

长蛇灸配合推拿对腰椎间盘突出术后康复疗效的影响

龚辉, 余丽娟, 黄秋明

惠州市第三人民医院, 广东 惠州 516000

[摘要] 目的: 观察长蛇灸配合推拿对腰椎间盘突出术后康复效果的影响。方法: 将 60 例患者随机分为 2 组, 对照组 30 例术后予西医常规康复治疗; 治疗组 30 例在对照组治疗方案的基础上加用长蛇灸配合推拿治疗。观察比较出院后 3、6、12 月日本骨科协会 (JOA) 评分情况。结果: 出院后 3、6、12 月时 2 组患者 JOA 评分均有提高, 与出院时比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 2 组间比较, 3 月、6 月治疗组优于对照组, 差异有统计学意义 ($P > 0.05$); 12 月时, 治疗组略高于对照组, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 腰椎间盘突出术后康复锻炼配合长蛇灸与推拿可提高康复疗效。

[关键词] 腰椎间盘突出术; 康复; 长蛇灸; 推拿

[中图分类号] R687.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 07-0132-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.07.057

腰椎间盘突出症手术后的康复治疗已逐步为广大骨科医师所重视, 术后康复训练已有指南规范, 但康复理疗部分比较简单, 未受重视。笔者选取部分腰椎间盘突出术后病例, 在常规康复锻炼的基础上采用长蛇灸配合推拿, 收到较好疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 患者手术均由本院骨科同一个治疗组医生完成, 采用全身麻醉, 小切口正中后入路, 显露单侧受累节段的黄韧带和上下位椎板, 切除上位椎板下缘、黄韧带和下位椎板上缘, 直视下切除突出的髓核, 椎间盘内髓核不作过多切除, 根据神经根松紧程度沿神经根作必要的侧隐窝和神经根管减压。常规关闭切口。

住院术前及术后均按标准康复方案: 术前 1~3 天指导患者练习床上排便, 防止术后因不习惯床上排便而导致尿潴留或便秘。术后伤口处理, 特定电磁波治疗仪, 治疗时间每次 30 min, 每天 2 次。

术后次日康复训练: 卧硬板床, 6 h 麻醉消退后, 可指导患者进行如下练习: ①双下肢各关节的屈伸练习及双下肢肌肉等长舒缩练习, 包括股四头肌、胫前肌群的练习。②腰背肌收缩训练。③指导患者翻身时采取轴位翻身, 保持腰背部直立, 防止过伸过屈。术后 2~15 天康复训练: ①主动双下肢直腿抬高练习。②“踩自行车”练习。③腰背肌功能锻炼。④腹肌锻炼。

1.2 中止、剔除标准 ①不能按疗程方案坚持治疗者; ②虽坚持治疗完成疗程, 但临床资料不全者; ③治疗过程中突发严

重的其他疾病者。

1.3 一般资料 观察病例均为本院 2012—2015 年门诊收治的腰椎间盘突出术后患者, 均经 MRI 证实为 L_4/L_5 或 L_5/S_1 腰椎间盘突出, 无受累节段手术史, 共 60 例, 随机分为 2 组。治疗组 30 例, 男 16 例, 女 14 例; 平均年龄 (43.6 ± 15.5) 岁; L_4/L_5 突出 15 例, L_5/S_1 突出 15 例。对照组 30 例, 男 17 例, 女 13 例; 平均年龄 (46.3 ± 12.8) 岁; L_4/L_5 突出 18 例, L_5/S_1 突出 12 例。2 组年龄、性别、腰椎间盘突出节段比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 术后患者切口愈合就可出院, 按照《骨科术后康复指南手册》^[1], 康复锻炼在门诊由医生进行指导, 每周 1~2 次, 具体操作在家完成。康复锻炼如下: ①术后 4~6 周: 相对休息 - 步行, 不负重自行车; 软组织活动, 关节活动; 指导坐姿, 避免长时间弯腰; 止痛措施 (冰敷, 超声, 经皮电神经刺激); 腰椎稳定性训练, 先重不负重体位开始 (仰卧位或俯卧位); 神经活动 (坐骨神经和股神经)。②术后 6~10 周: 进行使运动向心化的反复运动; 掌握正确的蹲坐姿势 (从手膝支撑开始逐渐过渡到站立); 非辅助性脊柱稳定性训练 (即手膝支撑) 过程中用语言和手势提示; 确定引起症状的肌肉失衡; 用于改善腰椎受限节段活动范围的手法; 开始非负荷腰椎主动活动范围练习; 继续仰卧、俯卧手膝支撑中立位稳定性练习; 站立位冠状面上下肢等张力量练习, 维持腰椎中立位; 止痛措施; 有氧训练。③术后 10~14 周: 继续进行使症状向心化的反复运动; 开展动态稳定训练; 确定引起症状的肌肉失

