

电针配合腰椎牵引治疗腰椎间盘突出症 216 例

陈建宇

(江苏省工人常州疗养院 常州 213003)

摘要:目的:观察电针配合腰椎牵引治疗腰椎间盘突出症的治疗效果。方法:216 例患者采取针刺接脉冲电配合牵引,观察治疗前后临床症状的变化。结果:治愈 141 例,占 65.28%;显效 37 例,占 17.13%;好转 23 例,占 10.65%;无效 15 例,占 6.94%;总有效率 93.06%。结论:电针配合腰椎牵引治疗腰椎间盘突出症具有方法简便、疗效确切、副作用及禁忌证少的特点。

关键词:腰椎间盘突出症;电针;牵引

中图分类号:R 681.53

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.04.027

腰椎间盘突出症主要指腰椎间盘纤维环松弛、变性、膨出或者纤维环破裂、髓核脱出压迫了相应的神经根,造成局部充血、水肿的炎症性反应而出现的一系列症状体征。是临床骨科诊治的常见病和多发病,是腰腿痛最常见的原因,统计表明,其发病率在轻劳动者中占 53%,重劳动者中占 64%;患腰痛者 30%可发展为椎间盘突出,推算发病率每年为 1%~2%^[1]。其主要临床特征是腰骶部疼痛及坐骨神经痛,伴行走不利、间隙性跛行。笔者采用电针配合腰椎牵引治疗本病 216 例取得良好效果。现总结如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 216 例均为住院病人,其中男 120 例,女 96 例;年龄最小 19 岁,最大 92 岁,以 30~50 岁居多;L₂₋₃ 椎间盘突出者 13 例,L₄₋₅ 椎间盘突出者 102 例,L₅~S₁ 椎间盘突出者 53 例,L₄₋₅、L₅~S₁ 椎间盘突出者 48 例;膨出者 121 例,脱出者 95 例;病程最短者 2 h,最长者 10 d;按经络分型,属太阳型 59 例,少阳型 66 例,督脉型 40 例,混合型者 51 例。诊断要点:根据临床症状和体征,全部病例均经过 CT 确诊。

1.2 治疗方法

1.2.1 针法 取穴:按经络分型取穴,一侧疼痛取病侧,双侧疼痛取双侧穴位。足太阳膀胱经痛:肾俞、秩边、殷门、委中、承山、昆仑。足少阳胆经疼痛:环跳、风市、阳陵泉、悬钟。腰骶部疼痛:腰阳关、肾俞、气海俞、次髂。混合型:肾俞、次髂、环跳、阳陵

泉、委中、承山。操作:患者取俯卧位或侧卧位,常规消毒后直刺进针,得气后平补平泻,秩边、环跳穴处可辨病情寒热虚实予行传统复式补泻手法之“烧山火、透天凉”。腰骶部穴位针感:局部放散,臀及下肢穴位针感:足太阳经穴沿下肢后侧向足底放射传导,足少阳经穴沿下肢外侧向足底放射传导。得气后接通上海产 G6805 脉冲电针治疗仪导线,每对输出的两个电极分别连接在两根毫针上,同一对输出电极连接在身体的同侧(以病侧为主),勿跨接在身体两侧,一般以肾俞配环跳、秩边配风市、委中配承山或阳陵泉配悬钟,选用疏密波,电流强度以病人耐受为宜。

1.2.2 腰椎牵引 采用平卧位骨盆牵引,牵引重量从 20~40 kg,逐次增加至 40~60 kg,最大重量以病人承受为度,每次牵引 20~30 min。

1.2.3 疗程 先电针,后腰牵,1 次/d,12 d 为 1 个疗程,疗程间歇 3 d,一般治疗 3~4 个疗程,最长者有治 3 个半月,约 7 个疗程。

2 疗效观察

2.1 疗效标准 疗效评定按《骨科临床疗效评价标准》^[2]。痊愈:腰痛、坐骨神经痛消失,脊柱畸形消失,直腿抬高试验 85° 以上,能正常工作;显效:腰痛、坐骨神经痛基本消失,脊柱畸形大部分消失,能坚持轻工作;好转:腰痛、坐骨神经痛减轻,脊柱畸形改善,直腿抬高有进步;无效:治疗 4 个疗程,腰痛、坐骨神经痛未减轻,脊柱仍畸形,直腿抬高试验无好转。

