

整脊复位术治疗腰椎间盘突出症临床观察

查三红

(江西省星子县中医院 星子 332800)

摘要:目的:观察整脊复位术治疗腰椎间盘突出症的临床疗效。方法:对 227 例腰椎间盘突出症患者,采取整脊复位术配合手法、中药治疗。结果:总有效率为 89.42%。结论:整脊复位术治疗腰椎间盘突出症有较好的疗效。

关键词:整脊复位术;腰椎间盘突出症;临床观察

中图分类号:R 681.53

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.02.023

腰椎间盘突出症是骨科临床常见和多发病,是腰腿痛最常见的原因。统计表明,典型腰痛轻劳动者有 53%,重劳动者占 64%,患腰痛者 35%发展为椎间盘突出。1934 年 Mixter 及 Bart 确定腰椎间盘突出症为产生“坐骨神经痛”的主要原因。现已认识到大多数腰痛合并下肢放射痛是由腰椎间盘突出症引起的。本病好发于青壮年,患者痛苦大,有马尾神经损害者可有大小便功能障碍,严重者可导致截瘫,对患者的生活、工作和劳动均可造成很大影响。我院自 2006 年以来,采用整脊复位术配合手法、中药等治疗腰椎间盘突出症 227 例,取得了较好的疗效。现总结如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 227 例,其中男 137 例,女 90 例;年龄最大者 65 岁,最小者 20 岁,平均年龄 40.5 岁。临床表现为单纯腰痛的 40 例,腰痛伴单侧下肢放射痛 113 例,仅表现为下肢放射痛的 49 例,仅表

现腰部可导致局部“血脉凝涩”、“经络壅滞”,表现为“疼痛不能转侧”、“日轻夜重”、“脉涩”。《医林改错》指出“腰痛”属于“痹症”范畴,而痹症多由于经络痹阻,气血运行不畅所致;王清任重视瘀血致病,指出诸痛久久失治必有瘀血。本研究根据瘀血致病特点在常规针刺基础上选用梅花针叩刺加拔火罐的方法对痛觉力敏点放血治疗血瘀型腰椎间盘突出症,早在《黄帝内经》中就有关于刺血疗法的记载,以后医家也多有论述。《灵枢·经脉》中说:“刺诸络脉者,必刺其结上甚出血。”所谓“结上”指络结,亦指体表的阳性反应点,对压痛敏感,称之为痛觉力敏化反应点,简称痛觉力敏点,正如陈日新^[4]教授所言敏化态腧穴是个体化的、动态化的、敏态化的,在临床案例中不同的血瘀型腰椎间盘突出症患者所呈现的力敏点各不相同,故需要对每位患者仔细探查以明确力敏点的个体分布。经过我们对实验样本分析,发现血瘀型腰椎间盘突出症患者总体的痛觉力敏点在腰阳关、大肠俞、气海俞等足太阳膀胱经第一旁线循行部位附近分布比较集中。力敏反应

现为下肢麻木、肌肉萎缩、无力的 25 例。脊柱侧弯者 78 例,脊柱后凸畸形者 43 例,病变间隙棘突旁明显压痛者 143 例,直腿抬高试验阳性 190 例,下肢皮肤感觉减弱 67 例,拇背伸肌力减弱者 51 例,小腿及胫前肌萎缩 32 例。

1.2 实验室检查 全部病例均由 CT、MRI 等确诊,部分病例以腰椎 X 线片、椎管造影等确诊。其中 L₃₋₄ 椎间盘突出 35 例,L₄₋₅ 椎间盘突出 94 例,L₅~S₁ 椎间盘突出 72 例,多发腰椎间盘突出 26 例。其中向右侧突出 95 例,向左侧突出 83 例,中央型突出 49 例。合并椎管狭窄 32 例,腰椎滑脱 29 例,后纵韧带钙化 17 例,合并小关节增生 53 例。

