

## · 临床研究 ·

## 循经按摩治疗腰椎间盘突出症

何升华<sup>1,2</sup>, 谭黄圣<sup>1</sup>, 黄勇<sup>1</sup>, 冯华龙<sup>2</sup>, 蓝志明<sup>2</sup>, 付远飞<sup>2</sup>, 蒋勇<sup>2</sup>, 赖居易<sup>2</sup>

(1. 广州中医药大学第四临床医学院, 广东 深圳 518000; 2. 深圳市中医院, 广东 深圳 518000)

**【摘要】** 目的: 观察循经按摩治疗腰椎间盘突出症(lumbar disc herniation, LDH)的临床疗效。方法: 选择 2020 年 7 月至 2023 年 4 月就诊的 LDH 患者 82 例, 男 58 例, 女 24 例, 年龄 23~55(43.76±6.64)岁, 根据治疗方法不同分为观察组和对照组各 41 例。对照组采用常规治疗, 男 30 例, 女 11 例; 年龄 22~52(42.27±9.34)岁; 身体质量指数(body mass index, BMI)19~28(23.82±1.08) kg·m<sup>-2</sup>; 病程 0.5~3.0(2.40±0.48)年; L<sub>4,5</sub> 节段 28 例, L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 节段 13 例。观察组在常规治疗的基础上加以循经按摩治疗, 男 28 例, 女 13 例; 年龄 19~54(42.19±9.26)岁; BMI 为 18~29(23.73±1.15) kg·m<sup>-2</sup>; 病程 0.6~2.8(2.56±0.45)年; L<sub>4,5</sub> 节段 26 例, L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 节段 15 例。分别在治疗前和治疗 3 个疗程后测定视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)、Oswestry 功能障碍指数问卷(Oswestry disability index, ODI)、M-JOA 评分、中医证候积分, 并采用疗效评定标准评价其临床疗效。结果: 治疗 3 个疗程后, 观察组于对照组的 VAS [(3.24±1.45)分 vs (4.46±0.64)分]、ODI [(11.45±1.98)% vs (17.21±2.74)%]、中医证候积分 [(2.03±0.27)分 vs (3.99±0.54)分]均降低, M-JOA 评分 [(23.43±2.61)分 vs (19.37±1.62)分]增加 (P<0.05)。结论: 循经按摩治疗 LDH 疗效显著, 能有效缓解腰背部疼痛, 改善临床症状, 增加腰椎功能, 值得临床推广。

**【关键词】** 循经按摩; 腰椎间盘突出症; 正骨手法; 经络辨证

中图分类号: R687.3

DOI: 10.12200/j.issn.1003-0034.20240311

开放科学(资源服务)标识码(OSID):

**Study on the clinical effect of meridian massage in the treatment of lumbar disc herniation**

HE Sheng-hua<sup>1,2</sup>, TAN Huang-sheng<sup>1</sup>, HUANG Yong<sup>1</sup>, FENG Hua-long<sup>2</sup>, LAN Zhi-ming<sup>2</sup>, FU Yuan-fei<sup>2</sup>, JIANG Yong<sup>2</sup>, LAI Ju-yi<sup>2</sup> (1. The Fourth Clinical Medical College of Guangzhou University of Chinese Medicine, Shenzhen, 518000, Guangdong, China; 2. Shenzhen Traditional Chinese Medicine Hospital, Shenzhen 518000, Guangdong, China)

