

· 学术探讨 ·

基于君臣佐使理论探讨五步推拿法在腰椎间盘突出症治疗中的应用

张潮, 吕立江, 朱永涛, 潘俊宇, 黄玉波, 吴虹娇

(浙江中医药大学第三临床医学院, 浙江 杭州 310053)

摘要 腰椎间盘突出症是骨科常见病、多发病, 治疗方法较多, 临床多首选非手术方法治疗。推拿是治疗腰椎间盘突出症的常用方法, 具体操作手法种类较多, 可借鉴中医方剂学君臣佐使的组方理论对手法进行优化组合, 从而提高疗效。五步推拿法是治疗腰椎间盘突出症的常用方法, 临床可以根据君臣佐使理论选用不同的操作手法, 以扳法为君、以整法为臣、以松法与拉法为佐、以复法为使, 有针对性地治疗腰椎间盘突出症。

关键词 君臣佐使; 推拿; 腰椎; 椎间盘移位

腰椎间盘突出症是骨科常见病、多发病, 治疗方法较多, 临床多首选推拿等非手术方法治疗。由于推拿的具体操作手法较多, 盲目操作可能影响疗效。君臣佐使是中医方剂学的重要组方理论, 主要通过合理配伍药物而最大限度地发挥药效。推拿治疗腰椎间盘突出症, 可以借鉴君臣佐使理论对手法进行优化组合, 从而提高疗效。五步推拿法是治疗腰椎间盘突出症的常用方法, 本文基于君臣佐使理论, 对五步推拿法在腰椎间盘突出症治疗中的应用进行了探讨。

1 君臣佐使理论指导推拿手法配伍的理论基础

有关君臣佐使理论的记载, 最早见于《素问·至真要大论》“主病之谓君, 佐君之谓臣, 应臣之谓使”。历代医家对君臣佐使的涵义均有所阐发, 但不够系统和全面, 直至现代《方剂学》对其进行了全面的分析与总结^[1]。方剂中药物的君臣佐使主要是以药物在方中所起作用的主次地位为依据, 临床治疗疾病时推拿手法的选用与其有相通之处。清·夏禹铸《幼科铁镜》载:“寒热温平, 药之四性; 推拿掐揉, 性与药同。用推即是用药, 不明何可乱推?”“病知表里虚实, 推拿重症能生。不谙推拿掐揉, 乱用便添一死。”推拿手法的选择应在充分了解病情的基础上, 借鉴中药君臣佐使的配伍原则灵活组合。《素问·离合真邪论》载有“必先扪而循之, 切而散之, 推而按之, 弹而怒之, 抓而下之, 通而取之”, 说明手法操作并非杂乱无章, 而

是按照一定顺序进行。《圣济总录》载有“有施于痛而痛止者, 有施于痛而无益者, 有按之而痛甚者, 有按之而快然者”, 认为不同的手法操作会产生不同的效果。清·骆如龙《幼科推拿秘书》载:“盖穴有君臣, 推有缓急, 用数穴中有一穴为主者, 而一穴君也, 众穴臣也。”推拿手法的配伍, 不是将所需手法简单罗列, 而是在辨证的基础上, 有针对性地选择手法, 在提高疗效的同时减少不良反应^[2]。

2 君臣佐使理论指导下五步推拿法治疗腰椎间盘突出症的操作步骤

腰椎间盘突出症临床多首选针灸、推拿等非手术方法治疗^[3-6]。腰椎间盘突出症的分型方法较多, 其中较为常用的是 Mcnab 分型^[7-10]。临床治疗腰椎间盘突出症时应综合考虑病程、突出物的位置、神经受压等情况, 从而选择合适的推拿手法。五步推拿法治疗腰椎间盘突出症, 由吕立江教授在继承前人整复手法的基础上结合自身临床经验所创^[11]。第 1 步: 放松法, 简称为松; 用一指禅推法、揉法、揉法等轻柔手法作用于患者腰部、臀部及患侧肢体, 目的是解除肌肉痉挛。第 2 步: 牵拉法, 简称为拉; 用牵引手法或在牵引床辅助下进行腰椎牵引, 拉宽腰椎间隙, 目的是解除神经根压迫。第 3 步: 卷腰法, 简称为扳; 用杠杆定位手法后伸扳卷患者腰部, 目的是促使腰椎间盘突出物位移或回纳。第 4 步: 旋转法, 简称为整; 用仰卧旋转法或侧卧斜扳法, 目的是调理关节间隙。第 5 步: 理筋法, 简称为复; 用点、按、拿、揉等理筋手法作用于患者腰部、臀部及患侧肢体经络, 目的是促进痉挛的肌肉及受损的神经功能恢复。

