

手法治疗腰椎间盘突出症疗效不良原因分析

甘肃省中医学院附属医院 (730000) 张晓刚 张剑峰 宋贵杰

中医手法治疗腰突症是临床常用的方法之一, 我院自 1991 年迄今, 收治千余例患者, 大多都获得了肯定的疗效, 但是, 也是相当部分患者疗效不良, 本文通过对住院治疗的 82 例疗效差的原因进行分析, 并提出相应的防治措施以利于今后治疗水平的提高。

临床资料

82 例中, 男 47 例, 女 35 例, 年龄为 36~66 岁, 平均 46.2 岁, 病程最短为 3 年, 最长 19 年, 平均 9.3 年, 治疗手法为三部八法^[1]静滴脉络宁, 十天一疗程, 中药为辨证用药。

治疗结果: 82 例中治疗无变化 9 例; 好转, 依然腰腿痛 14 例; 单纯腰痛 31 例; 下肢麻木困痛 28 例。另外并存腰椎其它病变的有: 腰椎管狭窄 22 例; 退行性脊柱炎 21 例; 腰椎失稳 45 例; 外伤、脊柱裂 3 例。

讨 论

关于手法治疗的机理, 国内学者一般认为有两点: 一是椎间盘空间扩张, 使突出髓核还纳, 二是手法迫使突出物与受压神经根发生位移, 降低了神经根的张力^[2]但是, 是否手法治疗腰突症都能起上述作用尚有一定疑问, 本文试对手法治疗失败病例, 作一分析归纳。

1. 诊断问题: 本组病治疗不显效原因之一, 就是腰椎间盘突出症的诊断尚有疑问。虽然这部分病人通过 CT 检查也能证实, 但不能断定腰腿痛是由椎间盘突出所引起的。通过腰椎 CT 检查的回顾, 提示椎间盘突出或膨出的影象相当多, 若以此为诊断依据, 则腰突症诊断率就相当高, 究其原因, 其腰腿痛症状的病理基础不单纯是椎间盘突出, 而是脊柱一个功能单位一系列改变 (或退变) 所造成的, 它可是一复合因素所引起, 也可是某一因素为主为病因, 脊柱一个功能单位的一系列改变, 包括椎间盘突出、椎间不稳定、关节囊、韧带松弛, 黄韧带肥厚、椎间孔中央管狭窄、侧隐窝狭窄等病变, 关于这一点, 许多学者也注意到, 把其称之为“腰背痛”或椎间盘源性腰腿痛^[3,4], 由于病理改变的多样性, 当然治疗就不理想。应该说, 病变的一般后果都表现在腰椎的活动节段上, 出现受力不均, 即有张力侧和压力侧, 急性症则有疼痛、活动障碍, 慢性症则腰困痛不适, 并出现生物性炎症反应, 这时可出现相应的神

经根受刺激症状。对此, 诊断一定要通过认真仔细的体查和病史询问, 结合腰椎影像学检查, 综合分析判断, 对于不属于椎间盘源性腰腿痛, 手法治疗应宜解除肌肉痉挛, 缓解腰椎节段受力不均, 松解粘连、整复小关节错缝为宜, 手法以按、揉、推、摩、弹拨等深部组织推拿为主, 活节手法以屈膝屈髋、旋腰、被动直腿抬高等手段组合。

2. 手法操作问题: 本组疗效差的另一原因就是手法不适宜, 其问题主要有三点。(1) 手法的千篇一律采用三步八法。腰突症虽然症状大同小异, 但是, 年龄的差别个体的有异, 并存不同的腰椎病变等诸多因素往往影响疗效的主要原因。对于腰突症急性发作, 疼痛剧烈, 昼夜不得息, 饮食起居受限, 往往是纤维环破裂, 髓核急性突出引起的急性神经根炎, 此时, 治疗则不宜对抗牵拉、斜扳侧扳, 可采用松懈肌肉痉挛, 按摩舒筋手法, 同时给予活血通络、止痛、抗炎脱水等治疗, 待急性疼痛缓解, 再选择相应的手法, 对于病程较长, 腰腿痛反复发作的腰突症患者, 无其它并存腰椎疾患, 可采用有一定力度的治疗, 如肌肉松懈彻底, 对抗牵拉有力, 屈、扳、旋、点拨到位; 对于老年患者并存退行改变, 可适度牵拉, 以松懈肌肉, 旋腰活动小关节等手法为主。对于退行性腰椎失稳, 要以整复小关节错位, 解除肌痉挛为宜。(2) 手法“度”的掌握。手法的施使, 应当有节制, 因为手法毕竟是利用外力的作用解决力的失衡、关节的错缝, 它既可达到治疗目的, 也可能造成新的损伤, 切不可至始到终, 时间、强度不变, 在治疗上, 我们有这样的体会, 如果手法“对病”, 病人有猛然轻松痊愈感, 这时手法就要及时调整, 以平卧静养, 松懈肌肉, 牵抖摩、擦等轻手法为主, 以巩固疗效, 对于腰部症状已缓解, 而腿部困痛明显, 手法可沿着神经干分布施术, 作屈膝屈髋、点、拔、推、揉等手法, 切忌不可病症已减轻, 而手法不当, 病症再次加重, 这一点本文部分病例就如此, 另外, 手法后的平卧硬床休息, 也是手法治疗的延续, 一般施术 30 分钟, 则应平卧 4 小时, 平卧时可做主动直腿抬高、四点式、三点式腰背肌锻炼, 这样, 通过自身的修复和调节, 往往效果比较好。(3) 手法忌“生、硬、猛”通过本组病例分析, 造成的结果, 往往使病情加重, 甚至引起新的损伤。因

