

现代宫廷理筋术评估及治疗非特异性腰痛个体化综合方案的专家共识

刘彦超 贾佃萍 江浩 尚海 于长禾 刘长信

【摘要】 在参考相关文献基础上,据推拿专家临床经验及研究,形成初步方案,采用专家共识会议的方式形成非特异性腰痛的评估方案及3套现代宫廷理筋术治疗非特异性腰痛的具体方案,该治疗方案具有临床可重复性,适用于将现代宫廷理筋术作为干预措施进行RCT研究。

【关键词】 宫廷理筋;非特异性腰痛;专家共识;个体化

Expert consensus on the comprehensive individualized assessment and protocol of modern Gongting Lijinshu for nonspecific low back pain Liu Yanchao*, Jia Dianping, Jiang Hao, Shang Hai, Yu Changhe, Liu Changxin. *Department of Traditional Chinese Medicine, Aerospace Center Hospital, Beijing 100049, China

Corresponding author: Liu Changxin, Tuina-Pain Department, Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100700, China; Email: liuchangxin1961@163.com

【Abstract】 On the basis of relevant literature, according to the clinical experience of Tuina specialists, a preliminary plan of Tuina for nonspecific low back pain has been formed. An expert consensus meeting was used to form a non-specific low back pain assessment program and 3 modern Gongting Lijinshu (Tuina massage) for the treatment of nonspecific low back pain. The treatment has showed to be clinically repeatable and suitable for the RCT study.

【Key words】 Gongting Lijin-Shu; Nonspecific low back pain; Expert consensus; Individualization

非特异性腰痛(nonspecific low back pain, NLBP)是指一组以下背、腰骶、臀部疼痛为主要症状的主观感觉,且缺乏特异性影像学支持的下腰部疼痛总称,是神经、肌肉、骨骼紊乱的常见表现^[1-2],临床特点是疼痛及功能障碍明显,复发率高,影响生活质量^[3]。我国NLBP的患病率为23.50%^[4],NLBP患者因就医、康复及误工、劳动力丧失带来的经济损失较大。目前NLBP的治疗以康复、运动、物理治疗、口服药物及微创治疗为主,具有简单、经济、有效的特点,但患者依从性差^[5]。

一般临床不推荐手术治疗^[6]。推拿疗法为治疗NLBP的首选方法,但循证医学无足够证据推荐其为独立的治疗手段^[7]。因此,有必要开展大样本、高质量的RCT验证推拿独立治疗NLBP的有效性。临床需根据病情差异制定个体化治疗方案。不同医师对病情评估存在差异性,故需通过专家共识得到病情评估及治疗的标准化方案。

1 资料与方法

1.1 方案初步建立:一般认为NLBP的发病与腰部肌肉因素、小关节退变、核心稳定性缺失等相关^[8-9]。根据NLBP相关的软组织及关节运动等生理特点,形成初步评估方案。宫廷理筋术属于传统推拿中的一支流派手法,由北京中医药大学东直门医院推拿科于2008年10月首次提出,其主

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1673-4246.2018.06.002

基金项目:北京市中医管理局中医诊疗模式创新试点项目

作者单位:100049 北京,航天中心医院中医科(刘彦超);
100700 北京中医药大学第一临床医学院(贾佃萍),推拿疼痛科
(江浩、尚海、于长禾、刘长信)

通信作者:刘长信, Email: liuchangxin1961@163.com

要学术思想及理论为“治筋喜柔不喜刚”“七分手法三分药”“辨质施术”“以筋代骨”，以中医骨伤大师刘寿山先生的临床经验、《刘寿山正骨经验》中“伤筋”部分及各传承人的临床经验为主要内容，其手法特点为“轻、柔、透、巧”^[10]。在传承创新中，将传统宫廷理筋术中的理筋、整复、练功结合康复医学、运动医学理论，形成了针对腰部肌肉损伤、运动功能障碍的现代宫廷理筋术手法，并根据评估结果，形成3套治疗方案。

1.2 专家共识会议：①选择专家：从事临床工作10年以上，具有副高级职称以上专家8人中，包括骨科专家2人、针灸推拿专家4人、康复专家2人；推拿教学专家1人，循证方法学专家1人。②共识会议：课题组人员向会议小组陈述观点、意见并接受咨询，预设会议讨论范围，所有参会者要对问题熟悉，然后由核心小组组织问题展开讨论，根据讨论结果进行完善，达成共识并公布于众。③共识标准：参与者≥70%判定“强推荐”，且<15%判定“强不推荐”的条目，将被强推荐；参与者<15%判定“强推荐”，且≥70%判定“强不推荐”的条目，将被强不推荐；介于两者之间的条目由专家讨论决定并投票其是否是弱推荐或弱不推荐，投票≥60%即可判定。会议上，由专家新提出的条目由专家讨论并投票决定。

