

引用:韩礼军,秦鹏俊,柯军宝,等.身痛逐瘀汤联合推拿治疗劳力型慢性腰肌劳损临床研究[J].现代中医药,2023,43(4):79-82.

# 身痛逐瘀汤联合推拿治疗劳力型慢性腰肌劳损临床研究<sup>\*</sup>

韩礼军<sup>1</sup> 秦鹏俊<sup>1</sup> 柯军宝<sup>2</sup> 姚强<sup>1</sup> 李永志<sup>1\*\*</sup>

(1. 商洛市中医医院,陕西 商洛 726000;2. 商洛市山阳县人民医院,陕西 商洛 726400)

**摘要:**目的 探究身痛逐瘀汤联合推拿在劳力型慢性腰肌劳损治疗中的效果。方法 随机分组法将 64 例劳力型慢性腰肌劳损分为两组(各 32 例)。对照组服用塞来昔布胶囊进行治疗;治疗组在对照组服药的同时,服用身痛逐瘀汤,并给予手法推拿。对比两组治疗前后中医证候评分、腰部功能、血液流变性指标和临床效果。**结果** 治疗后,治疗组腰腿痛/钝痛、腰痛如刺、转侧不利、身体乏力、舌质暗紫、脉象沉缓或涩评分和 Oswestry 功能障碍指数(Oswestry Disability Index, ODI)评分均小于对照组,血浆黏度、红细胞聚集指数、血小板聚集率(Platelet aggregation rate, PAG)、纤维蛋白原(Fibrinogen, Fib)水平低于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗组治疗后临床总体疗效分布优于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论** 身痛逐瘀汤联合推拿治疗劳力型慢性腰肌劳损疗效确切,能有效缓解患者腰痛症状,改善其腰部活动功能和血液流变性,预防疾病复发。

**关键词:**慢性腰肌劳损;劳力型;推拿;身痛逐瘀汤

中图分类号:R244.1 文献标识码:A

文章编号:1672-0571(2023)04-0079-04

DOI:10.13424/j.cnki.mtem.2023.04.016

慢性腰肌劳损<sup>[1]</sup>是骨科常见的引起腰痛的慢性病之一,主要指腰骶部位肌肉、筋膜及韧带等组织出现慢性损伤,引发局部炎症和功能退变,从而导致腰骶部弥散性疼痛,会严重影响患者生活质量<sup>[2]</sup>。目前,西医主要采用药物和神经电刺激等理疗方法进行慢性腰肌劳损治疗,虽能快速缓解疼痛,但不能根除疾病,无法阻断疾病进展及预防并发症发生,停药后容易出现病情反复,同时非甾体类抗炎药物和糖皮质激素类药物长期使用易引发消化性溃疡、头晕、头痛、骨质疏松、股骨头坏死、消化性溃疡等不良反应<sup>[3-4]</sup>。中医学在慢性腰肌劳损治疗方面具有独特优势,其治病讲究辨证施治,疾病性质是确定治疗方案的决定因素之一。龙翔宇教授<sup>[5]</sup>依据慢性腰肌劳损病性虚实、临床症状体征及是否出现脊柱形态改变,将该病分为劳力型、体质型和结构型,其中劳力型主要为体力劳作及久坐不良等导致腰肌持续拮抗性紧张而引

发。推拿是中医治疗疾病的常用方法,可促进局部气血通畅,解除痉挛、缓解或消除疼痛<sup>[6]</sup>。身痛逐瘀汤是通经活血、化瘀止痛、补益肝肾之古方,在治疗腰痛病方面具有一定疗效<sup>[7]</sup>。目前,虽有多数关于推拿与针灸等各种中医疗法配合治疗慢性腰肌劳损的报道数据较多,但关于其与身痛逐瘀汤联合用于劳力型慢性腰肌劳损治疗的报道较为罕见。本研究以劳力型慢性腰肌劳损患者为研究对象,研究身痛逐瘀汤与推拿配合在改善该类患者疼痛和腰部功能方面的效果,以期为提高劳力型慢性腰肌劳损患者生活质量提供参考,现将研究结果总结如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择 2019 年 1 月—2020 年 6 月在本院接受诊治的 64 例劳力型慢性腰肌劳损患者为研究对象。采用随机数字表分组法将患者分为两组(各 32 例)。对照组男 17 例,女 15 例;年龄

