

# 整脊手法与常规按摩在治疗腰椎管狭窄症中的应用研究

陈 堃, 陈福建, 盘庆东

(广州中医药大学顺德医院康复科, 广东 佛山 528300)

**摘要:** **目的** 分析整脊手法对腰椎管狭窄症(LSS)患者腰椎功能与神经传导速度的影响。**方法** 按照随机数字表法将2020年2月至10月于广州中医药大学顺德医院就诊的76例LSS患者分为对照组(38例, 常规按摩治疗)与研究组(38例, 整脊手法治疗), 两组患者均治疗2个月, 并随访6个月。比较两组患者治疗后的临床疗效, 治疗前、治疗后及随访6个月后疼痛情况、腰椎功能评分、生活质量水平及神经传导速度。**结果** 与对照组比, 研究组患者治疗总有效率升高; 与治疗前比, 治疗后、随访6个月后两组患者视觉模拟疼痛量表(VAS)、Oswestry功能障碍指数(ODI)评分均降低, 且研究组患者各时间点VAS、ODI评分均低于对照组; 而治疗后、随访6个月后两组患者日本骨科协会评估量表(JOA)评分、15项恢复质量量表(QoR-15)评分, 以及胫后神经传导速度、腓总神经传导速度均升高, 且研究组患者各时间点JOA评分、QoR-15评分及胫后神经传导速度、腓总神经传导速度均高于对照组(均 $P<0.05$ )。**结论** 相比于常规按摩, 整脊手法可有效地缓解LSS患者的疼痛症状, 解除神经压迫症状, 促进腰椎功能恢复, 治疗效果显著, 进而可提高患者生活质量水平。

**关键词:** 腰椎管狭窄症; 整脊手法; 常规按摩; 腰椎功能; 神经传导速度

**中图分类号:** R681.5      **文献标识码:** A      **文章编号:** 2096-3718.2021.19.0072.04

腰椎管狭窄症(lumbar spinal stenosis, LSS)是骨科诊疗中较为常见的神经功能障碍性疾病, 脊柱退行性改变、黄韧带增生、小关节增生内聚等是本病发生的主要原因, 患者以腰椎中央管、椎间隙、神经根管变形狭窄等为主要病理改变, 因神经根、马尾神经受压而继发一系列症状体

征。常规按摩具有祛风散寒、通经活络、行气活血、散瘀止痛的作用, 可缓解LSS患者症状, 但仅作用于局部组织, 长期疗效难以确定<sup>[1]</sup>。中医学中LSS属“痹症”“腰腿痛”范畴, 主要病机为风寒湿邪内侵阻络、肝肾亏虚、痰湿内阻等, 气滞血瘀而腰腿痹阻, 进而诱发腰腿痛, 属

**作者简介:** 陈堃, 大学本科, 主治中医师, 研究方向: 康复科常见病的诊疗。

体内炎性因子水平, 且治疗效果较好。

综上, 应用莲花清瘟胶囊联合左氧氟沙星治疗社区获得性肺炎患者, 可提高临床效果, 改善临床症状, 提高免疫功能, 且具有减轻机体内炎症反应的作用, 但本研究样本量小, 仍需进行大样本量、多中心研究。

## 参考文献

[1] 王瑜, 白旭光, 戴旖旎, 等. 百合固金颗粒联合左氧氟沙星治疗社区获得性肺炎的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2018, 33(6): 1389-1392.

[2] 周珍, 王素美, 刘艳萍. 莲花清瘟胶囊辅助治疗社区获得性肺炎效果及安全性的Meta分析[J]. 中国医药导报, 2017, 14(33): 133-137.

[3] 中华医学会呼吸病学分会. 社区获得性肺炎诊断和治疗指南[J]. 中国实用乡村医生杂志, 2013, 20(2): 11-15.

[4] 孙明, 王蔚文. 临床疾病诊断与疗效判断标准[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2010: 231-233.

[5] 汤守香, 马静, 薛尧, 等. N-乙酰半胱氨酸联合左氧氟沙星治疗老年社区获得性肺炎临床疗效及对炎症因子水平的影响[J]. 中

国煤炭工业医学杂志, 2018, 21(6): 599-603.

[6] 王菲, 李松. 十味龙胆花颗粒联合左氧氟沙星治疗社区获得性肺炎的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2019, 34(9): 2668-2671.

[7] 胡小清, 万宇, 卢琴, 等. 莲花清瘟胶囊联合头孢呋辛治疗社区获得性肺炎的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2018, 33(12): 3216-3220.