[收稿日期] 2016-01-15

[作者简介] 龚辉 (1983-), 男, 主治医师, 主要从事针灸推拿治疗颈腰腿等软组织损伤和脑血管疾病方面的研究。

衡;用于改善腰椎受限节段活动范围的手法;开始腰椎负重主动活动范围练习(每次均以引起症状向心化的动作结束练习);继续仰卧、俯卧手膝支撑中立位稳定性练习;站立位冠状面上下肢等张力量练习,维持腰椎中立位,从稳定面上运动开始,进展到不稳定面上运动);进一步开展有氧运动。④术后14~18周:进行专项体育训练;继续进行动态稳定训练;进一步开展心血管训练;进一步开展四肢力量训练。

2.2 治疗组 在对照组康复锻炼方案的基础上,出院后门诊给予长蛇灸配合推拿治疗。①长蛇灸具体操作:患者取俯卧位,充分暴露腰部,将脊柱及两侧皮肤常规消毒后取医用纱布一张平铺在腰部。选取L₁~S₃距离,将鲜生姜绞碎成泥,在L₁~S₃段平铺宽4cm,厚1cm生姜泥。其上平铺3.5cm宽,1.5cm厚艾绒,然后将艾绒点燃。灸完1壮,另加艾绒继续灸1壮,共灸3壮,3壮约用45min,待患者有灼热感时,将姜渣下面的一层纱布连同姜渣、艾绒轻轻提起,左右稍加移动以防起泡。②长蛇灸后,给予腰部推拿,取俯卧位,医师用揉法从患者患侧胸腰部到下肢部位进行按摩4~5次,以使肌肉放松,嘱患者进行4~6次深呼吸。然后以患者腰部的阿是穴为主,并兼顾膀胱经腧穴进行按、推、点法,沿垂直纤维走向拔腰大肌3~5次,分别对承扶、委中、昆仑、环跳、殷门和承山等6个穴位进行点压。待患者有疼痛感时转为揉拨法再转为弹拨法进行推拿治疗,最后再对患者下肢进行拿捏3~4次,促进患者肌肉的放松。长蛇灸与推拿每周3次,治疗时间为12周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 参照日本整形外科学会腰椎疾患治疗成绩评分表(JOA)^[2]制定腰椎间盘突出症评价表,于出院后3、6、12月评定,完全正常计45分。(1)主观症状(12分):①腰痛:无痛4分;偶有轻度痛3分;常有轻度痛2分;频发轻度或偶有重度痛1分;频发或持续剧烈发作0分。②臀及下肢痛和(或)麻木:同“腰痛”项。③步行能力:正常4分;疼痛、麻木和(或)肌无力发生,>1000m计3分;500~1000m计2分;100~500m计1分;<100m计0分。(2)体征(15分):①压痛和(或)按压时放射痛:无计3分;椎旁轻压痛,无放射痛计2分;椎旁明显压痛,伴轻度放射痛计1分;重度压痛,伴放射痛计0分。②直腿抬高试验(含腓绳肌紧张):正常计3分;61~80°计2分;30~60°计1分;<30°计0分。③感觉障碍:正常计3分;有轻微障碍计2分;局部感觉未完全丧失计1分;局部感觉完全丧失计0分。④肌力:5级计3分;4级计2分;2~3级计1分;0~1级计0分。⑤膝或跟腱反射:正常计3分;轻度减弱计2分;明显减弱计1分;消失计0分。(3)日常生活能力评分(ADL)(18分):①睡觉翻身:容易计3分;稍有不灵活计2分;较艰难计1分;非常艰难计0分。②站起:同“睡觉翻身”项。③弯腰:取并腿直立位脊柱尽量前屈,手指触及踝部或以下计3分;触及小腿1/2部以下

