

· 经验交流 ·

调脊手法结合补阳还五汤治疗腰椎侧隐窝狭窄症

胡思进¹, 应有荣², 朱让腾², 蔡晓峰¹, 任建辉³

(1. 瑞安市中医院骨伤科, 浙江 瑞安 325200; 2. 台州医院路桥院区; 3. 瑞安市中医院放射科)

关键词 腰椎; 椎管狭窄; 手法, 捏脊; 补阳还五汤

Chiropractic adjustment combined with Buyang Huanwu decoction (补阳还五汤) for the treatment of lumbar lateral recess stenosis HU Si-jin*, YING You-rong, ZHU Rang-teng, CAI Xiao-feng, REN Jian-hui. *Department of Orthopaedics and Traumatology, Traditional Chinese Medical Hospital of Ruian, Ruian 325200, Zhejiang, China

Key words Lumbar vertebrae; Spinal stenosis; Manipulation, chiropractic; Buyang Huanwu decoction

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma, 2009, 22(10):753-754 www.zggszz.com

腰椎侧隐窝狭窄症是脊柱退行性疾患中的常见病, 该病导致的腰痛、下肢痛、间歇性跛行等严重困扰着中老年患者, 随着影像诊断技术的发展, 近年来发病呈明显增加趋势。作者自 2005 年 8 月至 2008 年 7 月, 采用调脊结合补阳还五汤治疗腰椎侧隐窝管狭窄症 64 例, 疗效满意, 现总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 64 例, 男 45 例, 女 19 例; 年龄 37~72 岁, 平均 53 岁。病程 15 d~32 个月, 平均 25 个月。患者中从事体力劳动 37 例, 非体力劳动 27 例。大部分发病前有劳累史, 其中轻度扭伤发病 15 例。均有腰痛, 其中单侧下肢疼痛 52 例, 双侧下肢疼痛 12 例, 并伴有不同程度间歇性跛行, 站立不动并不能使疼痛缓解, 但坐位或卧位可使症状消失。腰椎生理弧度变直或轻度后凸, 下腰椎旁有局限性压痛、叩击下肢明显放射痛, 屈颈试验阳性 13 例, 直腿抬高试验阳性 47 例。趾背伸肌肌力减弱 11 例, 膝反射减弱 16 例, 跟腱反射减弱或消失 19 例。小腿内侧皮肤感觉减退 17 例, 小腿外侧皮肤感觉减退 29 例, 足背皮肤感觉减退 15 例。12 例出现下肢肌肉萎缩。CT 扫描显示, 腰椎间盘膨隆伴有不同程度的突出, L_{4,5} 侧隐窝狭窄 19 例, L₅S₁ 侧隐窝狭窄 36 例, L_{4,5}, L₅S₁ 同时狭窄 9 例, 侧隐窝单侧狭窄 52 例, 双侧狭窄 12 例。

1.2 治疗方法

1.2.1 调脊手法 ①点穴松解法: 患者俯卧位, 术者立于患侧, 先用拇指指尖螺旋面点压三焦俞、肾俞、气海俞、大肠俞、关元俞、小肠俞、膀胱俞、八髎、环跳、委中、承山等穴位上, 用点穴法从上到下、由轻到重、深透入内, 各点压约 30 s, 再用肘尖顶压秩边穴由轻至重约 5 min 后松开, 再用 ■ 法、按法, 放松线路从背腰肌到腰骶部、臀部及下肢坐骨神经走向。手法先轻后重, 以患者感到舒适感为度, 后适当加重手法力度, 以患者能承受为度, 往复 3 次。②伸展牵拉法: 患者取俯卧位, 助手固定患者上半身、肩背部。术者双手环抱患侧踝部, 作后伸外展均约 30° 牵拉 3 min。③神经根松解法: 患者取仰卧位, 患肢行直腿抬高及足背伸加压: 术者一手扶小腿远端后侧, 另一手扶膝前上方使膝伸直然后被动抬高患肢上举, 逐渐加大幅度抬举 3~6 次。当患肢行直腿抬高到最高处, 然后行足背伸向内、中、外 3 个方向压足各 10 次。在治疗过程中, 逐渐抬高患肢直到 80° 为度, 或以患者每次行此手法时能承受为度。④屈膝屈髋抖腰法: 患者取仰卧位, 以双屈膝屈髋, 术者坐在床上, 以臀部压住患者双足背, 双手合抱患者大腿近膝部, 行反复抖腰 3 次。⑤仰卧骨盆旋转法: 患者取仰卧位, 助手固定患者上半身、肩部。术者立于健侧, 使患者双屈膝屈髋。术者双手环抱大腿近膝部, 行患侧脊柱旋转扳法, 当腰部扭转至最大幅度时术者略用力扳动, 以响声为度, 两下肢均有症状者左右各作

通讯作者: 胡思进 E-mail: husijin@yahoo.com.cn

2000, 7(7): 686-689.

