

平明显低于对照组1,但和对照组2无明显差异。

综上所述,痛风舒汤联合虎力散可以明显改善AGA(湿热蕴结型)患者关节肿胀和疼痛,缓解临床症状,并具有一定降血尿酸水平以及抗炎作用,疗效显著,无明显不良反应,值得临床推广。

参 考 文 献

- [1] 中华医学会风湿病学分会. 2016中国痛风诊疗指南[J]. 中华内科杂志, 2016, 55(11): 892-899.
- [2] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准: ZY/T001.1-94[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 31.
- [3] 中华医学会内分泌学分会. 中国高尿酸血症与痛风诊疗指南(2019)[J]. 中华内分泌代谢杂志, 2020, 36(1): 1-13.
- [4] 国家食品药品监督管理局. 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.
- [5] 冯文文, 崔岱, 杨涛. 《中国高尿酸血症与痛风诊疗指南(2019)》要点解读[J]. 临床内科杂志, 2020, 37(7): 528-531.
- [6] VÁZQUEZ-MELLADO J, CRUZ J, GUZMÁN S, et al. Severe tophaceous gout. Characterization of low socioeconomic level patients from México[J]. Clin Exp Rheumatol, 2006, 24(3): 233-238.
- [7] 艾浩镇, 张炜, 贵山, 等. 痛风性关节炎急性发作期疼痛管理的临床观察[J]. 中医临床研究, 2018, 10(28): 128-129.
- [8] 余文景, 梁翼, 李敏, 等. 五味消毒饮加味联合小剂量秋水仙碱治疗湿热蕴结型痛风性关节炎临床研究[J]. 四川中医, 2019, 37(2): 119-121.
- [9] 周建华. 虎力散胶囊治疗膝关节骨性关节炎疗效研究[J]. 新中医, 2017, 49(4): 50-52.
- [10] 潘显阳. 痛风性关节炎发病的炎性机制研究进展[J]. 安徽医科大学学报, 2021, 56(7): 1167-1171.
- [11] ZHAO JA, WEI K, JIANG P, et al. Inflammatory response to regulated cell death in gout and its functional implications[J]. Front Immunol, 2022, 13: 888306.
- [12] 袁都户, 郭会卿, 曹玉举, 等. 中医治疗痛风性关节炎相关作用靶点研究进展[J]. 中国中医药信息杂志, 2023, 30(8): 192-196.
- [13] HUANG LP, DENG J, CHEN GT, et al. The anti-hyperuricemic effect of four astilbin stereoisomers in Smilax glabra on hyperuricemic mice [J]. J Ethnopharmacol, 2019, 238: 111777.
- [14] CHEN X, GE HZ, LEI SS, et al. Dendrobium officinalis six nostrum ameliorates urate under-excretion and protects renal dysfunction in lipid emulsion-induced hyperuricemic rats[J]. Biomed Pharmacother, 2020, 132: 110765.
- [15] WANG M, ZHAO J, ZHANG N, et al. Astilbin improves Potassium oxonate-induced hyperuricemia and kidney injury through regulating oxidative stress and inflammation response in mice[J]. Biomed Pharmacother, 2016, 83: 975-988.
- [16] SUN HL, WU YW, BIAN HG, et al. Function of uric acid transporters and their inhibitors in hyperuricaemia[J]. Front Pharmacol, 2021, 12: 667753.
- [17] 李国莺, 章维志, 姜璐, 等. 萆薢总皂苷对尿酸钠诱导THP-1细胞Toll样受体/核转录因子- κ B(TLR/NF- κ B)信号通路的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2020, 26(5): 34-41.
- [18] 祁芹, 何祥, 王刚, 等. 萆薢总皂苷抗炎镇痛作用的实验研究[J]. 中国临床药理学与治疗学, 2020, 25(3): 257-264.
- [19] 阮哲, 覃文仪, 刘明岭, 等. 基于数据挖掘的治疗痛风性关节炎外用方剂组方规律研究[J]. 中国中医急症, 2019, 28(12): 2088-2090, 2121.
- [20] 李洋, 邵欣欣, 徐泉, 等. 行气通腑化浊外敷方联合常规西医方法治疗术后早期炎性肠梗阻的效果观察[J]. 中国医药, 2018, 13(3): 409-412.