2 结果

经专家讨论，评估方案及3套现代宫廷理筋术治疗方案的强推荐条目66.7%~100%，其他均为弱推荐条目，没有不推荐条目。最终形成评估NLBP方案及3套具体的治疗方案，见表1。

2.1 评估方案具体流程：①问诊，患者以静息痛为主还是活动痛为主，静息痛为主者为核心稳定性异常；②活动痛者，医者以双手协助稳定患者骨盆后，若疼痛缓解，则以核心稳定性异常为主；③疼痛无改善者，令患者重复前屈动作，医者双手协助稳定骨盆并协助做骨盆前倾，若疼痛缓解，

表1 专家关于现代宫廷理筋术评估及治疗NLBP个体化综合方案的共识结果[个(%)]

共识标准	方案/条目			
	评估方案 判定数目	治疗方案1 判定数目	治疗方案2 判定数目	治疗方案3 判定数目
强推荐	2(66.7)	3(75.0)	4(100)	3(100)
弱推荐	1(33.3)	1(25.0)	0(0)	0(0)
弱不推荐	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
强不推荐	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)

则以腰骶关节和骨盆联动异常为主，也属于核心稳定性异常；④疼痛无改善者，进一步问诊，以前屈痛还是后伸痛为主；前屈痛为主者，以伸肌损伤为主；后伸痛为主者，屈肌损伤为主。

2.2 治疗方案1：适用于腰部稳定性异常者。操作手法：①腹部戳按法：患者仰卧微屈膝，术者沿两侧髂嵴至耻骨联合连线点压腹肌。待患者呼气时点压、吸气时放松，以患者产生胀痛感为度，每处操作30s。②伸髌按膝内旋法：患者仰卧，臀部靠近床边，右腿自然下垂，左侧屈髌屈膝，双手抱住左膝，术者左手扶右膝，右手固定左膝。嘱患者呼气时伸右髌，再次呼气时，术者左腿带动患者右下肢做髌关节内旋动作，至患者产生牵拉、胀痛感时，维持姿势10s。嘱患者持续轻度发力与术者作抗阻动作，维持10s后放松回复原位。依法操作对侧。③俯卧伸展法：患者俯卧，屈膝屈髌90°、屈肩90°，以双侧膝关节和手掌支撑床面，并保持脊柱中立位。左下肢后伸、右上肢前屈至水平程度，维持30s后缓慢恢复。依法操作对侧。④仰卧争力势：患者仰卧位，屈膝屈髌90°、屈肩90°并双手十指交叉抱紧，术者站在患者右侧，以手将患者上肢向头侧推、下肢向足侧推，并嘱患者对抗发力以维持现有体位不变，持续30s后，术者一手向患者左侧推上肢、右侧拉下肢，患者抗阻保持体位不变，坚持30s。依法操作对侧。

2.3 治疗方案2：适用于伸肌损伤者。操作手法：①屈膝屈髌归合法：患者仰卧，屈膝屈髌，术者一侧胳膊扶膝，一手手指托在两臀之间。待患者

呼气时,术者胳膊按压膝,一手抬臀,使腰部向前卷起屈腰,待产生牵拉、胀痛感时,维持姿势10 s。嘱患者持续轻度发力与医者作抗阻动作,维持10 s后放松回复原位。②压膝按腿法:患者仰卧,术者将患者的左下肢置于术者身体左侧,一手固定患者右腿。待患者呼气时,将左膝压向右肩方向,产生牵拉、胀痛感时,维持姿势10 s。嘱患者持续轻度发力与术者作抗阻动作,维持10 s后放松回复原位。依法操作对侧。③拔腿戳棘法:患者仰卧,右踝置于左踝上,术者在患者左侧抬起其双腿。待患者呼气时,术者呈右弓步,一手固定患者右髂前上棘,一手用巧劲向左上方拔伸患者双腿,待产生牵拉、胀痛感时,维持姿势10 s。嘱患者持续轻度发力与术者作抗阻动作,维持10 s后放松回复原位。依法操作对侧。④俯卧伸展法:患者俯卧,屈膝屈髋90°、屈肩90°,以双侧膝关节和手掌支撑床面,并保持脊柱中立位。左下肢后伸、右上肢前屈至水平程度,维持30 s后缓慢恢复。依法操作对侧。

