

手法结合超短波理疗治疗腰椎间盘突出症的临床研究

郭海涛¹ 陈岗² 卢巍³ 巫英俊⁴ 邹芳维⁴

(1 江西中医药大学 2012 级研究生 南昌 330006; 2 江西省中医院 南昌 330019;

3 江西省人民医院 南昌 330006; 4 江西中医药大学 2013 级研究生 南昌 330006)

摘要:目的:观察手法结合超短波理疗治疗腰椎间盘突出症的疗效。方法:临床 80 例患者经 CT 扫描或 MRI 提示腰椎间盘突出,符合腰椎间盘突出症状体征和排除诊断标准。予以手法结合超短波理疗治疗 20 d。结果:治疗后 ASLR、JOA 明显高于治疗前 ($P<0.01$),突出髓核(SI)无明显改变 ($P>0.05$)。结论:手法结合超短波理疗治疗腰椎间盘突出症效果明显,值得临床推广应用。

关键词:腰椎间盘突出症;超短波治疗;冯氏手法复位治疗

中图分类号:R681.5

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.04.040

在我国,随着老龄化社会不断迈进,腰椎间盘突出症患者的比例有逐步提高的趋势,严重影响着患者的生活质量。目前,腰椎间盘突出症的治疗方法多种多样,主要区分为两种,即非手术治疗方法与手术治疗方法。本研究通过临床观察发现一种非手术的方法即超短波理疗结合冯氏手法治疗腰椎间盘突出症有明显的疗效,为保守治疗腰椎间盘突出症及腰椎后关节紊乱症的进一步研究提供新思路。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选取江西省中医院 2014 年 1~6 月腰椎间盘突出症患者 80 例。其中,男 47 例,女 33 例;年龄 36~67 岁,平均年龄 42 岁;治疗前经 X 线和 MRI 临床检测,发病部位 L₅-S₁ 突出 36 例, L₄₋₅ 突出 21 例, L₃₋₄ 突出 15 例,两个腰椎以上突出 8 例。

1.2 诊断标准 采用 1999 年吴少祯等的《常见疾病的诊断与疗效判定(标准)》中腰腿痛评分量表来评估^[1]:(1)疼痛(腰、腿、臀部):无明显疼痛得 0 分;夜间偶然轻度疼痛得 1 分;经常轻度或偶尔重度疼痛得 2 分,持续疼痛得 3 分。(2)腿麻:无明显麻木感得 0 分;偶然轻度麻木感得 1 分;经常轻度或偶尔重度麻木感得 2 分;持续重度麻木感得 3 分。(3)步行:正常得 0 分; >500 m 有明显腿痛无力感得 1 分;100~500 m 有明显腿痛无力感得 2 分; <100 m 有明显腿痛无力感得 3 分。(4)生活及工作能力:日常生活能自理并坚持工作者得 0 分;日常生活能自理并坚持半天工作者得 1 分;日常生活能部分自理且不能工作者得 2 分;日常生活不能自理且不能工作者得 3 分。经测试以上条目得分 ≥5 分以上的患者,并经摄 X 线示腰椎间隙变窄,椎缘增生,脊柱侧突,前凸消失,同时通过 CT 扫描或 MRI 提示腰椎

间盘突出。排除传染性疾病、严重心脑血管疾病、糖尿病合并神经病变、低钾血性麻痹、脊柱肿瘤、骨质疏松症、神经根及马尾肿瘤、腰椎滑脱、大块髓核突出引起神经功能严重障碍等。

1.3 治疗方法 采用冯氏手法结合超短波理疗治疗。以患椎棘突向左侧偏歪为例,患者取端坐位,助手站立在患者对面,用双腿夹持患者右侧大腿膝部,并双手按压于在患者大腿根部予以固定,术者站在患者身后,先体格检查出偏歪棘突,术者右手大拇指推顶偏歪棘突,左手自患者左腋下穿至患者颈部,并予把持。让患者随手作躯体弯腰 60°、侧弯,向后上旋转三步动作要连贯,当位置到达预想状态时,双手配合动作,推顶偏歪棘突拇指稍用力即可听到喀啪声或指下轻微滑动,表明手法成功。然后按照一般手法按摩背部肌肉,使其松弛^[2]。之后结合超短波理疗,将电极与患者腰骶对置,微热到温热,持续 10~15 min,每日 1 次,10 d 为 1 个疗程,共治疗 2 个疗程。

1.4 评分指标

1.4.1 高抬直腿角度(ASLR) 此方法临床上较为普遍运用,是检查患者腰椎间盘突出症轻重程度的一种方法。即安排患者平卧无枕的床上,直抬患者肢腿至有痛感的角度,此时,测出股骨线与床面的角度。测量时,取 5 次测量结果的平均值。

1.4.2 日本骨科学会腰背痛评分(JOA)^[3] 该指标主要由主观症状、临床体征、日常活动受限度、膀胱功能等 4 个部分组成,分数越高,表示患者的病情越好转。

1.4.3 突出髓核矢状径指数(SI) 入院前和治疗 2 个疗程出院时测量椎间盘突出同一层面 SI 数值。

1.5 统计方法 研究所得的数据输入 SPSS12.0 进行统计学分析,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$