为每个脊柱活动节段，有椎间盘和两个椎间关节以及相关的韧带内在肌和关节囊，任何过度的旋、扳都可造成部分关节的极度过屈过伸，出现凸侧（张力侧）和凹侧（压力侧），轻者引起新的力失衡，重者牵拉伤韧带、关节囊等组织。因此认为手法治疗腰椎间盘突出症，万不可力大劲猛。手法作用的原则应是：因人施术，因病施术，张弛有度，中病即止。这是要领。

参考文献

1. 宋敏，等．宋贵杰教授治疗腰椎间盘突出症经验．甘肃中

医．1995，8（增刊）：13．

2. 孟和，等．骨伤科生物力学．北京：人民卫生出版社，1991，245．
3. 杨克勤，等．脊柱疾患的临床与研究．北京出版社，1994：621．
4. 蒋位庄，等．中西医结合治疗椎间盘源性腰痛 1309 例临床分析．中国骨伤，1994 增刊（下）：94．

（收稿：1997—05—21）

硬膜外腔点滴后手法推拿治疗腰椎间盘突出症

河北省承德市中医院（067000） 张文泽 任志诚

我们采用硬膜外腔点滴给药后即刻运用推拿手法治疗腰椎间盘突出症患者 56 例，收到了满意的效果，现报告如下。

临床资料 本组男 31 例，女 25 例；年龄 22~55 岁；病程 2 天~5 年；有扭伤史 33 例，慢性腰痛史 23 例。

治疗方法 （1）硬膜外腔点滴法：（1）药物组成：2%利多卡因 200mg，氟美松 30mg，维生素 B₁100mg，维生素 B₁₂500ug；将上药加入生理盐水 300ml，瓶内备用。（2）部位和方法：患者无菌室内，仰卧于床上患肢在下。一般在腰椎间盘突出部位的上一椎间隙，行硬膜外穿刺插管，外头接输液器，将上述药液按每分钟 30 滴进行点滴。（2）推拿手法：①牵引下颤腰法：在硬膜外点滴完毕后，患者俯卧牵引床上，前胸和小腹部分别垫枕使腰部呈悬空状态。行腰部牵引，根据患者胖瘦给予牵引力在 60~80kg，牵引 10 分钟，然后在牵引状态下术者双手重叠按压患者腰部，行压颤手法，频率每分钟压腰部向下在 60 次左右约 5 分钟。②扳腿法：术者一手推按于腰部，一手托起患腿，并迅速向后上抬拉而达到腰部过伸的目的。此法压腰 10 次，同法做另一侧肢体。③斜扳法：患者侧卧，术者一手推肩，另一手扳臀，做相反方向用力使腰部旋转，同法作另一侧。

手法结束后患者平卧床上休息 1 周。然后逐渐下床活动。效果欠佳者可每周一次，一般 3 次为一疗程。

治疗结果 治愈：症状及体征消失，恢复工作 28 例，其中行 1 次治疗而痊愈的为 19 例；好转：症状及体征大部分消失，基本恢复工作尚有残余症状的 23 例；有效：症状及体征部分消失，生活基本能自理 4 例。无效：症状及体征无改善 1 例。

讨 论 利用硬膜外腔插管注药，可在无痛部位穿刺，插管近患处使药物直接作用在病变部位。其中 2%利多卡因有麻醉止痛及肌肉松弛作用；氟美松有消炎消肿促进血液循环，维生素 B₁、B₁₂有营养神经、促进神经组织的代谢和细胞再生作用。生理盐水产生液压可间接作用于突出物。本法具有消炎止痛利水消肿，活血化痰，解除肌肉痉挛等作用。可使受压的神经组织水肿、充血、无菌性炎症得到治疗而消失，腰腿疼痛明显缓解。又因本法尚有硬膜外麻醉等特点，可使肌肉痉挛完全松弛，运用牵引下颤腰法、扳腿法、斜扳法等方法，较易使突出物压迫神经的位置关系得以改变，从而解除突出物压迫神经引起的症状及体征消失或疼痛得以缓解。

（收稿：1995—05—29）