

骨盆牵引、推拿手法治疗腰椎间盘突出症

安徽省灵璧县人民医院(234200) 邵光

腰椎间盘突出症是临床上的常见病,我们自1982年以来采用骨盆牵引、推拿手法治疗77例,取得较满意疗效,现报告如下。

一、临床资料

177例中,男98例,女79例,年龄最小20岁,最大62岁,以20—40岁最多;病程最短为27天,最长为4年;有外伤史者113例,无明显外伤史者64例;突出位于L_{3.4}间隙者3例,L_{4.5}间隙者106例,L₅S₁间隙者68例;腰腿痛症状以左侧为主者101例,右侧72例,双侧4例。本组患者根据临床症状和体征,结合X线作出诊断的有166例,经CT检查证实为9例,经椎管造影证实为2例。

二、治疗方法

(一)骨盆牵引:

患者俯卧在牵引床上作骨盆牵引30分钟,每日1次。牵引重量根据病人耐受力进行调整。

(二)推拿手法

1、患者俯卧在推拿床上,医者用一指推手法沿患者脊柱两旁由上至下反复操作,再用直推分推手法操作数遍,最后用擦法沿患者腰部、臀部及患侧上肢进行治疗,同时配合拿法交替进行。

2、医者用双手拇指沿脊柱两侧间断有顺序地向下按压至腰骶部,在按至肾俞、压痛点八髎等穴时,刺激要强停留少许,然后再取患侧及健侧的居髎、环跳,承扶、委中、承山等穴。

3、患者取侧卧位、患侧在上屈曲、健侧在下伸直,上肢放在身后。医者立于患者对面一前臂屈肘置于肋骨翼后侧,另一前臂屈肘置于肩前,两前臂同时向相反方向逐渐用力使腰部旋转。然后变换体位用同一方法做另

一侧。

4、患者俯卧位,医者一手托住患者双膝部缓缓向上提起,另一手掌按压腰部(以病变处为中心)而后两手同时向相反方向用力,使腰部过伸,操作2~3次。

5、患者仰卧位,医者双手分别按住患者膝部与小腿下端向患者的腰部作下压动作,再逐渐用力将患肢拉直,操作3~5次。上法每天治疗1次,10次为1疗程,每次治疗时间20~30分钟。

三、疗效分析

(一)疗效标准

1、治愈:症状体征消失,活动功能恢复正常。

2、显效:症状体征明显减轻,活动功能基本正常。

3、好转:腰腿痛症状有所减轻,活动功能有改善。

4、无效:治疗前后无改变。

(二)治疗结果

177例中,治愈98例占55.4%,显效43例占24.3%,好转31例占17.5%,无效5例占2.8%。治疗次数:10次以内26例,20次以内51例,30次以内66例,30次以上34例。

四、病历介绍

尹某,女,29岁,工人。1987年6月30日初诊。腰部及左上肢疼痛4月,有腰部外伤史,不能久立,咳嗽时疼痛加重,经中、西药等治疗效果不佳。检查:腰椎生理前凸消失,腰肌痉挛,L₅S₁,左旁压痛并向同侧下肢放射。左侧居髎、环跳穴处压痛。直腿抬高左25度,右60度,足背屈试验(+),挺腹试验(+),左跟腱反射↓,屈颈试验(+). CT扫描,扫描部位:L₃—S₁,示:L₅S₁,椎

间盘突入椎管内偏左侧触及左侧神经根，诊断为腰₅骶₁椎间盘突出症。经上法治疗3次腰腿痛明显减轻，8次治愈，活动功能恢复正常，直腿抬高左右各90度。2年后随访无复发。

五、讨论

1、关于骨盆牵引治疗椎间盘突出症的作用机制探讨：通过牵引可能使椎间隙增大，缓解腰肌痉挛，使关节突关节拉开并使椎间孔扩大，从而解除对神经根的挤压。二是使椎间盘间隙产生内负压，并使后纵韧带紧张，纤维环的张力发生变化，对突出部分髓核组织产生周边压力，使髓核有还纳趋势，有利于突出物部分还

纳或改变与神经根的位置关系。

2、关于推拿手法作用机制探讨：通过手法的治疗可达到舒经活络，解除肌肉痉挛，松懈神经根粘连，将突出的髓核挤破、部分还纳或改变与神经根的位置关系，从而减轻对神经根的压迫与刺激，促使炎症与水肿的吸收，起缓解症状之作用。

3、根据本组病历观察，病程短初发病的患者治疗效果较好，病程长反复发作并继发脊椎退变、椎管狭窄以及中央型椎间盘突出者疗效较差。

(上接19页)

其损伤病因属跌碰致伤11例、冲撞致伤5例、重物所掷致伤3例、拳击致伤14例、挤压致伤5例、扭闪致伤2例。

治疗效果：治愈21例，（疗程较短，在三周内伤处疼痛及畸形消失）；基本治愈26例伤处疼痛畸形基本消失，疗程约4—5周）；好转3例（伤处畸形及疼痛虽有减轻，但仍有些反复）。

四、讨论

1、肋软骨与肋骨连结是由肋软骨的外侧端嵌入肋骨前端的凹陷部构成，周围有骨膜包绕，成年人也有见发生骨化。肋软骨与肋骨连结虽称不动关节。但也有着扩胸帮助呼吸的微动机能，这个连结从力学上是“危险截面”，即使成年人骨化了也是这样。且肋骨较肋软骨长，接受暴力冲击的机会较多，故暴力往往造成骨连结的肋骨位置后移，临床触诊扪及软骨向前，在50病例中，属这一类就有46例，占92%；但若冲击力点直接作用在软骨时，也可出现骨连结的肋骨位置前凸等现象，这组病例中仅发现4例，占8%。由于第一肋受锁骨保护而第2肋至第10肋没有接胸骨，受力后可塑性

较强，故临床上第2—7肋的骨连结受伤错缝发病率较高。骨连结错缝可拉伤及挤压周围软组织，出现部分肌纤维撕伤出血，渗出肿胀或产生骨膜下出血。由于牵拉及血肿挤压刺激肋间神经，故临床症状出现疼痛较一般胸壁挫伤剧烈，并可因呼吸或活动上肢及转体而牵动胸部肌肉致胸痛加剧。若不及时给予妥善处理则可因胸壁肌肉粘连或骨膜下血肿肌化使骨连结畸形愈合，遗留长期疼痛，故对这一疾患的认识有必要予以重视。

2、肋软骨与肋骨连结错缝的诊断及治疗恢复标准，主要靠医生触诊及病人主诉和临床观察，未有其它客观检查手段，但绝大多数病人在复位前伤处剧痛而复位后即顿感疼痛减轻，这说明了诊断指征及诊疗方法有一定的临床意义。

3、陈旧性骨连结错缝，虽局部有畸形可见，但疼痛不明显者，以不进行再复位为宜，因再复位恐牵动已粘连修复之软组织而出现新的疼痛。

4、固定方法仍较简单，遇胶布过敏，影响固定尚缺乏较理想办法。