**ABSTRACT Objective** To observe the clinical efficacy of meridian massage in the treatment of lumbar disc herniation (LDH). **Methods** Between July 2020 and April 2023, 82 patients with lumbar disc herniation were selected, including 58 males and 24 females, aged from 23 to 55 years old with an average of (43.76±6.64) years old. According to the different treatment methods, they were divided into observation group and control group with 41 cases in each group. The control group was treated with routine treatment, and the observation group was treated with meridian massage on the basis of routine treatment. In the control group, there were 30 males and 11 females; aged from 22 to 52 years old with an average of (42.27±9.34) years old; the Body mass index (BMI) ranged from 19 to 28 kg·m<sup>-2</sup> with an average of (23.82±1.08) kg·m<sup>-2</sup>; the course of disease ranged from 0.5 to 3.0 years (2.40±0.48) years. There were 28 cases in L<sub>4,5</sub> segment and 13 cases in L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> segment. In the observation group, there were 28 males and 13 females; the age ranged from 19 to 54 years old (42.19±9.26) years old; the BMI ranged from 18 to 29 kg·m<sup>-2</sup> with an average of (23.73±1.15) kg·m<sup>-2</sup>; the course of disease ranged from 0.6 to 2.8 with an average of (2.56±0.45) years; there were 26 cases in L<sub>4,5</sub> segment and 15 cases in L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> segment. Visual analogue scale (VAS), Oswestry disability index (ODI), M-JOA score and TCM syndrome score were measured before and after 3 courses of treatment, and the clinical efficacy was evaluated by the standard of curative effect evaluation. **Results** After treatment, VAS [(3.24±1.45) vs (4.46±0.64)], ODI [(11.45±1.98)% vs (17.21±2.74)%] and TCM symptom score [(2.03±0.27) vs (3.99±0.54)] of the observation group were lower than those of the control group. The score of M-JOA [(23.43±2.61) vs (19.37±1.62)] increased (P<0.05). The scores of VAS, ODI and TCM symptoms in the observation group were lower than those in the control group, while the scores of M-JOA were higher than those in the control group (P<0.05). **Conclusion** Meridian massage is effective in the treatment of LDH, which can effectively relieve low back pain, improve clinical symptoms and increase lumbar function, which is worthy of clinical promotion.

**KEYWORDS** Massage along meridians; Lumbar disc herniation; Bone-rectifying manipulation; Meridian dialectics

基金项目: 深圳市三名工程项目(编号: SZZYSM202211004)

Fund program: Shenzhen Sanming Engineering Project (No. SZZYSM202211004)

通讯作者: 何升华 E-mail: heshenghua99@163.com

Corresponding author: HE Sheng-hua E-mail: heshenghua99@163.com

腰椎间盘突出症 (lumbar disc herniation, LDH) 是骨科的常见病与多发病<sup>[1]</sup>, 手法治疗是中医治疗的特色<sup>[2]</sup>, 经络辨证则是中医理论的重要组成部分。本课题组前期将颈脊神经根与手三阳经络结合用于神经根型颈椎病的治疗, 取得满意疗效<sup>[3]</sup>。在长期临床经验及前期研究的基础上, 再次将西医腰脊神经根解剖与中医经络相结合, 配合中医特色手法治疗 LDH, 疗效显著, 现报告如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 病例选择

采用 2020 年中华医学会疼痛学分会脊柱源性疼痛学组颁布的《腰椎间盘突出症诊疗中国疼痛专家共识》<sup>[4]</sup>中的诊断标准: 下肢放射性疼痛, 疼痛位置与相应受累神经支配区域相符; 下肢感觉异常, 相应受累神经支配区域皮肤浅感觉减弱; 直腿抬高试验、直腿抬高加强试验、健侧直腿抬高试验或股神经牵拉试验阳性; 腱反射较健侧减弱; 肌力下降; 腰椎 MRI 或 CT 显示椎间盘突出, 压迫神经与症状、体征受累神经相符。

纳入标准: 符合 LDH 诊断标准<sup>[4]</sup>; 影像学提示单节段 LDH 患者; 突出节段为 L<sub>4,5</sub>、L<sub>5</sub>S<sub>1</sub>; 年龄 18~59 岁, 愿意参与此次研究, 并签署知情同意书。

排除标准: 有明确手术指征; 存在其他相关腰椎疾患, 如腰椎椎管狭窄、腰椎结核、类风湿性关节炎等疾患; 有严重的心血管、内分泌、肿瘤疾患; 患者依从性差, 无法配合者; 处于备孕或哺乳期、妊娠期妇女。

#### 1.2 临床资料

选择 2020 年 7 月至 2023 年 4 月在深圳市中医院门诊及住院部就诊的 LDH 患者 82 例, 男 58 例, 女 24 例, 年龄 23~55 (43.76±6.64) 岁, 根据治疗方法不同分为观察组和对照组各 41 例。对照组男 30 例, 女 11 例; 年龄 22~52 (42.27±9.34) 岁; 身体质量指数 (body mass index, BMI) 19~28 (23.82±1.08) kg·m<sup>-2</sup>; 病程 0.5~3.0 (2.40±0.48) 年; L<sub>4,5</sub> 节段 28 例, L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 节段 13 例; 采用常规治疗。观察组男 28 例, 女 13 例; 年龄 19~54 (42.19±9.26) 岁; BMI 为 18~29 (23.73±

