

· 手法介绍 ·

手法为主综合治疗腰椎间盘突出手术后复发

陈伟仁, 徐勇刚

(浙江省中医院, 浙江 杭州 310006)

关键词 腰椎; 椎间盘移位; 手术后期间; 复发

Manipulation for treating recurrence after operation of lumbar intervertebral disc herniation CHEN Weiren, XU

Yong-gang. The TCM Hospital of Zhejiang, Hangzhou 310006, Zhejiang, China

Key words Lumbar vertebrae; Intervertebral disc displacement; Postoperative period; Recurrence

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma 2007, 20(8): 570-571 www.zggssz.com

腰椎间盘突出症所引起的腰腿痛,目前多主张以保守治疗为主,但经手术治疗的也有一定比率。自2000年10月—2005年12月共收治经手术后复发的腰椎间盘突出症19例,临床应用松肌法、分离神经根粘连法、骨盆旋转整脊法、后伸压腰法、纠正脊柱侧弯法为主,结合骨盆牵引中药熏蒸,药物对症治疗为辅,取得了满意的效果。为探究其疗效机制,现总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 19例中,男16例,女3例;年龄26~59岁。有劳损、外伤及受凉诱发者12例。发病部位据CT、MRI检查统计:L_{3,4}椎间盘突出1例,L_{4,5}椎间盘突出9例,L₅S₁椎间盘突出5例,L_{4,5}和L₅S₁两节段椎间盘突出2例,L₃—S₁多节段椎间盘膨出2例。病程为手术后3~27个月,其中6个月内8例,6个月以上11例。

1.2 症状体征 本组病例主要表现为腰臀下肢痛,伴下肢麻木及小腿外侧足背外侧足趾麻木者11例。查体:19例腰后正中中线见8~11cm手术瘢痕,腰生理曲度消失18例,腰活动受限15例,脊柱侧弯10例,腰棘突偏歪、压痛、髂臀部压痛16例,其中压痛向下肢放射痛8例,直腿抬高试验阳性15例,趾背伸屈肌力下降6例,趾不能完全背伸2例,一侧臀部及小腿肌肉明显萎缩2例。

1.3 放射学检查 19例均摄腰椎正侧位X线片,其中椎间隙变窄8例,椎间隙前窄后宽11例,腰椎退行性改变9例,S₁隐裂1例。CT扫描11例,MRI检查8例,均有不同程度椎间盘突出、部分椎板不全,突出物压迫相应的硬膜囊或神经根。其中3例伴黄韧带增厚、椎管狭窄。

2 治疗方法

2.1 基本方法 ①骨盆牵引加热熏(上海医疗器械高等专科学校实验学校实验厂JZC-III型脊柱牵引床):患者仰卧牵引床上,腰部对准中药热熏处,中药用当归30g川芎20g红花15g三棱、莪术各20g王不留行40g桂枝20g络石藤60g细辛15g威灵仙、独活各25g川牛膝30g川、草乌各10g甘草9g加水高出药8~10cm,温度调节至50~60℃,胸围固定上身,骨盆带固定骨盆,重量35~55kg持续时间20min ②松肌法:在腰骶、腰臀痛点用按揉法、一指禅推法、肘按法治疗5~8min以放松腰臀肌肉。在此基础上根

据患者不同体征选用以下手法。

2.2 治疗手法 ①分离神经根粘连法:患者仰卧位,助手固定患者骨盆、健侧下肢,医者将患者下肢伸直作被动直腿抬高,一般不超过90°,连续30次,并作伸膝足背屈30次。②骨盆旋转整脊法:患者取仰卧位,助手固定患侧肩部,医者立于患者健侧将患者双下肢屈膝屈髋向健侧旋转,旋转角度要根据病变的部位而定,病变在L_{4,5}节段屈髋90°,L_{3,4}节段屈髋<90°,L₅S₁节段屈髋>90°,待旋转到最大限度时,一手按膝上外侧,另手抱健侧髂臀部突然轻巧用力向健侧旋转,即可闻及脊柱椎间关节移动响声;有双侧腰腿痛者按上法向相反方向再操作1次。③后伸压腰法:患者俯卧位,助手肘尖部按压住腰椎间盘突出部位,医者双臂抱住患者双下肢向后抱紧使腰部过伸25°~35°;双腰腿痛者腰后伸15°~25°,但左右均操作。④纠正脊柱侧弯法:患者取俯卧位,脊柱左弯髂髻右突者,助手肘尖部按压固定于L_{4,5}右椎旁,医者双臂抱住患者双腿向后抱紧至30°时改极度向右;脊柱右弯髂髻左突者,手法操作方向相反。