[8] 李荣香, 石慧芳, 祁大云, 等. 清肺消炎丸联合西药治疗社区获得性肺炎的效果及对免疫功能及炎性因子水平的影响[J]. 中国医药, 2020, 15(4): 555-559.

[9] 孟泳, 甘德堃. 清肺祛痰颗粒剂治疗痰热壅肺型社区获得性肺炎的疗效及对血清炎性因子和呼出气一氧化氮水平的影响[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2018, 32(3): 295-297.

[10] 王小博, 侯娅, 王文祥, 等. 藏药红景天的药理作用及其机制研究进展[J]. 中国药房, 2019, 30(6): 851-856.

[11] 田丁, 史梦琪, 王赧. 连翘挥发油化学成分及其药理作用研究进展[J]. 天然产物研究与开发, 2018, 30(10): 1834-1842.

[12] 杨娟, 于晓涛, 郭丽娜, 等. 基于网络药理学的金银花抗炎作用机制研究[J]. 中医药信息, 2020, 37(3): 9-13..

于本虚标实证。整脊手法能够基于患者整体,通过不同手法对患者经络气血进行调节,从而改善患者脊柱血液循环与神经根受压情况,恢复脊柱生物力学稳定性,改善腰腿痛、活动受限等症状,在治疗脊椎伤损疾病中的应用较为广泛<sup>[2]</sup>。本研究旨在探讨整脊手法与常规按摩在治疗LSS中的应用效果,现报道如下。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 按照随机数字表法将2020年2月至10月于广州中医药大学顺德医院就诊的LSS患者76例分为对照组(38例)和研究组(38例)。对照组中男、女患者分别为25、13例;年龄45~70岁,平均(62.05±3.41)岁;病程1~4年,平均(2.51±0.57)年;狭窄部位:L<sub>4-5</sub>20例,L<sub>5</sub>~S<sub>1</sub>10例,L<sub>3-5</sub>8例。研究组中男、女患者分别为24、14例;年龄44~69岁,平均(61.29±3.33)岁,病程1~4年,平均(2.30±0.61)年;狭窄部位:L<sub>4-5</sub>19例,L<sub>5</sub>~S<sub>1</sub>11例,L<sub>3-5</sub>8例。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义(P>0.05),组间具有可比性。纳入标准:符合《实用骨科学》<sup>[3]</sup>中关于LSS的诊断标准;以双下肢疼痛伴间歇性跛行为主要表现,影像学检查显示椎管纵径、横径约为13mm;经MRI/CT或脊髓造影确诊者;无脊柱侧弯者;既往无腰椎手术者等。排除标准:合并其他类型脊柱疾病如腰椎间盘突出、腰椎滑脱、腰椎不稳等;伴有严重骨质疏松症、恶性肿瘤、严重感染性疾病者;认知功能异常、精神障碍者等。本研究经院内医学伦理委员会批准,患者自愿签署知情同意书。

1.2 治疗方法 两组患者均开展常规基础治疗(磁热疗法、中频电刺激疗法、中药热奄包等),1次/d,治疗期间需要避免风寒,饮食清淡,按时睡觉。在上述治疗的基础上,给予对照组患者常规按摩治疗,患者于理疗床上保持俯卧位,通过揉、滚、拍、捏等手法进行腰背部从上至下的按摩,再沿脊柱两侧进行由下而上的手法推拿,病变区域给予弹拨、掌推等手法推拿。开展屈膝屈髋摇法干预,20min/次,1次/d,同时指导患者开展飞燕式、五点式功能训练,治疗时间为10min,1次/d。研究组患者开展整脊手法治疗,于病变部位行20min的弹拨理筋手法干预,再于病变腰椎两侧行旋转手法干预,于胸椎端行旋提手法干预。在此基础上开展腰大肌功能训练,其主要以过伸训练为主,结合患者具体病情选择性开展跨步训练,生理状况欠佳者可采用跪立位训练行腰大肌拉伸干预,10min/次,2次/d。两组患者均治疗2个月,并随访6个月。

1.3 观察指标 ①治疗效果。显效:LSS患者相关腰腿痛、间歇性跛行等症状体征基本消失,日常生活、工作等不受影响,日本骨科协会评估量表(JOA)<sup>[4]</sup>评分改善在75%以上;有效:症状体征显著改善,机体疲劳后出现