2.4 治疗方案3:适用于屈肌损伤者。手法操作:

①腹部戳按法:患者仰卧微屈膝,术者沿两侧髂嵴至耻骨联合连线点压腹肌。待患者呼气时点压,吸气时放松,以患者产生胀痛感为度,每处操作30 s。②伸髋按膝内旋法:患者仰卧,臀部靠近床边,右腿自然下垂,左侧屈髋屈膝,双手抱住左膝,术者左手扶右膝,右手固定左膝。嘱患者呼气时伸右髋,再次呼气时,术者左腿带动患者右下肢做髋关节内旋动作,待产生牵拉、胀痛感时,维持姿势10 s。嘱患者持续轻度发力与医者作抗阻动作,维持10 s后放松回复原位。依法操作对侧。③仰卧争力势:患者仰卧位,屈膝屈髋90°、屈肩90°双手十指交叉抱紧,术者站在患者右侧,将患者上肢向头侧推、下肢向足侧推,并嘱患者对抗发力以维持现有体位30 s;术者一手向患者左侧推上肢、右侧拉下肢,患者抗阻保持体位不变,坚持30 s。依法操作对侧。

3 讨论

根据专家共识结果,得出现代宫廷理筋术评估 NLBP 方案及据评估结果实行的3套治疗方案,为RCT验证推拿独立治疗NLBP的临床试验提供标准化及可重复的干预措施。

3.1 评估方案的依据:腰部在静息状态、运动状态均需维持必要的稳定性。在屈伸、旋转、侧屈时,腰部相关肌肉存在主动收缩与被动拮抗的对应关系;腰部活动时需要腰椎小关节、腰骶关节和骨盆顺利完成关节联动^[11]。在单向运动中,驱动肌群与拮抗肌群存在主动收缩与被动拮抗的对应关系,当拮抗肌群出现肌肉挛缩时,肌肉离心收缩力不足,在被动拮抗过程中出现疼痛。从关节运动学角度看,腰部运动需腰椎椎体间小关节的灵活运动、腰骶关节和骨盆的协同联动才能顺利完成,当小关节灵活性下降或关节联动功能异常时,腰部运动也会出现疼痛。根据肌肉功能,将腰部肌肉分为屈肌、伸肌及核心稳定肌三类^[12]。根据上述评估方案,将NLBP患者根据疼痛和功能受限特点不同,分为屈肌损伤、伸肌损伤和核心稳定性不足三大类。

3.2 现代宫廷理筋术治疗NLBP的特点:腰部肌肉损伤、运动功能障碍与NLBP存在因果关系^[13]。针对腰部肌肉、运动功能的治疗在NLBP的治疗中有重要意义。传统推拿手法可有效松解肌肉、改善关节灵活性、暂时提高痛阈,对改善NLBP症状疗效明确^[8]。但传统手法操作难度相对大,对施术者的技术水平及体能要求较高,且缺少针对核心稳定肌群、肌肉力量及运动控制的治疗^[14]。近年来,针对NLBP患者的运动疗法在改善患者腰部灵活性、肌肉力量和缓解疼痛方面均有效。因此有更多研究推荐推拿结合运动治疗^[15-17]。

宫廷理筋术手法操作以“按摩舒筋、复其旧位”为要诀,即以柔和手法梳解软组织痉挛的同时配合关节运动手法恢复关节正常活动。因此可有效改善肌肉紧张痉挛、腰骶部小关节灵活性差

等问题;且强调慢性筋伤病者配合练功以巩固疗效,做到推拿治疗与运动疗法的有机结合^[18]。但传统官廷理筋术在实际应用中存在手法套路复杂、操作难度大,练功方法缺乏针对性等问题。因此在传统官廷理筋术基础上结合现代康复医学、运动医学形成了现代官廷理筋术。既有传统官廷理筋术“按摩舒筋,复其旧位”的核心理念,同时加入肌肉拉伸、抗阻训练、核心肌群激活等理念,将传统官廷理筋术中理筋、整复、练功合为一体,形成针对腰部肌肉损伤及运动功能障碍的现代官廷理筋术手法。

4 结论

基于专家共识提出的 NLBP 评估方案及据评估结果制定的现代官廷理筋术治疗方案,形成诊疗 NLBP 的标准流程,具有可重复性,适用于将现代官廷理筋术作为干预措施进行 RCT 研究。

