

独活寄生汤加减联合手法治疗腰椎间盘突出症的临床观察

张英杰¹, 唐树杰²

(1. 山东省青州市中医院, 山东 青州 262500; 2. 暨南大学医学院, 广东 广州 510632)

摘要 目的:观察独活寄生汤加减联合手法治疗腰椎间盘突出症的临床疗效。**方法:**将符合要求的 138 例腰椎间盘突出症患者随机分为 2 组, 每组 69 例。治疗组应用独活寄生汤加减联合手法治疗; 对照组采用牵引、理疗及口服非甾体类抗炎药和神经营养药物进行治疗。观察比较 2 组患者治疗前和治疗 21 d 后的腰部疼痛情况和腰部功能, 同时比较 2 组患者的总体疗效及复发率。**结果:**①腰部疼痛情况。治疗前 2 组患者 VAS 评分比较, 差异无统计学意义[(6.49 ± 1.22) 分, (6.33 ± 1.41) 分, $t=0.713$, $P=0.886$]; 治疗后 2 组患者的 VAS 评分均降低, 治疗组降低更明显[(4.75 ± 0.46) 分, (3.71 ± 0.68) 分, $t=10.522$, $P=0.005$]。②腰部功能。治疗前 2 组患者 JOA 评分比较, 差异无统计学意义[(10.50 ± 1.23) 分, (10.46 ± 1.38) 分, $t=0.180$, $P=0.895$]; 治疗后 2 组患者的 JOA 评分均增加, 治疗组增加更明显[(12.91 ± 0.51) 分, (8.77 ± 0.64) 分, $t=42.023$, $P=0.005$]。③总体疗效。治疗组治愈 36 例, 好转 21 例, 有效 8 例, 无效 4 例; 对照组治愈 19 例, 好转 14 例, 有效 16 例, 无效 20 例。治疗组总体疗效优于对照组[治疗组 95% CI 为 (0.334, 0.471), $\bar{R}=0.403$; 对照组 95% CI 为 (0.529, 0.666), $\bar{R}=0.598$]。④复发情况。治疗后 12 个月内, 治疗组 3 例复发, 对照组 11 例复发, 对照组复发率高于治疗组($\chi^2=5.088$, $P=0.024$)。**结论:**独活寄生汤加减联合手法可有效缓解腰椎间盘突出症患者的疼痛症状, 改善患者腰部功能, 且复发率低, 是治疗该病的有效方法。

关键词 椎间盘移位 腰椎 独活寄生汤 手法, 捏脊 治疗, 临床研究性

Observation on the curative effect of oral application of DUHUO JISHENG decoction combined with manipulation in the treatment of lumbar disk herniation Zhang Yingjie*, Tang Shujie. * Qingzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Qingzhou 262500, Shandong, China

ABSTRACT Objective: To observe the clinical curative effect of oral application of DUHUO JISHENG decoction combined with manipulation on lumbar disk herniation (LDH). **Methods:** One hundred and thirty-eight patients with LDH met the requirements were randomly divided into 2 groups, 69 cases in each group. Patients in the treatment group were treated with oral application of DUHUO JISHENG decoction combined with manipulation, while the others in the control group were treated with lumbar traction, physiotherapy and oral application of non-steroid anti-inflammatory drugs and neurotrophic drugs. The 2 groups were compared with each other in low back pain and lumbar performance before the treatment and after 21-day treatment, meanwhile the total effect and recurrence rate were compared between the 2 groups. **Results:** There was no statistical difference in visual analogue score (VAS) between the 2 groups before the treatment (6.49 ± 1.22 vs 6.33 ± 1.41 points, $t=0.713$, $P=0.886$), while the VAS decreased in both of the 2 groups after the treatment, and the VAS decreased more significantly in the treatment group (4.75 ± 0.46 vs 3.71 ± 0.68 points, $t=10.522$, $P=0.005$). There was no statistical difference in JOA score between the 2 groups before the treatment (10.50 ± 1.23 vs 10.46 ± 1.38 points, $t=0.180$, $P=0.895$), while the JOA score increased in both of the 2 groups after the treatment, and the JOA score increased more significantly in the treatment group (12.91 ± 0.51 vs 8.77 ± 0.64 points, $t=42.023$, $P=0.005$). Thirty-six patients obtained an excellent result, 21 good, 8 fair and 4 poor in the treatment group; while 19 patients obtained an excellent result, 14 good, 16 fair and 20 poor in the control group. The treatment group surpassed the control group in the total curative effect (treatment group: 95% CI (0.334, 0.471), $\bar{R}=0.403$; control group: 95% CI (0.529, 0.666), $\bar{R}=0.598$). Three patients with recrudescence symptoms of LDH were found in the treatment group, while 11 patients with recrudescence symptoms of LDH were found in the control group within 12 months after the treatment. The recurrence rate of the control group was higher than that of the treatment group ($\chi^2=5.088$, $P=0.024$). **Conclusion:** The method of oral application of DUHUO JISHENG decoction combined with manipulation can relieve the pain obviously and improve the lumbar performance with low recurrence rate, so it is an effective method for LDH.

