

## • 针灸经络 •

# 李业甫胸椎分段整复法治疗胸椎小关节紊乱疗效观察

石海平, 赖忠涛, 李业甫

(安徽中医药大学第一附属医院, 安徽 合肥 230031)

**[摘要]**目的 观察李业甫胸椎分段整复法治疗胸椎小关节紊乱的临床疗效。方法 将48例胸椎小关节紊乱患者随机分为对照组和治疗组, 每组24例。对照组在常规推拿的基础上采用膝顶扩胸扳法, 治疗组在常规推拿的基础上采用李业甫胸椎分段整复法。治疗前后分别观察两组患者症状、体征积分, McGill量表评分, 并在治疗后评价两组患者的临床疗效。结果 与治疗前比较, 两组患者治疗后症状、体征积分, McGill疼痛量表评分均明显减少( $P < 0.05$ ); 两组患者McGill疼痛量表评分差值比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 两组患者治疗前后症状、体征积分差值比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。两组临床疗效分布比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 但治疗组治愈和显效的例数均多于对照组。结论 李业甫胸椎分段整复法能够减轻胸椎小关节紊乱患者的疼痛症状, 提高临床疗效, 改善生活质量。

**[关键词]**胸椎小关节紊乱; 李业甫; 正骨; 推拿

**[中图分类号]**R244.1 **[DOI]**10.3969/j.issn.2095-7246.2020.04.015

胸椎小关节紊乱是由急性外伤或慢性劳损引起的脊柱小关节疾病, 临幊上以脊背板状僵直、胸背疼痛为主要症状。胸椎受力不均是其发生的核心原因, 脊柱力学失稳是其发病的病理基础<sup>[1]</sup>。现代解剖学<sup>[2]</sup>认为, 胸椎小关节属联动、微动关节, 联动关节处的外伤或炎症均能诱发胸椎小关节紊乱。部分学者在研究<sup>[3]</sup>中提出, 临幊治疗胸椎小关节紊乱应当以保守疗法为首选, 最新研究<sup>[4-6]</sup>也发现推拿、针灸、中药等中医保守疗法在胸椎小关节紊乱临幊治疗中疗效确切, 其中推拿手法具有迅速、准确矫正胸椎小关节紊乱的疗效优势, 在临幊上获得广泛运用。

国医大师李业甫是推拿学专家, 从事推拿学临幊、教学、科研工作近六十载, 积累了丰富的临幊经验。李业甫最擅治疗脊柱疾病, 针对脊柱病提出了“病证合参, 筋骨并举”的推拿学术思想<sup>[7]</sup>, 该学术思想为中医推拿治疗脊柱疾病拓宽治疗思路, 并对多种推拿学常见疾病的临幊诊疗起到重要指导作用<sup>[8-9]</sup>。李业甫胸椎分段整复法是其多年以来治疗胸椎小关节紊乱经验的高度总结, 以“先辨病位、后选手法、先通经络、后纠错缝”作为手法核心, 并以纠正错乱、平衡肌力的分段整复手法调整患者脊柱内外平衡, 令其恢复“骨正筋柔”的状态, 在临幊运用中疗效颇佳。笔者为探求李业甫胸椎分段整复法在胸椎小

关节紊乱治疗中的疗效优势, 对48例胸椎小关节紊乱患者进行研究分析, 现将研究结果报道如下。

## 1 临床资料

1.1 纳入标准 (1)符合《推拿学》<sup>[10]</sup>中“胸椎小关节紊乱”的诊断标准: ①有胸背部扭伤病史或长期坐、卧姿势不良史; ②临幊表现为患椎棘突偏歪或高凸, 患椎旁肌肉痉挛疼痛或可触及条索, 可见侧倾强迫体位等; ③X射线摄片提示存在胸椎棘突偏歪或胸椎侧弯等。(2)患者年龄为12~55岁。(3)患者知情同意。

1.2 排除标准 ①年龄小于12岁, 或大于55岁者。②合并胸椎或肩部骨折未愈合者。③资料不全影响疾病判断者。④有严重内科疾病或精神疾病者。

1.3 一般资料 研究对象均为安徽中医药大学第一附属医院推拿科门诊2016年6月1日至2019年12月31日收治的胸椎小关节紊乱患者。本研究将符合纳入标准的患者按门诊就诊顺序随机分为治疗组与对照组, 每组24例。对照组男12例, 女12例; 平均年龄(32.58±9.21)岁; 病因: 外伤5例, 劳损19例; 疼痛程度: 轻2例, 中16例, 重6例。治疗组男9例, 女15例; 平均年龄(33.00±7.75)岁; 病因: 外伤6例, 劳损18例; 疼痛程度: 轻3例, 中14例, 重7例。两组患者性别、年龄、病因、疼痛程度比较, 差异无统计学意义(性别:  $\chi^2 = 0.762, P = 0.383$ ; 年龄:  $t = 0.031, P = 0.861$ ; 病因:  $\chi^2 = 0.118, P = 0.731$ ; 疼痛程度:  $Z = -0.048, P = 0.962$ ), 具有可比性。