创髓核消融术后患者的康复时间,有效缓解疼痛,使患者早期离床活动,有效降低卧床并发症的发生率,提高患者生活质量,具有良好的疗效及安全性。

参考文献

[1]曾宪春.综合疗法治疗腰椎间盘突出症疗效观察[J].实用中西医结合临床,2011,11(3):67-68

[2]彭全成,何敬敏,乐绍银,等.腰背肌稳定性训练治疗微创术后腰椎间盘突出症的疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2011,33(3):221-223

[3]日本骨科学会.颈部椎间盘性脊髓症治疗成绩判定基准[J].日本整形外科学会杂志,1975,99:1-2

[4]金大地.现代脊柱外科手术学[M].第 2 版.北京:人民军医出版社,2001.386-387

[5]庞智晖,曾伟恒,张颖,等.快速康复程序结合筋膜牵拉疗法促进全髋置换患者康复的临床研究[J].中医正骨,2011,23(6):9-12

[6]尚鸿生,宋锦旗,户红卿,等.经皮穿刺臭氧髓核消融术治疗腰椎间盘突出症[J].实用骨科杂志,2011,17(1):13-16

[7]胡永胜,张玉坤,田慧中,等.臭氧髓核消融术治疗椎间盘源性腰痛疗效分析[J].中华临床医师杂志(电子版),2011,5(5):1 470-1 472

(收稿日期: 2012-04-19)

2.2 治疗结果 本组 216 例，痊愈 141 例，占 65.28%；显效 37 例，占 17.13%；好转 23 例，占 10.65%；无效 15 例，占 6.94%。总有效率 93.06%。

2.3 证型与疗效的关系 见表 1。对表 1 中经络分型的疗效分别进行 Ridit 检验，P 均 >0.05。说明本疗法治疗各型腰椎间盘突出症的差异无显著意义。

表 1 证型与疗效的关系 例						
证型	n	痊愈	显效	好转	无效	有效率(%)
太阳型	59	36	13	7	3	94.9
少阳型	66	49	8	4	5	92.4
督脉型	40	28	6	5	1	97.5
混合型	51	28	10	7	6	88.2

2.4 突出程度与疗效的关系 见表 2。由表 2 可见，膨出比脱出治愈率高，经 Ridit 检验，P <0.05，并根据临床观察，膨出程度越轻，治疗效果越好。

表 2 突出程度与疗效的关系 例						
突出程度	n	痊愈	显效	好转	无效	有效率(%)
膨出	121	86	18	12	5	95.9
脱出	95	55	19	11	10	89.5

3 讨论

腰椎间盘突出症主要是由于突出物对硬膜囊腔及脊神经根的机械压迫，导致硬膜囊、硬膜外腔及脊神经膜的充血、渗出、变性、产生粘连等无菌性反应^[1]。中医认为本病属“腰腿痛、痹证”范畴。多由劳累过度，或跌扑闪挫，或感受风寒湿之邪侵入机体日久等原因，以致经络受损，气血阻滞，不通则痛。针刺以上诸穴，可疏通经络，行气化瘀，祛风除湿，使经络气血顺畅，通则不痛。电针疏密波能促进气血循环，改善组织营养，消除炎性水肿。牵引治疗机理：缓解肌肉痉挛，牵引能强力地伸展腰部肌肉，

可使之出现反射性肌肉松弛，缓解疼痛；增加椎管及椎间管的容积；纠正腰椎小关节的病理性倾斜；牵引力作用于后纵韧带，使后纵韧带张应力明显加大，使突出物特别是中央型突出，产生向腹侧的压力，同时，椎间隙的增大，椎间盘内压明显下降，此两力的共同作用可使突出物部分还纳或变形，减轻压迫症状；增加侧隐窝的容积；松解神经根粘连，改善神经的感觉和运动功能。