[8] 张功林. 一次简单的封闭操作防止了一次手术失误. 中国伤残医学, 2009, 17(1): 123.

[9] Ikuta K, Tono O, Oga M. Clinical outcome of microendoscopic posterior decompression for spinal stenosis associated with degenerative spondylolisthesis—minimum 2-year outcome of 37 patients. Minim Invasive Neurosurg, 2008, 51(5): 267-271.

[10] Colak A, Topuz K, Kutlay M, et al. A less invasive surgical approach in the lumbar lateral recess stenosis: direct approach to the medial wall of the pedicle. Eur Spine J, 2008, 17(12): 1745-1751.

[11] 张功林, 章鸣, 王学山, 等. 介绍一种简易跪式手术床. 中华骨科杂志, 2007, 27(8): 571.

[12] Shirado O, Yamazaki Y, Takeda N, et al. Lumbar disc herniation associated with separation of the ring apophysis: is removal of the detached apophyses mandatory to achieve satisfactory results. Clin Orthop Relat Res, 2005, 431: 120-128.

(收稿日期: 2009-07-07 本文编辑: 王宏)

1 次。⑥按拨 ■ 捏放松法:患者取俯卧位,术者立于患者一侧,用掌根、鱼际,双手交叉重叠,自胸椎下段开始,沿督脉向下按,直至腰骶部,用拨、■、捏手法,放松臀部及下肢,下肢沿膀胱经环跳、承扶、委中、承山及阿是穴等顺序由上至下反复 3 次后结束手法。

1.2.2 中药内服 以补阳还五汤为基本方进行加减:生黄芪 60 g、当归尾 12 g、川芎 6 g、桃仁 10 g、红花 6 g、地龙 12 g、赤芍 12 g 为主方。其功效补气活血,祛瘀通络。根据患者的不同病情,我们可以通过对药物进行适当的加减变化。如偏于风寒者加桂枝 10 g、独活 10 g;风湿盛者加苍术 12 g、白术 12 g;疼痛偏重者加制川乌 6 g、徐长卿 15 g;麻木偏重者加僵蚕 10 g、蜈蚣 2 条。灵活变通加减组方,病程短者、发病急者宜活血化痰,通络止痛;病程长者、病久体亏宜补益肝肾,舒筋止痛。以上方药加水 500 ml,先浸泡 30 min,煎 30 min,取汁 250 ml,二煎加水 250 ml,煎 15 min,取汁 150 ml,2 次取汁混合,每日 1 剂,分早晚 2 次温服,14 d 为 1 个疗程。

1.2.3 牵引锻炼 患者早期宜腰部加垫枕绝对卧床休息,每日行推拿 1 次,每次约 30 min,待腰部肌肉放松后,辨证施行第 2 维腰椎牵引或第 4 维腰椎牵引治疗,指导进行“过伸腰肢式”、“前弓后箭式”等腰背肌锻炼方法。2 周后腰围护腰下床适度活动。3 个月内避免弯腰负重,6 个月可适度负重,逐步恢复劳动强度。必要时结合心理治疗及健康指导,改变患者不良的生活和工作习惯。

1.3 观察项目与方法 参照日本骨科协会(JOA)腰椎疾病评分标准^[1],具体观测项目:主观症状(9 分)、客观体征(6 分)、日常活动限制情况(14 分)。于治疗前、治疗后评分,本疗程评分表总分为 29 分。

1.4 疗效分级 痊愈,腰腿疼痛消失,无间歇性跛行,可从事正常活动;有效,腰腿痛明显好转,一般步行走 500 m 无跛行,不耐过度劳累,可从事轻活动;好转,腰腿疼痛较治疗前有所减轻,步行 100 m 无明显跛行;无效,治疗 1 个月仍腰腿疼痛,间歇性跛行无改变,症状逐渐加重。

1.5 统计学方法 治疗前后的 JOA 得分采用 SPSS 10.0 软件进行 Wilcoxon 秩和检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 JOA 评分结果 本组治疗时间 3~8 周;随访时间 6~18 个月,平均 12 个月。参照日本骨科协会(JOA)腰椎疾病评分标准,本组治疗前后评分见表 1。结果显示治疗后各项评分均有明显提高,采用 Wilcoxon 秩和检验分析, $t = 23.2$, $P < 0.05$, 差异有统计学意义。

