

脊柱手法治疗肠易激综合征105例临床研究

屈留新 陈 洪 邢丽阳 高 嵩

(东南大学附属中大医院, 江苏省南京市丁家桥87号, 210009)

基金项目: 江苏省中医药局科技项目资助(LZ09085)

* 通讯作者: quliuxin@yahoo.com.cn, 13813085677

[摘要] **目的** 评价脊柱手法治疗肠易激综合征的临床疗效。**方法** 选取210例肠易激综合征正在发病的患者, 随机分为研究组和对照组各105例。研究组由专人施行脊柱手法治疗; 对照组采用口服得舒特(匹维溴铵片) 50mg, 每日3次治疗, 两组均治疗2周。采用肠道症状尺度表(BSS) 评分标准进行治疗前后症状评分, 并应用 BSS 积分改善率进行疗效评价。**结果** 两组患者治疗后 BSS 评分差异有统计学意义($P < 0.01$), 两组患者临床疗效的 BSS 积分改善率, 研究组优于对照组($P < 0.01$)。**结论** 胸腰椎椎间盘移位与肠易激综合征的发病可能有直接关系, 脊柱手法纠正胸腰椎椎间盘移位对其周围神经或血管的压迫或刺激是治疗肠易激综合征简便而且疗效肯定的方法。

[关键词] 肠易激综合征; 脊柱手法; 椎间盘移位; 肠道症状尺度表

Irritable Bowel Syndrome Treated by Spinal Orthopedic Manipulation: A Clinical Observation on 105 Cases

QU Liuxin, CHEN Hong, XING Liyang, GAO Song

(Zhongda Hospital, Southeast University, Nanjing 210009)

ABSTRACT **Objective** To evaluate the clinical effect of Chinese Spinal Orthopedic Manipulation on irritable bowel syndrome (IBS). **Methods** Totally 210 IBS cases in affecting condition were randomized into spinal orthopedic manipulation group (research group) and medicinal group (control group) with 105 in each. The research group was treated with Chinese Spinal Orthopedic Manipulation, and the control group was administered Dicetel (pinaverium bromide) for oral taking, 50mg each time, three times a day. Both groups were treated for 2 weeks. The symptoms of pre- and post-treatment were scored by Bristol Stool Scale (BSS), and the improvement rate BSS was used to evaluate the therapeutic effect. **Results** The difference of BSS scores between the two groups after treatment was significant ($P < 0.01$), and the improvement rate of BSS scores of research group were significantly higher than that of the control group ($P < 0.01$). **Conclusion** The displacement of intervertebral disc of thoracic and lumbar vertebrae may be directly related with the incidence of IBS. Correcting the displacement of intervertebral disc of thoracic and lumbar vertebrae for relieving the stimulation or oppression to nerves and vessels is an effective treatment for IBS.

Key Words irritable bowel syndrome (IBS); spinal orthopedic manipulation; intervertebral disc displacement; Bristol Stool Scale (BSS)

肠易激综合征(IBS) 是一种以腹痛或腹部不适伴随大便性状和频率改变为特征的缺少形态学或生化学异常的功能性肠病。IBS 在全球人群患病率较高, 各地发病率在10%~20%之间, 且有逐年上升趋势, 对生活质量影响大, 医疗费用较高^[1-2]。自2004年, 我们开始应用整脊手法治疗 IBS, 取得了较好的疗效^[3]。为进一步探求脊柱与 IBS 发病原因的关系, 了解整脊手法对 IBS 的治疗效果, 2007年3月~2009年5月我们采用整脊手法与药物得舒特分别治疗以腹痛为主的 IBS 并进行临床疗效观察, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

1.1.1 西医诊断标准 IBS 的诊断标准采用功能

性胃肠病的罗马Ⅲ诊断标准^[4]: 反复发作的腹痛或不适[不适意味着感觉不舒服而非疼痛。疼痛和(或)不适出现的频率至少为每周2天], 最近3个月内每个月至少有3天出现症状, 合并以下至少2项: ①排便后症状缓解。②发作时伴有排便频率改变。③发作时伴有 大便性状(外观) 改变。诊断前症状出现至少6个月, 近3个月满足以上标准。

1.1.2 中医诊断标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[5]的中医证候诊断标准。

1.2 纳入和排除标准

纳入标准: ①符合以上诊断标准且正在发病者; ②年龄18~71岁, 有独立行为能力者; ③可同时合并腰腿痛疾病如轻中度的腰椎间盘突出症患者(可以行走1km 以上, 且无手术指征; 或可以参加轻度的

