

手法介绍

牵引推拿治疗腰椎间盘突出症临床研究

南京军区南京总医院 (210002)

徐炳学 郭郡浩 蒋成义 李 华

采用牵引推拿方法治疗腰椎间盘突出症 (以下简称腰突症) 61 例, 获得满意疗效。本研究旨在通过观察治疗前后症状体征及腰椎 CT 的改变, 探讨牵引推拿治疗腰突症的规律。

临床资料

61 例门诊患者中, 男 40 例, 女 21 例; 年龄 25~66 岁; 病程最短 3 天, 最长 27 年, 平均为 23.9 ± 5.7 个月。突出部位 L_{4-5} 35 例, L_5S_1 20 例, L_{3-4} 与 L_{4-5} 同时突出 1 例, L_{4-5} 与 L_5S_1 同时突出 5 例。突出方向中央型 24 例, 偏右 13 例, 偏左 15 例, 左侧 3 例, 右侧 6 例。合并黄韧带肥厚 10 例, 椎管狭窄 6 例, 腰椎退变 11 例, 小关节增生 2 例, 椎弓不连致滑脱 1 例。诊断标准^[1]略。全部病例均经 CT 检查确诊。

主要症状及体征 13 个主要临床症状、体征, 按主次、程度分别给分, 即按无、轻、中、重度, 给腰痛、下肢放射痛、关节活动受限, 脊柱侧弯、直腿抬高试验分别记 0、4、7、10 分, 仰卧挺腹试验记 0、2、5、8 分, 下肢麻木、下肢发凉、步行困难、肌肉萎缩、压痛、踝反射、踮趾肌力分别记 0、2、4、6 分。

治疗方法

先牵引后推拿。患者俯卧于牵引床上, 行腰椎骨盆牵引, 牵引力量以患者感觉舒适为度, 约 50~60kg, 持

续 30 分钟。若牵引床牵引后患者有不适感, 则改用手法牵引, 患者俯卧, 全身放松, 两手抓紧床头, 一助手用双手握住病人双踝部作对抗牵引, 术者立于患侧, 用掌根按压痛点。牵引后令患者休息 5 分钟, 再行手法治疗。患者俯卧位, 医者立于患侧, 在患处体表用推、揉、揉、震等手法反复操作, 用力由轻到重, 约 15 分钟, 尽量使腰部软组织放松。然后点按痛点及命门、腰眼、腰阳光、肾俞、承扶、委中等穴, 在患肢后侧用肘推法自上而下操作 3~5 遍。患者改侧卧位, 患侧在上, 医者立于后方, 点按环跳, 风市、梁丘、足三里、阳陵泉等穴。点环跳穴时间宜稍长, 约 30 秒。接着沿患肢外侧用肘推法自上而下操作 3~5 遍, 再行腰部斜扳法 1 次。患者改仰卧位, 医者立于患侧, 先点按气海穴, 患者感觉胀痛约 1 分钟, 快速放松, 以改善双下肢血液循环, 最后以摇法结束。每天治疗 1 次, 12 次为 1 疗程。疗程间隔 2~3 天, 一般治疗 2~3 个疗程, 随访时间为 3 个月。

注意事项 嘱患者硬板床休息, 避免弯腰、负重及过度行走。斜扳腰部时不可过分追求关节响声。对重度患者的手法刺激宜轻不宜重, 尤其对中央型腰突症的手法操作更需谨慎。

表 1 治疗后主要症状、体征积分的变化 ($\bar{X} \pm S$)

症状体征	例数	治前	治后	前后差	t 值	P 值
腰痛	61	8.67±2.02	1.21±1.83	7.46±2.24	26.01	<0.001
下肢放射痛	58	7.48±2.33	1.59±1.97	5.90±2.41	18.64	<0.001
下肢麻木	57	4.18±1.53	0.74±0.97	3.44±1.45	17.91	<0.001
下肢发凉	28	4.07±1.84	0.29±0.71	3.79±1.75	11.46	<0.001
步行困难	60	4.33±1.65	0.10±0.44	4.23±1.61	20.35	<0.001
肌肉萎缩	29	2.83±1.26	1.0±0.80	1.83±1.04	9.48	<0.001
关节活动受限	61	8.18±2.14	0.39±1.20	7.79±2.14	28.43	<0.001
压痛	61	5.15±1.24	0.23±0.74	4.92±1.53	25.12	<0.001
脊柱侧弯	50	6.58±2.19	0.48±1.31	6.1±2.26	19.09	<0.001
踝反射	55	3.20±1.25	0.29±0.71	2.91±1.21	17.84	<0.001
踮趾肌力	56	3.93±1.70	0.30±0.71	3.63±1.60	16.98	<0.001
直腿抬高	59	7.97±2.26	0.20±0.89	7.76±2.25	26.49	<0.001
仰卧挺腹	44	3.98±2.42	0.30±0.70	3.68±2.24	10.90	<0.001
病情指数	61	63.13±19.16	6.08±8.26	57.05±17.47	25.51	<0.001