2 治疗方法

2.1 基础治疗 所有病例均需住院治疗,在选择整脊复位术之前,进行心电图、胸片及常规实验室检查,以排除高血压、心脏病、严重骨质疏松、活动期肝炎或明显肝脾肿大等内科疾患。所有患者均经过

点在按压时患者主观感到疼痛加剧、疼痛减轻或酸麻胀痛等复合感觉,本研究治疗组多选取痛点,也正是体现了《灵枢·经筋》中“以痛为腧”的思想。梅花针加拔火罐可以起到通络活血、散瘀止痛的作用^[5],特别适用于血瘀型腰椎间盘突出症。瘀血不去,新血不生,故该法可以明显改善腰椎间盘突出局部的营养状况,正如张子和《儒门事亲》中所言“出血者,乃所以养血也。”本研究结果显示,治疗组的愈显率(77.42%)明显高于对照组(31.03%),具有显著性差异($P<0.05$),表明力敏点梅花针叩刺加拔火罐对血瘀型腰椎间盘突出症有较好的治疗作用。

参考文献

[1]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.26-27
[2]彭宗泽.中医药综合治疗腰椎间盘突出症 VAS、FRS、改良 JOA 评分和临床疗效观察[J].中国中医骨伤杂志,2002,6(10):29
[3]李文豪,季远.中医对腰椎间盘突出症的认识[J].甘肃中医,2009,22(11):10-11
[4]康明非,陈日新.论“反应点”与腧穴[J].江西中医学院学报,2006,18(3):37-38
[5]徐建军.刺络拔罐配合颈椎夹脊治疗颈椎病 52 例[J].中国中西医结合急救杂志,2009,16(2):22-23

(收稿日期:2012-01-12)

5 d 以上常规腰椎牵引治疗。牵引重量为体重的 1/3~1/4, 每日 2 次, 每次 30 min 左右。辅以轻度手法推拿治疗。

2.2 整脊复位术治疗

2.2.1 各项参数的设定 采用根据手法推拿原理设计的自动牵引按抖复位机, 在机器附属电脑上, 将快速牵引距离设置为 50~70 mm, 旋转倾角为 0~25°, 转角为 -25~25° (分左右双向)。此参数为常用参数, 临床医师可根据患者身高、体重、年龄、突出物的方向、程度及突出轻重做相应调整。

2.2.2 整脊复位术的操作 将患者绑缚于复位机上后, 术者立于患侧, 用双手掌跟按于病变部位的棘突, 用脚踏开关控制, 在快速旋转、牵引的同时用力按压棘突, 常规操作 4~5 次。

2.2.3 操作后处理 整脊复位术后, 患者应严格卧床休息 3 d, 每 6~8 小时由医护人员协助翻身 1 次。给予扩张血管药物静脉滴注、口服治疗, 常用针剂为三七皂苷 (400 mg, 静点, 1 次/d) 或疏血通 (40 mg, 静点, 1 次/d) 等; 口服药物为血塞通片 (4 片, 3 次/d)、舒筋活血胶囊 (6 粒, 2 次/d) 等中成药制剂; 疼痛剧烈者可给予布洛芬 (300 mg, 口服, 2 次/d) 或盐酸曲马多 (50 mg, 肌注)。3 d 后在医师帮助下患者系腰围下床活动, 逐渐增强活动量。

2.3 治疗后并发症的处理 整脊复位术后, 有部分患者出现腹胀、尿潴留, 可给予局部热敷、木香顺气丸口服或穴位针刺治疗。患者下床活动后, 如仍有腰痛、下肢酸胀, 可继续给予手法推拿、穴位针刺、红外线灯理疗等治疗。

3 疗效观察

3.1 疗效评价标准 采用国家中医药管理局制定的中医病证诊断疗效标准。治愈: 腰腿痛消失, 直腿抬高试验 70° 以上, 能恢复正常工作。好转: 腰腿痛减轻, 腰部活动功能改善。未愈: 症状、体征无改善。