\* 基金项目:国家自然科学基金面上项目(31470075)

\*\* 通讯作者:李永志,副主任医师。E-mail:1029540805@qq.com

32~65 岁,平均( $48.41 \pm 7.89$ )岁;病程 13~35 个月,平均( $23.53 \pm 5.81$ )个月。治疗组男 19 例,女 13 例;年龄 35~66 岁,平均( $49.97 \pm 6.85$ )岁;病程 16~37 个月,平均( $25.66 \pm 5.17$ )个月。两组上述基线资料间差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具备可比性。

**1.2 诊断标准** 符合《实用骨科学》中有关劳损性腰痛的相关标准<sup>[8]</sup>;相关症状符合劳力型,即自述腰部胀痛、钝痛,变换体位、休息或局部热敷后疼痛症状可减轻,劳累会加重,腰背部肌肉的柔韧性差;或有明显的酸痛感、身体困重、阴雨天气症状加重;或腰部有刺痛感、疼痛部位固定、拒按压、有硬结、不可转侧等<sup>[9]</sup>。

**1.3 纳入标准** 符合上述诊断标准;近 1 个月内未接受过任何形式治疗;近 1 个月内未使用过活血化瘀类和非甾体类抗炎药物;非过敏体质;无凝血系统疾病;同意治疗方案,且签署知情协议书。

**1.4 排除标准** 合并其他骨性病变;具有严重心脑血管或肝肾功能性疾病;存在认知功能障碍;合并胃肠道、呼吸系统、泌尿系统或全身感染性疾病;妊娠期或哺乳期女性。

**1.5 治疗方法** 对照组服用塞来昔布胶囊(辉瑞制药有限公司;国药准字 J20140072)进行疾病治疗,剂量为 200 mg/次,1 次/d。治疗组服用对照组药物基础上,接受推拿,且服用身痛逐瘀汤:①推拿:首先,采用揉、揉等方法,轻轻大范围松懈腰部肌肉组织,推拿时间约 8 min,感觉腰部肌肉松软即可;随后,改用掌推和拇指推法,沿腰背部督脉、膀胱经自上而下进行推拿,该操作持续 5 min,以局部皮肤微热潮红为止;最后,采用点按法,与腰夹脊穴和阿是穴为重点穴位进行按压,力度由轻到重,时间持续 10~15 min 左右,以患者自觉局部有酸胀感为宜,对于腰部活动受限者,可酌情配合腰部斜扳法;肌肉出现条索样改变者,可配合弹拨法。②身痛逐瘀汤,主方:当归、红花、牛膝、桃仁各 12 g,川芎、没药、五灵脂、地龙、甘草各 8 g,秦艽、香附、羌活各 4 g。随证加减:兼微热者加苍术、黄柏;兼虚弱者加黄耆。每日 1 剂,加 400 mL 煎煮,分

早晚两次服用。两组 7 d 一疗程,持续治疗 4 w。

**1.6 观察指标** ①治疗前后,分别依据《中医病症诊断疗效标准》评估两组中医证候,包括腰部胀/钝痛、腰痛如刺、转侧不利、身体乏重、舌质暗紫、脉象沉缓或涩,证候从“无”至“重度”依次记 0、2、4、6 分,评分越高证候越严重<sup>[10]</sup>;Oswestry 功能障碍指数(Oswestry Disability Index, ODI)评估两组腰部功能<sup>[11]</sup>;②治疗前后分别抽取两组患者空腹状态下肘静脉血样,测定其血浆黏度、红细胞聚集指数、血小板聚集率(Platelet aggregation rate, PAG)、纤维蛋白原水平(Fibrinogen, Fib)。③治疗后随访 12 个月,统计两组疾病复发情况。

**1.7 疗效评价** 参照文献评估两组临床治疗效果:显效,腰背疼痛等症状完全消失,腰部活动恢复正常;好转,腰背疼痛等症状得到明显缓解,腰部功能基本恢复,但仍存在活动受限;无效,腰背疼痛症状及活动功能均无任何改变<sup>[12]</sup>。总有效数为总病例数与无效例数之差。

