

二步六法推拿手法治疗腰椎间盘突出症 30 例疗效观察

郭 姜 王得志* 丁全茂

中国中医科学院广安门医院推拿科,北京市西城区广安门内北线阁 5 号,100053)

基金项目:中国中医科学院广安门医院所级基金学科培育专项资助项目(20091218)

* 通讯作者:wdz19821017@hotmail.com,15210681265

[摘要] 目的 观察二步六法推拿手法治疗腰椎间盘突出症的临床疗效。方法 将 60 例腰椎间盘突出症患者随机分为治疗组和对照组各 30 例。治疗组采用二步六法推拿手法治疗,对照组采用《推拿学》教材中的推拿手法。每周 2 次,每次 20min,15 次为 1 个疗程。观察两组治疗前后主要症状体征、临床检查、日常功能活动的各项指标评分。结果 与本组治疗前比较,两组治疗后主要症状体征、临床检查、日常功能活动中的各项指标评分均明显升高,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后治疗组各项指标评分均明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 二步六法推拿手法治疗腰椎间盘突出症疗效肯定,优于《推拿学》教材中的手法。

[关键词] 二步六法;推拿;腰椎间盘突出症

Two-Step Six-Method Tuina Manipulation for 30 Cases of Lumbar Disc Herniation

GUO Jiang, WANG Dezhi, DING Quanmao

(Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100053)

ABSTRACT Objective To observe the therapeutic effect of two-step six-method Tuina manipulation for lumbar disc herniation. **Methods** Sixty cases of lumbar disc herniation were randomized into treatment group and control group, with 30 in each. Two-step six-method Tuina manipulation was used in the treatment group and the common manipulation recorded in the 5th edition of Tuina Textbook was used in the control group. The manipulation lasted for 20 minutes each time, twice weekly, and 15 times as one treatment course. The main symptoms, signs and daily functional activities were observed before and after treatment. **Results** After treatment, the scores of main symptoms, signs and daily functional activities were significantly increased in both groups ($P<0.05$), especially in the treatment group ($P<0.05$). **Conclusion** Two-step six-method Tuina manipulation for lumbar disc herniation is effective, and is superior to the manipulation recorded in the textbook.

Keywords two-step six-method; Tuina; facet joint; freeing manipulation; pulling manipulation

腰椎间盘突出症是由于腰椎间盘的退行性病变与损伤导致脊柱内外力学平衡失调,椎间盘纤维环破裂,致髓核从破裂口突出,压迫神经根及马尾神经,从而引起腰痛的一种病症^[1]。是临床常见病、多发病,女性多于男性,突出位置在 L4~5、L5~S1 居多。我们采用二步六法推拿手法治疗 30 例腰椎间盘突出症患者,现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

参考《中医病证诊断疗效标准》^[2]制定:①有腰部外伤、慢性劳损或受寒湿史。大部分患者在发病前有慢性腰痛史。②腰痛向臀部及下肢放射,腹压增加(如咳嗽、喷嚏)时疼痛加重。③脊柱侧弯,腰生理弧度消失,病变部位椎旁有压痛,并向下肢放射,腰部活动受限。④下肢受累神经支配区感觉过敏或

迟钝,病程长者可出现肌肉萎缩。直腿抬高或加强试验阳性,膝、跟腱反射减弱或消失,拇趾背伸力减弱。⑤X 线摄片提示:脊柱侧弯,腰生理前凸消失,病变椎间盘可能变窄,相邻边缘有骨赘增生。CT 检查可显示椎间盘突出的部位及程度。符合②③④+⑤或①③④+⑤、③④+⑤即可确诊。

1.2 纳入标准

符合诊断标准;腰椎间盘突出突出的部位是向后突出;年龄 25~70 岁;病程 1~10 年;签署知情同意书并能按要求接受治疗者。

1.3 排除标准

有明显的后纵韧带骨化或钙化;重度高血压、心脏病,精神疾病者;有腰椎滑脱,重度腰椎管狭窄,腰椎结核,马尾神经瘤,类风湿关节炎,脊髓灰质炎,强直性脊柱炎;马尾神经损伤具备急诊手术指征;中央

