

手法介绍

手法治疗多间隙腰椎间盘突出症 147 例

空军总医院 (北京 100036)

韦良渠 刘世杰

1992 年 10 月~1994 年 12 月,我们用冯氏脊柱定点旋转复位法^[1]治疗经 CT 或 MRI 检查诊断为二个以上椎间隙腰椎间盘突出(膨)出患者 147 例,现报告如下。

临床资料

本组中男 80 例,女 67 例;年龄 18~70 岁;有腰部损伤史者 32 例,受凉 3 例,无明显诱因者 112 例;病程 2 天~10 年;腰椎曲度变直 134 例,反向 13 例;L₄棘突左偏 48 例,右偏 36 例;L₅棘突左偏 31 例,右偏 32 例;偏歪棘突旁压痛和/或放射性压痛 147 例;腰椎活动受限 58 例,直腿抬高试验阳性 121 例,小腿腓侧、足背感觉异常 11 例,踝反射异常 9 例。

影像学改变:本组有 131 例摄了腰椎正侧位片,其中腰椎曲度变直 115 例,反向 8 例,加深 2 例,正常 6 例。腰椎侧弯凸向患侧 54 例,凸向健侧 11 例,无侧弯 66 例。椎间隙变窄 110 例,正常 21 例。椎间隙变窄 110 例共 152 个椎间隙,其中以 L_{3,4}, L_{4,5}, L₅S₁ 椎间隙变窄者为最多 (105 例)。

147 例患者均作了腰椎 CT 或 MRI 检查,发现共有 331 个椎间盘突出(膨)出,其中二个间隙椎间盘突出(膨)出 115 例,三个间隙椎间盘突出(膨)出 27 例,四个间隙椎间盘突出(膨)出 5 例。

131 例患者摄有腰椎平片,共有 655 个椎间隙,其中显示 152 个椎间隙变窄,经 CT 或 MRI 检查,发现有 142 个有椎间盘突出(膨)出。X 线平片未见椎间隙变窄者,经 CT 或 MRI 检查,发现其中 151 个有椎间盘突出(膨)出。

治疗方法及结果

我们用手法共治疗多间隙腰椎间盘突出(膨)出症患者 147 例,治疗结果按冯氏疗效标准^[1]进行评定。治愈 97 例,好转 47 例,无效 3 例。治愈天数为 12~106 天。

单纯多间隙腰椎间盘突出(膨)出症 106 例,其中治愈 73 例,好转 32 例,无效 1 例。多间隙腰椎间盘突出(膨)出症合并椎管内其它改变者 41 例,包括侧隐窝狭窄,椎间盘突出物钙化,腰椎后纵韧带钙化,腰椎管矢状径狭窄,椎间孔变小,黄韧带肥厚,小关节突骨质增生。其中治愈 24 例,好转 15 例,无效 2 例。

二个间隙椎间盘突出(膨)出症 115 例,其中治愈 70 例,好转 43 例,无效 2 例。三个间隙椎间盘突出(膨)出症 27 例,其中治愈 22 例,好转 4 例,无效 1 例。四个间隙椎间盘突出(膨)出症 5 例,全部治愈。

讨论

1. 单椎间隙与多椎间隙突(膨)出的临床鉴别较难,应主要依据影像学检查来区别。CT 或 MRI 检查图像上显示出的每例间隙腰椎间盘突出(膨)出,并不是每一个突(膨)出的椎间盘都可引起相应的临床症状,关键是看椎间盘突出(膨)出发生的部位及突(膨)出物对硬膜囊或神经根有无刺激或压迫,如果突(膨)出物对上述二者有刺激或压迫,并引起相应的临床表现,就可诊断为腰椎间盘突出症;如果仅仅是在 CT 或 MRI 图像上显示有椎间盘突出(膨)出物,而无相应的症状体征,只能诊断为椎间盘突出(膨)出,这种无症状的椎间盘突出占 20~30%^[2]。从临床实践中,我们也发现每例多间隙腰椎间盘突出(膨)出,仅仅只有一或二个间隙的突(膨)出能引起相应的临床表现,其余的都是无症状的椎间盘突出(膨)出。

2. 本组患者的腰椎平片显示椎间隙变窄者,经 CT 或 MRI 检查,93.4%的椎间隙有椎间盘突出(膨)出,与椎间隙不窄者相比差异非常显著(P<0.01)。故临床上遇到腰腿痛的病人,要注意 X 线平片中有无变窄的椎间隙。但椎间隙未见变窄者,也不能就肯定无椎间盘突出(膨)出,本组有 30%的未见变窄的椎间隙,经 CT 或 MRI 检查显示有椎间盘突出(膨)出,这可能与椎间盘突出(膨)出发生的病程短,椎间盘的退变还未充分显示出来有关。

3. 多间隙腰椎间盘突出(膨)出症的棘突偏歪,主要以手法^[1]触诊来确定,且患椎旁有压痛和/或放射痛,其棘突间隙及韧带发生相应改变。以患者下肢的腱反射、皮肤痛觉,拇趾肌力改变等神经根受损体征,来定位起主要影响作用的椎间盘突出(膨)出。并以此来佐证所选偏歪棘突的准确性。当有两支以上神经根受损体征出现时,仍以手法触诊定位的棘突偏歪为主。