**1.8 统计学方法** SPSS 22.0 软件用于处理分析数据结果。计数资料比较分析用 $\chi^2$ 检验,有序分类变量性资料组间比较用秩和检验;计量资料符合正态分布者用 $t$ 检验。显著水平为 $\alpha = 0.05$ 。

## 2 结果

**2.1 两组中医证候评分比较** 与治疗前比,两组治疗后各中医证候评分和 ODI 评分均明显下降( $P < 0.05$ )。治疗后组间比较,治疗组各中医证候评分和 ODI 评分均明显低于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 1。

**2.2 两组血液流变性比较** 与治疗前比,两组治疗后血浆黏度、红细胞聚集指数、PAG、Fib 水平均明显下降( $P < 0.05$ )。治疗后组间比较,治疗组上述血液流变性指标水平均明显低于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 2。

**2.3 两组疗效及复发率比较** 两组总体临床效果分布间差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。随访结果显示,对照组 14 例(43.75%)12 个月内出现疾病复发,治疗组仅 3 例(9.38%)出现疾病复发,两组间差异具有统计学意义( $\chi^2 = 9.692, P < 0.05$ )。见表 3。

表 1 两组中医证候评分和 ODI 评分比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	n		腰部胀/钝痛	腰痛如刺	转侧不利	身体乏重	舌质暗紫	脉象沉缓或涩	ODI 评分
对照组	32	治疗前	4.44 ± 1.32	4.17 ± 1.35	3.88 ± 1.27	3.62 ± 1.05	3.26 ± 1.05	3.09 ± 0.88	35.14 ± 4.33
	32	治疗后	2.44 ± 0.80 *	2.33 ± 0.75 *	2.14 ± 0.68 *	2.47 ± 0.73 *	2.04 ± 0.55 *	2.18 ± 0.62 *	18.52 ± 4.01 *
治疗组	32	治疗前	4.62 ± 1.39	4.26 ± 1.38	3.69 ± 1.22	3.71 ± 1.14	3.13 ± 1.02	3.15 ± 0.85	34.26 ± 4.21
	32	治疗后	0.75 ± 0.22 *#	0.69 ± 0.21 *#	0.71 ± 0.23 *#	0.77 ± 0.20 *#	0.66 ± 0.20 *#	0.74 ± 0.17 *#	9.22 ± 2.39 *

注:与治疗前比,\* $P < 0.05$ ;与治疗后的对照组比,# $P < 0.05$

表 2 两组血液流变性比较( $\bar{x} \pm s$ )

指标	n		血浆黏度(MPa · s <sup>-1</sup> )	红细胞聚集指数	PAG(%)	Fib(g · L <sup>-1</sup> )
对照组	32	治疗前	2.27 ± 0.47	2.49 ± 0.13	62.35 ± 6.83	4.44 ± 0.57
	32	治疗后	1.86 ± 0.42 *	2.02 ± 0.11 *	53.21 ± 6.25 *	3.96 ± 0.51 *
治疗组	32	治疗前	2.32 ± 0.45	2.52 ± 0.11	61.28 ± 6.79	4.52 ± 0.60
	32	治疗后	0.75 ± 0.22 *#	1.52 ± 0.08 *#	42.47 ± 6.11 *#	3.38 ± 0.44 *#

注:与治疗前比,\* $P < 0.05$ ;与治疗后的对照组比,# $P < 0.05$

表 3 两组疗效比较[n(%)]

分组	n	显效	好转	无效	总有效	Z	P
对照组	32	10(31.25)	16(50.00)	6(18.75)	26(81.25)	3.522	0.000
治疗组	32	23(71.88)	9(28.12)	0(0.00)	32(100.00)		

3 讨论

长年累积性损伤、长期弯腰工作、坐站姿势不良、腰部筋膜的无菌性炎症均是慢性腰肌劳损的诱病原因,以肌纤维组织的非特异性炎症性反应、水肿、组织液渗出等为主要病理特征<sup>[13]</sup>。有关数据显示,我国居民慢性腰肌劳损患病率高达 20% ~ 25%,患病者中 80% 以上出现腰腿疼痛,且疾病复发率更是接近 70%,给患者生活和工作造成极大影响<sup>[14]</sup>。目前,西医对于慢性腰肌劳损的治疗以镇痛类药物和物理理疗等作为主要干预方法。塞来昔布是经典的选择性环氧合酶(Cyclooxygenase, COX)抑制剂,具有良好镇痛、抗炎作用和胃肠道安全性,故被广泛应用于骨科术后镇痛和各种非特异性腰痛病治疗中<sup>[15-16]</sup>。塞来昔布应用于慢性腰肌劳损治疗,虽在缓解患者疼痛症状方面具有良好短期作用,但因未触及病根,患者容易出现病情反复,远期效果欠佳<sup>[16]</sup>。