Key words Intervertebral disk displacement; Lumbar vertebrae; DUHUO JISHENG decoction; Manipulation, chiropractic; Therapies, investigational

腰椎间盘突出症是临床常见病, 治疗方法较多, 疗效不一。绝大多数腰椎间盘突出症患者经非手术

治疗可以获得满意的临床疗效。2008 年 6 月至 2010 年 4 月, 笔者观察了独活寄生汤加减联合手法治疗腰

椎间盘突出症的临床疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 纳入研究的患者共 138 例,男 97 例,女 41 例。年龄 29~51 岁,中位数 38.5 岁。突出部位: L₄₋₅ 突出者 53 例, L₅S₁ 突出者 49 例, L₄₋₅ 和 L₅S₁ 同时突出者 36 例。病程 2~10 个月,中位数 5.5 个月。

1.2 诊断标准 采用《中医病证诊断疗效标准》中腰椎间盘突出症^[1]的诊断标准。

1.3 纳入标准 ①符合上述诊断标准;②年龄≤60

岁;③同意参与本研究,并签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①合并腰椎管狭窄、椎体滑脱、腰椎间盘突出或腰椎占位性病变者;②合并肝肾功能损害者;③手法部位有严重皮肤损伤或皮肤病者。

2 方法

2.1 分组方法 采用随机数字表将纳入研究的患者随机分为治疗组和对照组,每组 69 例。2 组患者的年龄、性别、病程及椎间盘突出部位等基线资料比较,差异无统计学意义,有可比性(表 1)。

表 1 2 组腰椎间盘突出症患者基线资料比较

组别	性别(例)		年龄(岁)	病程(月)	椎间盘突出部位(例)		
	男	女			L ₄₋₅	L ₅ S ₁	L ₄₋₅ 和 L ₅ S ₁
治疗组	50	19	39.78±6.04	5.79±1.63	27	24	18
对照组	47	22	38.96±5.83	5.56±2.09	26	25	18
检验统计量	$\chi^2=0.312$		$t=0.807$	$t=0.719$	$\chi^2=0.039$		
P 值	0.576		0.538	0.602	0.981		

2.2 治疗方法

2.2.1 治疗组 采用独活寄生汤加减联合手法治疗。①独活寄生汤加减:方剂组成包括独活 12 g、桑寄生 30 g、羌活 12 g、秦艽 12 g、防风 12 g、细辛 3 g、当归 20 g、赤芍 15 g、川芎 8 g、熟地黄 30 g、杜仲 15 g、党参 20 g、茯苓 20 g、肉桂 8 g、甘草 5 g。痛甚者加川乌、地龙、延胡索;风胜者加白花蛇、乌梢蛇;寒胜者加吴茱萸、附子、干姜;湿甚者加防己、木瓜、黄柏、苍术、牛膝。以上药物水煎服,每天 1 剂,分 2 次服用。②手法整复:患者俯卧位,术者先用滚、按、揉法在脊柱两侧膀胱经、臀部及患侧下肢后外侧施术 3~5 min。然后术者双手叠掌,由上至下按压患者脊柱至骶尾部,重复 2~3 遍。术者再以拇指或肘尖依次点压患者腰阳关、肾俞、大肠俞、环跳、委中等穴位,并以颤压法在腰部痛点施术 1 min。接着在其腰部施以后伸扳法和双侧斜扳法,最后以按揉、拍击法在其腰部施术 3~5 min。手法治疗每天 1 次。

2.2.2 对照组 采用牵引、理疗及口服非甾体类抗炎药和神经营养药物进行治疗。

2.3 疗效评定方法

2.3.1 腰部疼痛情况 分别于治疗前和治疗 21 d 后采用 VAS 评分法评定 2 组患者的腰部疼痛情况。

2.3.2 腰部功能 分别于治疗前和治疗 21 d 后采用 JOA 腰痛疾患疗效评定标准^[2]评定 2 组患者的腰部功能。

2.3.3 总体疗效 治疗 21 d 后采用《腰椎间盘突出

症》中的疗效标准^[3]评定 2 组患者的总体疗效。治愈:症状、体征完全消失或大部分消失,直腿抬高可达 85°左右;有效:症状、体征大部分消失,直腿抬高 > 70°;好转:症状部分消失,直腿抬高较治疗前显著改善;无效:症状、体征无明显改善。