1.15) kg·m<sup>-2</sup>; 病程 0.6~2.8 (2.56±0.45) 年; L<sub>4,5</sub> 节段 26 例, L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 节段 15 例; 在常规治疗的基础上加以循经按摩治疗。两组患者在性别、年龄、BMI、病程、突出节段方面差异均无统计学意义 (P>0.05), 具有可比性。见表 1。所有患者同意参与此次研究并签署知情同意书, 本研究已获得深圳市中医院伦理委员会批准 (编号: K-2021-069)。

#### 1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 予以双氯芬酸钠肠溶胶囊 (德国慕尼黑有限公司, 每粒 75 mg), 每日 1 次, 同时配合腰椎牵引, 牵引重力从患者体重的 25% 开始, 每次增加 2 kg, 最大不超过患者体重的 60%, 30 min·d<sup>-1</sup>, 2 周为 1 个疗程, 连续治疗 3 个疗程。

1.3.2 观察组 在对照组的治療基础上, 予以循经按摩手法治疗, 每日 1 次, 1 周 6 次, 2 周为 1 个疗程, 连续治疗 3 个疗程。

循经按摩手法具体操作如下: (1) 患者俯卧位, 以掌推法自大椎 (DU14)→长强 (DU1) 沿督脉自上而下, 自大杼 (BL11)→白环俞 (BL30), 附分 (BL41)→秩边 (BL54) 沿两侧膀胱经直推, 反复操作, 以皮肤发红、发热为度。(2) 在背部以掌揉法沿背部督脉、膀胱经操作 3~5 遍, 放松背部肌肉。(3) 以一指禅推法自大椎 (DU14)→大杼 (BL11)→风门 (BL12)→肺俞 (BL13)→心俞 (BL15)→膈俞 (BL17)→肝俞 (BL18)→胆俞 (BL19)→大肠俞 (BL25), 自上髎 (BL31)→次髎 (BL32)→中髎 (BL33)→下髎 (BL34), 自上而下推法依次操作, 每穴稍停留片刻。(4) 在腰背部两侧骶棘肌、腰骶部、骶部沿督脉、膀胱经走行方向采用滚法, 重点刺激腰阳关 (DU3)、命门 (DU4)、肾俞 (BL23)、大肠俞 (BL25)、志室 (BL52) 穴, 上下往返操作 2~3 遍。(5) 若 L<sub>4,5</sub> 节段突出, 沿着足少阳胆经走行施以滚法、一指禅推法。重点刺激环跳 (GB30)、风市 (GB31)、阳陵泉 (GB34)、悬钟 (GB39)、丘墟 (GB40)。(6) 若 L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 节段突出, 沿着足太阳膀胱经走行施以滚法、一指禅推法。重点刺激秩边 (BL54)、委阳 (BL39)、承扶 (BL36)、殷门 (BL37)、委中 (BL40)、承山 (BL57)、昆仑 (BL60)。点按根据穴位的深浅, 可

表 1 两组腰椎间盘突出症患者治疗前一般资料比较

Tab.1 Comparison of general data between two groups of patients with lumbar disc herniation before treatment

组别	例数	性别/例		年龄(x±s)/岁	BMI(x±s)/(kg·m <sup>-2</sup> )	病程(x±s)/年	突出节段/例	
		男	女				L <sub>4,5</sub>	L <sub>5</sub> S <sub>1</sub>
观察组	41	28	13	42.19±9.26	23.73±1.15	2.56±0.45	26	15
对照组	41	30	11	42.27±9.34	23.82±1.08	2.40±0.48	28	13
检验值		χ <sup>2</sup> =0.236		t=0.0389	t=0.365	t=-1.557	χ <sup>2</sup> =0.217	
P 值		0.627		0.969	0.716	0.123	0.641	