基金项目: 国家自然科学基金项目(81774442); 国家临床重点专科建设项目—推拿科(国卫医发[2013]42号); 浙江省重大疾病中医药防治中心项目(浙中医药 2018-9)

通讯作者: 吕立江 E-mail: 731577158@qq.com

2.1 扳法为君 扳法主要采用的是杠杆定位手法,由传统后伸扳法改良而成。扳法的操作步骤:患者取俯卧位,暴露腰部皮肤,定位病变节段椎体;术者先用放松类手法作用于腰部肌肉,然后使患者屈膝屈髋、两下肢交叉;术者立于患者一侧,肘尖部顶住病变节段椎体、两手握住患者踝关节,通过力臂杠杆使腰椎进行前屈、后伸运动,适度用力扳提腰椎,嘱患者于扳提时呼气、放松时吸气^[12]。杠杆定位手法可以直接作用于病变节段椎体,能够在解除神经根粘连的同时恢复腰椎生理曲度^[13]。有研究发现,脊柱-骨盆矢状面参数的正常与否对腰椎间盘突出症的发生、发展有显著影响^[14-15]。吕立江等^[16]采用杠杆定位手法治疗腰椎间盘突出症,发现该法可以改善患者的骨盆参数异常,认为该法在作用力及作用方向上更具针对性。对于存在运动神经传导异常的腰椎间盘突出症患者^[17-18],采用杠杆定位手法治疗可以有效减轻神经根压迫,有利于促进神经功能恢复^[19]。扳法治疗腰椎间盘突出症效果显著,且适用范围较仰卧旋转法或侧卧斜扳法广泛,是五步推拿法的关键手法,故为君。

2.2 整法为臣 整法主要采用的是仰卧旋转法和侧卧斜扳法。仰卧旋转法的操作步骤:患者取仰卧位,屈髋屈膝;助手按住患者肩部固定其上半身,术者立于患侧,双手抱患者双膝用力向下牵拉,同时用双手做旋转动作。侧卧斜扳法的操作步骤:患者取侧卧位,患侧在上、下肢屈曲,健侧下肢伸直,术者一手固定患者肩部、一手按其髂骨处,两手同时用力向相反方向斜扳,使腰部扭转,闻及或感觉到“咔嚓”响声表示手法完成^[20]。仰卧旋转法和侧卧斜扳法均可通过旋转作用改变腰椎间盘的应力,使椎间盘突出物与神经根的位置关系发生变化^[21],且可以纠正脊柱关节突关节紊乱,进一步恢复腰椎的力学平衡。机体在疼痛刺激下的应激反应会使肌肉变得僵硬,可通过斜扳法改善肌肉软组织张力,缓解疼痛症状^[22]。在五步推拿法中,整法可以增强扳法的疗效,故为臣。

2.3 松法与拉法为佐 松法主要包括一指禅推法、揉法、揉法、按法、拿法等,具体操作时可沿足太阳膀胱经自上而下往返施术。松法主要通过轻柔刺激缓解肌肉痉挛、促进局部血液循环,可以降低中枢神经及交感神经的兴奋性^[23],从而起到镇静止痛的作用。此外,在施行扳法等强刺激手法前,可先施行松法,避

免在肌肉痉挛状态下施法造成不必要的损伤。拉法主要通过牵拉增宽椎间隙,降低椎间盘内压力,使突出的椎间盘组织在负压作用下回纳^[24]。此外,拉法还可以纠正腰椎关节突关节紊乱,有利于恢复腰椎生理曲度。松法与拉法联合应用,既可以增强手法治疗的整体疗效,又可以减轻整法与扳法造成的不适,故为佐。

2.4 复法为使 复法可以改善局部血液循环状态,有利于促进肌肉、神经功能恢复,贯穿于手法治疗的全过程,故为使。

3 五步推拿法治疗腰椎间盘突出症的手法配伍特点

3.1 按照分型配伍 膨出型腰椎间盘突出症,患者一般无明显神经受压症状,可以松法为君,通过松解肌肉痉挛加速局部血液循环,促进炎症物质吸收。突出型腰椎间盘突出症,可以拉法和扳法为君,通过牵拉恢复椎间隙高度、解除神经根压迫。游离型腰椎间盘突出症,可以整法为君,通过仰卧旋转法或侧卧斜扳法纠正腰椎关节突关节紊乱,减轻游离于椎管内的髓核对神经根的压迫。