体力劳动)、轻度椎管狭窄症患者、Ⅱ度以下的腰椎滑脱症患者、轻度腰椎不稳患者等;④肝、肾功能、血、尿常规检查在正常范围。

排除标准:妊娠或哺乳期妇女;合并心、脑血管疾病,肝、肾疾病和造血系统等原发性疾病者;合并精神疾患;有更年期症状者;合并肿瘤疾患;正在服用反副交感神经作用的药物、肌松剂、抗抑郁药;吸毒及酗酒者;乳糖不耐受者;对食品添加剂过敏者;炎性肠病者(含溃疡性结肠炎或 Crohn 病);合并中央型腰椎间盘突出症伴马尾神经受压者;合并严重椎管狭窄症者;胸腰椎手术后患者;消化系统疾病手术后者;严重骨质疏松患者;传染性疾病的传染期。

1.3 一般资料

210例均为东南大学附属中大医院2007年3月~2009年5月门诊患者。将210例患者采用随机数字表法分为2组,研究组105例中男37例,女68例;平均年龄(38.4 ± 10.3)岁;病情:轻度25例,中度46例,重度34例;病程2~16年,平均6.3年。对照组105例中男32例,女73例;平均年龄(40.1 ± 10.2)岁;病情:轻度31例,中度49例,重度25例;病程2~15年,平均6.5年。210例患者中有或近1年内曾经有腰背痛和/或下肢痛症状的184例,占87.6%。两组患者在年龄、性别、病情程度、病程、肠道症状尺度表(BSS)评分方面差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

2 方法

2.1 检查项目

2.1.1 躯干部皮肤感觉检查 用大头针点刺或轻划皮肤感觉脊髓节段的各分布区,询问患者的感觉(痛、木、麻),然后再刺对侧对比,并询问双侧感觉是否相同。异常感觉可表现为感觉减退、消失或感觉过敏。对感觉异常的部位进行记录。

2.1.2 触诊检查 触诊患者胸腰椎棘突及其周围软组织,触诊棘突是否有偏歪,椎旁是否有压痛,棘突周围是否有垂直于脊柱的明显的条状隆起(往往为局部软组织紧张所致)。

2.1.3 下胸段及腰段椎体动力性X线摄片检查^[6]

小关节、棘突的不对称排列,小关节增生、肥大及半脱位;相邻椎体出现牵引性骨刺(tractions spur);椎体的移位和椎间隙角度的改变,胸腰椎呈“阶梯样”滑移改变或部分椎体出现旋转、侧倾改变。

2.2 治疗方法

对照组:采用得舒特(匹维溴铵片,批号:

619546,法国苏威制药有限公司生产)口服治疗,每次50mg,每日3次,服药2周。

研究组:综合患者临床症状、皮肤感觉检查、触诊检查、脊椎X线摄片检查可初步诊断为某个或几个椎体功能单位的病变,针对这一病变进行手法纠正治疗,不论有无脊柱症状均采用脊柱手法进行治疗^[7]。如某病例腰1椎体和腰2椎体通过X线检查发现有“阶梯样”变化,即腰1椎体向前滑移且腰1、腰2椎体之间的椎间隙发生了横向和/或纵向的变化(椎间隙角度的改变或椎间隙变窄),触诊检查同时可发现腰1、腰2棘突周围有垂直于脊柱的明显的条状隆起,在相应的节段可能有皮肤感觉改变,手法治疗时就以减少本改变为目的的手法纠正。

