

手法治疗阔筋膜张肌损伤致腰腿痛的临床研究

屈留新

(东南大学附属中大医院, 江苏 南京 210009)

摘要 目的: 探讨阔筋膜张肌损伤致腰腿痛的诊疗及其机制, 并分析与腰椎间盘突出症的关系。方法: 对 387 例阔筋膜张肌损伤患者的临床表现、手法治疗部位、发病机制进行总结、分析。本组男 207 例, 女 180 例; 年龄 13~76 岁, 平均 32 岁; 病程 2 d~10 年。全部采用选取“治疗灶”为主要治疗部位的手法治疗。结果: 本组随访 6 个月~3 年, 治愈 329 例, 占 85%; 好转 50 例, 占 13%; 无效 8 例, 占 2%。结论: 阔筋膜张肌损伤后引起的功能障碍可代偿性地导致脊柱生物力的平衡失调, 并引起腰椎及骨盆周围的肌肉、血管、神经受到牵拉、挤压, 出现一系列局部运动、感觉、循环障碍症状, 且发现这些症状与 L_{4,5} 椎间盘突出症的临床表现基本相同。

关键词 肌疾病; 椎间盘移位; 骨科手法; 腰痛; 腰肌

Clinical research on the lumbocrural pain caused by the injury of tensor fasciae latae treated by manipulation

QU Liu-xin. The Affiliated Zhongda Hospital of Southeast University (Jiangsu Nanjing, 210009, China)

Abstract Objective: To study the diagnosis, treatment and mechanism of lumbocrural pain caused by the injury of tensor fasciae latae, and then analyze the relation between the injury of tensor fasciae latae and lumbar disc herniation. **Methods:** We observed the clinical signs and symptoms of 387 patients (male 207 and female 180) and treated them by manipulation, then analyzed the mechanism of such kind of disease. The ages of the patients ranged from 13 to 76, with an average of 32. The duration of illness was 2 days to 10 years. **Results:** The effective rate was 98 percent, and the clinical signs and symptoms of the lumbar disc herniation and the injury of tensor fasciae latae were very similar. **Conclusion:** The injury of tensor fasciae latae can lead to imbalance of spinal biomechanics, then influence the muscles, blood vessels and pelvis, and then result in such kinds of symptoms basically like the disfunctions of motion, sensation and blood circulation of intervertebral disc herniation of L_{4,5}.

Key words Muscular disease; Intervertebral disk displacement; Orthopedic manipulation; Low back pain; Psoas muscles

阔筋膜张肌损伤后引起的功能障碍可代偿性地导致脊柱生物力的平衡失调, 引发与 L_{4,5} 椎间盘突出症基本相同的症状。本病在临床中颇为常见, 对其治疗, 药物无明显的优势, 外科手术(切断髂胫束)又难以为患者所接受, 手法治疗有其独特的优势。自 1997 年 1 月~2001 年 12 月共收治该类患者 387 例, 取得了较为满意的疗效, 现总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 387 例中男 207 例, 女 180 例; 年龄 13~76 岁, 平均 32 岁。病程 2 d~10 余年, 住院时间 6~72 d, 平均 28 d。

1.2 临床症状体征及专科检查 ①疼痛部位: 腰部、臀部、股前外或股外(约 80% 患者无股部痛)、小腿外或前外、足背偏侧, 以小腿前外痛为主; ②患肢负重症状加剧, 以健肢负重为主, 走、站可加重症状, 蹲位症状减轻, 高坐位及仰卧位症状亦加重, 以健侧卧屈膝屈髋位为最佳姿势(症状最轻); ③腰功能活动: 多以后伸及同侧屈时症状明显加重; ④约 90% 以上患者腰椎牵引后症状加重; ⑤直腿抬高试验阳性; ⑥皮肤感觉障碍以小腿前外和以趾为主的侧二趾背或五趾背感觉迟钝, 有时亦有臀部及股前外的感觉迟钝; ⑦患侧趾背伸力减弱; ⑧咳嗽、喷嚏时腰及患肢震痛放射; ⑨L_{4,5} 椎旁压痛放射较多; ⑩影像检查: X 线正位片示所有患者均有不同程度脊柱侧弯, 患侧弯占 70%, 健侧弯占 30%, 椎间

隙左右不等宽,棘突偏歪或交错,侧位片显示生理弓变浅或消失,椎间隙后缘增宽或椎间隙变窄等。CT 示 95% 患者腰椎间盘突出或膨出。

1.3 软组织检查 对腰背部及下肢进行触诊。在腰背部触诊可发现有条状或结节状病灶($T_{12} \sim L_3$);在阔筋膜张肌起点及肌腹或髂胫束可触及肌纤维隆起,弥漫性钝厚或条索状变硬、挛缩,弹性变差等变化,以起点处较明显,按压病灶处有酸沉、困、胀等感觉,按压有轻松欣快感,按压后主诉症状可明显减轻,当时即可消除症状的全部或大部分,称之为“治疗灶”,此类疾病的“治疗灶”在阔筋膜张肌起点处。按压后仅局部轻松称之为“副治疗灶”,多在胫前肌群、上腰段肌群。