(收稿日期 2024-03-23)

腰痛一号方联合弯腰旋转扳法治疗椎间盘源性腰痛疗效观察

应海芬 黄 芳 王 力 应海舟[△]

(浙江省舟山市中医院, 浙江 舟山 316000)

中图分类号: R681.5 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2024)09-1596-04
doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2024.09.021

【摘要】 目的 探讨腰痛一号方联合弯腰旋转扳法治疗椎间盘源性腰痛(DLBP)患者的临床疗效。方法 回顾性选取2020年1月至2021年12月我院收治的90例DLBP患者, 根据治疗方法不同分为两组, 其中对照组45例接受常规止痛药物+常规推拿理筋、腰腹肌功能锻炼法治疗, 观察组45例患者接受腰痛一号方联合弯腰旋转扳法治疗。比较两组疗效, 治疗前后疼痛程度、社会活动功能恢复情况, 腰椎活动度及血清C反应蛋白(CRP)、白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)水平。结果 观察组治疗总有效率高于对照组($P < 0.05$)。治

疗3周后观察组疼痛视觉模拟量表(VAS)评分低于对照组($P<0.05$);治疗3周后观察组社会活动功能恢复情况采用Oswestry功能障碍指数(ODI)评分低于对照组($P<0.05$);治疗3周后观察组腰椎前屈、后伸、左侧屈、右侧屈、左旋、右旋角度大于对照组($P<0.05$);治疗后3周后观察组血清CRP、IL-6、TNF- α 水平均低于对照组($P<0.05$)。结论 腰痛一号方联合弯腰旋转扳法治疗可有效缓解椎间盘源性腰痛患者疼痛程度,提高腰椎活动度,疗效明显。

【关键词】 椎间盘源性腰痛 腰痛一号方 弯腰旋转扳法 疼痛评分 腰椎活动

椎间盘源性腰痛(DLBP)是临床常见腰痛类型之一,由于腰椎间盘的退行性改变或损伤引起腰部疼痛、僵硬和功能障碍,临床上腰部压痛阈值、腰椎活动度是判断治疗是否有效的敏感指标^[1]。中医将DLBP归为“腰痛”“痹证”等范畴,基本病机是肾虚失养,筋脉痹阻不通,不通则痛,传统中医药在治疗腰痛方面有一定的经验和疗效,而腰痛一号方是其中一种常用的中药方剂^[2]。另有研究显示弯腰旋转扳法可通过改善脊柱的位置关系和增加腰椎间隙来减轻腰痛症状^[3]。腰痛一号方联合弯腰旋转扳法结合了中药治疗和物理疗法,能够综合发挥双重作用治疗DLBP患者,具有一定的优势^[4]。本研究探讨腰痛一号方联合弯腰旋转扳法治疗DLBP患者疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 纳入标准:符合《全国腰椎退行性疾病座谈会会议纪要》中DLBP诊断标准^[5]:患者腰骶部酸痛程度不等、活动受限、休息不能缓解等症状,经X摄片MRI检查确诊;年龄范围20~60岁;符合《中医病证诊断疗效标准》^[6]中肝肾亏虚夹瘀型:腰膝酸软、疼痛、僵硬、舌淡苔白、脉沉细无力、精力不足等;无心脑血管等重大疾病;知情并同意。排除标准:孕妇或哺乳期妇女;年龄>60岁;腰椎间盘突出症髓核脱落游离、脊柱占位性病变、腰椎压缩性骨折;腰椎不稳、腰椎峡部裂、腰椎滑脱者或伴有其他需要服用镇痛药物的疾病;严重腰椎管狭窄、严重骨质疏松或精神类疾病无法正常配合者;对本研究药物过敏者或中途主动退出研究者。

