

小角度旋牵推按正骨手法为主治疗腰椎间盘突出症疗效观察

王响, 杜双庆, 焦永伟, 张健, 刘军, 桑辉

河北省中医院, 河北 石家庄 050011

[摘要] 目的: 观察小角度旋牵推按正骨手法治疗腰椎间盘突出症的临床疗效。方法: 将 118 例腰椎间盘突出症患者按随机对照原则分为 2 组, 治疗组 59 例采用小角度旋牵推按正骨手法结合针灸治疗; 对照组 59 例采用针灸治疗, 治疗 14 天为 1 疗程, 治疗 1 疗程后观察 2 组视觉模拟评分法 (VAS) 观察其疼痛, 比较 2 组临床疗效。结果: 总有效率治疗组 96.61%, 对照组 84.74%, 2 组临床疗效比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$); 治疗后, 2 组 VAS 评分与治疗前比较, 均有下降, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$); 治疗组与对照组比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。提示治疗组治疗效果优于对照组。结论: 小角度旋牵推按正骨手法能够降低 VAS 评分, 提高临床治疗效果, 是一种行之有效的治疗方法。

[关键词] 腰椎间盘突出症; 针灸; 小角度旋牵推按

[中图分类号] R681.5*3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 11-0176-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.11.080

腰椎间盘突出症是临床上引起腰部疼痛的常见原因, 临床常表现为腰痛或并发坐骨神经的放射痛, 其发病率大约占门诊下腰痛患者人数的 10%~15%, 占骨科腰腿痛住院患者人数的 25%~40%^[1]。经流行病学统计, 以 L₄₋₅、L₅~S₁ 节段的突出发病率最高, 约占到总体发病率的 90%~96%; 男性发病率高于女性。随着脑力劳动者人数的增加, 电脑的广泛应用、长期坐位、体育锻炼的减少, 本病的发病率呈现了低龄化趋势。中医运用脊柱手法治疗由来已久, 笔者运用小角度旋牵推按正骨手法治疗腰椎间盘突出症, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 年龄 18~65 岁; 并除外手术指征者; 自愿接受正骨手法治疗者; 签署知情同意书。

1.2 排除标准 严重骨质疏松症; 强直性脊柱炎; 腰椎骨折; 椎体/脊髓肿瘤; 心脑血管等严重脏器性病变; 精神疾患者; 孕妇及妊娠患者; 有手术指征者; 皮肤破损者; 腰椎滑脱症; ⑪拒绝正骨手法治疗者。

1.3 一般资料 所有病例为 2012 年 1 月—2014 年 12 月河北省中医院骨伤四科门诊及住院患者, 共 118 例。均符合《腰椎间盘突出症》^[2] 的诊断标准。治疗组男 34 例, 占 57.63%, 女 25 例, 占 42.37%; 年龄 20~65 岁, 平均 (42.83±9.18); 病程 7 天~3 年, 平均 136 天; L₄₋₅ 突出者 28 例, L₅S₁ 突出者 21 例, L₄₋₅L₅S₁ 突出者 10 例。对照组男 36 例, 占 61.02%, 女 23 例, 占 38.98%; 年龄 18~62 岁,

平均 (41.89±10.17) 岁; 病程时间 10 天~3 年, 平均 142 天; L₄₋₅ 突出者 29 例, L₅S₁ 突出者 20 例, L₄₋₅L₅S₁ 突出者 10 例。2 组病例资料经统计学检验, 在年龄、性别、病程、突出节段等, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 治疗组 以腰椎棘突向右侧偏为例, 术者用左手拇指尖顶住侧偏棘突, 右手搭在患者左肩部, 引导患者腰椎前屈 10°~15°, 术者右肩顶住患者右侧腋下向左上方用力, 并向左侧倾斜形成一个大约 10° 左右的倾斜角, 使该倾斜角的顶点位于侧偏棘突, 术者用右手轻轻带动患者左肩部向右后方, 同时用右肩在患者右侧腋下顶住患者右肩向左上方, 引导患者使其腰椎旋转到极限位时再继续向右旋转 5°~10° 的同时被向上牵拉, 此时术者左手拇指在侧偏棘突处可触微动或伴有棘突复位的弹响声, 施术完毕。针灸取穴: 志室、腰阳、肾俞、环跳、承扶、委中、承山、昆仑、阳陵泉, 诸穴用平补平泻手法, 留针 30 min, 每天 1 次。

2.2 对照组 单纯采用针灸治疗, 方法同治疗组。正骨手法隔天 1 次, 针灸取穴治疗每天 1 次, 治疗 2 周为 1 疗程。

2 组患者治疗期间均卧硬板床, 适当腰背肌功能锻炼。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 疼痛视觉模拟评分 (VAS)^[3], 用一条标有刻度的尺子, 标为 0~10, 积分越高, 疼痛越明显, “0” 表示无痛, “10” 表示极痛难忍。所有研究对象根据自己的疼痛程

[收稿日期] 2015-04-24

[基金项目] 河北省科技厅课题 (10206137D)

