

· 经验交流 ·

手法与牵引治疗腰椎间盘突出症 302 例

高凌云 贺玉玺 赵永虹 杜秀珍 孙刚 党玉兰

腰椎间盘突出症是常见病,非手术疗法是其主要疗法,对无马尾神经损害、无进行性迅速发展的神经性损害的腰椎间盘突出症患者,应试行 4~6 周的非手术治疗^[1]。我们采用手法与牵引治疗 302 例腰椎间盘突出症患者,现报道如下。

资料与方法

一、一般资料

302 例中,男 164 例,女 138 例;年龄为 12~75 岁,平均 41.4 岁;椎间盘突出的部位:L_{3~4} 1 例,L_{3~4}、L_{4~5} 14 例,L_{3~4}、L₅~S₁ 1 例,L_{3~4}、L_{4~5}、L₅~S₁ 3 例,L_{4~5} 160 例,L₅~S₁ 63 例,L_{4~5}、L₅~S₁ 60 例;疗程为 1~4 个疗程(每个疗程 10 d),平均为 2.19 个疗程。

二、方法

1. 牵引:用卧式腰椎牵引治疗床进行牵引,患者俯卧位,牵引力根据患者体重决定,一般为体重的 60%~80%,最高可达 80 kg,每日 1 次,每次 30 min。

2. 手法:牵引完毕后休息 10 min,俯卧在按摩床上,先用晃腰舒筋手法,使腰部肌肉大部分放松后,再用局部滚、揉、弹拨等手法,进一步松弛双侧脊旁肌,对局部痛点及筋结处进行重点治疗。然后进行孙树椿三搬法^[2],以听到弹响声为宜,最后点按命门、腰阳关、肾俞、环跳、委中、承山等穴位,全程 25 min。

3. CT 测量方法:采用 Thelander 报道的测量方法^[3],椎管的横断面直径为 AB,前后径为 CD,椎间盘突入椎管内的最大横径为 EF,最大前后径为 GH。以突出物的截面积与椎管的截面积的比值(即 EF×GH/AB×CD)来表示间盘突出的程度。通过比较治疗前与随访时所测量的数值来评定疗效。

三、疗效评定标准

按蒋位庄疗效评定标准^[4]来评定疗效。优:症状、体征完全消失,能恢复原来工作;良:症状、体征基本消失,残留轻度腰部不适或足部麻木,可恢复原来工作或改换较轻工作;可:症状、体征部分消失,需进行一些辅助治疗,能做轻工作;差:症状、体征无好转或加重者。

四、统计方法

本组数据采用 χ^2 检验或配对 *t* 检验处理。

结 果

年龄、分型、疗效间的关系:见表 1~表 3。

远期疗效:随机抽取 200 例患者进行随访观察,其治疗后与随访时疗效比较见表 4。

CT 随访:随机抽取 30 例患者进行 CT 随访,其治疗前的 EF×GH/AB×CD 值为 0.2715±0.0873,治疗后为 0.1983±0.07,治疗前、后比较,*P*<0.01。

表 1 年龄与分型的关系

年龄组 (岁)	例数	弹力型		退变失稳型		增生狭窄型	
		例数	%	例数	%	例数	%
<25	13	13	100.0	0	0.0	0	0.0
25~39	138	78	56.5	59	42.8	1	0.2
40~54	102	2	2.0	62	60.8	38	37.3
≥55	49	1	2.0	0	0.0	48	99.0
合计	302	94	31.1	121	40.1	87	28.8

注:各年龄组不同分型构成比较,*P*<0.001

表 2 年龄与疗效的关系

年龄组(岁)	优		良		可		差		优良率(%) [*]
	例数	百分比(%)	例数	百分比(%)	例数	百分比(%)	例数	百分比(%)	
<25	12	92.3	1	7.7	0	0.0	0	0.0	100.0
25~39	63	45.7	62	44.9	13	9.4	0	0.0	90.6
40~54	22	21.6	52	51.0	20	19.6	8	7.8	72.6
≥55	3	6.1	22	44.9	18	36.2	6	12.2	51.0
合计	100	33.1	137	45.4	51	16.9	14	4.6	78.5

注:各年龄组优良率比较,*P*<0.001; * 优良率=[(优例数+良例数)/总例数]×100%,以下与此相同

表 3 分型与疗效的关系

分 型	优		良		可		差		优良率(%) [*]
	例数	百分比(%)	例数	百分比(%)	例数	百分比(%)	例数	百分比(%)	
弹力型	53	56.4	35	37.2	6	6.4	0	0.0	93.8
退变失稳型	42	34.7	63	52.1	14	11.6	2	1.7	86.8
增生狭窄型	5	5.7	39	44.8	31	35.6	12	13.8	50.5
合计	100	33.1	137	45.4	51	16.9	14	4.6	78.5

注: * 各型优良率比较,*P*<0.001

表 4 200 例治疗后与随访时疗效对比

观察时间	优		良		可		差		优良率*	
	例数	百分比(%)	例数	百分比(%)	例数	百分比(%)	例数	百分比(%)	例数	百分比(%)
治疗后	84	42.0	80	40.0	30	15.0	6	3.0	164	82.0
随访时	73	36.5	95	47.5	26	13.0	6	3.0	168	84.0