1.2 临床资料 回顾性选取2020年1月至2021年12月期间我院收治的90例DLBP患者作为研究对象。其中对照组45例给予常规止痛药物+常规推拿手法,观察组45例采用我院自拟腰痛一号方+弯腰旋转扳法。两组患者基本资料比较,差异无统计学意义(均 $P>0.05$)。见表1。

表1 两组临床资料比较

组别	n	性别 (男/女,n)	年龄 (岁, $\bar{x}\pm s$)	病程 (月, $\bar{x}\pm s$)	病变节段(n)		
					L ₃₋₄	L ₄₋₅	L ₅ ~S ₁
观察组	45	28/17	50.07±11.32	16.85±9.97	9	21	15
对照组	45	27/18	48.71±10.66	16.41±9.26	10	19	16

1.3 治疗方法 两组患者均进行基础治疗措施:避免

长时间久坐、久站、弯腰和抬重物及剧烈活动等,保持正确的坐姿和站姿,合理适当的功能锻炼,必要时可热敷或佩戴腰围、护腰垫减轻疼痛。1)对照组给予常规止痛药物+常规推拿理筋、腰腹肌功能锻炼法。(1)双氯芬酸钠缓释片(北京诺华制药有限公司生产,国药准字H10980297)75 mg,每天1次,持续3周。(2)常规腰腹肌功能锻炼法。①嘱患者俯卧放松,医生站位于其患侧以揉法和滚法解除腰椎横突、髂腰三角等竖脊肌附着处的肌紧张。②右手点穴按揉腰阳关和委中、气海俞和大肠俞等穴位。③轻揉弹拨患者腰部、臀部阿是穴、条索状结节,并用肘关节按压环跳穴,减轻梨状肌对坐骨神经的卡压感,直至患者感到酸麻胀痛为止。④腹肌训练:平躺于地,双手向前平伸或轻置脑后,双腿微弓,起身然后躺下,重复数次。⑤腰背肌训练:以五点或三点支撑,飞燕式进行腰背肌训练,一手置于耳后,一手紧贴地面,分别往左右方向做仰卧起坐,反复数次进行侧腹肌训练。⑥屈膝抬腿:平躺于地,双手紧贴地板,双腿屈膝抬高;站立,双脚分开与肩同宽,双手放在臀部两侧。交替碰脚跟:向前弯腰,尽量让双手触碰到脚跟,然后慢慢恢复站立姿势,交替双腿,重复数次。每次30 min,每周3次,持续3周。2)观察组采用我院自拟腰痛一号方+弯腰旋转扳法。(1)嘱患者俯卧放松,医生先用推揉脊柱两侧骶棘肌,放松患者背部肌肉。然后让患者端坐在复位凳上,医生一手顶住偏歪棘突推向健侧,另一手穿过患者腋窝置于颈肩部,让患者慢慢将脊柱前屈,当医生感到有偏歪棘突的椎体与下位椎体棘突间隙张开时,停止弯腰前屈,再要求患者顺时针或逆时针旋转腰部,当手下感觉到棘突复位时结束操作,如有需要,对侧重复同样手法复位。复位完成后,再次嘱患者俯卧,运用推拿手法放松患者腰部肌肉。弯腰旋转扳1周2次,持续3周。(2)腰痛一号方组成^[7]:杜仲20 g,桑寄生、当归、枸杞、炒白芍、骨碎补各15 g,桂枝、泽泻、泽兰各10 g,全蝎、三七各3 g,蜈蚣1条,生甘草5 g。疼痛严重者加延胡索;寒湿偏重者加威灵仙;血瘀严重加红花;湿热偏重者加防己。每日1剂,水煎服,1周为1个疗程,共治疗3周。

1.4 观察项目 1)疼痛程度、社会活动功能恢复情况评估。疼痛程度评价方法^[8-9]:分别于治疗前、治疗3周后采用疼痛视觉模拟量表(VAS)计算腰痛程度。由患者自行评定,0分表示无痛,10分无法忍受疼痛。