采用指端、屈指或肘尖等部位操作,一般以酸胀麻感为度。(7)若合并腰椎小关节紊乱、滑膜嵌顿的,予以腰椎斜扳法复位。嘱患者侧卧位,下侧下肢伸直,上侧下肢屈髋屈膝,腰部屈曲至交错力作用于相应突出节段。术者一手按患者肩关节向外发力下压,一手固定骶髂关节处向内发力下压,听到腰部发出“喀哒”声为宜,左右各 1 次。(8)嘱患者俯卧,两手抓住床头,术者双手握住患者两踝,用力牵抖并上下抖动下肢,带动腰部。(9)最后以拍法、击法结束。

#### 1.4 观察项目与方法

由同一名骨科医师分别在治疗前和治疗 3 个疗程后测定以下指标。

(1)视觉模拟评分法<sup>[5]</sup>(visual analogue scale, VAS)。用标尺在纸上标记一条 0~10 cm 的横线,以毫米(mm)来确定评分,评分范围为 0~100 mm,分数越高表示疼痛强度越大;患者根据自己的疼痛强度在横线上标记点,测量长度。评分标准:0~4 mm,无疼痛;5~44 mm,轻度疼痛;45~75 mm,中度疼痛;75~100 mm,重度疼痛。

(2)Oswestry 功能障碍指数<sup>[6]</sup>(Oswestry disability index, ODI)。ODI 量表评估腰腿痛对受试者日常生活的影响,包括生活自理、提物、行走、坐立等 10 项,总分 50 分,分值越高表明功能障碍越严重。

(3)M-JOA 评分<sup>[7]</sup>。M-JOA 疗效评分采用分 4 级计分方法,即每题均由小到大记为 0~3 分。M-JOA 评分内容共包括 3 个大方面:临床检查(包括椎旁压痛程度、屈伸趾肌能力、直腿抬高试验、放射痛部位)12 分;主观症状(包括腰腿疼痛程度、自觉腰腿麻木情况)6 分及日常生活动作(包括弯腰捡物、提重物、最长行走距离及时间、每天卧床时间及工作能力)12 分,将每例患者所有题目得分相加为患者 M-JOA 积分,总分最高为 30 分。

(4)中医证候积分。包括下肢无力、下肢麻木、腰背疼痛、下肢疼痛,按 0~3 分进行评定,总分 12 分,分数越高证明其症状越严重。

#### 1.5 统计学处理

采用 SPSS 26.0 软件进行统计学分析,年龄、BMI、病程、VAS、ODI、M-JOA、中医证候积分等正态分布的定量资料以均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示,组间比较采用成组设计定量资料  $t$  检验,组内比较采用配对设计定量资料  $t$  检验。性别、突出节段等定性资料,以例表示,采用  $\chi^2$  检验。以  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者 VAS 比较

治疗前两组 VAS 比较,差异无统计学意义( $P>$

0.05)。两组患者经治疗 3 个疗程后 VAS 均下降( $P<0.001$ );治疗 3 个疗程后,观察组 VAS 低于对照组( $P<0.001$ ),见表 2。

表 2 两组腰椎间盘突出症患者治疗前后 VAS 比较  
Tab.2 Comparison of pre and post treatment VAS of patients with lumbar disc herniation between two groups

组别	例数	VAS( $\bar{x}\pm s$ )/分	
		治疗前	治疗后
观察组	41	7.45±1.23	3.24±1.45 <sup>a</sup>
对照组	41	7.32±1.18	4.46±0.64 <sup>b</sup>
$t$ 值		0.448	-4.929
$P$ 值		0.627	<0.001

注:与治疗前比较,<sup>a</sup> $t=14.177, P<0.001$ ; <sup>b</sup> $t=13.642, P<0.001$

### 2.2 两组患者 ODI 比较

治疗前两组 ODI 比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。两组患者经治疗 3 个疗程后 ODI 评分均下降( $P<0.001$ );治疗 3 个疗程后,观察组 ODI 评分低于对照组( $P<0.001$ ),见表 3。

### 2.3 两组患者 M-JOA 评分比较

治疗前两组 M-JOA 评分比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。两组患者经治疗 3 个疗程后 M-JOA 评分均高于治疗前( $P<0.001$ );治疗 3 个疗程后,观察组 M-JOA 评分高于对照组( $P<0.001$ ),见表 4。