结 果

1. 疗效标准与治疗结果：61 例中，临床缓解（症状及体征全部缓解，病情指数下降幅度为 100%）24 例，显效（症状及体征明显减轻，病情指数下降幅度 $\geq 80\%$ ）27 例；有效（症状及体征有一定程度减轻，病情指数下降幅度 $\geq 50\%$ ）10 例；无效（症状及体征改善不明显，病情指数下降幅度 $< 50\%$ ）0 例。总优良率（缓解 + 显效）为 83.6%。

CT 复查结果 61 例患者中复查 24 例，有改善者 10 例，占 41.7%。其中椎间盘突出消失者 2 例，好转者 8 例。

随访结果：临床缓解 24 例中随访 21 例，随访时间 3 个月 4 例，6 个月 7 例，12 个月 10 例，均无复发。

2. 症状体征的改善（见表 1）：13 项症状体征积分治疗后多有明显改善。

3. 不同程度病情指数的疗效（表 2）

表 2 不同程度病情指数的疗效比较（例）

程度	缓解	显效	有效	合计
轻	8	9	0	17
中	10	7	4	21
重	6	12	5	23

13 项症状、体征积分之和为病情指数，病情指数 < 50 分者为轻度，50~69 分者为中度， ≥ 70 分者为重度。经 X^2 检验， $X^2 = 6.285$ ， $P < 0.05$ ，表明不同程度病情指数之间无明显疗效差异。

4. 相关症状观察（见图 1、图 2）

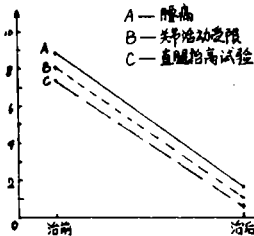


图 1 腰痛与腰部活动受限、直腿抬高试验的关系

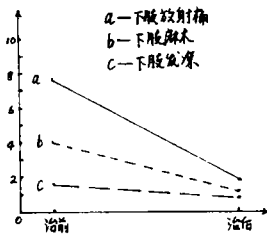


图 2 下肢放射痛与下肢麻木、下肢发凉的关系

经统计学处理，治疗前、后的腰痛与腰部活动受限、直腿抬高试验之间，下肢放射痛与下肢麻木、下肢发凉之间均呈正相关。

讨 论

1. 手法疗效的关键是缓解腰痛。疼痛刺激引起腰肌紧张痉挛，反过来又增加了椎间盘压力，使突出刺激加重。通过点、按及揉肾俞、命门、腰阳关、腰眼、环跳、委中等穴，改善局部血液循环，促进损伤组织修复、松解痛处粘连，配合牵引将紧张痉挛肌肉拉开，达到止痛目的。从本组资料来看，腰痛与腰部活动受限、直腿抬高试验呈正相关，治疗前前者积分高者，后者积分亦高；治疗后前者消失或积分降低者，后者亦随之消失或降低。换言之，改善了腰痛症状则腰部活动受限、直腿抬高试验等相关症状体征亦随之改善。

2. 理筋整复旨在恢复脊柱平衡。在缓解疼痛与肌紧张的基础上，运用震颤、斜扳法以纠正腰椎小关节紊乱，理顺筋络，有助于恢复脊柱平衡、促进突出髓核的回纳。本组病例经治疗后脊柱侧弯明显好转，即是明证。复查 CT 24 例中，椎间盘突出有改善者 10 例，其中突出消失者 2 例，好转者 8 例。其机制是否与突出髓核回纳或碎裂后吸收有关，尚待验证。

3. 点按穴位有助于下肢症状的缓解。突出的椎间盘刺激腰骶神经根，可致下肢放射痛；刺激本体感觉和触觉纤维，可引起下肢麻木；刺激椎旁交感神经纤维，导致下肢血管壁收缩，可致下肢发凉；压迫神经根重时，可出现下肢肌肉萎缩、肌力减退、踝反射减弱等。点按气海穴，通过刺激腹主动脉，以增加下肢组织灌注。沿坐骨神经分布，点按环跳、风市、梁丘、阳陵泉、足三里等穴，再用肘推法自上而下操作，促进下肢血液循环，帮助神经功能的恢复，从而使前述的下肢症状、体征得以缓解。本组多数患者治疗后腰椎 CT 无明显改善，而其症状体征消失，推测可能与手法松解粘连、改善循环、恢复神经功能有关。下肢放射痛是下肢症状的重点，本组资料显示，下肢放射痛与下肢麻木、下肢发凉呈正相关，治疗前前者程度重者，后两者一般程度亦重；治疗后前者消失或减轻者，后两者大多亦随之消失或减轻。

参考文献

1. 中国人民解放军总后勤部卫生部编. 临床疾病诊断依据治愈好转标准. 北京: 人民卫生出版社, 1987: 705~706.

（收稿：1995-08-15；修回：1996-04-09）