手法治疗:①定位侧卧旋扳法:根据触诊检查中发现的病变部位,令患者侧卧位(以触诊检查中发现的病变部位向上,以左为例),贴近床面一侧(右侧)下肢伸直,左下肢屈髋曲膝。术者站于患者腹侧,双手肘部屈曲,左肘部置于患者左侧肩前,右肘部置于患者左侧臀部,右手同时放在患椎(即有病变部位或出现移位的腰椎)处,嘱患者全身放松,术者根据需纠正部位,酌情调整患者躯体和臀部的前后位置。待体位适当时,术者双侧肘部同时向前、后协同施力,旋转的交角在患椎,当所用力量扭动患者躯体时,多可听到椎间关节被调整的“咯咯”响声,右手手下亦可感觉到患椎部位的移动(只让患椎部位移动而不让其他腰椎椎间移动,疗效方可得到保障,若患椎部位无移动,即使有响声也无疗效),手法即告结束。如果右手手下无椎体移动感,则需重新摆正位置再次施行手法或直接改用指压法。手法后仰卧位休息3~5min。②指压法:令患者侧卧(以触诊检查中发现的病变部位向上),枕头高约同患者一侧肩宽,颈微前屈且屈髋曲膝。医者站立患者腹侧,找准患椎(垂直于脊柱方向的条状隆起),在条状隆起病灶一侧的棘突侧面上用拇指轻轻颤压2~3s,压力方向指向对侧的肩部,力量约10N左右(根据体质增减)。指压时有时可感觉到椎间关节的移动。指压后条状隆起病灶可消失或明显变小。手法后仰卧位休息3~5min。上述疗法第1周治疗3次,隔日1次,第2周治疗2次,隔2日1次。共治疗5次。

2.3 观察指标

临床症状改善情况及BSS积分变化。

2.4 疗效评价标准

临床症状改善情况:以BSS变化表示。IBS-BSS

评分标准^[8]:BSS 包括腹痛、腹痛天数、腹痛情况、排便满意度、生活干扰5个项目,每个项目最高积分为100,最低为0,BSS 各项目总积分最高为500,总积分为4级,Ⅰ级0~75分,为健康人积分水平;Ⅱ级76~175分,为轻度 IBS 积分水平;Ⅲ级176~300分为中度 IBS 积分;Ⅳ级>300分,为重度 IBS 积分。

患者 BSS 积分改善率:改善率=(治疗前分值-治疗后分值)/治疗前分值×100%,改善率≥75%为优,75%>改善率≥50%为良,50%>改善率≥30%为可,改善率<30%为差。

2.5 统计学方法

采用 SPSS 13.0统计软件,计量数据结果均应用均数±标准差表示。治疗前后 IBS-BSS 积分变化的差异应用单因素方差分析(*F* 检验)处理。分级疗效评定采用行列表分析(χ^2 检验)处理。

3 结果

3.1 两组患者治疗前后 BSS 积分比较

表1示,两组患者治疗前后 BSS 评分自身比较,差异有统计学意义($P<0.01$);两组患者治疗前后 BSS 评分,研究组疗效明显优于对照组($P<0.01$)。

表1 两组患者治疗前后 BSS 积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
研究组	105	376±82	37±33*△
对照组	105	354±103	165±122*

注:与本组治疗前比较,* $P<0.01$;与对照组治疗后比较,△ $P<0.01$

3.2 两组患者 BSS 积分改善率

研究组105例,优92例,良10例,可3例,差0例;对照组105例,优30例,良41例,可12例,差22例。研究组患者 BSS 积分改善率优于对照组($P<0.01$)。

3.3 安全性观察

研究组未发现不良反应,对照组有3例出现轻微的胃肠不适,未中断治疗。

4 讨论

本研究结果显示,脊柱手法治疗 IBS 疗效明显优于药物得舒特治疗。既往研究发现腰痛病程似乎与 IBS 的症状相关^[9],51%的 IBS 患者同时有背痛的经历^[10]。英国的一项研究证实,约2/3的 IBS 患者曾诉有背痛,而对照组则低于30%,排除了精神障碍患者后,其背痛的发病率仍相当高^[11]。在我国也有研究发现 IBS 患者消化道外的伴随症状腰背痛的

比例明显高于其他伴随症状^[12]。许多发现证实下胸段和胸腰段的神经节段支配上部的胃肠道,这意味着腹痛和背痛有一定关系,内脏躯体或躯体内脏反射的反射区要么在内脏,要么在躯体的皮肤、肌肉、肌腱或韧带,这可能是背痛和腹痛关系病理生理学的一部分原因^[10]。而背痛常常与脊柱椎间盘移位、脊神经受刺激有关。IBS 和普遍的肌肉骨骼系统的痛觉过敏存在一定关系^[13],在骨伤科临床中,急性腰扭伤或腰椎外伤的患者常常出现的合并症状是便秘。这也说明腰椎异常可以影响到肠道,出现肠道症状。

