

· 临床研究 ·

通督舒筋汤加减配合理筋手法治疗退行性腰椎管狭窄

郑剑南^{1,2}, 彭锐¹, 周晓红¹, 陈洪波¹

(1. 湖北中医药大学针灸骨伤学院, 湖北 武汉 430061; 2. 湖北省疾病预防控制中心, 湖北 武汉 430079)

【摘要】 目的:探讨运用通督舒筋汤加减配合手法治疗腰椎管狭窄的临床疗效。方法:对 2015 年 10 月至 2017 年 10 月确诊为腰椎管狭窄 50 例患者临床资料进行回顾性研究,分为治疗组和对照组,各 25 例。治疗组中男 10 例,女 15 例;年龄(53.43±5.26)岁;病程(6.9±2.3)年;给予通督舒筋汤加减配合手法治疗。对照组中男 12 例,女 13 例;年龄(56.37±4.61)岁;病程(7.1±3.4)年;予以口服腺苷钴胺片和洛索洛芬钠片治疗。两组均以 4 周为 1 个疗程。治疗后,采用腰痛疗效评价标准(JOA)和视觉模拟评分法(VAS)评定两组临床疗效。结果:50 例患者获得随访,随访时间 2.2~3.2(2.62±0.47)个月。治疗后两组 JOA 评分和 VAS 评分较治疗前均有明显改善,差异有统计学意义(P<0.01),且治疗后治疗组改善程度优于对照组,差异有统计学意义(P<0.01)。结论:通督舒筋汤加减配合手法治疗腰椎管狭窄症有较好疗效。

【关键词】 通督舒筋汤; 腰椎; 椎管狭窄; 正骨手法

中图分类号:R684.7

DOI:10.3969/j.issn.1003-0034.2020.01.007

开放科学(资源服务)标识码(OSID):



Effect of Tongdu Shujin Decoction (通督舒筋汤) plus Lijin (理筋) manipulation on degenerative lumbar spinal stenosis ZHENG Jian-nan, PENG Rui, ZHOU Xiao-hong, and CHEN Hong-bo. Hubei University of TCM, Wuhan 430061, Hubei, China

ABSTRACT **Objective:**To explore the clinical efficacy of Tongdu Shujin Decoction (通督舒筋汤, TSD) combined with manipulation for the treatment of lumbar spinal stenosis. **Methods:**The clinical data of 50 patients with lumbar spinal stenosis diagnosed from October 2015 to October 2017 were retrospectively studied. Fifty patients were divided into a treatment group and a control group, 25 cases in each group. In the treatment group, 25 patients were treated by TSD plus combined manipulation, including 10 males and 15 females, with an average age of (53.43±5.26) years old, the course of disease was (6.9±2.3) years. In the control group, 25 patients were treated by the adenosine cobalamin tablets and loxoprofen sodium tablets, including 12 males and 13 females, with an average age of (56.37±4.61) years old, the course of disease was (7.1±3.4) years. The two

基金项目:国家中医药管理局全国名老中医药专家传承工作室建设项目(编号:国中医药人教函[2018]134号)

Fund program: National Famous and Veteran Chinese Medicine Expert Inheritance Studio Construction Project of the State Administration of Traditional Chinese Medicine (No. Chinese Medicine Person's Letter [2018] 134)

通讯作者:陈洪波 E-mail:chenhbhb@163.com

Corresponding author: CHEN Hong-bo E-mail:chenhbhb@163.com

Zhen Guo Yi Guo Yao, 2016, 27(5):1150-1152. Chinese.

[114] 任喜荣, 王华. 活血化痰中药热敷配合穴位按摩治疗神经根型颈椎病的临床观察[J]. 陕西中医, 2016, 37(5):551-553.

REN XR, WANG H. Clinical observation on treatment of cervical spondylotic radiculopathy with activating blood circulation and removing blood stasis and applying acupoint massage[J]. Shaan Xi Zhong Yi, 2016, 37(05):551-553. Chinese.

[115] 席智杰, 王拥军, 施杞, 等. 耳针治疗颈型颈椎病的瞬即时疗效评价[J]. 辽宁中医杂志, 2013, 40(5):993-996.

