

三步手法治疗腰椎间盘突出症

湖南中医学院第二附属医院 (410005) 周尊谦

笔者采用提抖,拉压,旋转三步手法对符合腰椎间盘突出症典型症状,并经 CT 确诊 27 例进行治疗,效果满意,报告如下。

临床资料

本组 27 例中男 18 例,女 9 例;年龄 22~65 岁;病史最长 18 年,最短 1 周,平均 21 个月;27 例共突出 28 个间盘, L_{1~2}, L_{3~4}, 各 2 个, L_{4~5}, L_{5~S₁}, 各 12 个;中央型突出 2 个,左后型 16 个,右后型 10 个;突出间盘横径为 3.4~31mm,前后径为 4~15.8mm,CT 平均值为 73.4Hu;25 例有明显外伤或扭伤史。

治疗方法

令患者俯卧于床,以擦,捏,揉等手法使患者背部肌肉放松,然后逐步施术。

提抖:令患者双手抓住床头,术者立于患者足端床上,双手分别抓紧患者的踝关节,边上提边后拉,然后两手有节奏均匀用力上下提抖 3~4 次后,再向上大幅度用力提抖一次。

拉压:第一步完成后,术者下床立于患者患侧(中央型突出立于何侧不限),在患者腹下垫一软枕。令患者双手抓住床头,助手分别抓住患者双踝关节用力向后与患者身体平行牵引,术者双手掌重叠置于患椎上。令患者作深呼吸,当患者深吸气达到最大限度时,术者双掌用力下压,听到轻微“咔嚓”声响即止。

旋转:患者端坐于方凳上,令助手以双膝挟住患者患侧膝部,术者立于患者健侧外前方。以腰椎间盘突出左侧后突为例,术者立于患者右侧外前方,右手从患者右腋下伸过搭在患者左肩部,左手大拇指抵住患椎棘突,令患者背部尽量向前弯屈,并随术者右手向右旋转,当旋转到最大限度,术者右手再加大右旋力量,听到“咔嚓”声响即止。

治疗效果

疗效标准:参考 MenSor 氏^[1]对腰椎间盘突出

手法疗效评定标准。

优:疼痛完全解除,活动不受限制,仅有一些神经体征,如腱反射减弱,受患皮区感觉稍减退和伸肌力较差;**良:**偶尔有背部和肢体疼痛,但不影响肢体活动,侧弯和拉氏试验改善。**一般:**不同程度的暂时性背痛或下肢痛,用支架后可暂时减轻,但并不影响工作,只是不能提重物,仍有一定的体征,如脊柱侧弯和运动的痛性受限。**无效:**3 次手法(隔日一次)后,症状没有减轻或虽暂时复原,但以后仍需治疗。

疗效:优 8 例,良 12 例,一般 5 例,无效 2 例。

讨 论

1. 笔者通过以上临床观察并结合有关文献分析,认为手法治疗腰突症的机理不是某一单纯的过程,而是以下几个方面综合作用的结果。(1)镇痛作用:由于手法治疗使血清中内啡肽含量增高,可使致痛物质 5-HT 含量下降,通过胆碱脂酶的增加以降低外周血管中乙酰胆碱含量而起到镇痛的作用^[2]。(2)松解粘连作用:有人通过研究^[3]发现手法使腰椎旋转过程中,紧压神经根的突出物可以远离神经根 1cm 左右,从而使突出物与神经根的关系变化起到了松解神经根粘连作用。本组 5 例疗效一般和 2 例无效者经行手术摘除,术中观察到至少有部分椎间盘脱出伴有各种不同形式的粘连。而对于腰椎间盘突出破裂的硬膜,神经根广泛粘连,如用较强的手法则反会使已破裂的椎间盘挤压马尾神经和神经根而造成不全甚至完全性瘫痪^[3]。(3)相对位置的改变,有人曾以 X 线检查患者和尸体实验观察^[4],证实牵引能使椎间隙增宽至 1.5mm 以上。反应出手法不仅可松解粘连,更可以改变突出物与神经根位置的关系。改善血液和淋巴循环从而消除水肿。本组 7 例手术摘除发现有 2 例并发神经根水