从脊柱及椎间盘的退变及受力特点与肠易激综合征的发病特点进行分析,也可以看出它们之间存在着一定的联系。一些 IBS 患者症状在进食后出现,排便后减轻,也与腹腔内容物的多少对血管的挤压程度有关;由于椎间盘的退变移位,使椎间及椎旁神经、血管受到刺激,导致胃肠动力学异常和内脏感觉和运动异常,可表现为腹痛、排便异常。IBS 患者的腹痛多数卧床后缓解,睡眠后疼痛消失;腹泻很少发生于夜间,一般不会影响患者睡眠;腹胀白天加重,夜间睡眠后减轻,腹围一般不增加^[9]。上述症状常常在坐位时出现,卧位时常能缓解。人在卧位时,椎旁肌肉放松,椎间盘的压力也会减低,对椎间及胸腹腔内的血管、神经的挤压也减小。IBS 患者临床症状随体位改变而改变的临床特点和脊柱的受力特点极为吻合(正常人坐位时椎间盘内压力较高,卧位时最低)^[3]。对 IBS 患者的脊柱进行影像检查、背部触诊检查、感觉检查,这些检查结果均支持相应脊柱节段存在移位和对神经的刺激。

早在两千年前,中医已经对脊柱、脊椎、脊髓形态有了认识,而且似对脊神经及行走于脊柱旁的交感神经用“经脉”一词进行了论述:“经脉为始,营其所行,制其度量,内次五脏,外别六腑(《灵枢·经脉》)”,即是说经脉有长短,是营养支配五脏六腑的。“三椎下间主胸中热,四椎下间主膈中热,五椎下间主肝热,六椎下间主脾热,七椎下间主肾热。”《素问·刺热》更加明确各内脏的病变都与督脉脊椎有关。督脉的循行类似脊髓的走向,足太阳经行走于脊柱1.5寸旁线,类似交感神经在脊柱旁的位置,其3寸的旁线,几乎与脊神经后支的皮神经通路相一致。督脉总督手足之阳经,而手足阳经行走方位与现代脊神经支配区大体相似^[14]。而“督脉生病治督脉,治在骨上”(《素问·气府论》)则明确指出通过调整脊椎骨关

节可治疗督脉病变。清代《医宗金鉴·正骨心法要旨》：“若脊筋隆起，骨缝必错，则成佝偻之形。当先揉筋，令其和软；再按其骨，徐徐合缝，背脊始直。”脊柱手法（整脊疗法）其实是“脊柱定点旋转复位法”，是以分筋弹拨，按压梳理等整复手法作用于脊椎脊脊，以促进督脉气血和畅，使病椎恢复正常，从而治疗脊椎损伤等疾病的一种方法^[15]。

考虑 IBS 与椎间盘移位致胸腰椎椎体与椎体间位置发生改变，刺激或压迫神经或血管有关。也就是尽量恢复椎体间的位置改变，减少因此种改变对神经或血管的卡压或刺激。无论是侧卧旋扳法还是指压法，对于被施术部位的相邻两椎体来说，分别受到剪力和反向的牵引力，这两种力均可增大两椎体间的距离，使椎体间产生微小移位，这种微小移位可立即缓和因椎体或椎间盘移位对神经或血管的刺激或压迫。手法治疗后 IBS 患者症状多立即消失或明显减轻，未发现无效病例。因而可以推断 IBS 患者的发病与胸腰椎椎体与椎体间位置改变可能有直接的关系。

参考文献

- [1] Hahn BA, Yan S, Strassels S. Impact of irritable bowel syndrome on quality of life and resource use in the United States and United Kingdom [J]. *Digestion*, 1999, 60(1): 77-81.
- [2] Martin R, Barron JJ, Zacker L. Irritable bowel syndrome: toward a cost-effective management approach [J]. *Am J Manag Care*, 2001, 7(8 Suppl): 268-275.
- [3] 屈留新. 胸腰椎不稳与肠易激综合征 [J]. *中国骨伤*, 2009, 22(6): 456-457.
- [4] Zolezzi Francis A. Functional gastrointestinal disorders

and the Rome III [J]. *Rev Gastroenterol Peru*, 2007, 27(2): 177-184.