中医学将慢性腰肌劳损归属于“痹症”和“腰痛”范畴,认为本病虽由长期劳作、长期弯腰用力和姿势不当等所致,但其形成也与机体肝肾亏虚、脾胃失调、外感风邪等密切相关。《诸病源候论》中提到“肾主于腰,肾经虚损,风冷乘之,故伤腰也。”《素问·痹论篇》中提到“痹或痛,或不痛,或不仁”“病久入深,荣卫之行涩,经络时疏,故不通;皮肤不营,故为不仁。”《素问·五脏生成篇》提到“脾之合肉”,即脾可运化水谷精微,故可生养肌肉,表明中医学认为痹证中的筋肉问题与肾脾胃等密切相关,其辨证治疗应重视肝肾、脾胃的调理。劳力型慢性腰肌劳损作为筋肉类病痛的主要类型,其临床症状以寒凝经脉、气滞血瘀、经络阻塞等邪证为主,其临床治疗应以散寒通络、活血散瘀、滋养经脉为主要施治原则,以增强患者体质为治疗目的。推拿疗法又称按摩,是通过手或其他肢体部分刺激病变部位,松解粘连、缓解肌肉痉挛、疏通局部经络、消除血液瘀滞,从而消除局部病变的外治法<sup>[17]</sup>;此外,其还具有调节神经-内分泌-免疫网络,发挥间接治疗疾病的作用<sup>[18]</sup>。越来越多研究证实,推拿疗法在缓解下腰痛、改善局部功能障碍方面具有明显效果<sup>[19]</sup>,其在镇痛方面的即时效应主要体现在纠正脑组织部位疼痛调节区域的异常改变,引发相应认知区域的功能改变<sup>[20]</sup>。身痛逐瘀汤出自《医林改错·卷下》,方中当归、红花、桃仁、川芎均为活血化瘀之良药,可疏达经络;牛膝活血化瘀、强腰补肾、引血下行;没药、五灵脂、地龙祛瘀消肿、通经止痛;香附行血理气;秦艽、羌活祛风除湿,诸药配伍,得以甘草调

和,共奏活血祛瘀、行气通络、通经强腰、消肿止痛之功效<sup>[21-22]</sup>。现代药理研究证实,身痛逐瘀汤除具有良好镇痛作用外,还具有可靠的抗炎、抗过敏、增强机体免疫力,减轻非特异性免疫反应和变态反应等作用<sup>[23]</sup>。

本研究显示,治疗组治疗后中医证候评分和ODI评分均明显低于对照组。表明,身痛逐瘀汤联合推拿疗法能有效改善劳力型慢性腰肌劳损患者中医证候和腰部功能。治疗组血液流变性指标血浆黏度、红细胞聚集指数、PAG、Fib水平均明显降低低于对照组。证实,身痛逐瘀汤联合推拿疗法能有助于更好的调节患者血液流变性<sup>[24-25]</sup>,改善机体微循环。治疗组总体临床疗效分布优于对照组,随访12个月疾病复发率显著低于对照组。表明,身痛逐瘀汤联合推拿疗法治疗劳力型慢性腰肌劳损的近远期疗效确切,能有效预防减少疾病复发。