4. 以腰椎 CT 或 MRI 图像所显示突(膨)出物比

较大,神经根受压移位或神经根淹没的椎间隙来作为定位、手法治疗的参考依据。本文资料显示,手法治疗多间隙腰椎间盘突出(膨)出症的有效率是 97.9%。性别、职业、病程长短,单纯椎间盘突出(膨)出与其并发椎管内容其它改变,对治愈率影响不显著。二个间隙与三个、四个间隙的椎间盘突出(膨)出,对其有效率影响不显著。

参考文献

1. 冯天有. 中西医结合治疗软组织损伤. 北京: 人民卫生出版社 1977: 71~125.
2. 吕刚, 等. 疼痛与神经根损伤. 中华骨科杂志 1996; 16(3): 182~183.

(收稿: 1995-12-28 修回 1996-05-06)

手法治疗肩周炎的临床观察

安徽省淮南市中医院 (232007) 廖曙和

从 1990 年 8 月~1994 年 10 月,我们采用一次性手法松解粘连配合练功及中药治疗,对资料较完整的 169 例肩周炎患者走访 1 年,118 例取得较满意的效果,优良率占 91.5%,现将治疗情况介绍如下。

临床资料

本组肩周炎患者 118 例,男性 43 例,女性 75 例;共 122 肩,左 52 肩,右 70 肩,双侧肩部 5 例;本组病例中女性发病率高于男性。年龄 30~75 岁。

治疗方法

1. 手法: (1) 在患肩不痛点作指压揉摩,再在整个肩部作推拿、捏、搓、直至局部发热,深部组织松软,疼痛减轻。(2) 点压肩周穴(取穴方法: 术者掌侧腕横纹对患者背侧腕横纹,伸直食指,食指所指处);同时作顺逆时针方向环转肩关节。(3) 病人仰卧: 术者在患侧,将患肢屈肘,徐徐前屈,外展;外旋肩关节,然后迅速上举将前臂放置头后枕部。在上举的瞬间,可感到“撕扯声”,这是手法成功的标志。(4) 患者俯卧,在患侧肩胛骨内缘作揉摩,在肱二头肌腱处作揉、捏、弹拔,同时将患肢屈肘后伸,旋转,使手抵背颈部。

2. 练功: 练功必须达到功能位要求,每天 3~4 次,每次 20~30 分钟。(1) 以患肩为轴心,作环旋运动,按顺逆时针方向各数次,幅度越大越好。(2) 双臂伸直贴耳上举头顶(初练时可用健手帮助上举),然后屈肘,前臂经头顶,手抓住对侧耳朵,头向健侧歪,以增中腋部伸展。(3) 屈肘置胸前,手搭对侧肩部,健手推肘,使手摸到颈背部。(4) 双臂内旋后伸,手背贴腰骶部,以拇指做支撑向上,健手帮助将患手推向对侧肩胛部。(5) 两手指对插,上举头顶,掌心向上,用力推托。

3. 中药: 普遍采用中药内服加外用熏洗。内服运用和营止痛汤加减,常用药物: 赤芍、川断、川芎、片姜

黄、桃仁、红花、当归、桑枝、乳没、杜仲,徐长卿等。外用熏洗方以海桐皮汤为主,常用药物: 海桐皮、川椒目,红花、山奈、姜衣,透骨草、伸筋草、麻黄等。

讨 论

1. 关于暴力撕扯肩关节囊的问题。手法松解粘连是一种被动运动。一般使患肢上举、外展、内旋、后伸等手法,其被动运动范围均在机理生理的限度内,只要施力得当,医患配合好,是不会造成人为损伤的。因为粘连在很大程度上包含关节囊粘连要松解粘连而又不影响到关节囊几乎是不可能的。根据收集的大量的资料及临床病例分析,极大部分患者在手法松解过程中伴有不同程度的肩关节囊、滑液囊撕裂。这不仅表现在手法松解过程中可以听到清晰的“撕扯声”,而且有大量的 X 线肩关节囊造影报道作依据。在手法松解过程中听到的撕扯声,不仅是关节囊的撕裂,同时也是粘连被松解的标志。为患者能按正常运动范围活动提供前提,然后,使患者在动态——经常活动的状态下修复,以恢复肩关节的稳定性,达到治愈目的。

2. 关节囊撕裂后引起的关节内积血而造成再粘连的问题。在手法松解过程中确实存在关节囊被撕裂问题,但并非象持否定态度者那样因害怕局部出血会加重肩关节功能障碍而彻底否定手法的治疗作用。运用手法和练功能够消散瘀肿,加快组织对积血的吸收,减轻关节滑膜的炎性反应。配服中药内服外用,对于防止关节再粘连,恢复肩关节功能有促进作用。从几年的临床治疗来看,没有一例因为用力不当而造成肩关节人为损伤,而只要术后坚持正确的功能锻炼,可以把多发再粘连的比率降到最低。

(收稿: 1995-11-21)