## 2 方法

### 2.1 治疗方法

基金项目: 国医大师李业甫传承工作室

作者简介: 石海平(1984-), 男, 硕士, 主治医师

通信作者: 李业甫(1934-), 男, 国医大师, 国家级名老中医,

498233249@qq.com

2.1.1 对照组 参考“十二五”规划教材《推拿治疗学》<sup>[11]</sup>“胸椎小关节紊乱”中的方法,在常规推拿的基础上采用膝顶扩胸扳法。

(1) 常规推拿操作 ①患者俯卧,医者以擦法或一指禅推法施术于患者背部膀胱经1、2侧线,放松痉挛的背部肌肉。②医者以拇指点按法施术于偏歪棘突周围穴位及压痛点,以酸胀耐受为度。③医者以掌擦法往返直擦背部膀胱经,后施肋间隙分推法推肋助部胆经,两种手法操作均以透热为度。

(2) 膝顶扩胸扳法 令患者正坐,手指交叉置于项部,医者先将右膝关节屈曲,顶住患者背部的偏歪棘突,后将两手自患者上臂前绕至小臂之后。施术时,膝关节向前发力,双手向后上方提拉,至最大限度时瞬间用力,可听闻复位弹响声。

疗程:每3日治疗1次,10次为1个疗程,每次治疗时间约20 min。

2.1.2 治疗组 参考《李业甫推拿学术思想与临证传真》<sup>[12]</sup>“胸椎扳法”中的方法,在常规推拿基础上采用李业甫胸椎分段整复法。

(1) 常规推拿操作步骤与对照组一致。

(2) 李业甫分段整复法 首先将胸椎划分为上、中、下3段,其中T<sub>1</sub>—T<sub>4</sub>为上段、T<sub>5</sub>—T<sub>8</sub>为中段、T<sub>9</sub>—T<sub>12</sub>为下段,在临床应用中依据紊乱的胸椎节段选取相应整复术式进行操作。

①上段胸椎紊乱者采用上胸椎(T<sub>1</sub>—T<sub>4</sub>)拔按法。患者俯卧位,在紊乱的胸椎节段下垫合适枕头令患椎隆起,医者双手拇指顶按于偏歪之棘突,助手在脚端紧握患者两脚踝处,以牵引法缓慢下牵,在牵至极限时,医者双手瞬间按下,手下若有弹动感则表明施术成功。

②中段胸椎紊乱者采用中上胸椎(T<sub>5</sub>—T<sub>8</sub>)压顶法。令患者正坐,手指交叉置于项部。医者先令助手在偏歪棘突处以掌根推按于凸侧,再将双手从患者腋下穿过绕于患者颈后,稍用力顶压偏歪节段的胸椎,并用胸部抵住助手手背,之后待摇动胸椎至偏歪棘突时,医者瞬间挺胸,若闻及“咔嗒”声则表明施术成功。

③下段胸椎紊乱者采用胸椎(T<sub>9</sub>—T<sub>12</sub>)推扳法。患者俯卧位,在找准紊乱的胸椎节段后,上手握持患者对侧肩部,向患侧抬起使胸椎旋转,同时下手推按患椎,在3次轻推后两手突然相对用力推按,当即有弹响,患者顿时可感疼痛减轻。

疗程:同对照组。

## 2.2 观察指标及方法

2.2.1 症状、体征积分 于治疗前后参照《中药新

药临床研究指导原则》<sup>[13]</sup>对患者症状和体征进行评分。胸椎的屈伸、旋转、侧屈活动:正常者,计0分;活动时疼痛但无活动受限者,计1分;活动时疼痛伴轻微活动受限者,计2分;活动时疼痛伴明显受限者,计3分。工作、睡眠影响情况:无影响者,计0分;轻度影响者,计1分;中度影响者,计2分;严重影响者,计3分。

2.2.2 McGill 疼痛量表评分 McGill 疼痛量表包括疼痛评级指数(pain rating index,PRI)、目前的疼痛强度(present pain intensity,PPI)、视觉模拟评分(visual analogue scale,VAS)3个指标。其中PRI的4个情感以及11个感觉项分别依据无、轻、中、重4个等级记录为0、1、2、3分;PPI的评分标准依据无痛、轻度疼痛、令人不适的疼痛、令人难受的疼痛、可怕的疼痛以及极为痛苦6个等级,分别记录为0、1、2、3、4、5分;VAS以0~10分划分无疼痛至难以忍受的疼痛,由患者在10 cm的线段中标记疼痛程度。