1.4 诊断标准 具备上述①②④⑥⑦⑩项或兼具其它项及软组织检查阔筋膜张肌有“治疗灶”反应即可确诊。

2 治疗方法

患者取健侧卧,健肢伸直,患肢屈膝屈髋位,将患肢下垫枕使阔筋膜张肌及髂胫束处于尽量放松位,也即症状减轻到最大程度的体位。选取“治疗灶”为主要治疗部位,若症状重、病程长,加治“副治疗灶”。在“治疗灶”以拇指增力点压为主,急性期(敏感期)手法宜轻,频率宜快,非急性期力量可稍重,以按压处有欣快感无放射痛为度,手法宜柔和入内,不可骤用暴力。有脊柱侧弯或后凸明显者,待症状基本消失后给予腰椎牵引,并在牵引同时给予腰段颤压,促进其恢复正常生理弯曲,减少复发。治疗反应:按压局部有酸沉、困、胀、微痛等感觉,有欣快感,无任何不适,治疗后有明显轻松感,主诉症状可全部消失或消失大半,并能持续 3~4 h 以上。若诊断正确,效果不明显可考虑为治疗时患者肢体未充分放松、治疗位置把握不准或手法过于生硬不柔和。

3 治疗结果

3.1 疗效标准 治愈:主诉症状消失,腰功能活动基本正常,软组织检查病灶消失或变软,直腿抬高 70° 以上无症状,能行 2.5 km,坐 2 h,站 1 h 无明显症状,大量活动时可有轻微症状,但稍休息即可缓解。好转:症状减轻或消失,但有一项以上未达上述标准者统称为好转。无效:治疗 7 d 无明显疗效者。

3.2 结果 本组治愈 329 例,好转 50 例,无效 8 例。随访 6 个月~3 年无复发。临床治愈后复查 X 线发现:脊柱侧弯及后凸明显改善或恢复正常,并发现年龄越小、病程越短脊柱恢复正常状态的比率越大;年

龄越大,病程越长脊柱恢复正常曲线的可能性越小。有 42 位患者在临床治愈后复查 CT,结果突出的椎间盘无明显改变。无效 8 例中,有 4 例行椎间盘切除术或椎板减压术,手术后症状基本消失。

2 讨论

作者发现:阔筋膜张肌病变引起的症状与坐骨神经痛的症状极其相似。本文 387 例腰腿痛患者约 95% 经 CT 或 MRI 诊断为腰椎间盘突出,且其临床症状与 $L_{4,5}$ 椎间盘突出症症状极其相似(有一处不同即 80% 患者无大腿症状),在治疗中,仅仅手法治疗阔筋膜张肌起点后即将症状解除,且很少复发。显然这些均不是腰椎间盘突出引起的症状和体征。按北医三院的诊断标准^[1],作者在多年腰腿痛临床中发现,腰腿痛患者中诊断为腰椎间盘突出症的不足 5%,而此类患者 90% 以上 CT、MRI 诊断为腰椎间盘突出。且影像检查对腰椎间盘突出症来说只能定位,不能定症。故将影像检查作为腰椎间盘突出症的主要诊断依据是欠科学的。而腰部软组织损害可以引起与腰椎间盘突出症基本相同的症状,所以目前对腰椎间盘突出症的诊断及鉴别诊断有待充实。

8 例无效患者中 4 例行椎间盘切除术或椎板减压术,术后症状基本消失,说明了阔筋膜张肌损伤引起的症状与腰椎间盘突出引起的症状基本相同。真正的腰椎间盘突出症(突出量较大),手术仍不失为较好的对因治疗方法。

阔筋膜张肌损伤后骨盆便不能牢固地固定于股骨头上,骨盆与下肢不能处于挺直位置,势必导致脊柱平衡失调,出现脊柱侧弯或后凸,即左右或前后平衡失调,并使脊柱周围或骨盆周围的肌肉、血管、神经受到牵拉、挤压。出现肌肉困胀、疼痛;循环障碍而致酸胀、疼痛、肢体发凉、怕冷、局部肿胀;以及感觉和运动障碍,如麻木、肌力减弱、肌肉萎缩症状。临床中根据挤压部位的不同,引起不同的症状。有人用“肌筋膜及扳击点”来解释上述病因及机制,认为:肌筋膜上的扳击点可嵌压神经、血管或淋巴管从而引起各种临床症状,这些症状常可混淆医师的判断,以至这类患者常被错误地怀疑有神经损害^[2]。事实上,长期的脊柱侧弯、后凸畸形也会引起真性腰椎间盘突出症。

参考文献

- 1 杨克勤. 脊柱疾患的临床与研究. 北京:北京出版社, 1993. 636-637.
- 2 李义凯, 穆伟华, 王爱华. 肌筋膜及扳击点. 颈腰痛杂志, 2002, 23(1): 80-81. (收稿日期: 2004-04-05 本文编辑: 王宏)