利益冲突声明 除项目基金外,不涉及其他利益冲突

作者贡献声明 刘彦超: 酝酿和设计试验、实施研究、分析数据; 贾佃萍: 酝酿和设计试验、实施研究、统计分析、起草; 江浩: 分析数据、技术支持; 尚海: 采集数据、指导; 于长禾: 酝酿和设计试验、实施研究、分析数据、起草、对文章的知识性内容进行审阅,支持性贡献; 刘长信: 酝酿和设计试验、获取试验经费、支持性贡献、对文章的知识性内容进行审阅

参 考 文 献

- [1] Comachio J, Oliveira MM, Nogueira BT, et al. Efficacy of acupuncture and electroacupuncture in patients with nonspecific low back pain: study protocol for a randomized controlled trial[J]. *Trials*, 2015, 16(1):1-7. DOI:10.1186/s13063-015-0850-7.
- [2] Guzmán J, Esmail R, Karjalainen K, et al. Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review[J]. *BMJ*, 2001, 322(7301):1511-1516.
- [3] 金立昆, 齐越峰, 唐可, 等. 中药离子导入联合腰部功能锻炼治疗非特异性腰痛的临床研究[J]. *中医正骨*, 2016, 28(1):20-23.
- [4] 王凯, 闵少雄, 徐新毅, 等. 社区非特异性下腰痛流行病学调查及预测模型的构建[J]. *实用医学杂志*, 2015, 31(2):306-308. DOI:10.3969/j.issn.1006-5725.2015.02.049.
- [5] 王斌, 吴建贤, 王静. 主动运动与推拿治疗非特异性下腰痛: 临床随机对照[J]. *中国临床康复*, 2005, 9(10):1-3. DOI:10.3321/j.issn:1673-8225.2005.10.012.
- [6] 司江涛. 经筋刀治疗老年性非特异性下腰痛的临床观察[D]. 北京:北京中医药大学, 2015.
- [7] 何成奇, 丁明甫. 非特异性腰痛康复治疗临床循证[J]. *中国临床康复*, 2002, 6(14):2034-2035, 2046. DOI:10.3321/j.issn:1673-8225.2002.14.004.
- [8] 顾新. 下背痛的物理治疗[J]. *中国康复医学杂志*, 2009, 24(1):86-88. DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2009.01.029.
- [9] 彭小文. 非特异性下腰痛的病因研究进展[J]. *中国康复医学杂志*, 2010, 25(10):1009-1012. DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2010.10.024.
- [10] 刘长信. 官廷理筋术简介及典型手法讲解//第二届脊柱手法医学北京论坛论文集[C]. 北京:中华中医药学会, 2012.
- [11] Paul Jackson Mansfield, Donald A. Neumann. 基础肌动学[M]. 郭怡良, 李映琪, 译. 台北:台湾爱思唯尔有限公司, 2013:43-55.
- [12] 卡潘德吉(法). 骨关节功能解剖学(下卷)[M]. 顾冬云, 戴魁戎, 主译. 6版. 北京:人民军医出版社, 2011:94-118.
- [13] 冯能, 李跃红, 缪芸, 等. 慢性腰痛患者站立位躯干屈伸运动时腰背肌的功能变化研究[J]. *中国康复医学杂志*, 2012, 27(7):600-604. DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2012.07.004.
- [14] 童艳, 郭险峰, 张兰, 等. 脊柱功能评估训练系统用于非特异性腰痛治疗的研究[J]. *中国康复医学杂志*, 2010, 25(12):1161-1165. DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2010.12.009.
- [15] 李春镇, 舒国建, 陈颖, 等. Thera-Band 渐进抗阻系统结合针刺、推拿治疗慢性非特异性腰痛的疗效观察[J]. *中国康复医学杂志*, 2013, 28(1):51-53. DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2013.01.012.
- [16] 刘奕, 吴建贤. 非特异性腰背痛康复治疗与进展[J]. *安徽医药*, 2010, 14(9):1103-1106. DOI:10.3969/j.issn.1009-6469.2010.09.058.
- [17] 程露露, 陈朝晖, 吴庆港, 等. 理筋手法联合核心稳定训练治疗非特异性下背痛临床观察[J]. *针灸推拿医学:英文版*, 2016, 14(5):373-378. DOI:10.1007/s11726-016-0952-0.
- [18] 北京中医药大学东直门医院. 刘寿山正骨经验[M]. 北京:人民卫生出版社, 2006:53-56.

(收稿日期: 2017-10-19)

(本文编辑: 高荣慧)