2.3 疗效评价标准 参考《中医病证诊断疗效标准》<sup>[14]</sup>“胸椎小关节紊乱”中的方法拟定。治愈:症状、体征消失,胸椎活动完全正常;显效:症状、体征明显减轻,胸椎活动稍受限;有效:症状、体征减轻,胸椎活动受限;无效:症状、体征无变化,胸椎活动明显受限。

2.4 统计学方法 采用SPSS 21.0软件进行统计学处理。连续型变量采用“均数±标准差(̄x±s)”表示,计数资料使用率的形式表示;两组疗效分布比较采用Mann-Whitney U检验;两组间数据比较,采用两个独立样本t检验或Mann-Whitney U检验;同组治疗前后数据比较采用配对样本t检验或Wilcoxon检验。以P<0.05为差异有统计学意义。

## 3 结果

3.1 两组患者症状、体征积分比较 治疗前两组患者症状、体征积分比较,差异均无统计学意义(P>0.05)。与治疗前比较,两组患者治疗后症状、体征积分均明显减少(P<0.05);两组患者治疗前后症状、体征积分差值比较,差异均无统计学意义(P>0.05)。见表1。

3.2 两组患者 McGill 疼痛量表评分比较 治疗前两组患者PRI、PPI、VAS评分比较,差异均无统计学意义(P>0.05)。与治疗前比较,两组患者治疗后PRI、PPI、VAS评分均显著减少(P<0.05);两组PRI、PPI、VAS评分差值比较,差异均有统计学意义(P<0.05)。见表2。

3.3 两组患者临床疗效比较 两组临床疗效分布

比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),表明两组疗效

相当。见表3。

表1 两组患者症状、体征积分比较( $\bar{x}\pm s$ )

| 组别 | 胸椎屈伸积分    |            |           | 旋转积分      |            |            | 侧屈积分      |            |           |
|----|-----------|------------|-----------|-----------|------------|------------|-----------|------------|-----------|
|    | 治疗前       | 治疗后        | 差值        | 治疗前       | 治疗后        | 差值         | 治疗前       | 治疗后        | 差值        |
| 对照 | 1.62±0.58 | 0.54±0.51* | 1.08±0.50 | 1.96±0.81 | 0.50±0.51* | 1.46±0.83  | 1.75±0.68 | 0.71±0.69* | 1.04±0.91 |
| 治疗 | 1.63±0.65 | 0.42±0.81* | 1.21±0.66 | 1.87±0.68 | 0.21±0.42* | 1.66±0.082 | 1.62±0.77 | 0.29±0.62* | 1.33±0.56 |
| 组别 | 工作影响积分    |            |           | 睡眠影响积分    |            |            | 总积分       |            |           |
|    | 治疗前       | 治疗后        | 差值        | 治疗前       | 治疗后        | 差值         | 治疗前       | 治疗后        | 差值        |
| 对照 | 2.17±0.70 | 0.46±0.51* | 1.71±0.99 | 2.25±0.68 | 0.50±0.51* | 1.75±0.99  | 9.92±1.86 | 2.58±1.89* | 7.34±2.68 |
| 治疗 | 2.08±0.72 | 0.25±0.53* | 1.83±0.76 | 2.17±0.70 | 0.37±0.82* | 1.80±0.72  | 9.38±1.93 | 1.33±1.81* | 8.05±1.52 |

注:与治疗前比较,\*  $P<0.05$

表2 两组患者 McGill 疼痛量表各项评分比较( $\bar{x}\pm s$ )

| 组别 | PRI 评分     |            |                         | PPI 评分    |            |                        | VAS 评分    |            |                        |
|----|------------|------------|-------------------------|-----------|------------|------------------------|-----------|------------|------------------------|
|    | 治疗前        | 治疗后        | 差值                      | 治疗前       | 治疗后        | 差值                     | 治疗前       | 治疗后        | 差值                     |
| 对照 | 22.13±1.78 | 8.38±2.65* | 13.75±1.98              | 3.67±1.55 | 1.63±1.50* | 2.04±1.57              | 5.88±1.38 | 3.71±1.40* | 2.17±1.05              |
| 治疗 | 21.92±1.47 | 2.96±1.60* | 18.96±2.07 <sup>#</sup> | 4.29±1.43 | 0.17±0.48* | 4.12±1.39 <sup>#</sup> | 5.17±1.05 | 1.92±0.88* | 3.25±1.29 <sup>#</sup> |