[作者简介] 王响 (1983-), 女, 医学硕士, 住院医师, 主要从事中医正骨手法治疗脊柱退行性变的临床研究。

[通讯作者] 杜双庆, E-mail: dushuangqing2@sina.com。

度划定线段长度,医生再根据其相应的刻度统计分数,进行评分比较。

3.2 统计学方法 采用 SPSS13.0 统计软件对所得数据进行处理,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,组内前后比较采用配对 t 检验;组间比较,采用两独立样本 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验;等级资料采用秩和检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]制定。痊愈:腰腿痛等自觉症状消失,腰部活动自如,直腿抬高试验阴性,恢复正常工作。显效:腰腿痛等自觉症状基本消失,过重活动后有轻度疼痛和不适,休息后消失,基本恢复正常工作。有效:腰腿痛等自觉症状部分消失,活动轻度障碍,部分恢复工作。无效:症状体征无明显减轻,直腿抬高试验阳性,不能胜任工作。总有效率=(痊愈+显效+有效)/总例数 $\times 100\%$ 。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。2 组临床疗效比较,经秩和检验,差异有统计学意义($P < 0.01$)

表 1 2 组临床疗效比较						例(%)
组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	59	26(44.07)	18(30.51)	13(22.03)	2(3.39)	96.61
对照组	59	18(30.51)	21(35.60)	11(18.64)	9(15.25)	84.74

4.3 2 组治疗前后 VAS 评分比较 见表 2。2 组治疗后 VAS 评分与治疗前比较,差异均有统计学意义($P < 0.01$);治疗后,2 组 VAS 评分比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 2 2 组治疗前后 VAS 评分比较 $(\bar{x} \pm s)$				分
组别	n	治疗前	治疗后	
治疗组	59	7.32 \pm 1.24	2.23 \pm 1.03	
对照组	59	7.26 \pm 1.15	3.28 \pm 1.32	

与治疗前比较,① $P < 0.01$;与对照组治疗后比较,② $P < 0.05$

4.4 病例随访 病例随访 1 年,治疗组共 59 例患者无 1 例复发或加重。

5 讨论

腰椎间盘突出症是由于腰椎间盘发生退行性变,在外力的作用下,纤维环出现了部分或全部的破裂,单独或者连同髓核、软骨终板一起向外突出,刺激或压迫脊髓神经和神经根,造成局部充血、水肿的炎症性改变,引发腰腿痛为主的一种综合征^[5],该病多见于 20~50 岁青壮年。主要症状为腰部疼痛及腰脊神经所支配的下肢放射痛或麻痹(单侧或双侧),甚或由于马尾神经受到压迫,而出现双下肢及鞍区的麻木、二便障碍、截瘫等。

笔者经临床实践,运用小角度旋牵推拿正骨手法治疗了许多腰椎间盘突出症患者,该治疗手法从脊柱的整体出发,通过

利用生物力学原理治疗腰椎间盘突出症。遵循了中医学整体观念、辨证论治理念,轻巧稳准,利用脊柱整体杠杆作用力与旋转力,使脊柱处于暂时失稳的前提下,进行小角度旋牵(前屈 $10^\circ \sim 15^\circ$; 10° 左右的倾斜角;旋转 $5^\circ \sim 10^\circ$),通过调整椎体轻度位移,使错位关节复位,调整脊柱力线结构,重建椎体间的代偿机制,从而恢复了脊柱的内外平衡,纠正偏歪的棘突或紊乱的小关节,解除了小关节滑膜嵌顿的状态,改善突出的髓核与神经根的关系,消除或缓解了对神经根的压迫或刺激症状^[6]。手法操作时要求施术者做到“机触于外,巧生于内,手随心转,法从手出”,依据手法定位、突出程度、棘突偏歪方向、患者身体状况,注重手法的应变能力,慎重地选用手法,以纠正错位,严防暴力操作,“以四两拨千斤”之式,瞬间而有控制地发力,避免出现医源性损伤^[7]。小角度旋牵推拿正骨手法使得操作能够控制在安全的范围之内,减少了手法的失误或并发症,从而能达到治疗的目的,取得了良好的效果。

针灸可以改善神经根周围的循环、促进代谢;促进镇痛物质释放;减少各种炎性介质释放、促进炎性渗出物的吸收;抑制炎性反应、减轻神经根炎性水肿,从而缓解或消除神经根的压迫症状;同时可以缓解肌肉痉挛,恢复腰椎内外的平衡,减轻椎间盘压力,防止疾病的进一步发展^[8]。

治疗组总有效率为 96.61%,并且随访 1 年无复发,提示治疗组较对照组疗效好。综上所述,此法简便易行,安全、疗效持久,能有效改善临床症状及预后,减轻患者无痛苦,费用低廉,适宜临床推广应用。

【参考文献】

- [1] 曹建忠,刘国平,陈湘鄂,等.老年骨关节疾病学[M].北京:学苑出版社,2000:56,63.
- [2] 胡有谷.腰椎间盘突出症[M].3版.北京:人民卫生出版社,2005:9.
- [3] Jensen MP, Karoly P, Braver S. The measurement of clinic pain intensity: a comparison of six methods[J]. Pain, 1986, 27(1): 117-126.
- [4] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:145.
- [5] 侯树勋.脊柱外科学[M].北京:人民军医出版社,2005:754.
- [6] 冯天有.腰椎管内突出髓核的临床意义探讨——附 44 例腰椎间盘突出症患者与 73 例正常人 CT 资料的三维分析[J].中国中西医结合杂志,2000,20(5):347.
- [7] 陈荣鑫,付安锁.正骨整脊平衡疗法治疗腰椎间盘突出症 180 例[J].2009,32(6):43-44.
- [8] 郭长青,张莉,马惠芳.针灸现代研究与应用[M].北京:学苑出版社,1998:1087.

(责任编辑:刘淑婷)