3.2 按照分期配伍 根据腰椎间盘突出症的症状及体征,临床可将其分为急性疼痛期、疼痛缓解期及恢复期^[25]。急性疼痛期:神经受压症状相对明显,肌肉呈紧张或痉挛状态;患者常因疼痛剧烈而呈强迫体位;急则治标,可以松法和复法为君,达到缓急止痛的目的。疼痛缓解期:由于病程日久,神经根出现粘连,下肢麻木等症状相对明显;缓则治本,可以扳法和整法为君、以松法和拉法为佐使,松解神经根粘连、扩大椎间隙,从而减轻神经根压迫。恢复期:腰腿疼痛、麻木等症状逐渐消失;可以复法为君,通过理筋手法促进神经、肌肉功能恢复,并防止疾病复发。

3.3 按照合并症配伍 疼痛症状较为明显的腰椎间盘突出症患者,可出现腰椎代偿性侧弯^[26]。杠杆定位手法是治疗脊柱侧弯的有效方法,且操作相对简单^[27]。因此,对于合并脊柱侧弯的腰椎间盘突出症患者,可以扳法为君,改变神经根与椎间盘突出物的相对位置,同时矫正脊柱侧弯,恢复脊柱的力学平衡。

4 小 结

人体的运动系统由经筋与骨骼构成,正常情况下筋与骨处于一种平衡状态,两者相互为用,共同维持着人体的平衡,即“筋骨平衡”^[28-29]。若“筋骨失

衡”,则可出现腰椎间盘突出症等退行性疾病^[30]。筋与骨之间的平衡是一种动态平衡,“筋出槽”与“骨错缝”可互为因果、共同致病。五步推拿法治疗腰椎间盘突出症,强调“筋骨并重”“筋骨同调”,即在君臣佐使理论指导下优化组合推拿手法,从而获得最佳的治疗效果。手法治疗腰椎间盘突出症,若未充分放松局部肌肉即行强刺激手法,容易影响治疗效果,不利于恢复筋骨平衡^[28,31],因此应注意先采用放松手法治疗。牵拉法可以使腰部紧张的肌肉得到放松,有利于恢复椎间隙高度,降低椎间盘内压力^[32-33]。仰卧旋转法或侧卧斜扳法可以纠正脊柱关节突关节紊乱,改变椎间盘突出物与神经根的位置关系,从而缓解临床症状^[34-35]。

腰椎间盘突出症的发病机制较为复杂,且患者的临床表现不尽相同,因此个体化治疗方案的制定至关重要。推拿疗法因具有操作简单、效果明显、价格低廉等优点而应用广泛,但若盲目选用手法进行治疗,不仅难以起效,反而会造成不必要的损伤。清·吴师机《理瀹骈文》载:“外治之理即内治之理,外治之药亦即内治之药,所异者法耳。医理药性无二,而法则神奇变幻。”由上可知,五步推拿法治疗腰椎间盘突出症,应在熟练掌握具体操作手法的基础上,在君臣佐使理论指导下,根据患者病情灵活配伍不同的手法,做到辨证施治,从而提高临床疗效。

