

- and correlation with symptom severity [J]. Urology, 2009, 73 (3):538-542.
- [9] Litwin MS, McNaughton-Collins M, Fowler FJ Jr, et al. The National Institutes of Health Chronic Prostatitis symptom index: development and validation of a new outcome measure. Chronic Prostatitis Collaborative Research Network [J]. Urology, 1999, 162(2):369-375.
- [10] Turner JA, Hauge S, Von Korff M, et al. Primary care and urology patients with the male pelvic pain syndrome: symptoms and quality of life [J]. Urology, 2002, 167(4):1768-1773.
- [11] 鲁湾. 中国精神疾病发病率 15%, 成为健康头号杀手[J]. 科学养生, 2010, (10):17.
- [12] Miller Hc. stress prostatitis [J]. Urology, 1988, 32(6):507.
- [13] Osborn DE, George NI, Rao PN, et al. Prostatitis - physiological characteristics and rational management with muscle relaxants [J]. Br J Urol, 1981, 53(6):621.
- [14] 翟芳同, 张敏建. 慢性前列腺炎诊断研究进展[J]. 中国误诊学杂志, 2004, 4(1):47.
- [15] 韩亮, 王彬, 李海松. 慢性前列腺炎从瘀论治再探[J]. 环球中医药, 2012, 7(5):488-491.
- [16] 李海松, 党进, 王彬, 等. 慢性前列腺炎络病初探[J]. 中医杂志, 2011, 52(22):1911-1912.
- [17] 孔良, 齐隽, 黄轶晨. α -受体阻滞剂、COX-2 抑制剂和抗抑郁药联合治疗慢性前列腺炎/慢性盆底疼痛综合征[J]. 中国男科学杂志, 2009, 23(9):40-43.
- [18] 曾晓勇, 叶章群, 杨为民, 等. 塞来昔布治疗 III A 型前列腺炎的临床评估[J]. 中华男科学 2004, 10(4):278-281.
- [19] 钱余, 夏仁惠, 周伟邦, 等. 慢性骨盆疼痛综合征的诊治[J]. 现代泌尿外科杂志, 2004, 9(2):80-81.
- [20] 谢辉, 杨亦荣. 前列腺痛患者情绪障碍的分析及治疗[J]. 临床泌尿外科杂志, 2002, 17(6):286-288.
- [21] 高为, 汪玉宝. 吲哚美辛联合曲唑酮治疗 III 型前列腺炎的临床研究[J]. 中国男科学杂志, 2007, 21(11):36-39.
- (收稿日期:2013-09-01)
(本文编辑:董历华)

· 临床经验 ·

整复手法治疗恢复期腰椎间盘突出 68 例

王志光 王金贵 刘立丽

【摘要】 目的 探讨“整复手法”在腰椎间盘突出症恢复期的疗效,以指导临床实践。**方法** 将符合恢复期的 150 例患者随机分为 2 组,治疗组采用以腰椎间盘突出症辨证分期为特色的“整复手法”组,一疗程 10 天,共治疗 30 天,采用 Oswestry 功能障碍指数问卷表(ODI)和 Roland-Morris 量表分值来评估治疗前后不同时段症状变化,并对两组患者各疗程疗效比较。**结果** 131 例患者完成全部研究,治疗组 68 例与对照组 63 例相比具有显著差异($P < 0.01$, $P < 0.05$),且治疗组临床疗效总有效率亦明显优于对照组($P < 0.05$),治疗组与对照组疗效比较具有统计学差异。**结论** “整复手法”明显提高临床疗效。

【关键词】 辨证分期; 整复手法; 腰椎间盘突出症

【中图分类号】 R274.34 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2013.09.016

腰椎间盘突出症(lumbar disc herniation, LDH)是临床较为常见的腰部疾患,为骨伤推拿科的常见病、多发病。本病主要是由于腰椎间盘退变、损伤、劳损后或腰背部受寒邪侵

袭导致纤维环部分或全部破裂,髓核在压力作用下从破裂处向外膨出或突出,而压迫神经、硬膜囊或脊髓,引发腰痛或下肢放射性麻木、疼痛等一系列临床症状群,本病好发于 20~40 岁青壮年,男性多于女性,体力劳动者多于脑力劳动者。

1 对象与方法

1.1 研究对象

研究对象为 2008 年 4 月 3 日至 2011 年 1 月 22 日在天津中医药大学第一附属医院骨伤推拿科恢复期患者 150 例,入组病例均经 CT 或 MRI 确诊且目前处于腰椎间盘突出症

基金项目:天津市应用基础及前沿技术 Research 计划(08JCZDJC15700)

作者单位:300193 天津中医药大学第一附属医院推拿科(王志光、王金贵);国家中医药管理局推拿手法生物效应实验室(刘立丽)

作者简介:王志光(1983-),硕士,住院医师。研究方向:推拿治疗脊柱源性疾病。E-mail:zhihuilan1984@163.com

通讯作者:王金贵(1965-),博士,主任医师,硕士生导师。研究方向:推拿治疗脊柱源性疾病及功能性内科疾病、子午流注推拿法治未病。E-mail:zhihuilan1984@163.com