局部疼痛症状,JOA评分改善50%~75%;无效:上述症状未见改善甚至加重,JOA评分<50%<sup>[3]</sup>。总有效率=显效率+有效率。②疼痛与功能恢复情况。采用视觉模拟疼痛量表(VAS)<sup>[5]</sup>评估患者治疗前、治疗后及随访6个月后腰腿痛程度,分值0~10分,评分越高,腰腿痛程度越严重;采用Oswestry功能障碍指数(ODI)<sup>[6]</sup>评估患者治疗前、治疗后及随访6个月后腰椎功能障碍情况,分值0~45分,评分越高,腰椎功能障碍情况越严重;采用JOA评分评估患者治疗前、治疗后及随访6个月后腰椎功能恢复情况,分值0~29分,评分越高,功能恢复越好。③生活质量水平。采用15项恢复质量量表(QoR-15)<sup>[7]</sup>评定两组患者治疗前、治疗后及随访6个月后的生活质量水平,分A、B卷,分值分别为100分、50分,评分越高,生活质量越高。④神经传导速度。采用肌电图仪检测两组患者治疗前、治疗后及随访6个月后的胫后神经传导速度、腓总神经传导速度。

1.4 统计学方法 采用SPSS 21.0统计软件分析数据,计数资料以[例(%)]表示,组间比较采用 $\chi^2$ 检验;计量资料以( $\bar{x}\pm s$ )表示,组间比较采用t检验,多时间点比较采用重复测量方差分析。以P<0.05为差异有统计学意义。

### 2 结果

2.1 治疗效果 研究组患者治疗总有效率(94.74%)高于对照组(73.68%),差异有统计学意义(P<0.05),见表1。

表1 两组患者治疗效果比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	38	15(39.47)	13(34.21)	10(26.32)	28(73.68)
研究组	38	23(60.53)	13(34.21)	2(5.26)	36(94.74)
$\chi^2$ 值					6.333
P值					<0.05

2.2 疼痛与腰椎功能 与治疗前比,治疗后、随访6个月后两组患者VAS、ODI评分均降低,且研究组患者各时间点VAS、ODI评分均低于对照组;而治疗后、随访6个月后两组患者JOA评分均升高,且研究组患者各时间点JOA评分均高于对照组,差异均有统计学意义(均P<0.05),见表2。

2.3 生活质量 与治疗前比,治疗后、随访6个月后两组患者QoR-15评分均升高,且研究组患者各时间点QoR-15评分均高于对照组,差异均有统计学意义(均P<0.05),见表3。

2.4 运动神经传导速度 与治疗前比,治疗后、随访6个月后两组患者胫后神经传导速度、腓总神经传导速度均升高,且研究组各时间点胫后神经传导速度、腓总神经传导速度均高于对照组,差异均有统计学意义(均P<0.05),见表4。

表2 两组患者疼痛与腰椎功能情况比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	VAS 评分			ODI 评分		
		治疗前	治疗后	随访6个月后	治疗前	治疗后	随访6个月后
对照组	38	6.82±0.49	3.42±0.65*	2.39±0.44**	32.15±5.50	16.93±2.44*	12.94±1.53**
研究组	38	6.75±0.55	1.57±0.47*	0.94±0.45**	31.94±5.34	13.10±1.46*	10.13±1.12**
t 值		0.586	14.217	14.202	0.169	8.303	9.135
P 值		>0.05	<0.05	<0.05	>0.05	<0.05	<0.05

  

组别	例数	JOA 评分		
		治疗前	治疗后	随访6个月后
对照组	38	9.55±1.40	20.15±1.44*	23.88±1.39**
研究组	38	9.31±1.34	24.92±1.32*	25.68±1.29**
t 值		0.763	15.052	5.851
P 值		>0.05	<0.05	<0.05

注: 与治疗前比, \* $P<0.05$ ; 与治疗比, \*\* $P<0.05$ 。VAS: 视觉模拟疼痛量表; ODI: Oswestry 功能障碍指数; JOA: 日本骨科协会评估量表。

表3 两组患者 QoR-15 评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	A 卷			B 卷		
		治疗前	治疗后	随访6个月后	治疗前	治疗后	随访6个月后
对照组	38	68.10±6.94	80.09±4.51*	84.23±3.19**	29.10±2.45	35.20±2.32*	39.85±1.38**
研究组	38	67.39±7.12	85.12±3.42*	88.57±2.01**	28.71±2.39	40.29±1.83*	42.01±0.47**
t 值		0.440	5.478	7.096	0.702	10.619	9.133
P 值		>0.05	<0.05	<0.05	>0.05	<0.05	<0.05

注: 与治疗前比, \* $P<0.05$ ; 与治疗比, \*\* $P<0.05$ 。QoR-15: 15 项恢复质量量表。

表4 两组患者运动神经传导速度比较 ( $\bar{x} \pm s$ , m/s)