XI ZJ, WANG YJ, SHI Q, et al. Transient effect of auricular acupuncture for cervical type of cervical spondylosis[J]. Liao Ning Zhong Yi Za Zhi, 2013, 40(5):993-996. Chinese.

[116] 徐克武, 杨斌武, 宋贵杰. 中药熏洗配合手法治疗神经根型颈椎病 158 例疗效分析[J]. 中医正骨, 2000, (12):30.

XU KW, YANG BW, SONG GJ. Therapeutic effect of traditional Chinese medicine fumigation and washing combined with manipulation on 158 cases of cervical spondylotic radiculopathy [J]. Zhong Yi Zheng Gu, 2000, (12):30. Chinese.

[117] 罗开涛. 穴位贴敷为主治疗神经根型颈椎病 90 例[J]. 针灸临床杂志, 2004, (1):43.

LUO KT. Treatment of 90 cases of cervical spondylotic radiculopathy with acupoint application[J]. Zhen Jiu Lin Chuang Za Zhi, 2004, (1):43. Chinese.

(收稿日期:2019-10-08 本文编辑:王玉蔓)

groups were treated for 4 weeks. After treatment, the clinical efficacy of the two groups were evaluated by the low back pain evaluation criteria (JOA) and visual analogue scale (VAS). **Results:** Fifty patients were followed up for 2.2 to 3.2 (2.62±0.47) months. After treatment, JOA and VAS scores of the two groups were significantly improved compared with those before treatment, the difference was statistically significant ($P<0.01$), and the improvement degree of the treatment group was better than that of the control group, the difference was statistically significant ($P<0.01$). **Conclusion:** TSD combined with manipulation for the treatment of lumbar spinal stenosis has a good effect.

KEYWORDS *Tongdu Shujin* Decoction; Lumbar vertebrae; Spinal stenosis; Bone setting manipulation

退行性腰椎管狭窄症(degenerative lumbar spinal stenosis, DLSS)是临床常见的,好发于老年人的退变性疾病,随着我国社会人口老龄化加剧,该病的发病率也呈上升趋势^[1]。中医认为其主要病机为督脉亏虚,瘀血阻络,气血不能温煦濡养肢体,治疗宜补肾通络、祛风湿,止痹痛。现将通督舒筋汤加减配合手法治疗腰椎管狭窄症临床观察,报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择

诊断标准^[2]:(1)长期反复发作的腰腿痛,腰痛在前屈、下蹲时减轻,腿痛多为双侧,可交替出现;(2)间歇性跛行;(3)腰背伸试验阳性;(4)直腿抬高试验阳性或阴性;(5)相应神经支配区肌力减弱、感觉异常、腱反射减弱;(6)腰椎 X 线片显示椎管矢状径缩小,绝对值<15 mm;(7)CT 显示神经根管(侧隐窝)<4 mm²,腰椎横截面积<100 mm²。(1)、(2)及(6)或(7)中的一项为必备项,(3)~(5)项供参考。

纳入标准:(1)患者年龄 45~60 岁。(2)有慢性腰痛及一侧或双侧根性疼痛,酸胀或麻木等不适症状,行走时出现加重,主要表现为间歇性跛行,弯腰、坐下及下蹲时可缓解。(3)腰椎管相对狭窄,腰椎 CT 提示 13 mm≤椎管横径<18 mm;10 mm≤椎管矢状径<13 mm。(4)下肢肌萎缩,腱反射减弱,腰过伸试验阳性。

排除标准:(1)年龄>60 岁;(2)既往腰椎手术史者;(3)X 线、CT、MRI 检查发现腰椎脱位或骨质破坏患者;(4)严重的 LSS 患者,表现为持续的疼痛及进展性的神经功能障碍患者;(5)无法配合服用中药方剂患者;(6)LSS 患者伴有结合或者其他异常改变者;(7)中断治疗或无法完成随访患者。