社会活动功能恢复情况评估方法^[10]:治疗前、治疗3周后均采用 Oswestry 功能障碍指数(ODI)评价功能恢复情况,包括疼痛强度、提物、走、站、坐等10方面,总分0~50分,分数越低说明社会活动功能恢复情况越好。2)腰椎活动度评估。治疗前、治疗后3周后参照日本康复医学会测量腰椎活动度的方法^[11],分别测量前屈、后伸、左侧屈、右侧屈、左旋、右旋角度。3)炎性因子水平。治疗前、治疗后3周后,抽取清晨空腹肘静脉血3 mL,3 000 r/min离心15 min后置-70℃冰箱保存,以酶联免疫吸附法检测炎性因子C反应蛋白(CRP)、白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子-α(TNF-α)水平。4)不良反应。对比两组治疗期间头晕、皮疹、肝肾功能受损、胃肠道不适、心律失常等不良反应发生情况。

1.5 疗效标准 显效:偶尔腰痛或反射性臀部及大腿上疼痛,不依赖止痛药,工作能力和体力活动恢复正常。有效:间歇性轻度腰痛或反射性臀部及大腿上疼痛,不依赖止痛药,工作能力和体力活动基本恢复。无效:腰痛明显,必须依赖止痛药,无法正常工作,体力活动部分受限^[8]。总有效=显效+有效。

1.6 统计学处理 应用SPSS22.0统计软件。VAS评分、ODI评分、腰椎活动度等计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验。性别、病变节段等计数资料以“ n 、%”表示,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 见表2。观察组总有效率高 于对照组($P<0.05$)。

表2 两组临床疗效比较(n)					
组别	n	显效	有效	无效	总有效(%)
观察组	45	27	15	3	42(93.33) [△]
对照组	45	18	19	8	37(82.22)

注:与对照组比较,[△] $P<0.05$ 。

2.2 两组治疗前后VAS、ODI评分比较 见表3。治疗3周后,观察组VAS评分、ODI评分低于对照组($P<0.05$)。

表3 两组治疗前后VAS、ODI评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)			
组别	时间	VAS	ODI
观察组 ($n=45$)	治疗前	7.56±1.32	32.08±5.66
	治疗后	3.42±2.23 ^{*△}	17.67±4.32 ^{*△}
对照组 ($n=45$)	治疗前	7.64±1.57	32.49±5.73
	治疗后	4.55±1.71 [*]	22.56±5.07 [*]

注:与本组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后比较,[△] $P<0.05$ 。下同。

2.3 两组治疗前后腰椎活动度比较 见表4。治疗3

周后观察组腰椎前屈、后伸、左侧屈、右侧屈、左旋、右旋角度大于对照组($P<0.05$)。

表4 两组治疗前后腰椎活动度比较(°, $\bar{x}\pm s$)							
组别	时间	前屈	后伸	左侧屈	右侧屈	左旋	右旋
观察组 ($n=45$)	治疗前	48.35±5.26	23.24±3.16	26.37±3.51	25.29±3.47	30.69±3.26	29.85±3.21
	治疗后	71.28±6.17 [△]	31.19±3.42 [△]	31.01±3.34 [△]	31.26±3.67 [△]	35.23±3.27 [△]	36.13±4.05 [△]
对照组 ($n=45$)	治疗前	48.47±5.39	23.27±3.21	26.45±3.57	25.31±3.54	30.72±3.45	30.06±3.17
	治疗后	65.41±5.82 [*]	28.93±3.34 [*]	28.63±3.55 [*]	27.67±3.53 [*]	33.21±3.42 [*]	34.17±3.42 [*]

2.4 两组治疗前后血清CRP、IL-6、TNF-α水平比较 见表5。治疗3周后,观察组血清CRP、IL-6、TNF-α水平均低于对照组($P<0.05$)。

表5 两组治疗前后血清CRP、IL-6、TNF-α水平比较($\bar{x}\pm s$)				
组别	时间	CRP(mg/L)	IL-6(ng/L)	TNF-α(ng/L)
观察组 ($n=45$)	治疗前	26.95±6.07	43.87±8.15	132.57±15.74
	治疗后	13.17±3.12 ^{*△}	29.61±4.52 ^{*△}	89.17±9.06 ^{*△}
对照组 ($n=45$)	治疗前	26.02±5.91	42.07±7.42	136.63±14.75
	治疗后	18.06±4.16 [*]	32.28±5.83 [*]	99.65±11.28 [*]