参考文献

- [1] 韦佳,陈倩,冯泳. 试论中医传统方剂“君臣佐使”配伍理论的沿革[J]. 贵阳中医学院学报, 2014, 36(6): 1-3.
- [2] 张利克. 试论推拿手法处方的规范化研究[J]. 辽宁中医杂志, 2014, 41(2): 333-335.
- [3] 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.
- [4] KREINER D S, HWANG S W, EASA J E, et al. An evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of lumbar disc herniation with radiculopathy[J]. Spine J, 2014, 14(1): 180-191.
- [5] 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.
- [6] 徐峰,王林,靳婷婷,等. 国内腰椎间盘突出症非手术治疗的现状调查[J]. 北京医学, 2018, 40(2): 132-136.
- [7] 胡有谷. 腰椎间盘突出症[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 1995: 23-25.
- [8] 王福,王锡友,刘焰刚. “松、正、理”三步法分期治疗腰椎间盘突出症[J]. 现代中医临床, 2018, 25(6): 45-48.
- [9] 马信龙. 腰椎间盘突出症的病理学分型及其临床意义[J]. 中华骨科杂志, 2014, 34(9): 974-981.
- [10] 冯喆,初真秋. 吕立江五步复位法治疗腰椎间盘突出症经验[J]. 浙江中医杂志, 2013, 48(3): 218.
- [11] 吕立江. 五步复位法治疗腰椎间盘突出症[J]. 浙江中医药大学学报, 2011, 35(1): 88-89.
- [12] 吕立江,朱朝阳,陈羽峰,等. 杠杆定位手法对腰椎间盘突出症操作的规范化研究[J]. 浙江中医药大学学报, 2017, 41(1): 11-16.
- [13] 吕立江,陆森伟,王晓东,等. 杠杆定位手法对正常腰椎影响的生物力学实时测试[J]. 中华中医药学刊, 2015, 33(1): 15-17.
- [14] 胡东,宁旭. 脊柱-骨盆矢状面参数与腰椎椎间盘突出症相关性研究进展[J]. 脊柱外科杂志, 2020, 18(1): 64-67.
- [15] 唐烨,卢圆圆,贾真. 脊柱-骨盆矢状面参数对腰椎间盘突出手术临床疗效的预测价值[J]. 中国现代医学杂志, 2020, 30(13): 80-83.
- [16] 吕立江,谢云兴,陈涯峰,等. 杠杆定位手法治疗腰椎间盘突出症疗效与骨盆参数影响的研究[J]. 浙江中医药大学学报, 2019, 43(7): 640-644.
- [17] LI W, LIU Y C, ZHENG C F, et al. Diagnosis of compressed nerve root in lumbar disc herniation patients by surface electromyography[J]. Orthop Surg, 2018, 10(1): 47-55.
- [18] 王清和,尹祖昌,刘璞,等. CT 薄层扫描与肌电图在极外侧腰椎间盘突出症诊断中的价值[J]. 河北医药, 2015, 37(15): 2312-2315.
- [19] 吕立江,袁元辉,胡丰亚,等. 杠杆定位手法治疗腰椎间盘突出症的疗效评价及表面肌电神经反馈分析[J]. 浙江中医杂志, 2015, 50(11): 794-795.
- [20] 李培真,杨得光,何光远. 扳法在腰椎间盘突出症治疗中的应用现状及机制研究进展[J]. 江西中医药大学学报, 2018, 30(4): 114-117.
- [21] 吕立江,王晓东,陆森伟,等. 仰卧旋转法治疗腰椎间盘突出症的病例对照研究[J]. 中国骨伤, 2012, 25(8): 674-677.
- [22] 刘鲲鹏,吉登军,顾非,等. 斜扳法对腰椎间盘突出症患者软组织张力的影响[J]. 上海中医药杂志, 2017, 51(7): 54-56.
- [23] 王健,刘渝松,马善治,等. 轻手法推拿在急性腰椎间盘突出症中的应用分析[J]. 中国中医急症, 2014, 23(4): 716-717.
- [24] 刘宁,陈锋,闫乾,等. 基于疼痛评分的不同方案治疗腰

- 椎间盘突出症疗效的 Meta 分析[J]. 中医学报, 2020, 35(8): 1798-1804.
- [25] 袁元辉, 胡丰亚, 赖庆钟, 等. 吕立江教授治疗腰椎间盘突出症特色及验案探析[J]. 甘肃中医学院学报, 2015, 32(1): 10-12.
- [26] 陈伟凯, 戴寿旺, 葛成孟. 经皮内镜下椎板间入路治疗合并脊柱侧弯的青少年腰椎间盘突出症的早期疗效观察[J]. 浙江医学, 2018, 40(9): 987-989.
- [27] 刘鼎, 吕立江, 王玮娃, 等. 吕立江运用杠杆定位手法结合脉冲电场治疗青少年特发性脊柱侧弯经验[J]. 浙江中医杂志, 2019, 54(1): 36-37.
- [28] 程艳彬, 房敏, 王广东, 等. 以“筋骨失衡, 以筋为先”探讨脊柱退化性疾病的推拿治疗[J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(10): 3470-3473.
- [29] 范华雨, 张向东, 赵明宇. 筋滞骨错理论在腰椎间盘突出症中的运用探讨[J]. 风湿病与关节炎, 2019, 8(4): 64-66.
- [30] 李黎, 王金玲. 从筋骨力学平衡理论探讨林氏颈椎定点旋转扳法治疗急性颈性眩晕的理论来源及诊疗方法[J]. 中国中医急症, 2016, 25(9): 1714-1716.
- [31] 邵岩, 邓素玲, 史栋梁. 邓素玲教授运用针刺运动疗法联合松筋整脊手法治疗腰椎间盘突出症 40 例[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2019, 27(12): 76-78.
- [32] LEE C H, HEO S J, PARK S H, et al. functional changes in patients and morphological changes in the lumbar intervertebral disc after applying lordotic curve - controlled traction: a double-blind randomized controlled study [J]. Medicina (kaunas), 2019, 56(1): 4.
- [33] 马志红, 白玉, 马富强. 白玉教授治疗腰椎间盘突出症 94 例临床报道[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2020, 28(5): 67-69.
- [34] 潘法有, 杨威, 尤君怡, 等. 腰椎旋转复位法机理的研究进展[J]. 广西中医药大学学报, 2015, 18(4): 86-88.
- [35] MO Z, ZHANG R, CHEN J, et al. Comparison between oblique pulling spinal manipulation and other treatments for lumbar disc herniation: a systematic review and meta-analysis [J]. J Manipulative Physiol Ther, 2018, 41(9): 771-779.

