

扳肩推腰手法治疗根肩型腰椎间盘突出症临床疗效观察

尹彬

(北京市朝阳区中医医院骨伤科 北京朝阳 100020)

【摘要】目的 评价扳肩推腰法治疗根肩型腰椎间盘突出症的临床疗效。方法 72例根肩型腰椎间盘突出症均为L₄₋₅节段突出患者,随机分为治疗组和对照组。治疗组采用扳肩推腰手法治疗并佩戴腰围,对照组采用腰椎牵引治疗并佩戴腰围,两组患者均每周治疗5次,3周为一个疗程,疗程结束后进行VAS腰腿痛评分变化、JOA下腰痛评分系统变化的疗效评定。结果 2种方法治疗均可改善症状,治疗组有效率为94.5%,对照组有效率为85.7%,2组比较差异有统计学意义($P < 0.05$),且2组治疗前后VAS、JOA评分比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 扳肩推腰手法治疗根肩型腰椎间盘突出症能够明显改善临床症状。

【关键词】根肩型腰椎间盘突出症;扳肩推腰手法;腰椎牵引

腰椎间盘突出症临床保守治疗的方法很多,其中以中医传统推拿和腰椎牵引最为常用,且疗效肯定。但只针对于腰部症状较轻的患者,如遇突出物明显压迫或刺激神经根型的腰腿痛则效果欠佳,需进一步分型诊治。与手术对比,中医保守治疗方便易行,安全有效。术后的患者或多或少的出现手术后遗症,以残存的末梢神经麻木症状较为常见,有些会伴随终生^[1]。近期效果满意,远期疗效欠佳。笔者自2018年6月至2019年12月于本院门诊应用扳肩推腰手法并佩戴腰围治疗根肩型腰椎间盘突出症患者37例,与腰椎牵引法配合腰围固定的35例对照组患者进行比较,临床疗效肯定,特整理汇报如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

病人来源于朝阳区中医医院骨伤科门诊72例L₄₋₅节段的根肩型腰椎间盘突出症患者,应用数字表法随机分为两组。治疗组37例,男性17例,女性20例;年龄25~58岁,平均年龄(43.11±9.37);病程1~5年,平均病程(2.54±1.36)。对照组35例,男性18例,女性17例;年龄30~57岁,平均年龄(44.37±7.76);病程2~4年,平均病程(2.85±0.34)。两组患者的性别、年龄、病程等资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

参考《实用骨科学》中腰椎间盘突出症的诊断标准制定^[2]:(1)L₄₋₅突出节段棘突旁压痛明显。(2)伴有一侧下肢放射痛。(3)小腿前外侧或足部有麻木感。(4)脊柱向健侧弯,向患侧突,向患侧弯曲时症状加重。(5)直腿抬高试验阳性,抬高角度均小于50度。(6)足拇趾背伸肌力下降。(7)CT、MRI检查可进一步明确突出物与神经根的位置关系,髓核突出位于神经根的前外方,将神经根向后内侧挤压。

1.3 纳入标准

(1)符合上述诊断标准。(2)患者如果接受其它方法治疗,必须经过1周以上的洗脱期。

1.4 排除标准

(1)不符合纳入标准者。(2)合并有椎管狭窄症,腰椎滑脱症者。(3)伴有腰椎肿瘤、结核、骨髓炎、强直性脊柱炎者。(4)腰椎骨折及严重骨质疏松症者。(5)患有严重的心、脑、肺及血液系统疾病者。

2 研究方法

2.1 治疗方法

扳肩推腰手法治疗组:予以扳肩推腰手法^[3]。患者俯卧位于硬板床上,先行准备手法,医者立于患侧,以督脉和肌肉僵硬的一侧膀胱经施以掌根按揉、滚法和分筋手法以达到缓解肌肉、筋膜痉挛的目的,再向下经臀部秩边、环跳下至大腿股门、风市、膕窝委中、小腿阳陵泉、承山、绝骨、昆仑穴等,重复3遍;然后,助手立于患者足踝处双手使其固定或向施术部位侧曲30度加以固定,术者一手掌根按压住突出节段棘突旁压痛点,另一手拉扳对侧肩部,使