2.5 不良反应 在治疗期间无失访人数。对照组中有2例胃肠道不适和1例皮疹,不良反应发生率为6.67%。观察组有1例头晕,不良反应发生率为2.22%。两组患者的症状均自行缓解。两组不良反应发生率比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

3 讨论

随着社会经济发展和老龄化趋势加重,腰痛是一种常见的健康问题,尤其在现代生活中,长时间的坐姿、不良的体位习惯以及缺乏适当的锻炼,都可能导致椎间盘源性腰痛的发生。DLBP是由于腰椎之间的椎间盘损伤或退化引起的疼痛症状,给患者的生活质量和工作效率带来了明显的不适。因此,寻找一种有效的治疗方法对于缓解腰痛症状、提高患者生活质量至关重要。有学者指出传统中医药在治疗腰痛方面有一定的经验和疗效,其中腰痛一号方是常用的中药方剂^[12]。

DLBP好发于中老年人群,因中年之后,肾精开始衰退,精生血,精亏则血无以生,导致肝血不足,肝肾亏虚日久,则无力抵挡风、寒、湿之邪,外邪侵袭机体痹阻腰部经络,致使气滞血瘀,不通则痛。《素问》曰“腰者肾之腑,转摇不能,肾将惫也”,且DLBP病位深在处于督脉的脊柱,督脉属肾,故本病与肾的关系密切^[13]。腰痛一号方是我院临床治疗肝肾亏虚夹瘀型DLBP的验方,具有舒筋活络、止痛消肿等功效,被广泛用于腰痛的治疗。弯腰旋转扳法是一种物理疗法,在扳腰过程中需要使用腰部肌肉的力量进行扳动,这对腰椎周围

的肌肉有一定的锻炼作用,通过弯腰旋转扳法的反复操作,可以刺激和加强腰椎周围肌肉,增加其灵活性和力量,从而改善腰椎支撑功能,减轻椎间盘的负担。腰痛一号方联合弯腰旋转扳法作为一种康复治疗,结合了特定的锻炼和疼痛管理技巧,旨在改善椎间盘源性腰痛患者的症状,并可能对腰部压痛阈值和腰椎活动度产生积极影响^[14]。有研究观察了椎间盘源性腰痛患者接受腰痛一号方联合弯腰旋转扳法的疗效,结果显示患者疼痛程度明显减轻,腰部压痛阈值也有所增加,腰椎活动度也得到了提高,生活质量得到了改善^[15]。该研究对患者的治疗效果进行了综合评估,有助于更准确地反映治疗效果,为临床治疗提供有力依据。此外炎症刺激是DLBP发病的重要机制,CRP、IL-6、TNF- α 水平能有效反映机体炎症状态。本次研究结果中观察组治疗总有效率、腰椎活动度大于对照组;VAS评分、ODI评分均低于对照组,表明腰痛一号方联合弯腰旋转扳法,以内治法与外治法相结合,达到标本同治的目的。中医认为,肝肾是相互配合的脏腑,二者功能失调会相互影响。腰痛一号方具有滋补肝肾、祛瘀止痛、调和气血、强筋骨、调理脏腑的作用,可以协调肝肾之间的相互作用,从而改善DLBP症状。方中杜仲、桑寄生滋补肝肾,能抗炎镇痛;枸杞、炒白芍合用补肝柔肝,缓急止痛;当归补血活血,骨碎补活血舒筋;桂枝有“以枝达肢”的作用,可温通经脉,白芍调和气血,因“血不利则为水”,故用泽泻、泽兰活血利水,三七活血化瘀,久病入络,而全蝎、蜈蚣药性走窜有助于搜风通络,甘草调和诸药,并防止辛燥烈药物伤胃。全方共奏补益肝肾、活血利水、通络止痛之效。同时弯腰旋转扳法通过牵引脊柱、改善椎间隙、减轻神经根压迫等方式增加腰椎的活动度,促进椎间盘的营养循环,加快代谢,有利于椎间盘的修复和再生,减轻腰椎的压力^[16]。二者操作简单,易于掌握,适用于临床推广应用,联合内外兼治更具有针对性,恢复椎间盘内力学平衡,使脊柱稳固性得以加强,且固本溯源,活血通络,缓解腰部疼痛,促使恢复腰部功能和活动度恢复,疾病康复。