型、髓核脱出者。

1.4 一般资料

60 例患者均来自 2011 年 7 月至 2012 年 3 月中国中医科学院广安门医院推拿科。采用随机数字表法将患者分为治疗组与对照组各 30 例。治疗组男 12 例,女 18 例;平均年龄 (53.97 ± 7.38) 岁;平均身高 (166.90 ± 8.33) cm;平均病程 (5.30 ± 1.96) 年;平均体重 (67.48 ± 11.52) kg。对照组男 14 例,女 16 例;平均年龄 (52.27 ± 8.07) 岁;平均身高 (167.57 ± 7.25) cm;平均病程 (4.90 ± 2.23) 年;平均体重 (69.50 ± 12.63) kg。两组患者一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

治疗组采用二步六法推拿手法治疗,具体操作如下:第一步:①按揉竖脊肌法(膀胱经):患者俯卧位,医生用双手掌根沿着脊柱两侧的竖脊肌,自上而下按揉,操作 5 次。②循经点穴法:患者俯卧位,选择膀胱经的腧穴大肠俞、膀胱俞、肾俞、环跳、秩边、承扶、委中、承筋、承山,用拇指指腹着力于所施术部位的穴位上,穴位点按 30s。③颤腰法:患者俯卧位,医者双手叠加按在腰部并向下有节奏的颤动,反复操作 10 次。第二步:①双扳法:后伸展扳法:患者俯卧位,医生一手按住患侧的腰骶部,另一只手托起对侧下肢股骨远端,两手用力拉到最大角度时做过伸扳动。改良定位腰部斜扳法:患者侧卧位,患侧腿或健侧腿在上面,在上面的腿屈髋、屈膝,下面的腿伸直,医生面对站立,一手抵住患者肩部以固定,另一手肘按压在臀部,同时用力使患者的腰部被动扭转,通过杠杆原理,使扭转的角度恰好位于突出间盘或突出间盘的椎间关节位置上,旋转最大角度时,两端同时用力。②屈膝屈髋法:患者仰卧位,患者屈膝、屈髋,医生一只手握住踝关节,另一只手扶住膝关节,握住踝关节的手用力方向与床面平行,操作 1 次即可。③直腿抬高法:患者仰卧位,使患者双下肢伸直,医生一只手握住患者的双踝关节,另一只手扶住膝关节,同时做直腿抬高,操作 1 次即可。每周 2

次,每次 20min,15 次为 1 个疗程。

对照组采用《推拿学》^[3]中的治疗手法操作:①解除腰部肌肉痉挛:患者俯卧,在患侧腰臀及下肢用轻柔的揉、按等手法治疗。②拉宽椎间隙,降低盘内压力:患者仰卧。用手法或机械进行骨盆牵引。③增加椎间盘外压力:患者俯卧,用双手有节律地按压腰部,使腰部震动。然后再固定患部的情况下,用双下肢后伸扳法,使腰部过伸。④调节后关节、松解粘连:用腰部斜扳法或旋转复位手法,以调整后关节紊乱,从而相对扩大神经根管和椎间孔。⑤促使受损伤的神经根恢复功能:沿受损神经根及其分布区域用揉、按、点、揉、拿等手法。每周 2 次,每次 20min,15 次为 1 个疗程。

2.2 观察指标与方法

主要症状体征评分:参考《中医病证诊断疗效标准》^[2]、《腰椎间盘突出症的评分法疗效评定标准》^[4]评定腰部疼痛、下肢麻木、下肢功能、疼痛程度积分。

临床检查评分:参考文献^[5]评定下肢放射痛、棘突旁压痛、直腿抬高、脊柱活动、踝反射积分。

日常功能活动评分:参考文献^[6]评定翻身、蹲起积分。参考文献^[7]评定洗漱、穿着、行走、坐位积分。

治疗前后对所有患者的各项指标进行评分,按重、中、轻、无程度,分别计 0、1、2、3 分。

2.3 统计学方法

采用 SPSS 17.0 统计软件进行数据处理,数据均以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用两独立样本 t 检验。

3 结果

3.1 两组患者治疗前后主要症状体征积分比较

表 1 示,两组治疗后主要症状体征积分各指标均较治疗前明显上升,差异有统计学意义($P < 0.05$);与对照组比较,治疗组治疗后主要症状体征积分各指标差异均有统计学意义($P < 0.05$),治疗组优于对照组。