之相互交错用力,晃动2次待患者放松后,术者一手掌猛然用力一推;最后,术者在患者腰部施以揉法、滚法、推法,以结束治疗。术后佩戴腰围。每周5次,3周为1个疗程。

腰椎牵引对照组:采用腰椎牵引床(日本ELKEINE/PH-T5021型),行大力水平短暂牵引法^[4]。患者仰卧,上端牵引带穿双侧腋下固定,下端腰围固定带向下持续牵引40kg的力量,每次牵引30分钟,牵引后腰围固定,防止小关节位移,加强稳定作用。每周5次,3周为1个疗程。

两组前3次治疗后均有轻度的不适或症状加重现象,经休息后症状均可消失,仍可继续治疗。

2.2 观察方法

观察2组患者治疗前后的腰腿疼痛程度变化。采用可视化视觉模拟评分法(VAS)评价^[5],取10cm长的横线标尺,以0cm处表示完全无疼痛,10cm处表示剧烈疼痛,让患者根据自身疼痛程度标出数值。VAS评分越高,表示疼痛越剧烈,反之则疼痛较轻。

观察2组患者治疗前后的下腰痛评分变化。采用JOA下腰痛评分系统评价^[6],正常总分29分,3个自觉症状,3个体征,7个日常活动,分数越低症状越重。

2组均3周1个疗程结束后,进行积分统计分析疗效。

2.3 统计学方法

采用SPSS19.0软件进行统计学分析。计量数据采用($\bar{x} \pm s$)描述,采用t检验。计数资料采用卡方检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准

疗效评定标准参照《中医病症诊断疗效标准·腰椎间盘突出症》的相关标准修订^[6]。

临床治愈:腰腿疼痛消失或基本消失,直腿抬高试验 $> 70^\circ$,能恢复到正常的生活和工作,症状体征积分减少 $\geq 95\%$ 。显效:腰腿疼痛明显减轻,能正常的生活和工作,但不能过度劳累,症状体征积分减少 $\geq 70\% < 95\%$ 。有效:腰腿疼痛减轻,症状体征积分减少 $\geq 30\% < 70\%$ 。无效:腰腿疼痛无明显好转,甚或加重,症状和体征积分减少 $< 30\%$ 。

注:计算公式(尼莫地平法)为:[(治疗前积分-治疗后积分)÷治疗后积分]×100%。

3.2 结果

3.2.1 2组总体疗效比较:治疗组有效率明显优于对照组,见表1。

表1 2组患者疗效比较 [例(%)]

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率%
治疗组	37	10	18	7	2	94.5*
对照组	35	4	12	14	5	85.7

与对照组比较, * $P < 0.05$ 。

3.2.2 2组本组治疗前后腰腿痛 VAS 评分比较: 治疗后疗效明显优于治疗前。2组治疗后组间腰腿痛 VAS 评分比较: 治疗组疗效明显优于对照组。见表 2。

表 2 2组治疗前后 VAS 评分比较 [$\bar{x} \pm s$]

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	7	7.24 ± 1.01	1.32 ± 1.08*#
对照组	5	6.94 ± 1.08	2.62 ± 1.23*

与本组治疗前比较, * $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, # $P < 0.05$ 。

3.2.3 2组本组治疗前后 JOA 评分比较: 治疗后疗效明显优于治疗前。2组治疗后组间 JOA 评分比较: 治疗组疗效明显优于对照组。见表 3。

表 3 2组治疗前后 JOA 评分比较 [$\bar{x} \pm s$]

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	37	15.18 ± 2.49	26.37 ± 2.57*#
对照组	35	15.97 ± 3.83	25.05 ± 2.36*

与本组治疗前比较, * $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, # $P < 0.05$ 。

4 讨论

腰椎间盘突出症虽然是骨伤科的常见病、多发病,但因突出类型不同,常有不同的治疗方法,虽都有一定的治疗效果,但针对性不强,往往出现见效缓慢,经久不愈等现象。通过椎间盘突出位置不同,定位精准的选取诊疗方案,才能得到较理想的疗效。

本临床观察主要针对根肩型腰椎间盘突出症,从众多手法中选取扳肩推腰手法治疗,经临床分析得到较好的效果。临床上按椎间盘突出位置的不同,大致分为中央型、旁中央型、旁侧型和极外侧型^[1]。其中旁侧型又根据突出物与神经根的位置关系分为根肩型、根腋型、根前型。前两型会有椎体的左右侧弯,第三型会有生理前凸消失,后伸活动受限等特点,应加以区分,使之定位精准。