- [5] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行) [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 140.
 - [6] 李东柱, 杨富国, 刘继军. 对腰椎不稳的再认识 [J]. *美国国际创伤杂志*, 2003, 2(2): 45.
 - [7] 张朝纯. 脊柱疾病手法治疗学 [M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 2006: 63-67.
 - [8] Francis CY, Morris J, Whorwell PJ. The irritable bowel severity scoring system: a simple method of monitoring irritable bowel syndrome and its progress [J]. *Aliment Pharmacol Ther*, 1997, 11(2): 395-402.
 - [9] 李延青, 杨云生, 陈建. 肠易激综合征 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2005: 103-106.
 - [10] Jorgensen LS, Fossgreen J. Back pain and spinal pathology in patients with functional upper abdominal pain [J]. *Scand J Gastroenterol*, 1990, 25(12): 1235-1241.
 - [11] Azpiroz F, Dapoigny M, Pace F, et al. Nongastrointestinal disorders in the irritable bowel syndrome [J]. *Digestion*, 2000, 62(1): 66-72.
 - [12] 姚欣, 杨云生, 赵卡冰, 等. 罗马 III 标准研究肠易激综合征临床特点及亚型 [J]. *世界华人消化杂志*, 2008, 16(5): 563-566.
 - [13] O'Neill S, Manniche C, Graven-Nielsen T, et al. Generalized deep-tissue hyperalgesia in patients with chronic low-back pain [J]. *Eur J Pain*, 2007, 11(4): 415-420.
 - [14] 韦以宗. 中国整脊学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 3-23.
 - [15] 黄志高, 张俐. 西医整脊疗法与中医骨伤整脊疗法的比较 [J]. *中国中医骨伤科杂志*, 2007, 15(6): 68.
- (收稿日期: 2010-09-26; 修回日期: 2010-12-02)

[编辑: 叶晨]

“颈复康颗粒”、“腰痛宁胶囊”临床研究与应用征文启事

山庄牌“颈复康颗粒”、“腰痛宁胶囊”系承德颈复康药业集团有限公司生产的治疗颈椎病、腰腿痛的首选药品，投放市场20多年，因其疗效好、价格低，深受患者与医生的信赖。该药系国家中药保护品种，国家基本医疗保险药品。为了总结“颈复康颗粒”、“腰痛宁胶囊”多年来的临床应用经验，更好地指导临床用药，中医杂志社与承德颈复康药业集团有限公司联合举办此次征文活动，现将有关事项通知如下。

1. 征文内容: (1) “颈复康颗粒”在治疗各种类型颈椎病(神经根型、椎动脉型、交感神经型、颈型、混合型等)的临床应用经验、体会与分析; “腰痛宁胶囊”在治疗腰椎间盘突出症、腰椎增生症、坐骨神经痛、腰肌劳损、腰肌纤维炎、风湿性关节痛、类风湿性关节炎等病症的临床经验、体会与分析; (2) “颈复康颗粒”、“腰痛宁胶囊”临床中用量、用法的研究与经验总结; (3) “颈复康颗粒”、“腰痛宁胶囊”组方研究、药理研究与探讨; (4) “颈复康颗粒”、“腰痛宁胶囊”临床扩大应用范围的研究与探讨。2. 征文要求: (1) 来稿应未公开发表，字数在4000字以内，请加盖单位公章，不退稿; (2) 请采用法定计量单位; (3) 文题下署名作者姓名、单位、通讯地址、邮编和联系电话。欢迎电子邮件形式投稿(请用 Word 文件格式)。3. 奖励办法: 由全国中医药界知名专家、教授组成评审委员会，评选出一等奖2篇(每篇奖励5000元)、二等奖8篇(每篇奖励3000元)、三等奖15篇(每篇奖励1500元)优秀奖25篇(每篇奖励价值500元礼品)。获奖者将由主办单位颁发论文证书、奖金或礼品，获奖论文达到刊用标准者将在《中医杂志》上发表，其他获奖论文将在《中医杂志》2011年增刊发表，并赠送样刊一册。此次征文活动不收任何费用。评选结果将在《中医杂志》、《健康报》上予以公布。主办单位将邀请部分获奖论文作者免费参加在河北省承德市召开的颁奖大会和由中华中医药学会和中医杂志社联合主办的“全国中医脊柱疾病研究与临床治疗学术研讨会”并考察承德颈复康药业集团有限公司。

来稿请于2011年4月30日前寄至北京东直门内南小街16号中医杂志社，22号编辑收，邮政编码100700，电话: (010) 64035632，传真: (010) 64050261，投稿邮箱: jltm@163.com

Copyright © 2011. All rights reserved. http://www.cnki.net