恢复期的患者。采用临床随机、对照研究,按随机数字表法把入选的患者分为整复手法恢复期应用组和西药组,每组 75 例,研究中共脱落 18 例,剔除 1 例,占总设计样本的 12.67%。组间比较无差异,两组基线资料(性别、年龄、病程等)比较(分别经 χ^2 检验、 t 检验、非参数 Mann-Whitney test 检验),均 $P>0.05$,表明两组基线一致,组间具有可比性。

1.2 诊断标准

(1)中医诊断标准:参照 1994 年国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》^[1]。

(2)分期标准:在遵循上述诊断标准的前提下,笔者通过长期临床实践中总结创立了独特的辨证分期疗法,提炼出具有代表性的关键症状作为急性期、缓解期和恢复期的辨证要点^[2]。辨证分期各期标准的辨证要点如下。

急性期:以腰、腿部疼痛为主,疼痛可随咳嗽、喷嚏、用力排便等加剧;病理分析此期为突出椎间盘压迫硬脊膜和神经根,引起神经根充血、水肿。

缓解期:腰、腿部自觉疼痛消失,活动时仍有疼痛;病理分析此期为神经根充血、水肿基本消失,但椎间盘与神经根仍处于接触状态。

恢复期:腰、腿部疼痛基本消失,活动欠灵活。病理分析此期椎间盘关节位置产生变化,小关节错缝并紊乱。

1.3 纳入标准

(1)符合以上中医诊断标准。(2)首次发病,CT 明确显示突出位置为 L4/5、L5/S1 间盘,或突出部位同时包括 L4/5、L5/S1 两个节段,以上均为单侧型,且处于该病的恢复期。(3)年龄为 20~50 岁。(4)同意并签署“知情同意书”者。

1.4 排除标准

(1)不属于保守治疗范围内的病例。(2)合并有心血管、脑血管、肝、肾、肺及血液系统等严重原发性疾病患者。(3)精神病患者。(4)妊娠或哺乳期妇女。(5)过敏体质,或对本试验处方制剂相关药物有过敏史者。(6)引起具有典型腰腿痛及坐骨神经痛的其它疾病,有腰椎手术史患者。

1.5 实验方法

本实验采用临床随机、对照研究,以在腰椎间盘突出症的恢复期分别应用整复手法及西药来观察疗效,通过观察改良中文版 Oswestry 腰痛评估表和改良中文版 Roland-Morris 腰痛失能问卷评估来评估治疗效果^[3]。

治疗组:急性期:禁用整复类手法,采用中药熏蒸、湿敷治疗、中药敷贴、静脉点滴中药制剂(丹红注射液 40 ml + 0.9% 氯化钠注射液 250 ml);缓解期:禁用整复类手法,以软

组织放松类手法为主,配合牵引治疗;恢复期:以整复类手法为主,配合牵引和功能锻炼操(包括腰背肌、腹肌和下肢肌群的功能锻炼,下同)。

对照组:急性期时静脉点滴神经妥乐平(神经妥乐平 7.2 iu + 0.9% 氯化钠注射液 250 ml),口服瑞力芬每日 3 次,每次 1 g,缓解期和恢复期仅口服瑞力芬每日 3 次,每次 1 g,并在缓解期配合牵引治疗,在恢复期配合牵引和功能锻炼操。

1.6 观察指标

参照国家中医药管理局 1994 年 6 月发布的《中医病症诊断疗效标准》,其中治愈: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。治疗期间通过改良中文版 Oswestry 腰痛评估表和改良中文版 Roland-Morris 腰痛失能问卷评估来密切观察治疗前、治疗各疗程的不同分值,并记录存档。

1.7 统计结果分析

比较临床疗效采用 χ^2 检验,比较 ODI 量表分值和 Roland-Morris 量表分值变化采用独立样本 t 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效

治疗组中 67 例有效,有效率为 98.5%;对照组中 46 例有效,有效率为 73.0%;治疗组有效率高于对照组,经 χ^2 检验,与治疗组比较, $P<0.01$,有统计学意义。

表 1 两组患者疗效结果比较

组别	例数	有效	无效
治疗组	68	67	1
对照组	63	46	17

2.2 各组评分对比

两组患者治疗后改良中文版 Oswestry 腰痛评估表分值、Roland-Morris 量表分值变化见表 2 和表 3。两组治疗前 ODI 量表分值、Roland-Morris 量表分值差异无显著性,治疗第一疗程、第二疗程、第三疗程后,两评分比较差异有显著性, $P<0.01$,提示两组患者治疗后 ODI 量表分值、Roland-Morris 量表分值均发生了变化,但治疗组较对照组变化更为显著。

表 2 各组患者治疗前后 ODI 量表分值变化($\bar{x} \pm s$)

组别	治疗前		第一疗程		第二疗程		第三疗程	
	例数	分值	例数	分值	例数	分值	例数	分值
治疗组	68	40.51 \pm 3.52	68	32.72 \pm 5.91	68	22.69 \pm 6.82	68	10.96 \pm 5.69
对照组	63	40.77 \pm 4.83	63	38.62 \pm 4.96	63	35.23 \pm 7.24	63	27.36 \pm 12.64