1.2 一般资料

选取 2015 年 10 月至 2017 年 10 月湖北省中医药大学国医堂骨伤科、湖北省中医院凤凰门诊 LSS 患者 50 例临床资料进行回顾性分析,分为治疗组(通督舒筋汤加减配合手法治疗组)和对照组(口服西药治疗组)。两组患者性别、年龄、体重指数(body mass index, BMI)等一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),见表 1,具有可比性。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 口服甲钴胺片(国药准字 H20031126)0.5 mg,口服,每天 3 次,4 周为 1 个疗程。口服洛索洛芬钠片(国药准字 H20030769),每天 2 次,每次 60 mg,7 d 为 1 个疗程,治疗 1 个疗程后观察疗效。

1.3.2 治疗组 予以通督舒筋汤基本方加减配合手法治疗。通督舒筋汤基本方^[3]:葛根、延胡索、桑寄生、鸡血藤、当归各 12 g,白芍 30 g,丹参 12 g,穿山甲、制香附、生甘草各 10 g,怕冷加桂枝 15 g,失眠加夜交藤 30 g,腰腿痛者加川牛膝、苍术各 12 g,骨碎补、川木通各 10 g,风湿痹痛者重用逍遥竹、延胡索各 20 g,气虚者重用黄芪、当归各 20 g,骨质疏松症者加寻骨风、桑枝、川牛膝、续断、川芎各 15 g。每副药根据患者病情调配,大火煮沸后文火 20 min,每次 200 ml。3 周为 1 个疗程,服用 3 个疗程后评定疗效。腰腿舒筋通络 3 步法^[4]:正骨柔筋,宣通气血。第 1 步(俯卧位)牵伸揉按;第 2 步(侧卧位)扭腰斜扳;第 3 步(仰卧位)盘摇运抖。

(1)手法前准备:患者排空大小便,脱去外衣,俯卧,小腿部垫枕,两手平放于身旁,使肌肉放松。凡有严重重要器质性疾病如高血压、出血性疾病、发热以及其他脊柱疾病、妇女妊娠、月经期等,均不宜施术。

表 1 两组退行性腰椎管狭窄患者术前一般资料比较

Tab.1 Comparison of preoperative general data of two groups of patients with degenerative lumbar spinal stenosis

组别	例数	性别(例)		年龄($\bar{x}\pm s$,岁)	BMI($\bar{x}\pm s$,kg/m ²)	VAS($\bar{x}\pm s$,分)	JOA($\bar{x}\pm s$,分)	病程($\bar{x}\pm s$,年)
		男	女					
治疗组	25	10	15	53.43±5.26	23.21±4.35	6.17±1.29	16.01±3.91	6.9±2.3
对照组	25	12	13	56.37±4.61	22.48±3.42	6.12±1.14	15.67±4.38	7.1±3.4
检验值		$\chi^2=0.32$		$t=2.30$	$t=-0.72$	$t=0.15$	$t=0.28$	$t=0.24$
P 值		0.56		0.56	0.47	0.87	0.77	0.80

(2)推拿手法:要轻而不浮、重而不滞、稳而且准,循序渐进。

第 1 步(俯卧位)牵伸揉按。①牵伸:医者双手握住病人双踝,助手握住患者双腋下对抗牵引,要有足够的牵引力,使患者双踝高于腰部。②揉法:掌根压住施术部位皮肤,在皮下肌肉作环形操作,不要在皮肤上移动,下压的力量与环转的力结合,腕关节放松,以腕关节连同前臂做小幅度回旋活动,注意沉肩、屈肘,力量柔和深透。③按法:以两手拇指指腹自上背部沿两侧足太阳膀胱经第 2 条经线,由上而下地按摩至腰骶部,连续 3 次。

第 2 步(侧卧位)扭腰斜扳。患者侧卧,下面的腿伸直,上面的腿屈曲,臀部前倾,肩部外翻,使腰椎呈“ \sim ”形。医者立于患者腹侧,一手扶肩,另一肘部压住髋部,相互交错用力,使腰椎旋转至最大范围,有固定感后稍用力,可听到响声。用力要轻巧,忌粗暴用力。然后换体位,另侧做 1 次。