治疗手法刺激量较大,若患者难以接受时可多做几次基本方法,待症状缓解后再行治疗手法。治疗手法以达到治疗效果为止,如直腿抬高已同健肢等高,达到治疗效果,不必再次操作。

2.3 药物及其他疗法 ①药物治疗:若急性发作,表现为腰腿或腰臀剧痛,往往呈强迫体位,查体难配合,按压痛点反应敏锐,用20%甘露醇250mg加地塞米松5mg每日1次,静脉快速点滴,连续3~5d后再施用治疗手法。伴下肢麻木肌萎缩肌力下降者用500ml15%糖盐加尼可林0.5g每日1次静脉点滴,同时口服吡喃硫胺片50mg次,每日3次,连用2~3周。②其他疗法:臀部痛点顽固者用2%利多卡因5ml加地塞米松5mg局部封闭后再用肘按法强刺激痛点,每周1次。本组6例,其中3例1次,2例2次,1例3次。治疗期间卧硬板床,腰部垫小枕,循序渐进地进行背伸肌及抬腿、踢腿和屈膝、屈髋锻炼。

3 结果

3.1 疗效标准^[1] 痊愈:腰腿痛消失,体征转阴,恢复原工作或轻工作;显效:腰腿痛大部分消失,体征转阴,恢复原工作或轻工作。好转:腰腿痛减轻,仍有部分阳性体征,可做轻工作;

无效: 主要症状、体征无改善, 不能工作。

3.2 治疗结果 本组 19例, 最少治疗 5次, 最多治疗 20次, 均隔日 1次, 一般在 10次左右。随访 3~6个月, 按上述标准评定, 痊愈 9例, 显效 6例, 好转 2例, 无效 2例, 总有效率 89.47%。

4 讨论

腰椎间盘突出症手术后症状多立即改善或消失, 随着脊柱活动增加, 椎间隙相应反复受到挤压, 并且手术时将髓核摘除等影响椎间关节失衡, 在上述两因素相互作用下手术节段的残留髓核及其上下节椎间盘仍可发生膨突。我们认为该病的关键主要是椎间关节的结构发生改变, 持续到其本身不能代偿时就会出现临床症状。手法重在矫正脊柱结构, 恢复人体正常的生理形态。本病在急性发作时可引起神经根等组织的充血水肿反应, 用甘露醇加地塞米松使其充血水肿反应迅速消退, 症状缓解, 以便能接受本法治疗。骨盆牵引加中药熏蒸主要增宽椎间间隙, 结合活血通络等药物热熏, 使皮温升高, 血管扩张, 药物和热能渗透到筋肌骨间、直达病所, 使血液和淋巴的循环加快, 加速病变组织的代谢和修复。

松肌法重在放松肌肉。分离神经根粘连法, 当直腿抬高至 90°时, L₄神经根可在椎管内移动 3~5mm, 足背屈时可使坐骨神经在强力紧张状态下提高其兴奋性^[2], 同时可松解软组织和神经根的粘连。骨盆旋转整脊法可使腰椎产生旋转扭转, 椎间后关节重新排列, 使突出组织与神经根的位置发生改变, 减轻或解除对神经根刺激或压迫^[1]。后伸压腰法使腰部