### 2.4 两组患者治疗前后中医证候积分比较

治疗前两组中医证候积分比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。两组患者经治疗 3 个疗程后中医证候积分均降低( $P<0.001$ );治疗 3 个疗程后,观察组中医证候积分低于对照组( $P<0.001$ ),见表 5。

## 3 讨论

LDH 是指椎间盘发生退行性病变后,纤维环部分或全部破裂,髓核单独或者连同纤维环、软骨终板向外突出,刺激或压迫窦椎神经和神经根引起的以腰腿痛为主要症状的一种综合征<sup>[4]</sup>。至少 95% 的 LDH 发生于 L<sub>4,5</sub> 和 L<sub>5</sub>S<sub>1</sub><sup>[8]</sup>。据报道,LDH 是引起腰腿痛的最常见原因<sup>[1]</sup>,严重影响患者的生活质量。非手术治疗是绝大多数 LDH 患者的治疗首选<sup>[9]</sup>。约 90% 的 LDH 患者通过保守治疗后,可减轻或消除临床症状<sup>[10]</sup>。LDH 是中医骨伤特色优势病种,手法作为中医外治法的典型代表治法之一,广泛应用于 LDH 的治疗。

### 3.1 手法治疗 LDH 的优势

中医手法是在中医筋骨理论和经络学说指导下,施于病患体表的一种治疗手段,具有正骨柔筋、疏通经络、行气和血和缓急止痛等功效。LDH 主要

表 3 两组腰椎间盘突出症患者治疗前后 ODI 比较

Tab.3 Comparison of ODI between two groups of patients with lumbar disc herniation before and after treatment

组别	例数	腰腿、腿痛(x±s)/分		个人生活自理(x±s)/分		提举重物(x±s)/分		行走(x±s)/分		坐立(x±s)/分		站立(x±s)/分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	41	4.65±0.78	0.92±0.15	4.28±0.65	1.48±0.28	3.48±0.49	0.88±0.12	4.36±0.78	1.48±0.28	3.72±0.71	1.42±0.28	3.98±0.75	1.46±0.33
		4.68±0.75	2.32±0.33	4.32±0.71	2.36±0.38	3.46±0.46	1.68±0.28	4.28±0.76	2.32±0.44	3.75±0.69	1.98±0.41	4.04±0.79	1.95±0.38
t 值		-0.178	-24.730	-0.266	-11.938	0.191	-16.815	0.470	-10.313	-0.194	-7.222	-0.353	-6.234
P 值		0.860	<0.001	0.791	<0.001	0.849	<0.001	0.639	<0.001	0.847	<0.001	0.725	<0.001

  

组别	例数	睡眠(x±s)/分		社会生活(x±s)/分		性生活(x±s)/分		旅行(x±s)/分		总分(x±s)/分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	41	3.72±0.67	0.73±0.09	3.18±0.57	0.48±0.05	1.92±0.32	1.42±0.26	3.23±0.58	1.04±0.12	36.54±6.52	11.45±1.98 <sup>c</sup>
对照组	41	3.65±0.72	1.23±0.15	3.12±0.61	0.51±0.07	1.88±0.34	1.44±0.27	3.18±0.61	1.21±0.15	36.33±6.53	17.21±2.74 <sup>d</sup>
t 值		0.456	-18.302	0.460	-2.233	0.549	-0.342	0.380	-5.667	0.146	-10.910
P 值		0.650	<0.001	0.647	0.028	0.585	0.734	0.705	<0.001	0.885	<0.001

注:与治疗前比较,<sup>a</sup>t=23.577,P<0.001;<sup>b</sup>t=17.288,P<0.001

表 4 两组腰椎间盘突出症患者治疗前后 M-JOA 评分比较

Tab.4 Comparison of M-JOA scores between two groups of patients with lumbar disc herniation before and after treatment

组别	例数	临床检查(x±s)/分		主观症状(x±s)/分		日常生活动作(x±s)/分		总分(x±s)/分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	41	5.53±0.57	9.23±1.23	2.56±0.32	4.78±0.52	6.32±0.45	9.34±0.83	14.45±1.37	23.43±2.61 <sup>e</sup>
对照组	41	5.48±0.53	7.87±0.65	2.54±0.29	3.34±0.36	6.29±0.38	8.15±0.64	14.31±1.26	19.37±1.62 <sup>f</sup>
t 值		0.411	6.260	0.297	14.579	0.326	7.270	0.482	8.463
P 值		0.682	<0.001	0.768	<0.001	0.745	<0.001	0.631	<0.001