肿,毫无疑问,神经根水肿可使神经根内压增高从而导致根性坐骨神经痛。既然通过手法治疗可减轻并消除坐骨神经痛的症状及体征,则可知手法可改善血液和淋巴循环,从而促进水肿吸收和消退。(4)纠正后关节紊乱:从解剖角度看,后关节是脊柱的真正关节,有关节囊和滑膜,突出的椎间盘也将影响后椎间关节,犹如一个楔块卡于椎体之间,这样将改变后关节的互惠关系。后关节已处于它关节幅度的极限度,则会十分疼痛,所以后关节紊乱亦成为椎间盘突出病例发生疼痛的主要原因之一。

2. 对 20 例治疗效果优良者进行手法整复前后 CT 追踪,复查间隔时间最短 3 周,最长 15 个月,平均 5 个月。随访时间最长 26 个月,无一例复发。复查后突出间盘大小,横径为 2.7~29mm,前后径为 3.4~14.5mm。CT 均值为 67.8Hu。经对治疗前后横径均值差与前后径均值差进行均数的显著性检验,二者均示 $P>0.05$,表明治疗前后突出髓核大小无明显

变化,说明手法并不能使突出之椎间盘髓核还纳。同时,从本组 7 例术中所见,除腰椎间盘突出病理变化外,还有黄韧带、椎板、后纵韧带、椎体后缘、静脉丛、硬膜及神经根等均存在有不同程度的病理变化,加重了对神经根和硬脊膜的挤压。由此,反应出手法对病史长,反复发作的陈旧性病例往往效果不理想,是因为这类病人情况复杂,而椎间盘突出物往往已经纤维化,神经根周围已有粘连所致。

参考文献

1. 上海市伤骨科研究所,等. 脊柱手法治疗机理的探索.《伤骨科讲座选编》.上海市伤骨科研究所,上海市第二医学院附属瑞金医院伤骨科. 1979:255
2. 刘志诚,等. 按摩时对软组织损伤家兔全血乙酰胆碱酯酶活力的影响. 中国康复医学杂志 1987;2(4):149.
3. 郑效文,等. 腰椎间盘突出症的“推拿”适应症与机制探讨. 上海中医药杂志 1981;(4):210.
4. 周辉,等. 腰椎间盘突出症手法治疗作用机理. 中国中医骨伤科杂志 1990;6(3):17.

肱骨小头并滑车粉碎骨折 L 形克氏针内固定方法介绍

山西凤陵渡开发区人民医院(044602) 高国栋 屈德灵

我院自 1987 年以来,遇到 8 例类似肱骨滑车并小头骨折,均采用手术复位,“L”形克氏针内固定,取得满意疗效。现介绍如下。

材料与方法:术前准备 1.5mm 克氏针两根,手摇钻,骨凿,骨膜剥离器,尖嘴钳,钢丝钳。

采用肘关节外侧切口,用小骨凿凿下一薄骨片外上髁骨质,连同附着在上伸肌总肌起向下翻转,显露肘关节外侧部,探查并取去游离软骨碎片,保留主要骨片及其骨片上的关节囊(一般骨片在三块以上),直视下复位,用 1.5mm 克氏针在软骨面下 2mm 横形钻入,使几块骨片连为一体,再钻入内半部肱骨滑车内(不出关节面)将针尾折成“L”形,并在外上髁部钻一骨洞,将“L”形针尾钉入洞内。术后石膏托固定肘关节功能位 4 周。

治疗效果:本组 8 例肱骨小头或肱骨小头并滑车骨折,其中肱骨小头粉碎骨折 3 例,小头并滑车粉碎骨折 5 例均因粉碎严重,骨折片在三块以上,且无法用螺钉或交叉克氏针固定,采用此法治疗均获得成功。

8 例均系 20~45 岁青壮年体力劳动者,其中农民 3 例,建筑工人 4 例,电工 1 例。都是直接外力所伤,手术后住院 1 月去除外固定,加强功能锻炼,3 个月拔除克氏针,半年随访肘关节功能均在 80%以上,X 片显示关节面平整,骨折线消失。

讨论:肱骨小头并滑车骨折粉碎严重,且软骨面下骨质甚少,无法用螺钉或交叉克氏针固定,骨折块又极不稳定,为了使其相对牢固,将克氏针尖端钉入内侧半部滑车内,尾端采用“L”形扣入外上髁骨质内。解决了这种复杂骨折无法内固定的问题。