2.3.4 复发情况 通过电话或门诊复查的形式观察记录 2 组患者治疗后 12 个月内的复发情况。

2.4 统计学方法 采用 SPSS10.0 软件对所得数据进行统计学处理,2 组患者性别、椎间盘突出部位、复发率的组间比较采用 χ^2 检验,年龄、病程、VAS 评分和 JOA 评分的组间比较采用 t 检验,总体疗效的组间比较采用 Ridit 分析,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

3 结果

3.1 腰部疼痛情况 治疗前 2 组患者 VAS 评分比较,差异无统计学意义;治疗后 2 组患者的 VAS 评分均降低,治疗组降低更明显(表 2)。

表 2 2 组腰椎间盘突出症患者治疗前后 VAS 评分比较 分

组别	治疗前	治疗 21 d 后	治疗前后的差值
治疗组	6.49±1.22	1.74±1.11	4.75±0.46
对照组	6.33±1.41	2.62±1.20	3.71±0.68
t 值	0.713		10.522
P 值	0.886		0.005

3.2 腰部功能 治疗前 2 组患者 JOA 评分比较,差异无统计学意义;治疗后 2 组患者的 JOA 评分均增加,治疗组增加更明显(表 3)。

3.3 总体疗效 治疗组总体疗效优于对照组[治疗组 95% CI 为(0.334,0.471), $\bar{R}=0.403$;对照组 95%

CI 为(0.529,0.666), $\bar{R}=0.598$](表 4)。

表 3 2 组腰椎间盘突出症患者治疗前后 JOA 评分比较 分

组别	治疗前	治疗 21 d 后	治疗前后的差值
治疗组	10.50 ± 1.23	23.41 ± 1.00	12.91 ± 0.51
对照组	10.46 ± 1.38	19.23 ± 1.48	8.77 ± 0.64
t 值	0.180		42.023
P 值	0.895		0.005

表 4 2 组腰椎间盘突出症患者总体疗效比较 例

组别	治愈	好转	有效	无效	合计
治疗组	36	21	8	4	69
对照组	19	14	16	20	69
合计	55	35	24	24	138

3.4 复发情况 治疗后 12 个月内,治疗组 3 例复发,对照组 11 例复发,对照组复发率高于治疗组($\chi^2=5.088, P=0.024$)。

4 讨 论

“椎间盘病因说”认为,椎间盘突出及其继发病理变化是腰椎间盘突出症发病的主要病因。在这一学说影响下,涌现出了以髓核摘除为目的的众多手术治疗方式。但越来越多的研究证实,手术治疗腰椎间盘突出症的远期疗效并不优于非手术疗法^[4]。非手术治疗能最大限度地保留腰部完整的解剖结构,还可使绝大多数患者的症状得到缓解并长期处于稳定状态^[5]。因此,笔者考虑以中医学理论为指导采用非手术方法治疗腰椎间盘突出症。

腰椎间盘突出症属中医学“骨痹”“腰痛”等范畴,中医学典籍中对类似腰椎间盘突出症的疾病早有记载。《素问·气交变大论》云:“岁火不及,寒乃大行,腰背相引而痛,甚则屈不能伸,髀髀如别”。《素问·六节藏象论》云:“肾者……其充在骨”“肝者……其充在筋”。腰为肾之府,肝肾亏虚,为腰痛发病的基础。《灵枢·天年》曰:“四十岁,……腠理始疏,荣华颓落,发颇斑白,平盛不摇,故好坐”,就是说人至中年,肾气渐亏,复受外邪、跌仆,日久风湿阻络,故产生一系列临床症状。独活寄生汤具有祛风湿、止痹痛、补肝肾、益气血的作用。大量的临床研究已证实独活寄生汤在治疗腰椎间盘突出症方面有独特的疗效^[6-7]。

中医学理论认为,“骨错缝、筋出槽”是骨关节疾病的重要致病机制,可发生在任何关节部位。“腰者,一身之要也,屈伸俯仰,无不由之”,腰椎特殊的解剖结构决定了它是“骨错缝、筋出槽”的好发部位。“骨错缝、筋出槽”是脊柱退变过程中的 2 种病理表现,“筋出槽”可致“骨错缝”,“骨错缝”必有“筋出槽”。