扳肩推腰手法治疗根肩型腰椎间盘突出症,对比其它类腰椎扳法,如侧扳法、后伸扳法,有其特殊之处。首先在尽可能回纳突出物的同时,尽量分离突出物与神经根的距离,避免粘连的发生。其次可以最大限度的改善腰椎侧弯畸形和肩部下垂变形,恢复椎体正常角度,强化力学平衡^[7]。

行扳肩推腰手法前先行准备手法,使之放松腰部肌肉的紧张,缓解肌肉的痉挛,便于实施扳肩推腰手法,以防出现副损伤和手法不到位。扳肩推腰手法治疗后再加以放松手法,以减轻或消除不适的感觉,使患者有腿部的松快感^[8]。对于手法的应用,除操作方法要协调配合外,还应注意角度和力点的作用^[9]。选取硬板床是为了手法操作时力量不下沉,如果选取病床,床垫偏软,做推腰法时下压力就会没有支点,效果会大打折扣。助手的辅助作用,作为远端的杠杆力,可以使下肢平行固定也可以侧曲一定角度以加大

施术者的杠杆力。施术者推腰扳肩两组交错力的使用,先用一手手掌根按压住突出阶段痛点处不动,另一副手扳对侧肩部到最大限度的同时,患者腰部会向背侧抬起,嘱患者放松,晃动 2 次,主手再猛力一推腰部,即完成扳肩推腰治疗。施术者的手感体会,如出现咯噔一声弹响,表明关节已经错动,效果较好。如不出现弹响,也不可强行,可能与小关节周围韧带紧张、粘连或椎旁肌肉痉挛有关,待下次继续治疗。

腰椎牵引治疗腰椎间盘突出症临床疗效确切,对大部分患者有效,但针对性不强,牵引虽然力量足够,但水平拉力对突出物回纳或改变位置以减少对神经根挤压和刺激的作用有限^[10]。而手法治疗可根据不同的证型和脊椎变形的角度不同而调整,灵活度更佳。明确突出位置与神经根的关系,才能选择最佳手法治疗,目前没有系统报道过腰椎间盘突出位置与腰椎手法选择相匹配的标准,望能有更多的研究者关注,使之量化、标准化,建立科学、完善的模式^[11]。

通过扳肩推腰治疗和腰椎牵引治疗的临床疗效观察对比,对改善腰椎间盘突出症导致的腰腿痛均有效果,但无论从总有效率及 VAS 评分、JOA 下腰痛评分的疗效看,扳肩推腰法都明显优于对照组 ($P < 0.05$),从而能够明显改善患者生活质量,提高临床疗效,且简便易行。

参考文献

- [1] 周文芳, 夏玉军. 腰椎间盘突出症术后残余症状的疗效观察[J]. 世界最新医学信息文摘, 2017,17 (104): 74-75.
- [2] 胥少汀、葛宝丰、徐印坎. 实用骨科学(第三版). 北京: 人民军医出版社. 2006: 1692. 1697.
- [3] 孙树椿、孙之镛. 临床骨伤科学. 北京: 人民卫生出版社. 2006: 873.
- [4] 邵福元、邵华磊. 颈肩腰腿痛应用诊疗学. 郑州: 河南科技出版社. 2009: 819.
- [5] 蒋协远、王大伟. 骨科临床疗效评价标准. 北京: 人民卫生出版社. 2005: 123. 107.
- [6] 国中医药管理局 中医病症诊断疗效标准[S] 南京: 南京大学出版社, 1994:201-202.
- [7] 王芑、张军、孙树椿等. 中医手法治疗腰椎间盘突出症的现状调查[J]中医正骨. 2010-22 (3) .24-25
- [8] 秦杰, 李振宇. “三法十式”手法治疗腰椎间盘突出症 156 例[J]中国中医骨伤科杂志. 2010-18 (10) 41-42.
- [9] 宋铁兵. 腰椎间盘突出症三扳手法规范及力学量化研究. 中国中医科学院, 硕士论文, 2008: 65-66.
- [10] 周薇薇. 牵引配合穴位贴敷治疗腰椎间盘突出症 53 例[J]. 云南中医药杂志, 2013,34 (9): 88.
- [11] 何天福, 韩长青, 王国华. 重刺“椎间孔穴”治疗低位腰椎间盘突出症的疗效[J]. 中国中医骨伤科杂志. 2018-26 (4): 32.

作者简介: 尹彬, 大学本科, 主治医师, 研究方向: 中医骨伤