第 3 步(仰卧位)盘摇运抖。①盘法:患者仰卧屈膝、屈髋,术者双手握其双膝,使贴近胸前,先左右旋转摇动,然后推动双膝,使腰及髋、膝过度屈曲,反复作数次。继之以左手固定患者右肩,右手向对侧下压盘腿之膝扭转腰部,如同“4”字试验。然后换体位,另侧做 1 次。②摇法:患者仰卧,屈膝屈髋,医者一手握住患者双踝,另一手扶患者双膝,使患者最大限度屈膝屈髋,患者配合呼吸,并左右摇腰部,连续数次。③运法:以左手握患者膝部,右手握其踝部,运用提拔手法,使患肢作屈伸动作,徐缓地抬高并伸展。④抖法:以双手握住其双踝,用力牵伸与上下抖动,使患者身体抖起呈波浪形动作,连续 3 次。

(3)治疗后处理:术后卧床休息 30 min 即可活动,每天有规律地做腰背肌锻炼,但应避免在腿伸直姿势下搬取重物,以防腰部扭伤,引起病情加重或复发。另外,应注意汗后避风冷,以防感冒^[5]。

上述治疗隔日 1 次,每次 20~30 min,7 次为 1 个疗程,一般治疗 1~3 个疗程。

1.4 观察项目与方法

治疗前后采用视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)^[5]评价患者疼痛程度, VAS 评分得分越低,表示患者疼痛越轻微。治疗前后采用日本骨外科学会腰痛疗效评价标准 JOA 评分(29 分法)^[6]评价疗效,包括主观症状、临床体征、日常生活受限度、膀胱功能 4 个方面。

1.5 统计学处理

采用 SPSS 24.0 软件对所得数据进行统计处理。定量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,两组患者治疗前后 JOA、VAS 评分比较采用配对 t 检验,组间比较

采用独立样本 t 检验;定性资料采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

本组 50 例患者均获得随访,时间 2.2~3.2(2.62 \pm 0.47)个月。

2.1 JOA 评分结果

两组患者治疗前、治疗后 2 个月 JOA 评分比较见表 2,治疗前两组患者 JOA 评分比较差异均无统计学意义,治疗后两组 JOA 评分较治疗前均有明显改善,差异有统计学意义($P<0.01$),治疗后两组感觉障碍改善程度差异无统计学意义,余各项指标治疗组改善程度均优于对照组,差异有统计学意义($P<0.01$)。根据 JOA 改善率,两组治疗后 2 个月临床疗效评价结果,治疗组疗效明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

2.2 VAS 评分结果

两组患者治疗前、治疗后 1 年 VAS 评分比较见表 3,治疗前两组患者 VAS 评分差异均无统计学意义,治疗后两组 VAS 评分较治疗前均有明显改善,差异有统计学意义($P<0.01$),治疗组 VAS 显著优于对照组,差异有统计学意义($P<0.01$)。

2.3 不良反应

在治疗过程中,两组患者均有部分出现恶心、腹泻、口干等不良反应(见表 4),但是两组不良反应发生情况比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

3 讨论

DLSS 属于中医学“痹证”“腰痛”等范畴,其基本病机属本虚标实,素体禀赋不足、肾精亏耗、骨脉失养为本虚,是该病的发病基础;风寒湿邪为标实,是发病的外在因素。其治疗以补肾为主,后在辨证论治的基础上根据标本缓急随症加减进行治疗。DLSS 多好发于中老年人群并且发病率高,其发病率仅次于位于椎管内疾病的 L_1 椎间盘突出症^[7-9]。目前临床对于 DLSS 治疗方案存在保守治疗和手术治疗两种方法,各有优缺点。学者^[10]一般认为在行手术治疗之前,有必要先进行系统的保守治疗,临床很多 DLSS 患者保守治疗取得良好的预后,但是对于 DLSS 的保守治疗,没有明确的规范化治疗方案,中医药作为中国传统医学在保守治疗方法中占据着重要地位,其可根据患者的不同症状,辨证施药,调理全身功能平衡,改善患者精神状态及疲劳症状。笔者采用通督舒筋汤加减配合手法治疗腰椎管狭窄症,疗效显著,有效率高达 84%。

通督舒筋汤治疗功效为祛风湿,止痹痛,益肝肾,补气血。每副药根据患者病情调配,对于腰膝疼痛,肢节屈伸不利,或麻木不仁,畏寒喜温等症状的

表 2 两组退行性腰椎管狭窄患者治疗前和治疗后 2 个月 JOA 评分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