注:与治疗前比较,\*  $P<0.05$ ;与对照组比较,<sup>#</sup>  $P<0.05$

表3 两组临床疗效比较

| 组别 | n  | 治愈/例 | 显效/例 | 有效/例 | 无效/例 | 平均秩次  | Z值     | P值    |
|----|----|------|------|------|------|-------|--------|-------|
| 对照 | 24 | 11   | 3    | 9    | 1    | 27.67 | -1.727 | 0.084 |
| 治疗 | 24 | 15   | 7    | 1    | 1    | 21.33 |        |       |

#### 4 讨论

胸椎小关节紊乱是以胸背疼痛为主要临床症状的脊柱疾病,属于中医学“椎骨错缝”之范畴。《医宗金鉴》中早已提出“骨节间未合缝者,气血之流未畅,惟宜推拿,以通气血”的观点,认为椎体错位者必有经络气血瘀滞,而推拿治疗乃是行气活血的不二法门。《伤科补要》中对胸椎小关节紊乱的症状描述为“骨缝叠出,俯仰不能”,《圣济总录》中早已记载“骨错缝”的治疗思路应以“复还枢纽”为主。因此,在临床中当以“疏通经络气血,纠正椎骨错缝”作为推拿治疗原则。现代研究<sup>[15]</sup>认为,若错位的胸椎小关节内外平衡失调,将对脊神经产生刺激,影响被支配的组织、器官,从而出现相应的临床表现,有时甚至导致胸腔脏器的功能变化。由此可见,及时纠正错位胸椎对胸椎小关节紊乱患者具有重要意义。现代研究<sup>[16]</sup>还发现,脊柱关节的稳定性不仅与组成关节的骨骼有关,更与失稳关节周围的肌肉、韧带及关节囊关系密切。因此,临床诊治切不可忽视对错位椎体周围的软组织进行有效治疗。

临床治疗后两组患者症状、体征积分、McGill 疼痛量表评分均明显减少( $P<0.05$ ),两组 McGill 疼痛量表评分差值比较,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),结果表明李业甫胸椎分段整复法不但能有效改善患者症状、体征,而且还能在解除胸椎小关节紊乱患者的疼痛症状方面显现出李业甫“病证合参,筋骨并举”学术治验的独特疗效。两组临床疗效分布

比较虽无统计学意义( $P>0.05$ ),但治疗组治愈和显效的例数都多于对照组,考虑可能和样本量较小有关。

李业甫分段胸椎整复法以“先辨病位、后选手法、先通经络、后纠错缝”作为手法的施术核心,同时强调在胸椎小关节紊乱的临床治疗中需兼顾错位的胸椎与其周围的肌肉、韧带、滑膜囊等。李业甫恪守“辨病贵精,辨证贵细”的临床诊疗原则,对疾病的治疗均以辨病性、辨病位为先。面对胸椎小关节紊乱患者,李业甫首辨病位——判断错位的胸椎节段,并依据上、中、下段的胸椎紊乱,分别选用上胸椎拔按法、中上胸椎压顶法、胸椎推扳法。在整复手法操作前,先以疏通经络、行气活血的推拿手法在患椎周围的痉挛组织处施术,充分放松背部肌肉、韧带等组织,令背部经络通、气血畅,并为胸椎整复手法做好准备。针对不同节段的胸椎小关节紊乱,上胸椎拔按法是在牵引过程中对上段胸椎进行定位整复,增加了手法操作的安全性;中上胸椎压顶法是在助手按压偏歪棘突的情况下,对中段胸椎进行整复,增加了错位胸椎定位的准确性;胸椎推扳法是在下段胸椎整复中以杠杆力学原理进行施术,增加了手法复位的成功率。有部分学者<sup>[17]</sup>指出,放松手法与正骨手法的治疗次序也是影响临床疗效的因素之一,如有些学者<sup>[18-20]</sup>在放松手法疏通背部膀胱经的基础上对胸椎进行整复,并在临床中收获了良好疗效,恰好与李业甫“先通经络,后纠错缝”的临床经验不谋而合。由此可见,李业甫分段胸椎整复法临床疗效显著的原因不仅在于注重操作手法的选择,也在于对手法操作次序的严格要求。

