

耳针手法治疗腰椎间盘突出症的临床观察

浙江省杭州市中医院 (310006) 费鸿鑫

自 1985 年 6 月~1987 年 8 月间, 我们采用耳针、手法治疗腰椎间盘突出症 100 例, 现报告如下。

临床资料

在 100 例中, 男 76 例, 女 24 例; 年龄 20~64 岁; 病史最短 2 个月, 最长 21 年, 平均 3 年半; 有明显外伤或劳损史 78 例, 无明显诱因 22 例; 主要症状和体征: 腰痛以左侧为主 67 例, 右侧 31 例, 两侧均痛 2 例; 患肢放射痛 86 例, 脊柱侧弯 73 例, 椎间区叩痛 89 例, 直腿抬高试验 60°以下 94 例, 腓总神经挤压(+)67 例, 患侧小腿皮肤感觉迟钝 83 例, 患侧小腿前群肌肌力减退 74 例。根据 X 线片、CT、造影等影像学检查诊断, 突出在 L_{3/4} 5 例, L_{4/5} 63 例, L₅S₁ 32 例。X 线片表现: 正位片示腰椎侧弯 51 例, 椎体增生 23 例, 腰椎生理弧度变直 46 例, 侧位片示椎间隙变窄 14 例, 腰椎后突 2 例, 出现 I 度滑脱 2 例。

治疗方法

首先给患者以 30 分钟的耳针电刺激, 然后进行手法治疗。

1. 耳针: 取穴: (1) 臀穴穿坐骨神经穴; (2) 腰椎穿骶椎穴; (3) 神门穴。操作: 针刺双侧耳穴。臀穴进针, 朝坐骨神经穴平穿; 腰椎穴进针, 朝骶椎穴平穿; 神门穴直刺 0.3~0.5 分。前二针实际是一针穿二穴。进针深度, 前二针平穿为一寸左右, 神门穴直刺为 0.3~0.5 分。留针并连接多功能脉冲仪。根据患者耐受程度, 调整脉冲频率, 常用频率为 120~240 次/分。持续刺激 30 分钟, 然后拔去耳针, 进行手法治疗。

2. 手法: 本套手法称“手法回纳术”, 是采用三种体位, 八组手法完成整个治疗过程, 即“三位八法”。

(1) 牵引法: 患者仰卧, 以腰椎为中心, 采用对抗平行牵引手法, 一般持续对抗牵引 3~5 分钟。

(2) 俯卧伸腰法: 患者俯卧。术者将其两下肢提起并使腰部过伸, 同时上下摆动十余次。

(3) 搬腿屈膝、屈髋旋转拔伸法: 患者仰卧。以患侧在右侧为例, 术者右手握患者右小腿踝关节上部, 左手按右膝上外侧, 屈膝屈髋, 按正问号方向由外向胸部压旋, 然后迅速绷直, 反复数次, 在旋转过程中要使后臀抬起, 腰部随之扭动。

(4) 绷膝屈髋过伸法: 患者仰卧。此法要点在于压

住骨盆, 绷直膝关节, 最后屈足背向下, 外下和前下三个方向加强过伸。

(5) 斜扳手法: 患者侧卧。术者用一手按住其髂骨后外缘, 一手扳其肩前, 两手交错用力斜扳。然后转向另一侧卧位, 如法再行一次。

(6) 俯卧背伸弹压法: 患者上胸部及骨盆处各垫一 40cm 高的软垫, 使腰部过伸, 用双手掌按住椎间盘突出部位, 以较快频率 (40~50 次/分) 不断向下冲击, 持续 3~5 分钟。

(7) 俯卧点压法: 用拇指或肘尖部重力按压腰、臀部压痛点, 反复数次, 然后用空心掌拍打数次。

(8) 腹部按摩理气法。

以上整套手法操作程序一次性完成。完成后需下腰部腰围制动固定, 卧床休息 2~3 周, 同时予以中药调理。

治疗结果

疗效评定标准: 优: 症状完全消失或接近消失, 直腿抬高试验 (-) 达 85°以上, 能恢复生活工作; 良: 症状基本消失, 有时感腰腿部轻度酸痛, 直腿抬高试验超过 70°, 能恢复生活工作; 可: 症状部分消失, 直腿抬高试验较前改善, 可担任较轻的工作; 差: 症状无明显改善, 不能参加工作。

治疗结果: 手法后 3 周观察, 优 36 例, 良 42 例, 可 8 例, 差 14 例。优良率为 78%。手法后一年随访, 回信 32 封, 其中疗效巩固 26 例, 复发 6 例。

讨论

1. 疗效分析: 据本组治疗经验及疗效, 我们认为此法对于首次发病或病史在 3~6 个月内的病人效果较好, 年龄轻的较年龄大的效果好, 男性与女性之间无明显差异; 而在 14 例无效者中, 12 例改行手术治疗, 术中发现椎间盘中央型突出 2 例, 侧隐窝狭窄 4 例, 黄韧带肥厚 5 例, 椎间盘破裂突入椎管 1 例。对于病史长久、反复发作的陈旧性病例往往效果不显著, 因为这类病人的病理变化情况比较复杂; 对于中央型大块突出效果往往不够理想。