Tab.2 Comparison of JOA scores between two groups of patients with degenerative lumbar spinal stenosis before treatment and 2 months after treatment ($\bar{x}\pm s$, score)

组别	例数	下腰痛		疼痛和(或)麻刺痛		步行能力		直腿抬高试验		感觉障碍	
		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
治疗组	25	1.32±0.13	2.43±0.41	1.20±0.20	2.34±0.22	0.83±0.13	2.71±0.33	0.58±0.15	1.89±0.17	1.42±0.13	1.33±0.42
对照组	25	1.33±0.12	2.03±0.13	1.12±0.11	1.97±0.21	0.79±0.12	1.84±0.25	0.65±0.17	1.64±0.11	1.38±0.15	1.17±0.63
t 值		0.28	-4.64	-1.75	6.08	1.13	10.5	1.54	-6.17	1	1.05
P 值		0.77	0	0.08	0.00	0.26	0.00	0.12	0.00	0.31	0.29

组别	例数	运动障碍		日常生活受限度		膀胱功能		总分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	25	1.42±0.17	1.98±0.12	8.04±1.43	12.46±1.13	-4.26±1.07	-0.24±0.01	16.01±3.91	25.63±3.25
对照组	25	1.37±0.23	1.82±0.15	7.78±2.36	10.32±2.27	-4.32±1.32	-2.32±0.13	15.67±4.38	22.37±2.64
t 值		0.87	4.16	-0.47	-4.21	0.17	-9.2	0.28	3.89
P 值		0.38	0.00	0.63	0.00	0.86	0.00	0.77	0.00

注: 对照组下腰痛治疗前后比较, $t=19.78, P=0.00$; 治疗组下腰痛治疗前后比较 $t=-12.90, P=0.000$; 对照组腿痛和(或)麻刺痛治疗前后比较, $t=-17.92, P=0.00$; 治疗组腿痛和(或)麻刺痛治疗前后比较, $t=19.17, P=0.00$; 对照组步行能力试验治疗前后比较, $t=-18.93, P=0.00$; 治疗组步行能力治疗前后比较, $t=-26.50, P=0.00$; 对照组直腿抬高治疗前后比较, $t=-24.44, P=0.00$; 治疗组直腿抬高试验治疗前后比较, $t=28.89, P=0.00$; 对照组感觉障碍治疗前后比较, $t=1.62, P=0.11$; 治疗组感觉障碍治疗前后比较, $t=1.02, P=0.31$; 对照组运动障碍治疗前后比较, $t=-8.19, P=0.00$; 治疗组运动障碍治疗前后比较, $t=13.45, P=0.00$; 对照组日常生活受限度治疗前后比较, $t=3.87, P=0.00$; 治疗组日常生活受限度治疗前后比较, $t=12.12, P=0.00$; 对照组膀胱功能受限治疗前后比较, $t=-7.53, P=0.00$; 治疗组膀胱功能治疗前后比较, $t=-18.78, P=0.00$; 对照组 JOA 评分治疗前后比较, $t=-6.55, P=0.00$; 治疗组 JOA 评分治疗前后比较, $t=9.46, P=0.00$

Note: Comparison of lower back pain in the control group before and after treatment, $t=19.78, P=0.00$; Comparison of lower back pain before and after treatment in the treatment group $t=-12.90, P=0.000$; Comparison of leg pain and/or tingling in the control group before and after treatment, $t=-17.92, P=0.00$; Comparison of leg pain and/or tingling before and after treatment in the treatment group, $t=19.17, P=0.00$; Comparison of walking ability test before and after treatment in the control group, $t=-18.93, P=0.00$; Comparison of walking ability before and after treatment in the treatment group, $t=-26.50, P=0.00$; Comparison of straight leg elevation before and after treatment in the control group, $t=-24.44, P=0.00$; Comparison of straight leg elevation test before and after treatment in the treatment group, $t=28.89, P=0.00$; Before and after treatment, $t=1.62, P=0.11$; Before and after treatment, $t=1.02, P=0.31$; Before and after treatment, $t=-8.19, P=0.00$; Before and after treatment, $t=13.45, P=0.00$; In the control group, $t=3.87, P=0.00$ before and after limited daily life treatment. Comparison of daily life before and after limited treatment in the treatment group, $t=12.12, P=0.00$; Comparison of bladder function limitation before and after treatment in the control group, $t=-7.53, P=0.00$; Before and after treatment, $t=-18.78, P=0.00$; Comparison of JOA score before and after treatment in the control group, $t=-6.55, P=0.00$; Comparison of JOA score before and after treatment in the treatment group, $t=9.46, P=0.00$