生物力学理论认为,脊柱由骨性内支架和肌性外支架构成,内外支架相互依附和影响;内支架力学结构的破坏会影响外支架的力学平衡,外支架力学结构的失衡也必然对内支架力学结构产生消极影响^[8]。这一观点与“骨错缝、筋出槽”理论如出一辙,也提示了臀上皮神经损伤、第三腰椎横突综合征等软组织损伤性疾病与腰椎间盘突出症的相关性,为系统治疗腰椎间盘突出症提供了理论参考。同时,越来越多的临床及解剖学研究也证实,腰椎间盘突出症患者存在腰椎关节位置的异常,并可通过手法纠正^[9-11]。

对于“骨错缝、筋出槽”的治疗,《医宗金鉴》指出“手法者正骨之首务”,《伤科补要》也有“轻者仅伤筋肉易治,重者骨缝参差难治,先以手轻轻搓磨,令其骨和筋舒”。腰椎间盘突出症既存在“骨错缝”,又有“筋出槽”,故治疗当先以松解类手法令筋和顺归槽,再施以矫正类手法令骨缝对合,同时应避免滥用重手法,以免造成医源性损伤。

综上所述,肝肾亏虚、风湿阻络是腰椎间盘突出症的主要病机,为“本”;“骨错缝、筋出槽”则是局部病理变化,为“标”。针对这一病机,我们采用独活寄生汤加减联合手法进行治疗,标本兼治,取得了良好的治疗效果。笔者同意王力平等^[12]观点——按照中医学理论治疗疾病时并不是以消除原始致病因素及逆转病理变化为目的,而是运用各种手段,从整体上着眼于各种因素引起的机体反应状态,改善多个系统的功能失调,消除病理产物的复合刺激,纠正病理偏颇,因势利导地调动机体抗病能力和适应调节能力,恢复内稳态,起到综合治疗的效果。现有的科技水平还很难科学地解释中医药疗法的作用机理,但用循证医学的方法能够验证其疗效。在这种情况下,我们不应拘泥于“椎间盘病因说”,试图从影像学等角度解释治疗机理及临床疗效,而应发扬中医整体观念,既治肝肾亏虚、风湿阻络之“本”,又纠正“骨错缝、筋出槽”之“标”,方可提高疗效,减少治疗的盲目性。同时,遵循中医未病先治的理念^[13],在“筋出槽”阶段就积极治疗,防止其发展为“骨错缝”。

总之,独活寄生汤加减联合手法可有效缓解腰椎间盘突出症患者的疼痛症状,改善患者腰部功能,且复发率低,是治疗该病的有效方法。

5 参考文献

- [1] 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.
- [2] 蒋协远,王大伟. 骨科临床疗效评价标准[M]. 北京:人

- 民卫生出版社, 2010: 118 - 124.
- [3] 胡有谷. 腰椎间盘突出症[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1995: 221 - 256.
- [4] 涂院海. 牵引按摩法治疗腰椎间盘突出症远期疗效观察[J]. 中医正骨, 2008, 20(10): 20 - 21.
- [5] 陈勤, 宋跃明, 邓宁, 等. 四川省腰椎间盘突出症诊治座谈会会议纪要[J]. 中国修复重建外科杂志, 2007, 21(6): 665 - 666.
- [6] 王爱武, 刘娅, 雒琪, 等. 独活寄生汤抗炎、镇痛作用的药效学研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2008, 14(12): 61 - 64.
- [7] 傅超文, 吕一, 王龙剑, 等. 独活寄生汤加减治疗 PLDD 术后腰腿痛[J]. 中医正骨, 2009, 21(3): 47 - 48.
- [8] 赵平, 冯天有. 腰椎力学结构失衡与腰椎间盘突出发病[J]. 中医正骨, 1993, 5(3): 37 - 39.
- [9] 毕胜, 李义凯, 赵卫东, 等. 推拿手法治疗腰椎间盘突出症的机制[J]. 中国康复医学杂志, 2001, 16(1): 8 - 10.
- [10] 戴国文, 苏明霞, 许世雄, 等. 中医调曲法治疗腰椎间盘突出症、腰椎管狭窄症的临床研究[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2012, 20(2): 14 - 16.
- [11] 张建宏, 范建中, 彭楠. 手法复位治疗急性腰椎间盘突出症的临床研究[J]. 中国临床康复, 2002, 6(2): 108.
- [12] 王力平, 黄承军. 试论腰椎间盘突出症中医外治疗法中的辨证论治和整体观[J]. 中医杂志, 2011, 52(4): 288 - 291.
- [13] 郑晓静, 司晓一. 应用治未病理论治疗腰椎间盘突出症的临床研究[J]. 中医正骨, 2012, 24(6): 23 - 25.