(上接第 5 页) 示: 肺不张明显吸收; 在服用中药 10 剂后, 有 8 例存在不同程度的吸收。30 例中, 以外科病人吸收较为明显。8 例不同程度吸收病人中, 以内科病人为主, 均合并有其他慢性肺部疾病病史。

2 讨论

炎症性肺不张多由呼吸道炎症感染, 分泌物增多, 引流不畅, 痰栓堵塞, 气道闭陷而致, 常见于老年肺功能代偿低下或手术后肺顺应性下降、咳嗽反射受限、气道湿化不够的患者。我们通过对这类患者采用宽胸理气、豁痰开窍的方法, 用中药宽胸通闭汤治疗, 收到了满意的疗效。其中黄芩、栀子清热

3.2 评价结果 本组 227 例病人, 治愈 139 例, 好转 64 例, 未愈 24 例。治愈率 61.23%, 好转率 28.19%, 未愈率 10.57%。

4 讨论

腰椎间盘突出症是因椎间盘变性、纤维环破裂、髓核突出刺激或压迫神经根、马尾神经所表现的一种综合征。突出的椎间盘组织和椎间失稳可对神经根和硬膜囊形成直接的物理刺激和压迫; 髓核组织中粘多糖和 B- 蛋白可在局部造成自身免疫性反应和无菌性炎症, 导致局部组织破坏和 P 物质等疼痛介质的释放刺激椎管神经, 引起下肢放射痛^[1]。整脊复位术治疗是根据中医传统手法原理, 结合现代科学技术和脊柱现代生物力学理论, 通过电脑控制, 将中医手法中的牵引、侧扳、旋转、后伸、推压等功能溶于一体, 瞬间完成。其具有加大椎间隙、增加间隙负压、促进椎间盘回纳、松解突出椎间盘与周围组织粘连、改变突出物与神经根位置的作用, 从而减轻神经根刺激症状^[2]。同时还可以纠正小关节错位、脊柱侧弯, 缓解肌肉的紧张痉挛, 改善和恢复腰部正常关节应力, 加强脊柱的稳定性, 纠正其生理曲度, 有利于受损椎间盘恢复, 从而达到治愈和缓解腰椎间盘突出症的目的。

腰椎间盘突出症在中医属“痹症”、“腰痛”范畴, 多属于气滞血瘀、肝肾亏虚、风寒夹湿证型。在整脊复位术治疗之前或之后, 采用中药活血化瘀、温经通脉、祛风除湿、补益肝肾、解痉止痛, 促进细胞代谢增加, 扩张血管, 加速炎症产物及代谢产物吸收, 并能解除腰部肌肉痉挛, 缓解疼痛症状。综上所述, 在采用整脊复位术的基础上, 配合手法、中药等治疗腰椎间盘突出症, 能取得较好的疗效。

参考文献

- [1] 胥少汀, 葛宝丰, 许印坎. 实用骨科学[M]. 第 3 版. 北京: 人民军医出版社, 2006.1 687-1 693
- [2] 吴在德, 吴肇汉. 外科学[M]. 第 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008.806-851

(收稿日期: 2012-01-12)

解毒, 减轻炎症刺激; 瓜蒌、枳实、桔梗宽胸理气, 调畅气机; 浮海石、海蛤壳祛燥痰; 葶苈子、天竺黄、半夏化痰湿, 泻肺水; 全方宽胸理气, 调畅气机, 使气机通畅, 痰湿消除。

本组 30 例炎症性肺不张患者, 服用 3 剂后肺不张征象完全消失者 10 例, 占 33%; 服用 7 剂后基本消失者 12 例, 占 40%; 服用 10 剂后有 8 例有不同程度的吸收, 占 27%, 其有效率为 100%。因此, 我们对胸部手术及上腹部手术的患者及早服用中药宽胸通闭汤, 并鼓励和帮助患者勤翻身、拍背以及咳嗽, 并加强营养支持, 可明显减少肺不张发生率。

(收稿日期: 2012-01-20)