表 3 两组退行性腰椎管狭窄患者治疗前后 VAS 评分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

Tab.3 Comparison of VAS scores between two groups of patients with degenerative lumbar spinal stenosis before and after treatment ($\bar{x}\pm s$, score)

组别	例数	治疗前	治疗后 1 年
治疗组	25	6.17±1.29	1.04±1.29
对照组	25	6.12±1.14	2.76±0.79
t 值		0.15	-6.22
P 值		0.00	0.00

注: 对照组治疗后 1 年 VAS 与治疗前后比较, $t=22.73, P=0.00$; 治疗组治疗后 1 年 VAS 与治疗前比较, $t=32.69, P=0.00$

Note: Comparison of VAS score between 1 year after treatment and before treatment in control group, $t=22.73, P=0.00$; Treatment group: VAS of 1 year after treatment compared with before treatment, $t=32.69, P=0.00$

表 4 两组退行性腰椎管狭窄患者不良反应发生比较 (例)

Tab.4 Comparison of adverse reactions between two groups of patients with degenerative lumbar spinal stenosis (case)

组别	例数	恶心	腹泻	口干
对照组	25	3	1	2
治疗组	25	1	1	1

注: 两组比较, $\chi^2=1.21, P=0.26$

Note: Comparison between two group, $\chi^2=1.21, P=0.26$

患者有独到的疗效, 笔者在临床运用此方加减治疗 DLSS 时有两点体会^[11]: (1) 临床辨证分型要准确, 在肝肾亏虚, 气滞血瘀, 风寒湿痹中分清主次。如以肝肾亏虚为主, 或者以气滞血瘀为主, 或者以风寒湿痹为主。(2) 临床精于辨证, 对每味药的药性、用量、配伍运用精当、措置得宜。对肝肾亏虚为主者, 则重

用桑寄生、牛膝、杜仲可为君。对气滞血瘀为主者，则重用调气血之丹参、当归、白芍、党参。对风寒湿痹证者重用逍遥竹、延胡索、桂枝、伸筋草^[3]。如此主次分明，使骨正筋柔，风湿得除，气血自流，肝肾得补，诸症自愈。腰椎管狭窄症属中医学“痹症”的范畴，其病因为肝肾两亏，气血不足，复感风寒湿邪，加上疲劳伤及筋骨，导致腰背部筋脉受损气滞血瘀，久而久之，气血失充，肝肾受累，局部失荣，不通则痛，不荣亦痛，故出现腰背部及下肢症状^[12]。

理筋手法强调^[3]“骨关节以正为度、软组织以柔为度”，特别注重“松”“活”“巧”3 个要领及“准确”“持久”“柔和”的原则。腰部舒筋活络 3 步法目的：第 1 步，牵伸揉按，“松”腰部肌肉，“痛者不松”“不松则痛”，凡骨伤筋伤局部肌肉紧张、痉挛拘急“即发疼痛”，所以第一步以“松”为主；第 2 步，扭腰斜扳，“活”即要斜扳增加腰部活动度，认为“活”才是手法的主要实施部分；第 3 步，盘摇运抖，“巧”是对施手法者的要求，强调要掌握轻重适度，不能太轻不及也不能太重过度，必须做到松活得宜，适可而止，所谓“巧”即轻巧、巧妙之意，这是手法是否成功的关键。在手法治疗过程中主张用巧力和寸劲，反对用拙力和暴力，医者要尽可能地采取合适的体位，借助自身的重力、腰力、腿力、手力并用达到省力、取效的治疗目的，“准确”“持久”“柔和”是手法治疗的原则，“准确”指辨证、立法，施术必须“持久”“柔和”^[3]。

在本组研究中，通督舒筋汤加减配合手法治疗退行性腰椎管狭窄症，临床有效率达 84%，作为保守治疗方法值得在临床运用中进一步推广。

参考文献

[1] Poetscher AW, Gentil AF, Ferretti M, et al. Interspinous process devices for treatment of degenerative lumbar spine stenosis: A systematic review and meta-analysis[J]. PLoS One, 2018, 13(7): e0199623.