向后过伸, 其椎间隙后窄前宽, 间盘位移, 并可恢复腰椎正常的曲度。双腰痛者多因椎间盘突向椎管中央, 为避免损伤马尾神经, 所以腰后伸幅度应减小并左右均操作。纠正脊柱侧弯手法可迫使腰椎极度侧曲, 侧曲侧椎间隙变窄, 对侧增宽, 自然挤压了相应的椎间盘。充分活动椎间关节, 改变移动突出物的位置, 矫正脊柱畸形, 同时也可解除肌痉挛。

临床见到有些患者突出物大而症状轻, 有些患者突出物小而症状重, 有些患者突出而无根性症状。影像学所示突出髓核的类型、空间占位大小以及神经根受压程度并不一致^[3]。从实践中观察到, 只要恢复腰椎生理结构, 其结果就扩大了神经根管容积^[4], 神经根可免受刺激或压迫。双下肢直腿抬高相等, 肌痉挛解除, 两侧腰臀肌肉对称, 脊柱内外平衡一致, 腰腿痛症多能治愈。卧板床、腰垫枕、背伸肌锻炼可恢复腰曲度, 增强肌力, 稳定脊柱, 抬腿和屈膝屈髋踢腿锻炼可防止粘连, 平衡肌力。

参考文献

- 1 陈伟仁. 麻醉加封闭后推拿治疗腰椎间盘突出症. 中国骨伤, 2000, 13(5): 295.
- 2 金辽沙, 王坤正, 陈君长, 等. 非手术疗法治疗腰椎间盘突出症临床研究. 中国骨伤, 1996, 9(4): 3-5.
- 3 黄仕荣, 石印玉. 无症状腰椎间盘突出再认识. 中国骨伤, 2005, 18(7): 416-419.
- 4 李智, 李静. 推拿治疗腰椎间盘突出症机制研究进展. 中国骨伤, 2005, 18(1): 62-63.

(收稿日期: 2006-11-14 本文编辑: 连智华)

理脊通脉配合改良整复手法治疗神经根型颈椎病临床疗效观察

刘志坤, 睦承志, 吴竹涵, 林国文, 柯继敏

(厦门中医院骨一科, 福建 厦门 361001)

关键词 颈椎病; 正骨手法; 中医疗法

Treatment of cervical spondylitic radiculopathy with vertebral adjusting and promotion of blood circulation coordination in proved reduction manipulation LIU Zhi-kun, SUI Cheng-zhi, WU Zhu-han, LN Guo-wen, KE Ji-m in. The TCM Hospital of Xiamen, Xiamen 361001, Fujian, China

Key words Cervical spondylitis Bone setting manipulation TCM therapy

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma 2007, 20(8): 571-572 www.zggssz.com

自 2002年 6月至 2005年 11月, 我们以理脊通脉手法配合改良卧位旋转整复手法治疗神经根型颈椎病 40例, 并设对照组进行观察, 获得满意疗效, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 78例, 男 40例, 女 38例; 年龄 28~65岁, 平均 44.5岁; 均有长期伏案史, 其中 16例有颈部损伤史。所有病例以治疗先后为序号, 查随机数字表, 将其分为治疗组与对照组。治疗组 40例, 男 22例, 女 18例; 年龄 28~65岁, 平均 46.5岁; 病程 4d~6年, 平均 2.5年。对照组 38例, 男 18例, 女 20例; 年龄 30~60岁, 平均 43.3岁; 病程

15d~8年, 平均 3年。两组病例性别、年龄、病程及术前症状、体征评分经 χ^2 或 t 检验 ($P > 0.05$), 差异无显著性统计学意义, 均有可比性。

1.2 诊断标准 根据神经根型颈椎病的诊断标准^[1], 结合病史、体检、颈部 X 线摄片进行诊断, 排除强直性脊柱炎、颈部畸形、肿瘤、结核、胸廓出口综合征、腕管综合征等非神经根型颈椎病患者。

1.3 治疗方法

1.3.1 治疗组 先予理脊通脉手法: 患者取俯卧位, 胸部垫枕, 双手置于额头, 术者按以下顺序操作: ①按揉, 应用掌揉、指揉手法及 法松解颈、肩、背部的肌肉。②牵引, 双手稳住头部平行牵引, 力量 5~7kg, 间断操作 3次, 每次 30min。