(收稿日期: 2020-06-16 本文编辑: 郭毅曼)

• 作者须知 •

论文中对数据进行统计学处理时需要注意的问题

1 对基线资料进行统计学分析 搜集资料应严格遵守随机抽样设计, 保证样本从同质的总体中随机抽取, 除了对比因素外, 其他可能影响结果的因素应尽可能齐同或基本接近, 以保证组间的齐同可比性。因此, 应对样本的基线资料进行统计学分析, 以证明组间的齐同可比性。

2 选择正确的统计检验方法 研究目的不同、设计方法不同、资料类型不同, 选用的统计检验方法则不同。例如: 2 组计量资料的比较应采用 t 检验; 而多组 (≥ 3 组) 计量资料的比较应采用方差分析 (即 F 检验), 如果组间差异有统计学意义, 想了解差异存在于哪两组之间, 再进一步做 q 检验或 $LSD-t$ 检验。许多作者对多组计量资料进行比较时采用两两组间 t 检验的方法是错误的。又如: 等级资料的比较应采用 Ridit 分析或秩和检验或行平均得分差检验。许多作者对等级资料进行比较时采用卡方检验的方法是错误的。

3 假设检验的推断结论不能绝对化 假设检验的结论是一种概率性的推断, 无论是拒绝 H_0 还是不拒绝 H_0 , 都有可能发生错误 (I 型错误和 II 型错误)。因此, 假设检验的推断结论不能绝对化。

4 P 值的大小并不表示实际差别的大小 研究结论包括统计结论和专业结论两部分。统计结论只说明有无统计学意义, 而不能说明专业上的差异大小。 P 值的大小不能说明实际效果的“显著”或“不显著”。统计结果的解释和表达, 应说对比组之间的差异有 (或无) 统计学意义, 而不能说对比组之间有 (或无) 显著的差异。 $P \leq 0.01$ 比 $P \leq 0.05$ 更有理由拒绝 H_0 , 并不表示 $P \leq 0.01$ 时比 $P \leq 0.05$ 时实际差异更大。只有将统计结论和专业知识有机地结合起来, 才能得出恰如其分的研究结论。若统计结论与专业结论一致, 则最终结论也一致; 若统计结论与专业结论不一致, 则最终结论需根据专业知识而定。判断被试因素的有效性时, 要求在统计学上和专业上都有意义。

5 假设检验的结果表达 P 值传统采用 0.05 和 0.01 这 2 个界值, 现在提倡给出 P 的具体数值和检验统计量的具体数值 (小数点后保留 3 位有效数字), 主要理由是: ①以前未推广统计软件之前, 需要通过查表估计 P 值, 现在使用统计软件会自动给出具体的 P 值和检验统计量的具体值 (t 值、 F 值、 χ^2 值等)。②方便根据具体情况判断问题。例如 $P = 0.051$ 与 $P = 0.049$ 都是小概率, 不能简单地断定 $P = 0.051$ 无统计学意义而 $P = 0.049$ 有统计学意义。③便于对同类研究结果进行综合分析。

6 统计学符号的使用 统计学符号的使用应按照 GB3358—82《统计名词及符号》的规定, 具体可参阅本刊投稿须知中的有关要求。