，常规推拿手法和循经消结推拿手法均能有效提升患者直腿抬高角度、腰椎

活动度($P < 0.05$), 但循经消结推拿手法相较于常规推拿手法对运动功能的改善更加明显($P < 0.01$)。在疼痛程度改善方面, 常规推拿手法和循经消结推拿手法均能有效减轻患者下肢疼痛症状、降低各项疼痛评分($P < 0.05$), 但循经消结推拿手法相较于常规推拿手法对下肢疼痛的减轻更加明显($P < 0.01$)。循经消结推拿能有效恢复肌肉劳损、加快椎管内组织血液流速及炎性物质吸收、促进局部水肿消退, 从而有效减轻局部压迫对脊神经的刺激[17][18]。《素问·痿论》曰:“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、痿弱的重要病机。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[12]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、加快炎性因子消除。

5. 结论

综上所述, 循经消结推拿手法相较于常规推拿手法对寒湿证型 LDH 有更好的临床疗效, 相较于药物及手术治疗安全性更高, 能够更加有效地改善 LDH 患者下肢疼痛等临床症状、最大限度地恢复患者肢体活动功能; 同时对于患者及其家庭更加经济、便捷, 能够提高患者的生活质量及工作能力。

参考文献

- [1] 王宇翔, 徐海栋. 艾拉莫德对功能退变椎间盘细胞炎症因子表达的影响[J]. 医学研究生学报, 2019, 32(4): 341-345.
- [2] 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.
- [3] 魏书一, 李同相. 髓核摘除结合 Dynesys 动态稳定和单纯髓核摘除治疗腰椎间盘突出症的临床疗效及对患者 VAS 评分、ODI 评分及并发症的影响[J]. 实用医院临床杂志, 2019, 16(4): 55-59.
- [4] 王晓燕, 吕小龙. 三痹汤联合温针灸对腰椎间盘突出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] 朱妹妹, 盛海兵. 脊柱微调手法结合神经根封闭治疗腰椎间盘突出症临床观察[J]. 海南医学, 2019, 30(20): 2650-2653.
- [6] 郭光昕, 朱清广, 孙武权, 等. 推拿干预腰椎间盘突出症的免疫机制研究进展[J]. 中华中医药杂志, 2019, 34(7): 3132-3135.
- [7] Madsbu, M.A., Salvesen, Ø., Carlsen, S.M., Westin, S., Onarheim, K., Nygaard, Ø.P., et al. (2020) Surgery for Herniated Lumbar Disc in Private vs Public Hospitals: A Pragmatic Comparative Effectiveness Study. *Acta Neurochirurgica*, 162, 703-711. <https://doi.org/10.1007/s00701-019-04195-7>
- [8] 陈柏书, 尹建平, 朱美玲, 等. 温针灸治疗腰椎间盘突出症系统评价[J]. 中国中医药信息杂志, 2018, 25(2): 104-109.
- [9] 中华医学会骨科学分会脊柱外科学组, 中华医学会骨科学分会骨科康复学组. 腰椎间盘突出症诊疗指南[J]. 中华骨科杂志, 2020, 40(8): 478.
- [10] 中华医学会疼痛学分会脊柱源性疼痛学组. 腰椎间盘突出症诊疗中国疼痛专家共识[J]. 中国疼痛医学杂志, 2020, 26(1): 2-6.
- [11] 章薇, 姜必丹, 李金香, 等. 中医康复临床实践指南·腰痛(腰椎间盘突出症) [J]. 康复学报, 2021, 31(4): 265-270.
- [12] 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.
- [13] 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.
- [14] 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.
- [15] Yu, P., Mao, F., Chen, J., Ma, X., Dai, Y., Liu, G., et al. (2022) Characteristics and Mechanisms of Resorption in Lumbar Disc Herniation. *Arthritis Research & Therapy*, 24, Article No. 205.

-
- <https://doi.org/10.1186/s13075-022-02894-8>
- [16] 徐王兵, 李勇, 钟发明, 等. 两种脊柱微创手术治疗老年 L5/S1 椎间盘突出症疗效比较及对患者 VAS 及 JOA 评分的影响[J]. 陕西医学杂志, 2020, 49(1): 72-75.
- [17] Wang, Y., Ning, C., Xu, F., Xiang, Y., Yao, L., Liu, Y., *et al.* (2018) Recurrent Lumbar Disc Herniation Recurrence after Percutaneous Endoscopic Lumbar Discectomy: A Case Report. *Medicine*, **97**, e11909. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000011909>
- [18] Martens, F., Vajkoczy, P., Jadik, S., Hegewald, A., Stieber, J. and Hes, R. (2018) Patients at the Highest Risk for Re-herniation Following Lumbar Discectomy in a Multicenter Randomized Controlled Trial. *JBJS Open Access*, **3**, e0037. <https://doi.org/10.2106/jbjs.oe.17.00037>