综上所述,腰痛一号方联合弯腰旋转扳法治疗可有效缓解椎间盘源性腰痛患者疼痛程度,提高腰椎活动度,疗效明显,值得临床推广应用。然而需要注意的是腰痛一号方联合弯腰旋转扳法应由专业的医生或理疗师进行操作,避免过度扳动造成伤害。此疗法对于其他原因引起的腰痛可能效果有限,需要进一步研究和探索,也需根据具体情况进行综合治疗。

参 考 文 献

- [1] 王宝凯,刘延青.电针夹脊穴治疗椎间盘源性腰痛的疗效观察[J].中国疼痛医学杂志,2020,26(4):315-317.
- [2] 晏飞,陈星燃,侯莹莹,等.腰痛宁胶囊联合双氯芬酸钠缓释片治疗椎间盘源性腰痛的临床观察[J].中草药,2022,53(4):1112-1116.
- [3] 龚成,谢瑛,郭伟,等.脊柱定点旋转复位手法治疗对613例腰椎间盘突出症患者腰椎活动度及活动度对称性的影响[J].中华中医药杂志,2021,36(1):599-601.
- [4] 傅晓峰.温针灸辅助治疗对气滞血瘀型腰痛患者中医证候积分、疼痛及腰椎功能的影响[J].新中医,2021,53(9):122-125.
- [5] 杨惠林,马宏庆,王根林.全国腰椎退行性疾患座谈会会议纪要[J].中华骨科杂志,2006,26(10):711-716.
- [6] 梁文杰,方朝义,沈莉,等.实验诊断学在现行《中医病证诊断疗效标准》中的应用分析[J].河北中医药学报,2011,26(2):47-48.
- [7] 梁欢,黄法森,谢坤铭,等.《景岳全书》腰痛方药特色及其学术思想探讨[J].中国中医骨伤科杂志,2021,29(5):81-83.
- [8] 翁燕,先小纲,薛莉,等.舒芬太尼复合丙泊酚全凭静脉麻醉对老年骨科手术患者血流动力学、VAS评分及认知功能的影响[J].湖南师范大学学报(医学版),2020,17(3):105-108.
- [9] 秦启宁,陈椅婷.独活寄生汤对腰椎退行性变患者椎间活动度、VAS及ODI评分的影响[J].辽宁中医杂志,2021,48(7):133-136.
- [10] 侯海燕.腰椎间盘突出症行经皮内镜下腰椎间盘切除术椎间隙高度和腰椎活动度的变化分析[J].颈腰痛杂志,2020,41(1):61-64.
- [11] 国家食品药品监督管理局.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:65.
- [12] URITS I, CAPUCO A, SHARMA M, et al. Stem cell therapies for treatment of discogenic low back pain: a comprehensive review[J]. Curr Pain Headache Rep, 2019, 23(9):65.
- [13] 郑春华,罗正,黄振杰.定点旋转复位法联合雷火灸治疗腰椎间盘突出患者的临床疗效及其对患者脊柱稳定性的影响[J].世界中医药,2019,14(5):1302-1305.
- [14] 范少勇,胡梁深,周明.中药熏蒸联合洪都督脉经手法治疗椎间盘源性腰痛疗效观察[J].广州中医药大学学报,2019,36(6):824-826.
- [15] 王方杰,王婷,罗芳梅,等.基于GC-MS代谢组学技术的杜仲抗骨质疏松作用研究[J].中国中药杂志,2020,45(22):5555-5560.
- [16] 戚智健,沈晓峰.李宇卫教授辨治椎间盘源性腰痛经验介绍[J].中国中医骨伤科杂志,2020,28(3):82-84.

(收稿日期 2024-06-14)