表 3 各组患者治疗前后 Roland-Morris 量表分值变化($\bar{x} \pm s$)

组别	治疗前		第一疗程		第二疗程		第三疗程	
	例数	分值	例数	分值	例数	分值	例数	分值
治疗组	68	20.53 \pm 1.83	68	15.71 \pm 2.41	68	11.92 \pm 3.97	68	7.26 \pm 2.93
对照组	63	20.27 \pm 2.02	63	18.71 \pm 3.18	63	17.45 \pm 2.62	63	13.03 \pm 5.32

3 讨论

腰椎间盘突出症是临床常见多发的脊柱退行性疾病,通过多年的试验、临床研究,在发病机制、治疗技术和诊疗评估等方面均取得长足进步,同时也清醒的认识到仍然存在诸多有待深入研究探讨及完善之处。目前腰椎间盘突出症较为公认的发病机制主要有机械性压迫、化学性神经根炎和间盘自身免疫等学说^[4];治疗机理和目的均是促进局部血液循环,消除局部神经根炎症、水肿及组织的肌肉紧张痉挛,解除或减轻神经根的压迫^[5]。

腰椎间盘突出症非手术治疗是目前主要的治疗方法,且疗效肯定^[6],推拿手法治疗为其重要组成部分。中医推拿手法具有调和阴阳、扶正祛邪、宣通阳气、温经通络、活血化瘀的功效,使局部组织提供充分的氧,使肌肉结缔组织的伸展性提高,加速炎症产物及代谢产物的吸收,并能解除患者肌肉紧张痉挛状态^[7]。冯天有^[8]认为椎管具有可容性,而整复手法治疗通过克服脊柱失稳因素恢复脊柱平稳,稳定建立代偿平衡,调整了突出髓核和受累神经根位置关系,解除神经根压迫和有利于神经根水肿消除。整复类手法能调整椎体外内平衡,有利于已外突的组织的复位或改变相对位置以改善其对神经根的压迫,同时可松解水肿神经根和关节囊的粘连。手法整复的治疗机理有以下几点^[9]:(1)解除腰背部的肌肉痉挛,促进血液循环,增加突出髓核中水分的吸收。(2)降低椎间盘内的压力,使突出的髓核利于还纳,同时扩大椎间孔和神经根管,减轻突出物对神经根的压迫。(3)增加椎间盘外的压力,以促进突出的髓核还纳,改善突出髓核的相对位置,解除或减轻对神经根的压迫。(4)松解粘连,加强气血循环。

本研究以恢复期应用为主,有效规避了整复手法的过早应用易致医源性损伤的弊端,恢复期症状基本消失,但腰部功能尚未完全恢复,中医认为此期筋骨尚未完全恢复正常,故此期治疗原则为:理筋整复,促进康复。通过腰椎整复手法的应用,调整关节的紊乱,从而相对扩大椎间孔的容积,减

轻了间盘对神经根卡压的程度。同时由于斜板和旋转复位对腰椎及其椎间盘所产生的旋转扭力,改变突出物和神经根的相对位置。反复多次治疗,可逐渐松解突出物和神经根的粘连,从而达到祛瘀、理筋、整复的目的,从根本上解除患者的疼痛。

整复手法的适时应用,是建立在辨证分期治疗基础上的。它验证了整复手法的应用时机,完善了腰椎间盘突出症治疗方案。同时,在治疗过程中,兼顾应用多种治疗手段,既针对了病情需要,又弥补了单一疗法的不足,更好的体现了综合性保守疗法的优势,值得临床推广应用。

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,1994:186.
- [2] 王金贵. 辨证分期推拿法在腰椎间盘突出症综合治疗方案中的应用[J]. 环球中医药,2010,11(3):421-423.
- [3] 黄进文,赵迅霞. 汉化 Oswestry 功能障碍指数评价老年腰椎间盘突出症介入治疗术后疗效[J]. 西部医学,2013,4(25):623-627.
- [4] 胡有谷. 腰椎间盘突出症[M]. 3 版. 北京:人民卫生出版社,2004:126-128.
- [5] 王苍松,柴巍巍. 牵引及手法配合中药治疗腰椎间盘突出症临床研究[J]. 河南中医学院学报,2007,9(5):54-55.
- [6] 徐光明. 杨雍综合非手术方法治疗腰椎间盘突出症 160 例临床报告[J]. 颈腰痛杂志,2010,31(2):131-132.
- [7] 李智,李静. 推拿治疗腰椎间盘突出症机制研究进展[J]. 中国骨伤,2005,18(2):62-64.
- [8] 冯天有. 中西医结合治疗软组织损伤的临床研究[M]. 北京:中国科学技术出版社,2002:121.
- [9] 高长明,刘欣. 推拿手法治疗腰椎间盘突出症的机理研究概述[J]. 世界中西医结合杂志,2007,2(1):59-60.

(收稿日期:2013-06-16)

(本文编辑:董历华)