2. 耳针的机理 ①据报道针刺不同穴位, 可以使血液中血细胞有选择地增高, 血中游离组织胺含量下降, 并能增强细胞的吞噬功能, 从而对局部炎症的吸

收、消退有显著的作用。我们认为针刺耳穴并经过半小时的脉冲刺激,使耳穴的定位区域——腰骶部,即腰椎间盘突出病变所在处的局部微循环得以改善。神经根血供增强后,水肿、炎症有一定的消退;②据文献报道,针刺可引起外周血液中致痛化学因子变化;针刺对许多疼痛性疾病具有止痛作用,并认为穴位感觉神经末梢是针刺产生镇痛作用的基础,神经传导功能正常则是针刺镇痛的重要条件。我们分析,耳针和脉冲刺激信号远较病灶的疼痛刺激信号强,中枢神经系统在接受信号时,前者抑制了后者,使病灶的痛阈提高,从而体现镇痛效果。

3. 手法的机理

(1) 对抗牵引手法:据我们测量,在仰卧位对抗牵引持续数分钟后,胸骨柄至耻骨联合上缘的距离增大 2cm 左右。根据生物力学,在仰卧位时脊柱上的载荷最小(因体重而产生的载荷消失),如施加牵引则进一步减轻载荷,这就是整个对抗牵引过程中,椎间盘的承压压力下降到最小,同时由于前、后纵韧带和纤维环的紧张作用,产生一个使突出的髓核向椎间盘中央回复的力。

(2) 搬腿屈膝髋旋转手法:采用此手法,患者仰卧位屈膝屈髋时,腰椎前凸变直,腰肌松弛,脊柱椎间载荷明显减轻,此情况下由下肢带动骨盆,脊柱产生旋

转运动,在旋回到仰卧平面时,迅速用力牵拉下肢,从下肢产生一个力作用于椎间盘。如果把对抗牵引比作缓慢牵拉突出的髓核回复,本手法就可比作快速的推送。所以,两组手法有明显的协同作用。

(3) 俯卧背伸弹压手法:患者俯卧位在胸背和骨盆处各置一软垫使腰部过伸,此时椎间盘的重力增加,背部肌肉相对松弛。当腰椎受压后椎间盘前缘扩大,后缘变小;前纵韧带紧张后纵韧带相对松弛。强大的由上而下的力以迫使突出的髓核由较窄的后缘向较宽的前缘移动。同时根据作用力与反作用力相等的力学原理,在松手的瞬间产生一个几乎和压力相等的回弹力。这个回弹力主要由前纵韧带、椎间韧带、纤维环等的回复张力形成。随着脊柱从过伸到回复,椎间盘由前宽后窄经过瞬间的前窄后宽,恢复到等宽状态,反复多次的椎间盘后缘的快速变化,使得突出的髓核逐渐回复到间盘中央。

(4) 腹部按摩理气手法:经过以上几个手法之后,由于交感神经丛受到牵拉刺激,术后往往产生腹胀,便秘症状。腹部按摩理气手法能明显缓解腹胀情况,不可忽视。

(收稿:1995-12-28 修回:1996-06-28)

凤阳门手法治疗腰椎间盘突出症经验

台湾板桥市皇汉中医诊所 陈玉麟 余坤地

66 例均系 1991 年 10 月~1996 年 9 月门诊患者,男 36 例,女 30 例;年龄 32~65 岁;均经 CT 或核磁共振扫描检查确诊为腰椎间盘突出症者。均不合并椎管狭窄。分型:单侧 L₄₋₅ 突出 41 例,单侧 L₅-S₁ 突出 13 例, L₄₋₅ 中央型突出 12 例。病程在 2 个月~半年之间。

手法:1. 太阳疏经:病人俯卧。术者立在侧位用掌后根或小鱼际部位,在病人腰背部位,沿脊柱正中线旁开 1.5 寸处,推、揉手法施术,由上往下,反复 5~10 次。手法要由轻到重,柔和深透。变换手法时,要协调自然。2. 凤指点穴:用“凤指”手法点按腰部阿是穴,点按患肢环跳、承扶、殷门、委中、承山、昆仑诸穴,手法要求准确、沉稳、深透以患者有酸胀感为宜。3. 肌肉弹拨法:患者俯卧位,术者立在患侧床边,以单手或双手拇指在腰、腿部疼痛肌肉部位进行弹拨手法。弹拨

施术要从痛点的上下端开始,然后诱导痛点部位,继而从上到下反复施术 4~6 次,再用揉揉手法协助理,放松局部。使弹拨的肌肉组织加速血液循环来改善局部症状。4. 腰椎牵抖法:患者俯卧位,术者双手握住患者双下肢足踝部上方,令患者双手拉住治疗床的上方,全身放松。术者用力提牵双下肢在患者腹部离开床面的瞬间发力抖动腰椎关节,主要作用是使突出的髓核部份还纳原位,或者微动移位,解除对局部神经根的压迫。5. 双腿拔伸法:患者仰卧位,术者立于旁侧。令患者双下肢自然放松,术者一手托住患肢膝关节腘窝部,另一手握住足踝部,令患肢屈髋、屈膝。然后在术者的托力和牵拉力的帮助下伸直、抬高患肢,反复 3~6 遍。

上述 66 例患者采用此法治疗,治愈 31 例,显效 12 例,好转 17 例,无效 6 例。