综上所述,李业甫分段胸椎整复法在临床操作中不仅重视放松手法与正骨手法的施术顺序,强调

脊柱骨骼与周围组织的内外平衡，并且对3种具有个人特色的整复手法在不同错位节段椎体的治疗中进行优势整合，故在临床治疗中能够发挥出独特的疗效。

#### 参考文献：

- [1] 王中锐.浅析胸椎小关节紊乱综合征[J].中国民间疗法,2019,27(18):90-92.
- [2] 朱志峰.“澄江针伤五步法”诊治胸椎小关节紊乱经验[J].中医外治杂志,2019,28(3):61-62.
- [3] 李科,李金锋,李院魏,等.手法整复联合重子穴、重仙穴针刺对胸椎小关节紊乱症患者症状及临床疗效的干预[J].风湿病与关节炎,2018,7(4):28-31.
- [4] 莫伟华,邬晓勇,林熙高,等.胸椎后伸提拉法与常规推拿治疗胸椎小关节紊乱的疗效对比[J].颈腰痛杂志,2019,40(4):572-573.
- [5] 胡晓华,沈鹏.自拟宽胸活血汤治疗胸椎小关节紊乱所致胸背疼痛38例[J].浙江中医杂志,2018,53(1):49.
- [6] 王烨.针灸配合中药熏洗治疗胸椎小关节紊乱综合征67例[J].针灸临床杂志,2007,23(2):13.
- [7] 何光远,杨永晖,黄辉,等.李业甫教授中医推拿学术思想研究[J].中医药临床杂志,2016,28(4):485-488.
- [8] 何光远,李业甫.李业甫教授推拿手法配合牵引治疗脊髓型颈椎病临床疗效观察[J].中医药临床杂志,2015,27(5):707-708.
- [9] 徐敏,唐友斌.李业甫治疗腰椎间盘突出症临床经验总结[J].中医药临床杂志,2018,30(8):1427-1429.
- [10] 严隽陶.推拿学[M].北京:中国中医药出版社,2007:138-139.
- [11] 宋柏林.推拿治疗学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2012:102.
- [12] 何光远,李业甫推拿学术思想与临证传真[M].北京:人民卫生出版社,2016:68-70.
- [13] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:198.
- [14] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:221.
- [15] 朱子生,后盾,罗博元,等.心律失常与胸椎小关节紊乱关系研究[J].实用医技杂志,2006,13(8):1262.
- [16] 魏小明,刘建强.从美式整脊谈中医整脊未来的发展[J].中国中医骨伤科杂志,2011,19(7):69-70.
- [17] 陈明强.反复发作胸椎小关节紊乱的治疗体会[J].中国民间疗法,2018,26(11):56-57.
- [18] 周东辉.俯卧旋压整复法治疗胸椎小关节紊乱症[J].中医正骨,2014,26(12):50-51.
- [19] 曹畅,詹强,周翔,等.胸椎三维定点整复法治疗胸椎小关节紊乱症临床观察[J].云南中医学院学报,2014,37(4):39-41.
- [20] 钟才进,陈娟,郑炎.膝顶法整复胸椎小关节错位16例疗效观察[J].中国疗养医学,2014,23(4):322-323.

(收稿日期:2020-01-06;编辑:曹健)

## Clinical Effect of Li Yefu's Segmental Reduction of Thoracic Vertebrae Treatment of Thoracic Facet Joint Disorder

SHI Hai-ping, LAI Zhong-tao, LI Ye-fu

(The First Affiliated Hospital of Anhui University of Chinese Medicine, Anhui Hefei 230031, China)

**[Abstract]** **Objective** To investigate the clinical effect of Li Yefu's segmental reduction of thoracic vertebra in the treatment of thoracic facet joint disorder. **Methods** A total of 48 patients with thoracic facet joint disorder were randomly divided into control group and treatment group, with 24 patients in each group. The patients in the control group were treated with routine massage and pulling manipulation with knee pushing, and those in the treatment group were treated with Li Yefu's segmental reduction of thoracic vertebra in addition to the treatment in the control group. Scores of symptoms and signs and McGill scale score were observed before and after treatment, and clinical outcome was evaluated for both groups. **Results** After treatment, both groups had significant reductions in the scores of symptoms and signs and McGill pain score ( $P < 0.05$ ), and there was a significant difference in McGill pain score between the two groups ( $P < 0.05$ ). There were no significant differences between the two groups in the changes of the scores of symptoms and signs after treatment ( $P > 0.05$ ). There was no significant difference in the distribution of clinical outcomes between the two groups ( $P > 0.05$ ), and the treatment group had higher numbers of cured patients and patients with marked response. **Conclusion** For patients with thoracic facet joint disorder, Li Yefu's segmental reduction of thoracic vertebra can alleviate pain symptoms and improve clinical outcome and quality of life.

**[Key words]** Thoracic facet joint disorder; Li Yefu; Bone-setting; Massage