

● 中医伤科 ●

本栏目由湖南省岳阳市中医院协办

手法整脊配合电针治疗腰椎间盘突出症的临床研究及对腰椎生理曲度变化的影响

薛金, 薛丽莉

(广东省佛山市第一人民医院同济康复医院, 广东 佛山, 528000)

[摘要] 目的: 观察手法整脊配合电针治疗腰椎间盘突出症的临床疗效及对腰椎生理曲度变化的影响。方法: 将180例腰椎间盘突出症患者随机分为2组各90例, 治疗组采用手法整脊配合电针治疗, 对照组采用腰椎牵引治疗, 比较2组综合疗效、治疗前后腰椎生理曲度变化。结果: 总有效率治疗组为97.78%, 对照组为87.78%, 组间比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。2组腰椎生理曲度治疗前后组内比较及治疗后组间比较, 差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 手法整脊配合电针治疗腰椎间盘突出症有较好的临床疗效。

[关键词] 腰椎间盘突出症; 腰椎生理曲度; 手法整脊; 电针

[中图分类号] R274.915⁺.3 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.07.041

腰椎间盘突出症(Prolapse of Lumbar Intervertebral Disc, PLID)属于中医学“腰痹病”范畴,指腰部因外邪侵入、劳伤、肾虚等因素引起的气血失调、脉络细且急,进而腰府失养,出现腰部一侧或者两侧及下肢呈现放射性疼痛^[1]。现代医学研究认为,腰椎间盘突出症是因椎间盘发生外伤或退变等,导致腰椎生理曲度变化及内外力学平衡失调,使得纤维环出现部分甚至全部破裂后与髓核同时突出和脱出,对神经根形成压迫与刺激,从而发生腰痛以及下肢放射痛等症状,使患者的生活和工作受到严重的影响,并加重社会和家庭的负担^[2]。笔者采用手法整脊配合电针治疗腰椎间盘突出症90例,收到较好的临床疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2015年9月至2017年9月我院中医骨伤科收治的腰椎间盘突出症患者180例,将其按随机数字表法分为2组各90例。治疗组中,男58例,女32例;年龄18~65岁,平均 (52.39 ± 8.96) 岁;病程3~34个月,平均 (26.31 ± 5.08) 个月。对照组中,男61例,女29例;年龄18~64岁,平均 (52.42 ± 8.51) 岁;病程3~32个月,平均 (26.05 ± 4.89) 个月。2组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[3]拟定。(1)具有腰部外伤和/或慢性劳损史,多数患者在发病前具有慢性腰痛史;(2)疼痛自腰部向臀

部和下肢放射,当打喷嚏或咳嗽时疼痛加重;(3)脊柱显示侧弯且腰椎生理曲度消失,腰部活动受限,病变椎旁压痛明显且痛感向下肢放射;(4)下肢受累神经支配区域出现感觉迟钝或者过敏情况,病程较长者肌肉出现萎缩;(5)直腿抬高试验或者加强试验呈阳性;(6)腰椎X线片显示脊柱侧弯,腰椎生理前凸消失,观察病变椎间隙可见变窄,相邻椎体边缘有骨赘生成;(7)CT或MRI检查能够明确显示椎间盘突出的部位及程度。

1.3 排除标准 (1)影像学表现存在异常且不存在腰椎间盘突出症临床症状;(2)急性外伤性腰椎间盘突出且存在手术适应证;(3)腰椎术后,椎体滑脱超过 1° 或合并骨性椎管狭窄;(4)孕妇及患有出血倾向的血液病、骨髓炎,合并有心、脑血管疾病和严重肝、肾等原发性疾病、精神病;(5)体弱久病、不能俯卧;(6)X线片显示有骨折、脱位、肿瘤、骨关节结核、重度骨质疏松;(7)CT、MRI检查可见髓核突出巨大甚至脱出对马尾神经形成压迫,从而导致马尾神经功能障碍。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用手法整脊配合电针治疗。手法整脊分4步:(1)放松软组织。患者俯卧位,以病椎为中心,对其上、下各椎周围软组织用掌根或前臂揉按约5min,以软组织放松为准;(2)松动椎间关节。垫上软枕将足踝部抬高,手术操作者一只手“定点”在患者棘突或横突处,另外一只手摇动患者

臀部保持摆动时间约 5min;(3)纠正旋转错位。患者取侧卧位,对其进行腰部斜扳,先健侧,将患肢伸直在下并将健肢屈曲放在患肢上面,手术操作者站在患者腹侧,双肘保持屈曲,其中一肘放置在患者的髂骨外缘,另外一肘放置在患者的肩前部,缓慢交错相互用力,等患者的活动度至最大点时再加大力度做一推扳动作,同时或可感觉到或听到“咔哒”声,后以同样方法做另一侧(患侧);(4)纠正纵向及前后错位。患者俯卧,嘱患者双手抓紧床头,助手双手抓紧健侧踝部,术者一手置髂后上棘处推,与助手方向一致,同步发力,另手置于腰部对侧反向同步发力,后以同样方法做另一侧(患侧),伴椎体轻度滑脱者,腹部垫一薄枕。隔天 1 次,5 次为 1 个疗程。电针:选取突出部位、上下各一椎体两侧夹脊穴作为主穴,选取次髂、环跳、委中、阳陵泉、承山、阿是穴作为配穴,连接电极,注意两电极不能横跨脊柱,用疏密波,脉冲频率设定为 15 次/min,脉冲强度调整至患者觉得舒适为佳,留针 20min,每天 1 次,10 次为 1 个疗程。