表示,采用 *t* 检验。*P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

结果显示本疗法对 ASLR 指标和 JOA 指标有着显著效果,但对 SI 指标没有明显效果。见表 1。

表 1 治疗前后各病情测试指标及统计结果($\bar{x} \pm s$)

指标	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>
ASLR(°)	58.098± 6.388	80.043± 11.213	-26.543	<0.01
JOA(分)	25.473± 2.148	30.232± 2.762	-23.165	<0.01
SI	0.434± 0.082	0.432± 0.083	>0.05	>0.05

3 讨论

3.1 腰椎间盘突出症的产生机制 腰椎间盘突出症主要是由于劳动负荷过大、急性外伤及年龄等原因,导致腰椎间盘突出发生退行性变化,使得纤维环破裂而致髓核突出,从而压迫或牵引相应的神经根和软组织,使静脉回流受阻,引起局部充血、水肿、炎性渗出以及椎管内压力增高而致腰腿痛^[4]。

3.2 冯氏手法和超短波治疗机理 冯氏手法主要运用改变突出椎间盘与受压神经根的位置关系,使之产生“位移”,减轻对神经根的刺激和压迫^[5]。即通过椎体间位移改变,恢复脊椎间的内在平衡。超短波治疗腰椎间盘突出症的主要作用是通过热效应改善突出椎间盘的血液、淋巴管的微循环,加速炎症代谢产物的消除,减轻或消除神经根及周围组织的炎性水肿,降低感觉神经兴奋性。同时可减少炎症组织的氢、钾离子及水分子的过多堆积,促使局部组织中的 pH 值转向碱性,从而减少或消除组织中的酸中毒,有利于组织的钙离子增加,起到抗炎的作用;再加上血管扩张,有利于血循环加强,从而促进渗出

液和漏出液的吸收,即起到“脱水”的作用^[6]。部分患者手法治疗时如果力度过大或局部粘连过重可出现应激反应,而超短波改善微循环、镇痛、消炎又可加速组织修复。

本研究结合冯氏手法和超短波来治疗腰椎间盘突出症,治疗 2 个疗程,结果发现,80 例腰椎间盘突出症患者治疗前后 ASLR 和 JOA 存在明显差异 (*P*<0.01),但腰椎核磁共振 SI 值无明显差异 (*P*>0.05)。有研究表明:脊柱定点旋转手法治疗腰椎间盘突出症有效的病例进行 X、CT、MRI 复查时,很难找到明显的影像学改变^[7],与本实验观点相一致。本实验观察显示,手法结合超短波理疗治疗腰椎间盘突出症效果明显,不仅能发挥各种疗法之所长还有协调作用,从而提高其疗效,取得更好的治疗作用。

参考文献

[1]吴少祯,吴敏.常见疾病的诊断与疗效判定(标准)[S].北京:中国中医药出版社,1999.700
[2]冯伟.浅析冯天有教授有关损伤退变脊柱疾病的学术研究[J].空军总医院学报,2000,16(4):189-192
[3]Weiner BK,Dabbah M.Lateral lumbar disc herniations treated with a paraspinal approach:an independent assessment of longer-term outcomes[J].J Spinal Disord Tech,2005,18(6):519-521
[4]薛平武.次髂穴深刺为主治疗腰椎间盘突出症临床观察[J].中国针灸,2007,27(3):182-184
[5]倪润平,王景乾,田佩洲.手法配合骶管注射与骨盆牵引综合治疗腰椎间盘突出症[J].中医正骨,1998,10(3):20
[6]黄晓莹,张盛强,杨平.超短波牵引及手法复位综合治疗腰椎间盘突出症 120 例[J].按摩与导引,2008,24(12):35-36
[7]冯宇.脊柱定点旋转复位法治疗腰椎间盘突出症的临床研究[D].中国人民解放军军医进修学院,2008

(收稿日期:2014-12-15)

纵切横缝加人工扩肛治疗陈旧性肛裂的临床疗效观察

朱艳¹ 赵昂之²

(1 江西中医药大学 2012 级研究生 南昌 330006;2 江西中医药大学附属医院 南昌 330006)

关键词:陈旧性肛裂;纵切横缝;并发症

中图分类号:R657.14

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.04.041

肛裂是齿状线下肛管皮肤层裂伤后形成的感染性小溃疡,方向与肛管纵轴平行,呈梭形或椭圆形,绝大多数见于肛管的后正中线上,也可在前正中线上,极少出现在侧方^[1]。纵切横缝加人工扩肛是目前治疗陈旧性肛裂临床常用的手术方式,本研究随机抽取江西中医药大学附属医院陈旧性肛裂患者 66 例,分别采用纵切横缝加人工扩肛和内括约肌侧方切断术,对比观察两组患者的临床疗效。现报告如

下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机抽取江西中医药大学附属医院 2012 年 11 月~2013 年 11 月的陈旧性肛裂患者 66 例,随机分成实验组与对照组各 33 例。实验组男 18 例,女 15 例;年龄 18~60 岁,平均年龄(39± 4.7)岁。对照组男 20 例,女 13 例;年龄 20~58 岁,平均年龄(39± 4.7)岁。两组患者一般资料比较差异无统