注: * 治疗后与随访时优良率比较, $P > 0.05$

讨 论

腰椎的主要功能是负重和活动,任何治疗方法都应有利于患者在最小痛苦的保护下这两种功能。通过对 302 例患者的观察,我们认为手法与牵引是治疗腰椎间盘突出症的有效方法之一。手法在使腰背肌状态得以改善的同时,还可调整腰椎小关节的位置,松解小关节的嵌顿、扭曲或半脱位状态,恢复腰椎的正常生物力学状态。牵引床俯卧位牵引可增加椎间隙宽度,使椎间盘内压下降,在后纵韧带和未破裂的纤维环的共同张力下,突出的间盘发生变形或位移,改善它与神经根、硬膜囊及血管的毗邻关系,使临床症状得以好转或消除。

腰椎间盘突出症内在的因素是腰椎生物力学的改变和退行性病变的发生。本组临床资料显示年龄在 40 岁以下、弹力型患者的疗效最好,原因是弹力型突出的椎间盘弹性较好,外层纤维环完整,手法及牵引治疗后可使突出的间盘部分回缩。退变失稳型多发生在 41 岁 ~ 54 岁之间,治疗时间较长,复发率也较高。增生狭窄型多为老年患者,通过治疗可以改善临床症状。本研究人群中,各年龄组之间疗效有显著性差异,并随着年龄的增加疗效呈下降的趋势。提示患者的治疗效果与年龄有关,年龄越小,疗效越好。

为了解手法与牵引治疗腰椎间盘突出症的远期疗效,我们随机抽取了 200 例患者进行随访观察。结果显示,治疗后与随

访期的疗效无显著性差异,说明本治疗方法的远期疗效较好。

为进一步证实手法与牵引治疗腰椎间盘突出症的疗效,我们随机抽取了 30 例患者进行 CT 随访。结果表明,患者椎间盘突出程度得到了明显的改善以及神经根受压的状态得到了缓解。提示 CT 随访结果与临床疗效相符合,使治疗效果进一步量化。

本法切忌超重牵引和使用粗暴手法。对于中央型巨大间盘突出及严重椎管狭窄者,宜早日手术治疗。

参 考 文 献

- 1 Deyo RA, Loeser JD, Bigos SJ, et al. Herniated lumbar intervertebral disc. Ann Intern Med, 1990, 112: 598-603.
- 2 孙树椿. 实用推拿手法彩色图谱. 北京: 中国医药科技出版社, 1988. 42-52.
- 3 Thelander U, Fagerlund M, Friberg S, et al. Describing the size of lumbar disc herniations using computed tomography. Spine, 1994, 19: 1979-1984.
- 4 蔣位庄, 周卫, 赵永刚, 等. 重症椎间盘突出性腰痛的辨证施治研究. 中医杂志, 1985, 26: 29.

(收稿日期: 2002-04-30)

(本文编辑: 郭正成)

· 短篇报道 ·

强化训练对偏瘫膝关节分离运动的影响

郭天龙 冯建斌

为提高偏瘫患者对膝关节运动的控制能力,克服膝过伸,改善步态,我院研究设计了三种强化膝关节分离运动的训练方法用于临床治疗,取得了良好疗效。现报道如下。

选自我院康复治疗部的偏瘫男性患者 40 例,年龄 33 ~ 70 岁,平均 56.3 岁。发病均在 6 个月以内,但不包括急性期患者,病情稳定,无其它影响下肢功能的神经或骨科方面疾病,下肢无本体感觉障碍,可独立行走或扶杖行走(MAS 步行 > 1)。Fugl-Meyer 评分膝关节分离运动 0 分;无交流障碍及认识障碍。全部患者均经 CT 检查确诊,其中脑梗死 19 例,脑出血 21 例,左侧偏瘫 26 例,右侧偏瘫 14 例。

根据患者的入院号分组,单号进入强化治疗组,双号进入对照组。对患者的运动功能,由不知情的康复治疗师用 MAS 评分方法及 Fugl-Meyer 评分进行常规评价,然后给予对照组功

能训练:有桥式运动、下蹲、步行、上下楼梯及 ADL 训练;强化组则进行强化膝关节分离运动训练和 ADL 训练。强化训练包括:①患者俯卧于治疗床上,两腿伸直,然后偏瘫膝做屈、伸运动,即髌关节被动保持伸直,膝做屈、伸分离运动,要求屈膝逐渐达到 90°以上,屈膝时不要抬高臀部,因为抬高臀部相当于屈髋,是一种全屈共同运动,伸膝时动作要缓慢,不能猛然伸直,因为那样是全伸共同运动;②患者取坐位,髌关节屈曲 90°,躯干保持直立,偏瘫足放在特制滚轮上,做膝关节屈曲和伸展运动,以屈膝为主,屈膝时,尽可能抑制躯干前倾,要求屈膝时无额外用力,动作平稳;③患者站在肋木前,身体保持直立,手扶肋木,在偏瘫侧髌关节保持伸直的情况下,做膝关节屈伸运动。3 个月为 1 疗程,每天上午(除星期日)训练 30 ~ 40 min,中间可让患者适当休息,3 种运动由易到难,循序渐进地进行。3 个月后由康复治疗师重新评价。由于评分为等级分数,故该两组患者治疗前、后的比较采用秩和检验。

作者单位: 150018 哈尔滨, 黑龙江省康复医院