2.2 对照组 采用腰椎牵引治疗。患者仰卧于微电脑腰椎牵引床上并用牵引带固定,视患者身体情况、影像学结果、年龄、性别、症状及体征有针对性的对阈值进行设定,牵引力一般设定为略小于自身体质量一半的范围内,女性身体瘦小者力稍小,男性体壮者力稍大,时间 30min,牵引解除后嘱患者平卧 30min,每天 1 次,10 次为 1 个疗程。

3 疗效观察

3.1 观察指标 应用标准 Seze 氏法^[4]进行腰椎生理曲度测量,腰椎曲度值正常为 1.8 ~ 2.2cm, < 0.9cm 为变直, > 2.3cm 为加深,前突指数指以 T12 椎体下角向下引一重力线,由 S1 后上角至此线的垂直距离,正常范围为 2.5cm 以内。于治疗前后对患者的腰椎生理曲度进行测量,并进行比较。

3.2 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[3]拟定。治愈:腰腿部的相关症状以及体征消失,功能活动恢复至正常水平,直腿抬高试验可 > 70°;显效:腰腿部相关症状以及体征大部分消失,腰臀部偶尔有轻度麻木或者疼痛感,直腿抬高试验达到 30° ~ 70°;有效:腰腿部相关症状有所减轻,体征出现好转,直腿抬高试验 10° ~ 30°;无效:腰腿部相关症状及体征基本无改善,中途终止治疗或退出本观察的患者按照无效统计。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 16.0 统计软件分析数据,计量资料以均值 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,配对

t 检验分析组内数据,成组 t 检验分析组间数据,计数资料以 (%) 表示,采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组综合疗效比较 总有效率治疗组为 97.78%,对照组为 87.78%,组间比较,差异有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较 [n (%)]

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	90	63(70.00)	17(18.89)	8(8.89)	2(2.22)	88(97.78) ^a
对照组	90	31(34.44)	25(27.78)	23(25.56)	11(12.22)	79(87.78)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.2 2 组治疗前后腰椎生理曲度比较 2 组腰椎生理曲度治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表 2)

表 2 2 组治疗前后腰椎生理曲度比较 ($\bar{x} \pm s, ^\circ$)

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	90	7.12 ± 2.40	17.25 ± 3.19 ^{ab}
对照组	90	7.23 ± 2.38	10.41 ± 3.20 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.05$ 。

4 讨 论

临床上腰椎间盘突出症又被称之为“腰椎间盘突出纤维环破坏症”,髓核通过破坏的腰椎纤维环突出是主要致病机制,神经根受到髓核液释放的糖蛋白和蛋白质产生的强烈化学刺激,部分患者的椎间稳定性差,挤压其硬膜囊和神经根,局部出现炎性水肿,大量释放化学物质造成神经根发炎疼痛,髓核的突出挤压神经根是患者腰腿痛的根本原因^[5]。水肿、缺血均是神经根受到刺激后常见的临床症状,但是若仅仅是神经根受压并不一定产生严重的临床症状,只有同时伴有椎旁软组织发炎时才会引起腰腿放射痛,因此在治疗腰椎间盘突出时不但要去除神经根挤压,还要消除椎旁组织的炎症反应。

微电脑腰椎牵引床治疗腰椎间盘突出适当轻微促进椎间隙增宽,椎间关节对位改善,还纳部分突出的髓核,减轻对神经的压迫,虽然具有一定疗效,但是椎旁炎症反应未能缓解,治疗的效果受到一定的影响^[6]。针刺是临床上常用的治疗腰椎病变的方法,具有通经活络止痛、行气活血之效。血管和肌肉的痉挛在针刺治疗下解除,血液循环改善的同时局部血液供应丰富,病变的组织在丰富的血供下加速修复,从而改善腰椎生理曲度。另有研究显示:针刺可以提高患者的疼痛阈值,疼痛的敏感

性降低,对于疼痛的耐受力增高,腰椎生理曲度改变引起的腰腿疼痛等临床症状显著改善,在针刺的同时适当的给予灸法可起到祛湿、消肿、通络、活血、散结之效,病变的部位受热后有利于神经根炎症和肌肉痉挛的缓解^[7]。手法整脊能有效纠正小关节的紊乱,平衡椎旁肌肉张力和脊柱的稳定性,尤其可以改善全身的循环障碍,较牵引治疗具有明显的优势。其主要作用机制为:P物质属于速激肽,腰椎间盘突出纤维环的外层含有大量的P物质,正常的神经信息传递、调控通过P物质维持,尤其是伤害性的神经递质的传导和调节P物质起着重要的作用,同时P物质也是一种炎性介质可以引起炎症反应,腰椎间盘突出血浆中的P物质明显升高,直接影响患者的微循环,造成血浆外渗,组胺释放增多,间接扩张血管,手法整脊可以改善患者的微循环,减轻炎症反应^[8-9]。本研究显示:手法整脊配合电针治疗的患者临床总有效率为97.78%,而牵引治疗的患者临床总有效率为87.78%,提示手法整脊配合电针治疗腰椎间盘突出可显著改善患者的临床症状,降低炎症反应。

