

## ·手法介绍·

## 手法治疗退行性腰椎管狭窄 24 例临床观察

Clinical observation for manipulative treatment of degenerative spinal canal stenosis: A report of 24 cases

王韬<sup>1</sup>, 丁烈<sup>2</sup>

WAN G Tao, DING Lie

关键词 椎管狭窄; 正骨手法; Key words Spinal stenosis; Bone setting manipulation

腰椎退行性改变导致的腰椎间盘突出伴假性腰椎体前滑脱可引起腰椎管狭窄, 手术治疗不能满足全部患者的要求, 故探究保守疗法十分重要。我科自 1999-2002 年采用手法治疗腰椎退行性改变导致腰椎管狭窄患者 24 例, 疗效满意, 报告如下。

## 1 临床资料

本组 24 例, 男 17 例, 女 7 例; 年龄 54~73 岁, 病程 3 个月~9 年, 均有反复发作病史。24 例患者除均有间歇性跛行外, 其中腰腿痛 21 例, 单纯腿痛 3 例; 伴有腿麻者 20 例, 下肢乏力者 12 例, 腰背伸症状加重者 20 例。查体: 腰椎侧弯 15 例; 腰椎前曲增大 2 例, 消失 15 例, 后凸 7 例; 膝跟腱反射障碍 19 例, 感觉障碍 23 例, 下肢肌力弱 21 例。X 线及 MR 检查示: 腰生理前曲增大 3 例, 生理前曲减少或消失 15 例, 腰椎后弓 6 例; 24 例病人均存在小关节突增生肥大和腰椎间盘突出, 其中 L<sub>4,5</sub> 单节段突出者 2 例, 多节段突出者 22 例 (L<sub>2</sub>~S<sub>1</sub> 突出 3 例, L<sub>3</sub>~S<sub>1</sub> 突出 13 例, L<sub>4</sub>~S<sub>1</sub> 突出 6 例); L<sub>3</sub>、L<sub>4</sub> 椎体前滑脱 I 度 2 例, L<sub>4</sub> 椎体前滑脱 I 度 16 例, L<sub>5</sub> 椎体前滑脱 I 度 6 例, 均无峡部裂。黄韧带增生肥厚 18 例。

## 2 治疗方法

第 1 步: 以按、揉、拔等手法由背至腰放松约 5 min, 使肌肉充分松弛, 然后寻找条索及痛点, 以弹拨和点按手法重点施力, 注意轻重结合以减轻病人的疼痛。第 2 步: 根据患者的腰椎曲度及活动度施以俯搬和压盘手法改善其腰椎曲度。俯搬: 术者站立于患者右侧, 以左手向上搬起患者对侧下肢, 右掌抵按于患者腰骶处, 由轻到重, 由下到上逐个椎体移

动, 逐渐增加背伸的角度, 视患者承受能力而定。左侧反之; 压盘: 以双手握住患者下肢屈膝屈髋压盘, 使患者双膝尽量靠近胸部, 而向斜下方的力量达于腰部。两种手法交替隔日而行。第 3 步: 点按肾俞、关元、腰阳关、环跳、委中等穴位, 并辅以双下肢的牵抖放松, 术毕。术后嘱患者平卧 20 min。

## 3 治疗结果

3.1 疗效评定标准 以日本骨外科学会腰痛疗效评价标准 (JOA score) 29 点法计分<sup>[1]</sup>, 计算好转率 = (治疗后得分 - 治疗前得分) / (29 - 治疗前得分) × 100%。以 *t* 检验分析本组病人治疗前后所得分数的差异。

3.2 结果 治疗前 JOA score 平均得分 17.0 (10~25), 治疗后平均得分 22.5 (15~27), 平均好转率为 53.5% (29~82)。以 *t* 检验分析本组病人治疗前后所得分数的差异, *t* = 2.966, *P* < 0.01, 差异有显著性。

## 4 讨论

在正常生理曲度下, 腰椎椎管的每个矢状面均垂直于相应腰椎曲线, 这使椎管内容积最大。当腰椎前屈时, 一般认为椎管容积增大<sup>[2]</sup>。但各椎管横截面积却因脱离垂直位而变小, 不能有效缓解压迫, 这也是部分病人虽腰椎后弓仍出现间歇性跛行的原因之一。可以说局部突出物压迫加剧与椎管整体容积缩小导致了本病的发作。所以改变突出物的压迫位置及程度, 消除炎症, 恢复腰椎生理前曲, 使人体自身的调节机能得以恢复<sup>[3,4]</sup> 是获得疗效的根本原因。