组别	例数	胫后神经传导速度			腓总神经传导速度		
		治疗前	治疗后	随访6个月后	治疗前	治疗后	随访6个月后
对照组	38	46.59±5.02	58.02±5.34*	60.19±2.39**	47.10±5.23	57.12±4.62*	59.18±3.28**
研究组	38	46.72±4.93	63.41±4.09*	65.81±3.31**	46.83±5.41	61.17±4.33*	63.44±2.90**
t 值		0.114	4.940	8.486	0.221	3.943	5.998
P 值		>0.05	<0.05	<0.05	>0.05	<0.05	<0.05

注: 与治疗前比, \* $P<0.05$ ; 与治疗比, \*\* $P<0.05$ 。

### 3 讨论

LSS 是指各种原因引起的腰椎骨与软组织 (关节突关节、椎板、黄韧带、椎间盘等) 发生形态与组织结构的变化, 导致中央椎管、神经根管、椎间孔处狭窄, 使神经根和 (或) 马尾神经受到压迫, 从而引起一系列临床症状的疾病。临床上多采用磁热疗法、中频电刺激疗法、中药热奄包等常规方式进行治疗, 虽可在一定程度上缓解 LSS 患者的症状, 但预后效果差。常规按摩通过揉、滚、拍、捏等手法对 LSS 患者的腰部进行治疗, 其可解除肌肉痉挛, 松解粘连, 同时可以使腰椎间距增加, 以拉开关节突关节, 使椎间隙增宽, 椎管内压力降低, 从而缓解疼痛与跛行情况, 但治疗后复发率较高<sup>[8]</sup>。

中医学将 LSS 的病机分为内外两端, 外因为外伤或劳损而引发, 阻碍气血运行, 且长期的气血运行不畅易产生瘀血, 进而加重气血运行不畅程度, 导致筋脉得不到供养而产生疼痛情况; 内因为先天肾气不足、肾气虚衰及劳役伤肾, 导致肝肾不足之症, 而肾主骨、肝主筋, 则筋骨

失养, 易发筋骨松动, 致腰府不荣而痛<sup>[9]</sup>。整脊手法以理筋为基本治则, 通过弹拨理筋手法、腰椎旋转手法等多种治疗手法实现筋骨并重, 在上病下治、下病上治的基础上开展整体治疗。有研究分析了整脊手法在 LSS 患者中的应用, 结果显示, 与常规治疗相比, 该疗法在改善患者疼痛评分与腰椎功能评分方面的效果更为显著<sup>[10]</sup>。本研究中, 研究组患者治疗总有效率高于对照组; 与对照组比, 治疗后、随访 6 个月后研究组患者 VAS、ODI 评分均降低, JOA 评分与 QoR-15 评分均升高, 提示相比于常规按摩, 整脊手法可有效地缓解 LSS 患者的疼痛症状, 促进腰椎功能恢复, 治疗效果显著, 从而提高患者生活质量水平。

神经压迫症状是 LSS 患者的主要病理特点, 会直接降低胫后神经与腓总神经传导速度, 影响机体运动神经与感觉神经功能, 降低筋膜生理代偿的能力, 影响脊柱生理稳定性, 阻碍病情恢复<sup>[11]</sup>。整脊手法中通过特定手法干预, 可有效解除神经压迫症状; 同时通过对肌肉等软组织的手

# 黄芪桂枝五物加味汤联合康复训练对脑卒中后肩手综合征患者手部活动能力的影响

李广宇

(湛江南粤医院康复科, 广东 湛江 524018)

**摘要:** **目的** 研究黄芪桂枝五物加味汤联合康复训练对脑卒中后肩手综合征 (SHS) 患者手部活动能力及血清缓激肽 (BK)、降钙素基因相关肽 (CGRP)、P 物质 (SP) 水平的影响。**方法** 选取 2019 年 3 月至 2021 年 1 月湛江南粤医院收治的脑卒中后 SHS 患者 80 例作为研究对象, 按照随机数字表法分为对照组和观察组, 各 40 例。对照组患者实施常规康复训练治疗, 观察组患者在对照组基础上给予黄芪桂枝五物加味汤治疗, 两组患者均以 4 周为 1 个疗程, 均连续治疗 3 个疗程。比较两组患者治疗后的临床疗效、治疗前后的视觉模拟疼痛量表 (VAS)、肩手综合征评估量表 (SHSS)、Fugl-Meyer 量表 (FMA)、手功能及血清 BK、CGRP、SP 水平。**结果** 治疗后观察组患者的临床总有效率、手使用总有效率均高于对照组; 治疗后两组患者实用手占比均较治疗前升高, 且观察组高于对照组, 失用手占比均较治疗前降低, 且观察组低于对照组; 治疗后两组患者 FMA 评分、血清 CGRP 水平均较治疗前升高, 且观察组均高于对照组; 治疗后两组患者 VAS、SHSS 评分及血清 BK、SP 水平均较治疗前下降, 且观察组均低于对照组 (均  $P < 0.05$ )。**结论** 黄芪桂枝五物加味汤联合康复训练应用于脑卒中后 SHS 可调节血清 BK、CGRP、SP 水平, 减轻其疼痛程度, 显著提高患者的手部活动能力, 进而提升患者生活质量, 临床应用效果显著。