计2分;触及髌骨下缘计1分;不能弯腰或仅能触及大腿下段或髌骨计0分。④长时间(1h)坐位:容易计3分;有疼痛计2分;<30min计1分;非常困难计0分。⑤行走:同“睡觉翻身”项。⑥提物或举物:容易计3分;稍有不灵活计2分;比较困难计1分;非常困难计0分。

3.2 统计学方法 选择SPSS18.0统计学软件进行数据分析,计量资料数据采用($\bar{x} \pm s$)表示,比较采用 t 检验;计数资料比较采用 χ^2 检验,等级资料比较采用秩和检验。

4 治疗结果

2组JOA评分情况比较,见表1。2组患者出院后3月、6月、12月分别与术后出院时比较,JOA评分均有提高;2组间比较,出院后3月、6月JOA评分治疗组高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。出院后12月,治疗组略高于对照组,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

组别	n	术后出院时	出院后3月	出院后6月	出院后12月
治疗组	25	25.3±3.5	37.5±4.3 ^{①②}	42.3±3.9 ^{①②}	43.3±1.7 ^①
对照组	25	25.1±3.7	32.8±4.5 ^①	37.9±4.1 ^①	42.1±2.9 ^①

与术后出院时比较,① $P < 0.05$;与对照组同期比较,② $P < 0.05$

5 讨论

随着医疗技术的发展,腰椎间盘突出症手术后的康复治疗已逐步为广大骨科医师所重视。术后对脊柱的结构和腰肌造成一定影响,导致椎管内及神经根粘连等后遗症^[3],而通过系统、有效的康复治疗可以有效地防止这些后遗症的产生。成功的治疗不仅包括良好的手术,更需要正规系统的术后及院外康复治疗。康复治疗是减少术后并发症、尽快恢复的重要辅助手段^[4]。术后康复包括理论指导、功能锻炼、理疗等措施。

腰椎间盘突出症属中医学痹证范畴,中医学分析腰椎间盘突出症病因多为“肝肾亏虚,精血不足,外伤或感受寒凉”,病机的核心是经气不利,导致不通则痛。《诸病源候论·风痹候》曰:“痹者,风、寒、湿三气杂至,合而成痹,其状肌肉顽厚,或疼痛,由人体虚,腠理开,故受风邪也。”《风湿痹候》曰:“风湿痹由血气虚,则受风湿,而成此病。”风、寒、湿邪入侵机体,迁延日久,邪留注经络关节,经脉闭阻不通,内舍肝肾,故肾虚正衰。督脉空虚,应以补肾壮阳扶正为治本之大法。

长蛇灸是一种传统的外治疗法,多用以治疗虚劳顽痹等证,以其面积广,艾炷大,火气足,温通力强之特长,远超其他热疗。其施灸部位为脊柱,是督脉循行之所在,也正是椎间盘突出手术位置。督脉是人身阳脉之海,总督一身之阳,维系人身真元,具有调节阴阳真气的作用。长蛇灸用通过艾灸温和火气的逐步渗透,激发督脉经气,调整人体阴阳真气,内达脏腑,外通肢节,调整机体功能,发挥直达病所的作用。配合推