[2] 邓小川, 杨傲飞, 何承建. 盘龙七片配合腰椎小关节松解治疗风湿痹阻型腰椎管狭窄症[J]. 中国骨伤, 2014, 27(10): 833-837.

DEGN XC, YANG AF, HE CJ. Panlongqi tablet combined with lumbar facet joint release for the treatment of lumbar spinal stenosis of Fengshi Bizu[J]. Zhongguo Gu Shang/China J Orthop Trauma, 2014, 27(10): 833-837. Chinese with abstract in English.

[3] 陈洪波. 刘克忠中医骨伤科学术思想探析[J]. 湖北中医杂志, 2003, (7): 18-20.

CHEN HB. Exploration of Liu Kezhong's TCM injury science thought[J]. Hu Bei Zhong Yi Za Zhi, 2003, (7): 18-20. Chinese.

[4] Hansen BB, Hansen P, Grindsted J, et al. Conventional supine MRI with a lumbar pillow-an alternative to weight-bearing MRI for diagnosing spinal stenosis: A cross-sectional study[J]. Spine (Phila Pa 1976), 2017, 42(9): 662-669.

[5] Altun I, Yüksel KZ. Histopathological analysis of ligamentum flavum in lumbar spinal stenosis and disc herniation[J]. Asian Spine J, 2017, 11(1): 71-74.

[6] Storm PB, Chou D, Tamargo RJ. Lumbar spinal stenosis, cauda equina syndrome, and multiple lumbosacral radiculopathies[J]. Phys Med Rehabil Clin N Am, 2002, 13(3): 713-733, ix.

[7] 史少岩, 黄研生, 郝定均. 腰椎管狭窄的治疗进展[J]. 中国骨伤, 2017, 30(5): 484-488.

SHI SY, HUANG YS, HAO DJ. The progress of treatment of lumbar spinal stenosis[J]. Zhongguo Gu Shang/China J Orthop Trauma, 2017, 30(5): 484-488. Chinese with abstract in English.

[8] 徐澄, 王基, 贾健. 中西医结合治疗腰椎管狭窄初探[J]. 中国骨伤, 1995, 8(2): 15.

XU C, WANG J, JIA J. A preliminary study on the treatment of lumbar spinal stenosis with integrated traditional Chinese and western medicine[J]. Zhongguo Gu Shang/China J Orthop Trauma, 1995, 8(2): 15. Chinese.

[9] Li WJ, Guo SG, Sun ZJ, et al. Multilevel thoracic ossification of ligamentum flavum coexisted with/without lumbar spinal stenosis: staged surgical strategy and clinical outcomes[J]. BMC Musculoskelet Disord, 2015, 16: 206.

[10] Tye EY, Anderson JT, Haas AR, et al. Decompression versus decompression and fusion for degenerative lumbar stenosis in a workers' compensation setting[J]. Spine (Phila Pa 1976), 2017, 42(13): 1017-1023.

[11] 郑剑南, 陈洪波. 独活寄生汤加减配合膝关节功能锻炼治疗膝骨性关节炎的疗效观察[J]. 湖北中医药大学学报, 2014, 16(3): 90-91.

ZHENG JN, CHEN HB. Efficacy of Duhuo Jisheng Decoction plus knee joint function exercise in the treatment of knee osteoarthritis[J]. Hu Bei Zhong Yi Yao Da Xue Xue Bao, 2014, 16(3): 90-91. Chinese.

[12] F rsth P, Micha lsson K, Sandén B. Does fusion improve the outcome after decompressive surgery for lumbar spinal stenosis: A two-year follow-up study involving 5390 patients[J]. Bone Joint J, 2013, 95B(7): 960-965.

(收稿日期: 2019-06-14 本文编辑: 王玉蔓)