**关键词:** 脑卒中; 肩手综合征; 黄芪桂枝五物加味汤; 康复训练; 手功能; 降钙素基因相关肽; P 物质; 缓激肽

**中图分类号:** R743.3

**文献标识码:** A

**文章编号:** 2096-3718.2021.19.0075.04

**作者简介:** 李广宇, 硕士研究生, 主治医师, 研究方向: 康复科相关疾病的诊治。

法干预, 促进局部血液循环, 改善肌肉深层部位神经、血管等的血供; 此外, 整脊手法通过特殊手法对机体脊柱、骨关节等的调整, 可改善机体组织劳损、结节、僵硬、退行性改变等情况, 解除急、慢性损害, 恢复脊柱正常生理功能与生物力学稳定性<sup>[12]</sup>。本研究中, 研究组患者治疗后、随访 6 个月后胫后神经传导速度、腓总神经传导速度均高于对照组, 提示整脊手法可有效解除 LSS 患者神经压迫症状, 促进患者病情恢复。

综上, 相比于常规按摩, 整脊手法可有效地缓解 LSS 患者的疼痛症状, 解除 LSS 患者神经压迫症状, 促进腰椎功能恢复, 治疗效果显著, 进而可提高患者生活质量水平, 值得临床应用推广。

## 参考文献

[1] 吴素芳, 尚国栋, 苏新亚, 等. 康复理疗并丹鹿通督片综合治疗腰椎管狭窄症的疗效及腰椎 CT 分析 [J]. 世界中西医结合杂志, 2018, 13(10): 1435-1438.

[2] 林远方, 庄娟娟, 陈伟梅, 等. 腰曲与腰椎管狭窄症的相关性及整脊疗效分析 [J]. 广州中医药大学学报, 2019, 36(9): 1335-1338.

[3] 胥少汀, 葛宝丰, 徐印坎. 实用骨科学 [M]. 3 版. 北京: 人民军医出版社, 2005: 1687-1711.

[4] 孙兵, 车晓明. 日本骨科协会评估治疗 (JOA 评分) [J]. 中华神经

外科杂志, 2013, 29(9): 969.

[5] 严广斌. 视觉模拟评分法 [J]. 中华关节外科杂志 (电子版), 2014, 8(2): 273.

[6] 程继伟, 王振林, 刘伟, 等. Oswestry 功能障碍指数的改良及信度和效度检验 [J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2017, 27(3): 235-241.

[7] 吴喜福, 孔维封, 王玮豪, 等. QoR-15 在加速康复外科改善慢性鼻-鼻窦炎伴鼻息肉围手术期生活质量评估中的应用 [J]. 山东大学耳鼻喉眼学报, 2018, 32(5): 5-8.

[8] 康广华, 刘海永, 李学军, 等. 毫火针结合按摩治疗退行性腰椎管狭窄症的临床研究 [J]. 中国医药导报, 2017, 14(30): 85-88.

[9] 赵双利, 王世轩, 王东海, 等. 中医“筋骨并重”理论在腰椎管狭窄症治疗中应用的临床意义 [J]. 辽宁中医杂志, 2020, 47(1): 117-119.

[10] 鲁天祥. 四维牵引整脊疗法与骨盆牵引法对退行性腰椎管狭窄症患者腰椎功能障碍和生活质量的影响 [J]. 颈腰痛杂志, 2018, 39(4): 474-476.

[11] 梁博伟, 唐福兴, 彭远媚, 等. 影响经皮椎间孔入路内镜下神经根减压治疗腰椎管狭窄症临床疗效的相关因素分析 [J]. 中国内镜杂志, 2019, 25(3): 33-38.

[12] 曾浩彬, 陈茂水, 吴永生. 整脊手法与传统按摩手法治疗腰椎管狭窄症的临床效果随机对照研究 [J]. 中国医药导报, 2020, 17(18): 103-106.