综上所述,身痛逐瘀汤联合推拿疗法能有效缓解劳力型慢性腰肌劳损患者腰痛症状,改善其腰部活动功能,调节其血液流变性,预防病情反复。

#### 参考文献

- [1]柳登顺,赵利连,张吉林,等.实用颈腰肢痛诊疗手册[M].郑州:河南科学技术出版社,2002.
- [2]石清坡.温针灸联合中药熏蒸治疗腰肌劳损临床观察[J].广西中医药,2022,45(1):58-61.
- [3]徐蓉贞,王柳清,卢建新,等.老年人使用非甾体类抗炎药的安全性及注意事项[J].中国全科医学,2019,22(5):506-510.
- [4]杨竞.大剂量糖皮质激素冲击治疗重症药疹时联合护理对其副作用及并发症的影响分析[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(27):117,120.
- [5]莫婉君,霍志豪,王刚,等.龙翔宇从病性虚实及脊柱整体观分型论治慢性腰肌劳损经验[J].中医药导报,2020,26(14):184-187.
- [6]张勇,李鹏,杨洋.针灸、推拿配合足弓矫正疗法治疗慢性腰肌劳损疗效研究[J].重庆医学,2019,48(22):3841-3844.
- [7]龔化阳.身痛逐瘀汤联合塞来昔布治疗腰间盘突出症/腰肌劳损(瘀血)随机平行对照研究[J].实用中医内科杂志,2019,33(2):19-21.
- [8]胥少汀,葛宝丰,徐印坎.实用骨科学[M].北京:人民军医出版社,1999:2036-2041.
- [9]滕春光.电针、刺血拔罐治疗腰肌劳损[J].中国临床康复,2003,7(26):3650-3651.

- [10]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准:ZY/T001.1-001.9-94[M].南京:南京大学出版社,1994:144.
- [11]吴多艺,张泰标,李利.腰宁汤联合祖师麻膏药治疗寒湿瘀阻型慢性腰肌劳损的临床评价[J].中华中医药学刊,2020,38(4):181-183.
- [12]何芬,谢韶东,林俊达.针灸配合中药治疗慢性腰肌劳损对其疼痛程度及腰部功能障碍程度影响分析[J].辽宁中医药大学学报,2018,20(7):201-203.
- [13]刘峰.社区人群罹患慢性非特异性下腰痛的相关因素分析[J].颈腰痛杂志,2020,41(5):568-571.
- [14]岑毕文,吴亚鹏,王达义,等.滋阴壮骨中药内服合双柏散外敷治疗慢性腰肌劳损疗效及对血栓素B2和6-酮前列腺素F1a的影响[J].现代中西医结合杂志,2018,27(7):778-781.
- [15]柯岩,刘强,王锴,等.塞来昔布对全膝关节置换术后早期恢复的影响[J].中国矫形外科杂志,2020,28(11):923-928.
- [16]李言杰,庄卫生,蔡西国,等.针刺“髂腰三穴”对腰肌劳损患者腰椎功能及疼痛的影响[J].中国针灸,2019,39(12):1279-1282.
- [17]乔红伟,朱惠玮.传统推拿手法联合脏腑推拿治疗瘀血阻络型腰椎间盘突出症的临床观察[J].中国民间疗法,2022,30(5):51-54.
- [18]海兴华,李华南,张玮,等.基于脑-肠轴探讨腹部推拿调控神经内分泌系统促进胃黏膜损伤修复的作用机制[J].辽宁中医杂志,2018,45(9):1860-1862.
- [19]吴哲,王勇,沈峥嵘,等.内功推拿结合倒走治疗非特异性腰痛临床研究[J].中医药导报,2019,25(7):83-86.
- [20]谭文莉,王炜,姜宏宁,等.推拿治疗慢性下腰痛的即时脑效应研究[J].中国中医骨伤科杂志,2019,27(1):11-16.
- [21]张振丽,张洪玉.身痛逐瘀汤加减联合牵引、微波治疗椎间盘源性腰痛临床观察[J].中国民间疗法,2021,29(10):87-88,100.
- [22]张云亮,徐蕴杰,李鞠,等.身痛逐瘀汤改良制备黑膏药治疗气滞血瘀型腰椎间盘突出症疗效分析[J].陕西中医,2020,41(4):481-483.
- [23]芦冲,张红山,李鹏,等.身痛逐瘀汤联合手法治疗血瘀型腰椎间盘突出症临床观察[J].光明中医,2022,37(4):607-610.
- [24]尹志江,陈新民.手法治疗颈椎病的机理研究进展[J].按摩与导引,2000,17(3):70-71.
- [25]高耀东.脑血栓形成患者血液流变学指标的分析[J].中国民康医学,2004,16(6):386.

(修回日期:2022-04-09 编辑:蒲瑞生)