(2012-10-07 收稿 2012-11-23 修回)

《中医正骨》杂志 2013 年重点专栏目录(二)

2013 年第 4 期——足踝损伤专栏

- 1 跟骨骨折的治疗策略
 - 2 踝关节损伤中西医诊治进展
 - (1、2 述评专家: 中国中医科学院望京医院 温建民教授)
 - 3 跟骨骨折锁定钢板内固定与普通钢板内固定的有限元分析
 - 4 针刺治疗急性踝关节扭伤
 - 5 非手术疗法和手术疗法治疗 B2 型踝关节骨折的对比研究
 - 6 经皮闭合复位内固定与外侧“L”形切口切开复位内固定治疗 Sanders II 型跟骨骨折的比较研究
 - 7 正清风痛宁注射液局部注射治疗跟痛症的临床研究
 - 8 草皮趾的研究现状
 - 9 中医传统关节粘连松解术在足踝部损伤术后康复治疗中的应用
 - 10 经内踝截骨入路加压空心螺钉固定治疗距骨颈骨折
 - 11 后外侧、后内侧联合入路治疗内踝延伸型后踝骨折
 - 12 蜘蛛钛板内固定治疗踝关节外侧副韧带急性损伤
 - 13 闭合手法复位经皮微创内固定治疗后踝骨折
 - 14 双固定锚钉治疗踝关节内侧韧带损伤
 - 15 小切口跟骨锁定钢板外置治疗跟骨骨折
 - 16 手法配合中药薰洗治疗踝关节骨折术后僵硬
- 参考文献著录格式**
- [1] 温建民. 跟骨骨折的治疗策略[J]. 中医正骨, 2013, 25(4): 3 - 6.
- [2] 温建民. 踝关节损伤中西医诊治进展[J]. 中医正骨, 2013, 25(4): 7 - 9.
- [3] 李维新, 袁斌云. 跟骨骨折锁定钢板内固定与普通钢板内固定的有限元分析[J]. 中医正骨, 2013, 25(4): 10 - 11.
- [4] 史莹莺. 针刺治疗急性踝关节扭伤[J]. 中医正骨, 2013, 25(4): 12 - 14.
- [5] 杨威, 敖传西, 华贤章. 非手术疗法和手术疗法治疗 B2 型踝关节骨折的对比研究[J]. 中医正骨, 2013, 25(4): 15 - 17.
- [6] 黄高, 张军, 水小龙, 等. 经皮闭合复位内固定与外侧“L”形切口切开复位内固定治疗 Sanders II 型跟骨骨折的比较研究[J]. 中医正骨, 2013, 25(4): 18 - 22.
- [7] 杨洪杰, 唐吉平, 林春阳. 正清风痛宁注射液局部注射治疗跟痛症的临床研究[J]. 中医正骨, 2013, 25(4): 23 - 27.
- [8] 毛海蛟, 俞光荣. 草皮趾的研究现状[J]. 中医正骨, 2013, 25(4): 31 - 33.
- [9] 张鑫, 刘波, 刘辉, 等. 中医传统关节粘连松解术在足踝部损伤术后康复治疗中的应用[J]. 中医正骨, 2013, 25(4): 34 - 35.
- [10] 王兴中, 何维英, 宣晓国. 经内踝截骨入路加压空心螺钉固定治疗距骨颈骨折[J]. 中医正骨, 2013, 25(4): 36 - 37.
- [11] 陈建锋, 许申明, 蒋旭, 等. 后外侧、后内侧联合入路治疗内踝延伸型后踝骨折[J]. 中医正骨, 2013, 25(4): 38 - 39.
- [12] 余琤. 蜘蛛钛板内固定治疗踝关节外侧副韧带急性损伤[J]. 中医正骨, 2013, 25(4): 40 - 41.
- [13] 漆伟. 闭合手法复位经皮微创内固定治疗后踝骨折[J]. 中医正骨, 2013, 25(4): 42 - 44.
- [14] 张程, 林光锚, 杨国敬, 等. 双固定锚钉治疗踝关节内侧韧带损伤[J]. 中医正骨, 2013, 25(4): 45 - 46.
- [15] 陈剑, 丁晓, 史风雷, 等. 小切口跟骨锁定钢板外置治疗跟骨骨折[J]. 中医正骨, 2013, 25(4): 49 - 50.
- [16] 阮成群, 陈武林, 李光明. 手法配合中药薰洗治疗踝关节骨折术后僵硬[J]. 中医正骨, 2013, 25(4): 61 - 62.