注:与治疗前比较,<sup>g</sup>t=-19.507,P<0.001;<sup>h</sup>t=-15.787,P<0.001

表 5 两组腰椎间盘突出症患者治疗前后中医证候积分比较

Tab.5 Comparison of TCM syndrome score between the two groups of patients with lumbar disc herniation before and after treatment

组别	例数	下肢无力(x±s)/分		下肢麻木(x±s)/分		腰背疼痛(x±s)/分		下肢疼痛(x±s)/分		总分(x±s)/分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	41	1.52±0.14	0.53±0.05	1.45±0.18	0.41±0.06	2.32±0.42	0.52±0.07	2.12±0.29	0.53±0.09	7.42±1.03	2.03±0.27 <sup>e</sup>
对照组	41	1.49±0.16	0.62±0.06	1.43±0.19	1.25±0.25	2.29±0.39	0.95±0.11	2.18±0.24	1.17±0.13	7.39±0.98	3.99±0.54 <sup>h</sup>
t 值		0.904	-7.379	0.489	-20.920	0.335	-21.117	-1.021	-25.918	0.135	-20.787
P 值		0.369	<0.001	0.626	<0.001	0.738	<0.001	0.311	<0.001	0.893	<0.001

注:与治疗前比较,<sup>g</sup>t=-32.412,P<0.001;<sup>h</sup>t=19.457,P<0.001

的病理表现是髓核突出、椎体力学失衡,对应中医“筋出槽、骨错缝”。临床研究<sup>[11]</sup>证明,手法具有改善局部微循环、调整脊柱生物力学结构、促进血液循环的作用。一项多中心的临床研究表明<sup>[12]</sup>,脊柱微调手法可有效地减轻 LDH 患者的疼痛,改善其腰椎功能活动障碍,提高其生活质量。毕胜等<sup>[13]</sup>借助生物力学

研究方法在人尸体上进行手法研究,认为手法治疗 LDH 的机制是通过产生神经根与突出物之间的位置的相对位移和松解炎性粘连。郭光昕等<sup>[14]</sup>通过研究发现手法通过可以调节 LDH 患者的免疫应答,下调白细胞介素-1β(interleukin-1β,IL-1β)、肿瘤坏死因子-α(tumor necrosis factor-α,TNF-α)等促炎因

子的表达,来改善疼痛和腰椎活动。手法因疗效好、起效快、副作用少、易被患者接受等特点而广泛用于 LDH 的治疗。但目前手法流派众多,主张“循经按摩”者极少。本研究旨在研究“循经”理念下手法治疗 LDH 的临床疗效,以期为临床工作者提供新的参考和借鉴。