表 1 治疗前后 JOA 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

时间	主观症状	客观体征	日常活动限制情况
治疗前	5.00±0.12	3.00±0.25	8.00±0.56
治疗后	8.00±0.34	5.00±0.79	12.00±0.47

2.2 疗效评价结果 依据疗效分级:本组痊愈 26 例,有效 24 例,好转 11 例,无效 3 例,优良率 78.1%,总有效率 95.3%。

3 讨论

CT 检查对腰椎管狭窄的诊断很有价值,CT 可清楚显示

椎管前后径、横径大小,及侧隐窝、椎间孔、黄韧带肥厚等情况^[2]。手法治疗是非手术疗法的主要手段,调脊手法具有舒筋通络,扩大椎管容积,解除痉挛,松解粘连等作用。本法直接作用于椎体旁及其周围,以促使髓核的位置改变,改善侧隐窝狭窄状态,解除神经根的压迫。更关键的机制可能是纠正椎体位移后减轻了鞘膜囊(神经根)的形变和张力,增加了神经根的抗压迫能力,同时纠正了椎体位移,恢复脊柱的平衡和曲度^[3]。

补阳还五汤最早出自王清任的《医林改错》,有补气行血、舒筋活血、通络止痛之功效,用于治疗中风、半身不遂、截瘫、下半身痿废等。方中重用黄芪大补脾胃之气,益气活血,为君药;当归尾长于活血,且化瘀不伤血,为臣药;川芎、赤芍、桃仁、红花、助归尾活血祛瘀;地龙通经活络,均为佐药。诸药合用使气旺血行,瘀祛络通。“通则不痛,不通则痛”,“气行则血行,血行风自灭”。现代研究表明补阳还五汤能改善血液流变性,抑制血小板聚集,减少微血栓发生,促进毛细血管的生长,改善损伤处神经的微循环,促进氧和能量代谢,使神经组织得到较多的血液和氧气,使有氧代谢顺利进行^[4]。补阳还五汤应随症灵活加减变化,用于治疗腰椎侧隐窝狭窄症引起的腰腿痛。

通过卧床休息,配合第 2 维腰椎牵引或第 4 维腰椎牵引及功能锻炼治疗。牵引在椎间盘内形成负压,产生类似吮吸的作用,而使椎间盘回纳。病变椎间关节,周围韧带萎缩的肌肉在牵引下逐渐松解恢复正常,扩大关节间隙的距离并使后关节恢复正常关系,缓解神经组织受压、充血、水肿,减轻症状。病情缓解后加强功能锻炼,腰背肌肌力增强可加强脊椎的稳定性,减轻脊椎退行性变的速度,腰肌肌力增强可抵抗神经组织所受椎管内机械性压力。功能锻炼是缓解腰椎侧隐窝狭窄症状的有效疗法之一。发挥患者的主观能动性,强化康复训练治疗慢性下腰痛有较好的作用^[5]。

非手术疗法通过制动、外治(理筋、调脊、牵引、练功)、内治(辨证施药),对病史短、椎间盘退变为主要原因导致的腰椎侧隐窝狭窄症治疗效果良好^[6]。突出物大或钙化(本组无效病例均为侧隐窝双侧狭窄较明显者)、先天椎管狭窄,或合并腰椎不稳、腰椎滑脱的患者,应用显微内窥镜椎间盘切除术效果欠佳^[7],则需考虑手术治疗。

参考文献

[1] 刘云鹏,刘沂.骨与关节损伤和疾病的诊断分类及功能评定标准.北京:清华大学出版社,2002.246-247.

[2] 胥少汀,葛宝丰,徐印坎.实用骨科学.第 3 版.北京:人民军医出版社,2008.1712-1717.

[3] 冯伟,冯天有,王飞,等.脊椎定点旋转复位法治疗游离型腰椎间盘突出症.中国骨伤,2008,21(7):529-531.

[4] 张继平,李长龄,张玉萍,等.补阳还五汤对血小板活化因子诱导的家兔血小板聚集的影响.中国中医药科技,2003,7(1):16.

[5] 董福慧.脊柱失稳的因素及其对策.中国骨伤,2008,21(8):563-564.

[6] 刘尚平,张挺.中医综合疗法治疗腰椎狭窄症 78 例临床分析.中国中医骨伤科杂志,2006,14(6):69-71.

[7] 翟晓军,毕大卫,傅宏,等.显微内窥镜治疗侧隐窝狭窄症椎间盘脱出症.中国骨伤,2008,21(2):120-121.

(收稿日期:2009-06-23 本文编辑:王玉蔓)