

• 手法介绍 •

腰椎间盘突出症术后复发的手法治疗

吴华军 沈景允

浙江省中医院 (杭州 310006)

本次报道共收录了 8 年来腰椎间盘突出症手术后复发病例 32 例, 用一次正骨推拿法治疗与 60 例腰椎间盘突出症手法治疗后的疗效比较, 两组无差异。报道如下。

临床资料

术后复发组 32 例中男 18 例, 女 14 例; 年龄 26 ~ 42 岁, 平均 35.2 岁; 手术后复发时间最短 15 天, 最长 2 年, 平均 6 月。椎间盘突出位置 L₄₋₅ 节段 10 例, L₅S₁ 节段 8 例, L₃₋₄ 节段 2 例, 多个间盘突出 12 例; 椎间盘突出伴黄韧带增厚 3 例, 伴椎体骨质增生 5 例, 手术节段外椎间盘突出 4 例。原手术方法有全椎板切除术 14 例, 半椎板切除术 8 例, 开窗术 10 例。对照组: 男 34 例, 女 26 例; 年龄 18 ~ 60 岁, 平均 34.5 岁; 平均发病时间 3 个月; L₄₋₅ 节段 25 例, L₅S₁ 节段 20 例, 多个间盘突出 15 例; 椎间盘突出伴黄韧带增厚 2 例, 伴骨质增生 6 例。

治疗方法

患者在硬膜外麻醉下, (1) 牵引法: 仰卧位行骨盆牵引 15min, 重量 50kg; (2) 抬腿压腿法: 患者仰卧位, 助手固定骨盆, 术者立于患侧, 将患肢抬高至 90°, 一手扶膝, 一手握足底下压 30 次, 重复 3 次; (3) 脊柱旋转法: 患者侧卧, 助手固定患侧肩部, 患者屈膝屈髋下, (患侧在上) 术者一手扶患侧膝部, 一手扶臀部旋转腰脊 1 次; (4) 后伸腿压腰法: 俯卧位, 术者以肘尖压患侧椎旁痛点, 助手抱患者大腿向上提拉 1 次。如有脊柱侧弯, 在向上提拉同时向凸侧方向侧扳纠正之, 如有腰臀部肌筋膜痉挛, 以肘尖点弹痉挛处肌筋膜 1min。手法结束后, 嘱患者卧床 1 周; 3 天后开始蹬腿踢腿锻炼, 起床后行“燕子飞”式训练, 以加强腰背部肌肉。两组均经上述手法治疗。

治疗结果

疗效标准: 根据改良的 Macnab 标准 (优: 疼痛消失, 无运动功能障碍, 恢复正常工作和活动; 良: 偶有疼痛, 能做轻便工作; 可: 有些改善, 仍有疼痛, 不能工作; 差: 有神经根受压的表现, 需进一步

手术)。治疗结果: 术后复发组: 优 19 例, 良 7 例, 可 3 例, 差 3 例, 有效率 90.6%; 对照组: 优 41 例, 良 13 例, 可 5 例, 差 1 例, 有效率 98.3%。经统计学处理, $X^2 = 1.416, P > 0.1$, 两组之间无差异。

讨 论

1. 腰椎间盘突出症术后复发原因

(1) 腰椎间盘突出症手术摘除处理不彻底及术后并发症的发生。椎间盘突出后所引起的病变可影响到整个椎管, 如脂肪间质增多, 黄韧带增厚, 椎体及小关节突的骨质增生等, 由于椎管内的挤压, 也常致对侧神经根产生粘连, 因此, 病变侧的开窗术, 神经根松懈术, 半椎板切除术等手术后残留的椎间盘组织及疤痕组织的产生, 加上术后引流不畅, 瘀血留滞, 椎管内静脉曲张, 蛛网膜充血、水肿, 致使神经根长期受压产生无菌性炎症而粘连。再则由于手术后脊柱稳定性破坏, 椎体及纤维组织易引起增生, 加上脊柱的退变, 韧带的增厚骨化, 导致继发性椎管狭窄, 本组中出现 5 例明显的骨质增生, 而 3 例疗效差者, 为开窗术后椎间盘原位突出较前为大, 挤压硬膜囊达 2/3 左右, 堵塞侧隐窝, 导致神经根粘连, 无法分离。

(2) 腰椎间盘病变部位经手术摘除后, 随着脊柱稳定性的破坏, 加上其他因素, 另外节段的椎间盘又突出, 重新出现椎管内的一系列病变而致腰腿痛重新出现, 本组中 4 例出现这样的情况。

2 手法治疗机理探讨: 胡有谷认为腰椎间盘突出症的发病机理主要为牵张性机制和压迫性机制^[1]。牵张性机制是指突出的椎间盘顶在神经根上所造成的压迫致神经根牵张; 压迫性机制则是突出物直接将神经挤压至椎管后壁。有日本学者认为腰痛与腹肌相关, 腰痛是腹肌力量低下对脊柱保护作用不足而产生的结果^[2]。这与日常所见腰腿痛病因中打喷嚏时腹肌强烈收缩后可使椎间盘突出的情况相似。在腰椎间盘突出症患者中, 我们往往能发现腰椎生理弧度改变, 脊柱呈“S”型弯曲, 这本身是人体为避免神经根受压而出现的保护性姿势, 而通过一次正骨推拿手法, 可纠正脊柱的生理弧度及侧弯分离神经根的粘连, 促进局