### 3.2 循经按摩治疗 LDH 的疗效及治疗经验

本研究结果显示,循经按摩配合常规治疗可以降低患者 VAS、ODI、中医证候积分,增加患者的 M-JOA 评分,改善 LDH 患者功能。

循经理念源自《黄帝内经》,《扁鹊心书》云:“学医不明经络,开口动手便错,盖经络不明,无以识病证之根源,究阴阳之传变,经络为识病之要道。”笔者创造性地将经络学说与脊神经节段分布相结合,用于 LDH 的治疗,取得不错疗效。对于临床治疗 LDH,笔者认为手法的要旨是循经按摩、舒筋活络。《内经》:“宗筋主束骨而利机关也”。筋对骨与关节有重要的约束作用,重在舒筋,筋柔则骨易正,而单纯的整脊手法则易损伤机体。不同于颈椎手法,因腰椎和颈椎解剖构造的差异,可以适当选取斜扳、旋扳等整复手法,在腰部臀部肌肉痉挛解除后,再施以整复类手法,可以减轻神经根粘连,改善临床症状。LDH 临床主要表现为与脊神经根分布区域相对应的感觉、运动及反射障碍,通过对比本病症状分布区域,发现其与足太阳、足少阳经脉和督脉循行密切相关。针对以腰部疼痛为主症的 LDH 患者,着重选取督脉和足太阳膀胱经。以下肢疼痛麻木为主的,着重选取足少阳胆经和足太阳膀胱经。《素问·刺腰痛篇》云:“胆足少阳之脉…是主骨所生病者,…髀、膝、外至胫、绝骨、外踝前及诸节皆痛、小指次指不用”。经过对胆经经脉循行路径及其相关病变的深入研究,我们发现其症状表现主要集中在小腿外侧及踝前区域,与 L<sub>4,5</sub> 椎间盘突出症的主要症状表现基本一致。而 L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 椎间盘突出症的临床表现主要是腰痛活动受限、下肢后侧的放射痛、患肢发凉,小腿与足底麻木等症状,符合《灵枢·经脉》:“是动则病冲头痛,目似脱,项似拔,脊痛,腰似折,髀不可以曲,脘如结,踡如裂,是为踝厥”。故针对 L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 突出的患者,常着重点按膀胱经及其经穴,若患者跟腱反射减弱,可在昆仑穴着重进行点按,以指代针。《医书入门》云:“背曲杖行之人,针两足昆仑,能够投杖而走”。应文强等<sup>[15]</sup>通过对 240 例 LDH 患者的力敏腧穴归经进行分析研究,发现 LDH 患者力敏腧穴主要分布在足太阳膀胱经、足少阳胆经经脉循行上。笔者认为,在循经推拿过程中,应秉持“筋骨并重,理筋为先”的理念,着重使用滚法、一指禅等理筋手法,尤其是滚法,可“以面代

点”,在理筋的同时又可对穴位进行刺激,常用如委中、承山、阳陵泉等穴,但不推荐强刺激手法,忌暴力,否则会损伤经筋。要求柔缓渗透、力度适中,正所谓“筋喜柔不喜刚”。通过调理和松懈肌肉、韧带等组织,从而为后续整复手法创造有利条件。此外,在循经点按过程中,应重视触诊,若发现有压痛点和筋结,应重点进行弹拨和点按等松筋解结手法。筋结常在腰部肌筋的起点、止点、交叉点、拐弯点形成,多与膀胱经对应<sup>[16]</sup>。经手法治疗后,可缓解痉挛、松解粘连,从而使患者筋柔骨正,气血调和,其病可愈。

### 3.3 本研究不足

本研究证实了循经按摩手法在缓解 LDH 患者疼痛和改善腰椎功能活动方面具有显著疗效,为临床治疗 LDH 提供了新的思路。但本研究为单中心、小样本研究,未来本课题组将进一步扩大样本量,增加客观指标,以进一步探讨其作用机制。

#### 参考文献

- [1] ZHANG A S, XU A, ANSARI K, et al. Lumbar disc herniation: diagnosis and management[J]. Am J Med, 2023, 136(7): 645-651.
- [2] 齐保玉, 王旭, 杨克新, 等. 中医手法治疗腰椎间盘突出症的研究现状与展望[J]. 世界中医药, 2023, 18(21): 3026-3030. QI B Y, WANG X, YANG K X, et al. Research status and prospects of traditional Chinese medicine manual therapy for lumbar disc herniation[J]. World Chin Med, 2023, 18(21): 3026-3030. Chinese.
- [3] 谭黄圣, 邓鹏伟, 何升华. 针刺手三阳经输穴配合颈夹脊穴治疗急性期神经根型颈椎病 56 例[J]. 中国针灸, 2024, 44(5): 537-538, 545. TAN H S, DENG P W, HE S H. Acupuncture at Shu-stream points of hand three Yang meridians combined with cervical Jiaji (EX-B 2) for 56 cases of acute cervical spondylotic radiculopathy[J]. Chin Acupunct Moxibustion, 2024, 44(5): 537-538, 545. Chinese.
- [4] 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. SPINAL PAIN GROUP THE PAIN SOCIETY OF CHINESE MEDICAL ASSOCIATION. Expert consensus on diagnosis and treatment of lumbar disc herniation in China[J]. Chin J Pain Med, 2020, 26(1): 2-6. Chinese.
- [5] TURNER N M, VAN DE LEEMPUT A J, DRAAISMA J M, et al. Validity of the visual analogue scale as an instrument to measure self-efficacy in resuscitation skills[J]. Med Educ, 2008, 42(5): 503-511.
- [6] FAIRBANK J C, COUPER J, DAVIES J B, et al. The Oswestry low back pain disability questionnaire[J]. Physiotherapy, 1980, 66(8): 271-273.
- [7] 温优良, 李智, 邓卫兵, 等. 骶管注射配合核心肌群稳定性训练治疗老年腰椎间盘突出症的疗效观察[J]. 中国全科医学, 2014, 17(18): 2132-2135. WEN Y L, LI Z, DENG W B, et al. Curative effects of sacral injection and core stabilization exercises in treatment of old patients with lumbar disc herniation[J]. Chin Gen Pract, 2014, 17(18): 2132-2135. Chinese.
- [8] DEYO R A, LOESER J D, BIGOS S J. Herniated lumbar interverte-

