

手法治疗腰椎间盘突出症

(附1324例临床分析)

承德医学院附属医院骨伤科

徐山 温有来 李宝新
于瑞杰 刘福祥*

腰椎间盘突出症是腰腿痛的主要原因，是骨伤科领域中的常见病，多发病之一。我科自1984年6月至1989年4月共收治腰椎间盘突出症1324例，应用手法治疗，收到了良好的效果，现总结如下。

临床资料

1. 性别：男性895例，女性429例。
2. 年龄：20岁以下16例，21—30岁242例，31—40岁468例，41—50岁362例，50岁以上236例。
3. 职业：干部305例，工人887例，农民120例，运动员12例。
4. 病期：3个月以内648例，6~12个月314例，1—3年201例，4~6年105例，7年以上56例。
5. 腰椎间盘突出症诊断参考标准⁽¹⁾：

(1) 腰痛合并下肢坐骨神经痛，肢体麻木或疼痛与发凉；(2) 腰椎生理曲线和患椎间隙位置关系的异常变化：侧弯、平直，反弓腰曲和定向性腰椎活动受限；(3) 立位或坐位拇指触诊可发现患椎棘突间隙增宽，该间隙开闭受限或冻结，该区椎旁有压痛和放射性压痛，棘突有偏歪；(4) 神经根牵张试验和脑脊膜牵张试验阳性，其反应程度常与神经根受刺激或压迫程度相一致；(5) 下肢感觉和腱反射异常，病程长者拇趾背伸力减弱；(6) X线正侧位片：应除外其它疾患，椎间盘突出症病人常表现腰椎有侧弯，椎间盘突出间隙常为左右宽窄不等，前后平直或后宽前窄椎间隙变窄等改变。

治疗方法和结果

1. 治疗方法

采用的方法有松腰法、坐姿定位旋转复位法⁽²⁾、牵足抖腰摆动法、痛点刺激法。每隔2—5日治疗一次，3—15次为一疗程。

(1) 松腰法：病人采取俯卧位，腰部放松，医生用双手将病人腰部左右摆动，对腰部痉挛肌肉用手掌反复按摩约3分钟，然后用单拇指在痛点部位进行指压，达到松腰和止痛目的。

(2) 坐姿定位旋转复位法：病人采取坐位，将病人双下肢进行固定，医生用手指触摸偏歪棘突部位，让病人前屈，旋转，用拇指将偏歪棘突推向对侧，使其达到复位，突出之髓核还纳。手法中可听到复位的声音。

(3) 牵足抖腰摆动法：病人俯卧位，医生用双手握住患者的两个踝部进行牵引及抖动约5分钟左右，使病人腰部肌肉松弛，巩固还纳的髓核稳定性。

(4) 痛点刺激法：上述方法后，对患者椎旁压痛部位，梨状肌及腓骨小头下方腓总神经走行部位进行反复弹拨，点穴和指压法治疗，缓解病人疼痛，巩固治疗效果。

2. 疗效标准

优：症状体征完全消失或基本消失，恢复原工作。良：症状体征基本消失，残留轻度腰部不适或足部麻木，可恢复原工作。可：症状和体征部分消失，需要进行一些辅助治疗，能做轻工作。差：经治疗主要症状体征无明显改善。

3. 治疗结果

经应用上述方法治疗，随访6个月至5年，其中优592例，良540例，可128例，差64例，总

*承德市双桥医院。

有效率95.2%。

讨论

关于腰椎间盘突出引起腰痛及坐骨神经痛的实质,陆一农氏认为包含以下诸方面:①髓核突出物直接压迫刺激神经根;②椎间盘性疼痛,由于退变之椎间盘内压力升高刺激支配后纵韧带与后部纤维环的窦椎神经而引起腰痛及反射性肌紧张;③腰椎间小关节性疼痛,由于小关节结构变化或其周围张力增高,刺激腰神经后支关节支感觉神经末梢而引起腰痛及下肢牵涉痛;④腰臀部肌筋膜性疼痛,因而,凡是针对上述诸因素的任何治疗措施,即去除腰椎管内外的致痛原因,均能收到良好的疗效⁽³⁾。通过腰椎坐姿定位旋转手法,可使受累间隙的椎间关节产生在解剖生理范围内的大幅度旋转活动,使纤维环和后纵韧带发生扭旋和牵拉作用,在旋转的过程中,对突出的髓核产生周边压力,使突出组织还纳或向周围松散,因而减轻和消除了神经根的张力,使症状缓解⁽⁴⁾。陶甫等认为通过按摩及推拿,腰部及下肢肌肉,韧带松弛、间盘间隙扩大,突出物全部或部分缩

(上接11页)

脉、带脉、阴阳跷脉有关。督脉贯脊,总督周身诸阳经。一旦罹伤,督脉脊里瘀血、水肿壅滞,诸阳经逆乱。带脉绕身如带,后与督脉交叉,前与趺脉相系。《内经》有“阳虚则宗筋纵,带脉不引,故足痿不用”之说。趺有趺捷之义,趺脉有病则伸屈运动不利,故截瘫病人下肢功能痿废。尽管是创伤早期,也适当选用温养奇经之方药。

2. 对脊柱损伤首要考虑是神经因素,而不是脊柱本身。若当时无神经并发症,也应估计有无发生神经病变的危险。若已有不完全截瘫,应谨防恶化。在胸1—腰2之间有一根大动脉,常在腰1左侧供养其上方数段脊髓,当该动脉损伤时,如脊髓前后动脉间缺少吻合支时,则出现数段脊髓坏死⁽³⁾。若伤后截瘫平面

回,使症状全部消失或大部分缓解⁽⁵⁾。通过上述方法治疗,使腰部肌肉放松,使髓核突出物复位与神经根周围粘连获得松解,改善了神经的血供,同时手法调整椎间结构,使移位椎体达到复位,矫正腰脊柱侧弯,重建腰脊柱内外平衡,从而取得临床效果。

参 考 文 献

1. 蒋位庄等,中西医结合治疗腰椎间盘突出症临床研究(附218例临床分析),骨伤科研究,1.24.1986
2. 冯天有编,中西医结合治疗软组织损伤,1977.
3. 王福根,牵扳手法治疗腰椎间盘突出症(附142例临床分析),中国中医骨伤科杂志,4.35.1988
4. 蒋位庄等,中西医结合治疗腰椎间盘突出症临床研究(附218例临床分析),骨伤科研究,1.24.1986.
5. 刘润田编.脊柱外科学,207,天津科学技术出版社 1981.

逐渐上升则与此有关。用活血祛瘀、通腑泻下药后截瘫平面下降,为中药内治该病有所启迪。

3. 后腹膜血肿多因坠坠、挤压,车祸造成严重脊椎损伤所致。它是复合性创伤中常被掩盖的并发症,常致失血性休克,死亡率较高,腰椎之血供来自腰1动脉,横突前动脉为其较粗大分支,位置较深,一旦破裂,可致后腹膜血肿,随后也可产生顽固性肠麻痹⁽⁴⁾。急服生脉散、参附汤或圣愈汤有助于病情的好转。

参 考 文 献

1. 清·陈士铎:《辨证录》
2. 董新华:《国外医学,创伤与外科基本问题分册》1987:(3):141.
3. 胥少汀:《创伤外科专题讲座》269页。
4. 郭世绂:《临床骨科解剖学》第一版,天津科技出版社,1988;142.