对腰椎滑脱的病人施行屈膝屈髋压盘法, 能通过增加棘上、棘间韧带的紧张性牵拉并增大腹压来纠正前滑脱椎体的移位<sup>[5]</sup>; 同时有利于缓解广泛增

1. 北京市石景山医院运动医学科, 北京 100043; 2. 北京中医药大学东方医院

生的小关节对关节囊、细小神经分支的刺激。通常俯搬按压法忌用于腰椎滑脱的病人, 但本组病人有其特点: ①患者均为假性滑脱 I 度; ②因退变导致椎体间失稳, 无峡部裂, 尚存一定的稳定性; ③广泛的骨质增生、小关节肥大又增加了椎体间的稳定。所以采取逐节段俯搬是可行的, 这就是为了从整体腰椎曲度着眼, 掌握每节椎体的位置, 适时控制力度, 在不加重滑脱的前提下达到恢复腰椎前曲的目的。患者腰椎的曲度及活动度要以站立位检查结果为准, 不能只凭影像学检查而忽略查体。

本组病人于站立位时主要是生理前曲变浅消失, 甚至后凸畸形, 可以俯搬手法校正。但过度追求腰椎生理前曲的恢复亦是不妥的。除有加重滑脱之虞, 尚由于椎体上下关节突由脊神经后支支配, 若经过度背伸可刺激已增生小关节突的关节面、关节囊, 刺激脊神经后内侧支, 诱发反射性肌痉挛及疼痛。

小关节处的炎性物质也可通过黄韧带裂隙渗入椎管, 再次刺激神经根产生根性疼痛<sup>[6]</sup>。故俯搬手法时应注意力度, 循序渐进, 寻找关键点, 以患者的症状、体征改善为标准, 不宜过频过重。最后点按穴位, 则是补其所虚, 疏通经络, 行气活血。

参考文献

- 井上骏一. 腰痛治疗成绩判定基准. 日本骨外科学会杂志, 1986, 60: 391-394.
- 邵宣, 许竟斌. 实用颈腰痛学. 北京: 人民军医出版社, 1995. 69.
- 冯天有, 赵平, 梁国跃, 等. 椎管内突出髓核的临床意义. 中国中西医结合杂志, 2000, 20(5): 347-349.
- 张功林, 葛宝丰. 腰椎管狭窄. 西北国防医学杂志, 2000, 21(4): 295.
- 朱干, 龙翔宇. 屈髋屈膝手法治疗腰椎滑脱症. 中国骨伤, 2001, 14(12): 735.
- 李勇, 张连仁, 刘家勇. 手法治疗腰椎间盘突出症机理新进展. 中国骨伤, 2001, 14(8): 473-474.

(收稿日期: 2003-12-15 本文编辑: 王宏)

## 整脊配合推罐治疗颈源性前胸痛

### Treatment of cervical anterior chest pain with manipulation and movable cupping

陈光松, 廖珍

CHEN Guang-song, LIAO Zhen

关键词 前胸痛; 推拿手法 Key words Anterior chest pain; Manipulation maneuver

颈椎病是一种常见病、多发病, 由其引起颈部、肩背部、上肢不适和疼痛较为多见。而由颈椎病引起的前胸疼痛, 临床上较为少见, 也容易忽视。笔者于 1992 年至今运用坐位皮套颈椎牵引下行改良摇正法(整脊手法)配合推罐<sup>[1]</sup>治疗本症 24 例, 取得了较为满意的疗效, 现报告如下。

#### 1 临床资料

本组 24 例, 女 22 例, 男 2 例; 年龄最大 58 岁, 最小 21 岁。病程最短 5 d, 最长 3 年, 平均 2 个月。症状和体征: 全部病例均以前胸疼痛为主, 呈单侧性、持续性疼痛, 部分病例有胸大肌触痛, 乳房检查未发现阳性征。颈部有酸胀劳累感, 活动轻度受限, C<sub>4-6</sub>棘突偏歪及患侧椎旁明显压痛, 肌腱紧张, 部分呈条索状, 较健侧稍肿胀。按压患侧胸廓入口处(锁骨下动、静脉之间)时, 症状加重, 但解除按压后, 症状则

有短暂性缓减。所有病例均有用拳频频捶击患侧乳房上限以减轻前胸疼痛现象。前胸疼痛左侧 13 例, 右侧 11 例。颈椎 X 线正、斜、侧位片示: C<sub>4-6</sub>椎间孔狭小变形 8 例, 颈椎生理曲线变直、中断 7 例, 出现“双边征”、“双突征” 5 例, C<sub>4-6</sub>后上缘轻度骨质增生 4 例。均已排除其他骨病。

#### 2 治疗方法

24 例均采用坐位皮套颈椎牵引配合推罐治疗, 牵引重量为 10~15 kg, 每次 15~20 min, 每个部位推罐 3 min, 每天各 1 次, 10 次为 1 疗程, 一般治疗 1~2 疗程。

患者面向牵引椅取端坐位, 医者站其背后。首先用双拇指触诊法检查颈椎失稳情况, 继而用轻柔的揉、捏、拔等手法放松颈项部肌肉后, 行颈椎牵引治疗。牵引的同时, 术者双手四指护牢患者双肩, 双拇指定位于患椎椎板, 先施以前后摆动式摇正法, 运动中双手同时配合双侧拇指向前推动患椎, 健侧拇