- bral disk[J]. *Ann Intern Med*, 1990, 112(8):598-603.
- [9] 姚璐璘. 中西医结合非手术治疗腰椎间盘突出症的效果分析[J]. *河南外科学杂志*, 2022, 28(1):164-166.  
YAO L L. Effect analysis of non-surgical treatment of lumbar disc herniation with combination of traditional Chinese and western medicine[J]. *Henan J Surg*, 2022, 28(1):164-166. Chinese.
- [10] 葛龙, 李镜, 尚文茹, 等. 非手术疗法治疗腰椎间盘突出症的循证实践指南[J]. *中国循证医学杂志*, 2024, 24(2):125-148.  
GE L, LI J, SHANG W R, et al. Non-operative treatments for lumbar disc herniation: an evidence-based practice guideline[J]. *Chin J Evid Based Med*, 2024, 24(2):125-148. Chinese.
- [11] 关颖欣, 吴祖贵, 陈国材, 等. 许学猛教授“肌骨同治”治疗腰椎间盘突出症的学术经验总结[J]. *时珍国医国药*, 2020, 31(7):1743-1745.  
GUAN Y X, WU Z G, CHEN G C, et al. Professor xu Xuemeng's academic experience in treating lumbar disc herniation with musculoskeletal therapy[J]. *Lishizhen Med Mater Med Res*, 2020, 31(7):1743-1745. Chinese.
- [12] 严振, 孙武权, 朱清广, 等. 脊柱微调手法治疗腰椎间盘突出症的多中心临床研究[J]. *四川中医*, 2021, 39(8):198-200.  
YAN Z, SUN W Q, ZHU Q G, et al. Multi center clinical study of applying spinal fine-tuning manipulation in the treatment of lumbar disc herniation[J]. *J Sichuan Tradit Chin Med*, 2021, 39(8):198-200. Chinese.
- [13] 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.  
BI S, LI Y K, ZHAO W D, et al. A study on mechanism of manipulation used in lumbar disc herniation[J]. *Chin J Rehabil Med*, 2001, 16(1):8-10. Chinese.
- [14] 郭光昕, 朱清广, 孙武权, 等. 推拿干预腰椎间盘突出症的免疫机制研究进展[J]. *中华中医药杂志*, 2019, 34(7):3132-3135.  
GUO G X, ZHU Q G, SUN W Q, et al. Research progress of immunological mechanism of tuina intervention on lumbar disc herniation[J]. *China J Tradit Chin Med Pharm*, 2019, 34(7):3132-3135. Chinese.
- [15] 应文强, 彭桂秀, 成锐, 等. 腰椎间盘突出症患者力敏腧穴分布规律研究[J]. *江西中医药*, 2021, 52(12):48-51.  
YING W Q, PENG G X, CHENG R, et al. Study on the distribution law of limin acupoints in patients with lumbar disc herniation[J]. *Jiangxi J Tradit Chin Med*, 2021, 52(12):48-51. Chinese.
- [16] 雷龙鸣, 韦英才. 试论经筋理论对推拿治疗腰椎间盘突出症的指导意义[J]. *中华中医药杂志*, 2010, 25(9):1384-1386.  
LEI L M, WEI Y C. Discussing on treatment of lumbar disc herniation by massotherapy from musculature theory[J]. *China J Tradit Chin Med Pharm*, 2010, 25(9):1384-1386. Chinese.

(收稿日期:2024-05-13 本文编辑:朱嘉)