部血液循环, 消除无菌性炎症, 解除肌肉的痉挛, 并使部分髓核发生位移。有人曾对脊柱尸体模型进行旋转手法的试验, 发现椎间盘在旋转过程中的压力变化, 由于纤维环和后纵韧带发生紧张、扭转和牵拉, 可使一部分髓核还纳^[3]。我们曾对 30 例进行手法治疗前后的 CT 对照, 发现髓核还纳或部分还纳有 22 例, 增大 1 例。因此, 我们认为手法对髓核起到了位移作用^[4]。而腰椎间盘突出症术后复发的病理机制中包括髓核突出, 神经根的粘连, 脊柱平衡破坏所引起的腰痛, 脊柱侧弯, 肌肉痉挛等症状及体征与对照组相似, 采用一次正骨推拿法同样收到了显著疗效。

参考文献

1. 胡有谷. 腰椎间盘突出症. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 1995. 127
2. 角南昌之. 腰痛患者的增加训练. 国外医学. 物理医学与康复医学分册, 1990, 10: 147
3. 马达, 蒋位庄. 脊柱旋转手法治疗腰椎间盘突出症的实验研究. 中国骨伤, 1994, 7 (2): 7
4. 沈景允, 钱明山, 张志桥, 等. CT 扫描观察推拿治疗腰椎间盘突出症. 中国中西医结合杂志, 1993, 13 (6): 358

(收稿: 1998-06-11 修回: 1998-10-12)

摇摆反折手法治疗儿童尺桡骨远端骨折背向移位

孙华斌

湖北省黄陂县人民医院 (432200)

儿童尺桡骨远端骨折背向移位临床上一般按克雷斯科骨折伸直型处理, 若单纯牵引、尺偏掌屈腕关节, 往往不能成功。本人自 1993 年开始采用摇摆、反折手法治疗儿童尺桡骨远端骨折背向移位 84 例, 均一次成功, 达到解剖复位, 现报告如下。

临床资料

本组 84 例中男 56 例, 女 28 例; 年龄 4~14 岁; 左侧 32 例, 右侧 52 例, 均为单侧发病。受伤时间, 最短 1 小时, 最长 7 天, 经外院行复位固定 26 例。

治疗方法

1. 整复方法: 患儿取卧位, 患肢外展 90°, 肘屈曲 90°, 前臂旋前位, 一助手握住上臂, 术者握住大小鱼际处, 顺势作牵引 2~3 分钟, 再将两拇指顶住远折端, 余四指置于手掌侧, 作掌背侧、尺桡侧摇动, 再背伸腕关节, 加大背伸角度, 使嵌入骨折端的软组织解脱出来。两拇指按压远折端, 并迅速尺偏掌屈, 并挤压下尺桡关节。

2. 固定: 复位满意后, 在维持牵引下, 按单纯克雷斯科骨折固定方法处理。固定时间 2~4 周, 平均为 3 周。

治疗结果

本组 84 例均一次成功复位, 达到解剖复位。临床愈合时间, 最短 2 周, 最长 4 周, 平均 3 周, 经 6 个月~2 年随访, 功能恢复满意, 无后遗症。

讨 论

尺桡骨远端骨折, 背向移位临床上多见于儿童。

本病发病特点是手撑着地时, 前臂的纵轴线与地平面构成的角度随着身体从后上向前下继续运动的惯性作用, 由小于 90° 到大于 90° 的过伸位, 来自上而下和由下而上的合力及腕关节极度背伸桡偏的应力交集于桡骨远端, 造成远折端的背侧斜向近折端皮质的折断, 骨折线由远折端的背侧斜向近折端的掌侧的短斜型骨折或锯齿型骨折^[1]。这是产生骨膜、筋膜等软组织嵌顿因素之一。另外, 当前臂旋前时掌侧关节囊紧张, 背侧关节囊相对松弛^[2]。外伤时, 背侧骨膜完整, 而掌侧骨膜撕裂, 撕裂的骨膜、筋膜等软组织常嵌顿在骨折端而妨碍复位。因此, 能否彻底分离松动嵌顿软组织是整复成功的关键, 故整复时一定要顺势作充分拔伸牵引, 同时作掌背侧, 尺桡侧摇动及加大背伸角度, 解除嵌顿的软组织, 再迅速作尺偏掌屈, 从而达到复位目的。否则, 不但难以整复成功, 反而加重局部软组织损伤。笔者原来曾按单纯克雷斯科骨折处理、即牵引、尺偏掌屈, 或运用在强力下折断一个骨折端的尖角完成复位^[3], 有时很难达到目的, 而不得不行手术治疗, 从而给病人带来痛苦。

参考文献

1. 孙广生, 廖怀章. 儿童桡尺骨干下 1/5 骨折桡骨背向移位. 中医正骨, 1992, 4 (2): 12
2. 中国科技医科大学编. 实用解剖学图谱四肢分册 (上册). 上海: 上海科技出版社, 1984
3. (英) R. 麦克雷. 实用骨折治疗图解. 上海: 上海翻译公司, 1988. 133

(收稿: 1998-06-11)