拿手法,可使肌肉痉挛得到松解,改善沿椎间孔进入椎管的腰动脉的血液循环,促进椎旁肌功能的修复^[6];可促进炎症介质和炎症细胞的吸收、松解神经根的粘连,调整、松动小关节间隙和关节囊的位置,消除不良刺激,缓解疼痛。因术后康复时间较长,且易复发,长蛇灸配合推拿,舒适度高,效果明显,较之其他理疗,患者的依从性较好。

综上所述,腰椎间盘突出术后,在康复锻炼的同时配合长蛇灸与推拿,可以有效提高术后康复效果。

[参考资料]

[1] JeMe Cioppa- Mosca, Jannet B. Cahill, John T. Cavanaugh, et al. 骨科术后康复指南手册[M]. 陆芸,周

谋望,李世民,主译.天津:天津科技翻译出版公司,2009:320-326.

[2] 余维豪,霍速.介绍一种腰椎功能评定方法[J].中国康复医学杂志,1998,13(5):214-215.

[3] 吴华军,沈景允.腰椎间盘突出术后复发的手法治疗[J].中国骨伤,1999,12(2):42-43.

[4] 陈开林,谢大志,蒋劲,等.腰椎间盘突出症行椎间盘镜手术后的康复训练[J].中国临床康复,2003,7(4):632.

[5] 崔改琴.手法为主治疗腰椎间盘突出术后腰腿痛临床分析[J].中国实用医药,2011,6(4):177-178.

(责任编辑:刘淑婷)

腰部夹脊穴加用温针灸治疗腰椎间盘突出症 临床观察及对疼痛的效果

尚德锋

磐安县人民医院针灸理疗科,浙江 磐安 322300

[摘要] 目的:观察腰部夹脊穴加用温针灸治疗腰椎间盘突出症的临床疗效及其对疼痛的改善效果。方法:86例患者入院后均行腰背肌锻炼,采用随机数字表法分为2组各43例。观察组行病变节段双侧夹脊穴温针灸治疗;对照组行病变节段双侧夹脊穴常规针刺治疗,比较2组临床疗效、疼痛改善情况,发放视觉模拟评分法(VAS)评分、Oswestry功能障碍指数问卷表(ODI)、中医症状评分。结果:总有效率观察组95.35%,对照组79.07%,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组治疗后有效镇痛时间、疼痛消失时间分别与对照组比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后,观察组中医症状评分、VAS评分和ODI评分分别与本组治疗前及对照组治疗后比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论:腰部夹脊穴加用温针灸能够有效缓解腰椎间盘突出症患者疼痛症状,提高临床疗效。

[关键词] 腰椎间盘突出症;温针灸;夹脊穴;疼痛;视觉模拟评分法(VAS);Oswestry功能障碍指数问卷表(ODI);有效镇痛时间;疼痛消失时间

[中图分类号] R681.5*3 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415(2016)07-0134-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.07.058

腰椎间盘突出症是椎间盘各纤维环破裂、向后突出,压迫神经根而引发的一系列临床症状,常表现为坐骨神经痛、下肢麻木、间歇性跛行、活动受限等,会降低患者生活质量^[1]。非手术疗法是临床治疗腰椎间盘突出症的常用方式,80%~90%患者症状可得到缓解或治愈,仅少部分反复发作、保守治疗无效者可考虑接受手术治疗。根据腰椎间盘突出症临床症

状表现,认为其属中医学痹证、腰痛范畴,中医针灸、按摩、中药内服均有良好的效果。本研究主要分析了腰部夹脊穴加用温针灸治疗腰椎间盘突出症的效果及对临床症状、疼痛程度等的影响,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 ①符合《最新腰腿痛诊断治疗学》^[2]中拟定腰

[收稿日期] 2016-02-04

[作者简介] 尚德锋(1975-),男,主治中医师,研究方向:中医针灸专业。