腰椎间盘突出症与腰椎生理曲度密切相关,腰椎间盘突出症的前提是腰椎结构的退变和损伤,其内在因素是腰椎力学结构失去平衡,造成腰椎间的力学结构改变,从而影响了腰椎生理曲度,同时患者伴有慢性腰腿疼痛,为了缓解疼痛感患者会采取保护性的姿势,进一步改变腰椎生理曲度,出现后凸或者侧弯,腰椎生理曲度减小后腰椎间隙会出现前宽后窄的现象,其维持稳定和抵抗负荷的作用降低,出现腰椎间盘突出^[10]。本研究显示:手法整脊

配合电针治疗腰椎生理曲度改善更为显著,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。

综上所述,手法整脊配合电针治疗腰椎间盘突出症,遵循了中医整体观念和脊柱生物力学特点,采取中医理论指导与现代科技相结合,从根本上去除了引起腰椎间盘突出的因素,恢复腰椎生理曲度,恢复腰椎力学平衡及功能,提高了治疗的效果。

参考文献

- [1] 傅建峰. 腰椎间盘突出症的发病机制及治疗现状[J]. 中国疼痛医学杂志, 2013(1): 49.
- [2] 吴绪平, 张天民. 腰椎间盘突出症针刀治疗与康复[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2010: 87-111.
- [3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 203-206.
- [4] 傅英魁. 脊柱解剖与手术[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 1994: 39.
- [5] 李开南, 汪学军, 张进军. 胸腰椎生理曲度的测量及临床意义[J]. 重庆医学, 2011, 40(22): 2258-2259.
- [6] 张奋耿, 邱建文. 针刀配合整脊手法治疗腰椎间盘突出症的疗效观察[J]. 按摩与康复医学, 2011, 2(29): 205.
- [7] Weifei Wu, Jie Liang. Reliability and reproducibility analysis of the Cobb angle and assessing sagittal plane by computer assisted and manual measurement tools[J]. BMC Musculoskelet Disord, 2014, 15(12): 33-36.
- [8] 赖伟强, 李泰标, 谢洪武. 整脊手法治疗腰椎间盘突出症临床研究[J]. 亚太传统医药, 2017, 13(4): 93-95.
- [9] 裴久国. 针刀整体松解术配合手法治疗腰椎间盘突出症临床观察[D]. 武汉: 湖北中医药大学, 2014.
- [10] 张若申, 孙兴亮, 张爱丽. 整脊针灸联合治疗腰椎间盘突出症65例[J]. 中国民间疗法, 2014, 16(11): 20.

(收稿日期: 2017-12-26)

(上接第57页)瘀血,瘀血阻碍气机运行,不通则痛。又因平素压力较大,经前乳房胀痛,气滞为本,左肋肋疼痛,为肝经循行部位,故予疏肝活血汤加减。

4 总结

边老认为活血化瘀法在皮肤科的治疗中占有重要的地位,活血化瘀的药物在临床上有相当重要的价值。气血不断通过经络系统运行全身,内与五脏六腑相通,外与皮肤肌肉、筋骨相通。脏腑的生化功能全由气血运行全身而完成。在病理条件下,可由各种原因(外伤、寒邪、热邪、气郁、湿痰、气虚、脾肾阳虚等)造成气血停滞壅塞,瘀结不散的“瘀血证”,致使脏腑功能失常,而造成各种疾病。皮肤是机体的重要器官之一,它的生理功能与气血密切相关,若气血运行失常,或脏腑功能失常,或皮肤本身的气血运行失常,均可造成各种皮肤病。

PHN临床发病率高,常规治疗疗效差,边老理论结合临床,创立疏肝活血汤治疗本病,把握住气滞血瘀这一关键病机,在长期的临床实践中疗效显著,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] Johnson RW, Rice AS. Clinical practice: Postherpetic neuralgia [J]. N Engl J Med, 2014, 371(16): 1526-1533.
- [2] Rowbotham MC, Davies PS, Fields HL. Topical lidocaine gel relieves postherpetic neuralgia [J]. Ann Neurol, 1995, 37(2): 246-253.
- [3] 带状疱疹后神经痛诊疗共识编写专家组. 带状疱疹后神经痛诊疗中国专家共识[S]. 中国疼痛医学杂志, 2016, 22(3): 161-167.
- [4] 卢桂玲. 当代中医皮肤科临床家丛书·边天羽[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2014: 1-5.
- [5] 中华中医药学会皮肤科分会. 蛇串疮中医诊疗指南(2014年修订版)[S]. 中医杂志, 2015, 56(13): 1163-1168.

(收稿日期: 2017-06-27)