电针治疗方法及思路，源于中医传统的针灸经络学，结合现代医学电神经生理镇痛学说。椎间盘突出症引起疼痛的机理较为公认的有机机械压迫学说和化学刺激学说。卧床休息及腰椎牵引等治疗对缓解突出椎间盘的直接压迫有良好的效果，但对病变部位的致炎致痛物质聚集所产生的化学性刺激效果欠佳，非甾体类或类固醇类消炎药对此效果亦不甚理想，甚至产生药物性副作用。电针按经络分型取穴，并施予适当频率、强度的低频电刺激，可取得解除局部肌肉痉挛、改善局部血液循环、促进局部致炎致痛化学物质的消散以及神经功能恢复之效果。笔者认为，电针治疗腰椎间盘突出症具有方法简便、疗效确切、副作用及禁忌证少的特点。

参考文献

[1] 胥少汀, 葛宝丰, 徐印坎. 实用骨科学[M]. 第 3 版. 北京: 人民军医出版社, 2005. 1 687-1 689
[2] 蒋协远, 王大伟. 骨科临床疗效评价标准[S]. 北京: 人民卫生出版社, 2005. 101
[3] 周秉文, 陈伯华. 腰椎间盘突出症诊治中的几个问题[J]. 颈腰痛杂志, 1998, 19(1): 3-7

(收稿日期: 2012-02-24)

(上接第 35 页)大，大者似蚕豆大，呈透明囊性病变，穿刺可抽出无色或淡黄色水样透明液。

1.2 治疗方法 0.5%倍诺喜表面麻醉 3 次，将一次性 7 号针头的针尖约 0.5 mm 处在针盖内向针尖斜面方向弯折成一定角度，一般接近 90 度，在裂隙灯显微镜下嘱患者睁大眼睛充分暴露球结膜，用自制钩针穿刺球结膜下囊肿，有透明囊液流出，将钩针的针尖朝向结膜面与巩膜交界处轻轻钩出囊壁，术后常规抗炎治疗。

1.3 结果 34 例全部治愈。随访 3 个月~2 年无 1 例复发。

2 讨论

结膜囊肿多为慢性炎症刺激、外伤、手术及寄生虫等所致的结膜上皮增殖、腺体的囊样扩张等形成，亦可为先天性病变^[1]。而球结膜下囊肿是一种常见的发生于球结膜的半透明囊肿，内含清液，可能与结膜附着，或在结膜下自由移动，可引起眼胀、眼涩、异物感，通常不必治疗，如症状明显需要手术小

心切开球结膜，轻轻将其从结膜下剥除，可完整的取出囊肿，或者用针穿刺放液改善症状，但是术中易剥破囊壁致囊液流出使手术摘除困难，若囊壁切除不彻底，则可引起复发，勉强切除，势必需切除过多组织，难免会损伤眼组织而引起并发症^[2]。单纯用针穿刺放液仍残留囊壁，很容易导致囊肿复发。

因球结膜下组织疏松，囊肿与结膜附着少，甚至可以在球结膜下自由活动，自制钩针可以轻松地 将结膜囊肿的囊壁完整钩出，此法简单方便，在门诊裂隙灯显微镜下即可完成，术中注意避开结膜血管，术后结膜光滑平整，结膜下出血很少甚至没有，穿刺口小，不用缝合，患者术后反应微小。此方法安全、可靠、经济、无副作用，是值得推荐的治疗方法。

参考文献

[1] 徐锦堂, 孙秉基, 方海洲. 眼表疾病的基础理论与临床[M]. 天津: 天津科学技术出版社, 2002. 304
[2] Christopher J, Rapuano Wee-Jin Heng. 角膜结膜病[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2005. 61

(收稿日期: 2012-02-24)