3.2 两组患者治疗前后临床检查积分比较

表 2 示,两组治疗后临床检查积分各指标均较治疗前明显上升,差异有统计学意义($P < 0.05$);与

表 1 两组患者治疗前后主要症状体征积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	腰部疼痛	下肢功能	下肢麻木	疼痛程度
治疗组	治疗前	30	1.03 $\pm$ 0.547	1.26 $\pm$ 0.514	1.35 $\pm$ 0.608	1.48 $\pm$ 0.626
	治疗后	30	13.87 $\pm$ 2.849* Δ	14.00 $\pm$ 2.828* Δ	13.87 $\pm$ 2.964* Δ	15.00 $\pm$ 2.875* Δ
对照组	治疗前	30	1.16 $\pm$ 0.454	1.13 $\pm$ 0.341	1.39 $\pm$ 0.558	1.55 $\pm$ 0.506
	治疗后	30	11.10 $\pm$ 2.833*	11.00 $\pm$ 3.396*	12.35 $\pm$ 2.799*	13.45 $\pm$ 2.656*

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

表2 两组患者治疗前后临床检查积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	下肢放射痛	直腿抬高	脊柱活动	棘突旁压痛	踝反射
治疗组	治疗前	30	1.35±0.755	1.30±0.651	1.19±0.477	1.35±0.661	1.71±0.588
	治疗后	30	13.87±2.668*△	13.48±2.619*△	13.39±2.729*△	13.61±2.729*△	15.84±2.296*△
对照组	治疗前	30	1.45±0.675	1.26±0.514	1.23±0.425	1.45±0.506	1.77±0.560
	治疗后	30	11.42±2.705*	10.90±2.663*	11.13±2.717*	11.94±3.214*	14.45±2.987*

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较,△ $P<0.05$

表3 两组患者治疗前后日常功能活动积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	翻身	洗漱穿着	坐位	行走	蹲起
治疗组	治疗前	30	1.52±0.570	1.81±0.477	1.77±0.560	1.71±0.461	1.74±0.575
	治疗后	30	13.84±2.583*△	14.32±2.482*△	14.42±2.884*△	13.74±2.503*△	13.77±2.578*△
对照组	治疗前	30	1.32±0.541	1.81±0.477	1.81±0.601	1.74±0.445	1.68±0.475
	治疗后	30	11.61±3.211*	12.74±2.529*	12.35±2.550*	11.87±2.790*	11.87±2.460*

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较,△ $P<0.05$

对照组比较,治疗组治疗后临床检查积分各指标差异均有统计学意义($P<0.05$),治疗组优于对照组。

3.3 两组患者治疗前后日常功能活动积分比较

表3示,两组治疗后日常功能活动积分各指标均较治疗前明显上升,差异有统计学意义($P<0.05$);与对照组比较,治疗组治疗后日常功能活动积分各指标差异均有统计学意义($P<0.05$),治疗组优于对照组。

4 讨论

腰椎间盘突出症属于中医学“腰腿痛”、“痹证”范畴。由于椎间盘受外力,劳损或自身的退行性病变导致纤维环破裂、髓核突出,对硬膜囊或神经根产生机械性压迫,同时压迫椎管内血管导致循环障碍,受到刺激的神经根和硬膜囊出现炎症反应,水肿充血渗出引起临床症状和体征^[8]。临床表现特点以疼痛为主,疼痛主要在下腰及腰骶部、以时轻时重钝痛为主,多累及双下肢放射痛,下肢麻木及感觉障碍,肌力减弱或瘫痪、间歇性跛行。体征为腰椎侧弯、病变间隙棘突旁压痛,腰部活动受限^[9]。

二步六法治疗腰椎间盘突出症主要体现在“松”、“顺”、“动”。“动”:调和气血(推动气血运行)、整复错位(纠正腰椎小关节紊乱即椎间关节、关节突关节、腰骶关节以及骶髂关节的紊乱)、消除狭窄(解除由于腰椎失稳导致椎间盘对神经根的卡压刺激);“顺”:理顺筋络(肌筋膜走行异常即腰大肌、髂腰肌痉挛,由于腰椎失稳导致腰部肌肉的出槽)、解除痉挛(缓解腰臀部肌肉及下肢肌肉痉挛)、松解粘连(纠正由于腰部骶部小关节紊乱,牵拉腰部及臀部肌肉痉挛,水肿,炎症以及组织液渗出粘连肌筋膜及神经根,最后刺激压迫腰骶神经);“松”:疏通经络(主要

以行走于人体背部及后面的足太阳膀胱经第一、二条线为主,因为足太阳膀胱经具有防御的作用)、舒筋活络(加快背部及下肢肌的血液循环即斜方肌、竖脊肌、髂腰肌以及半腱肌、半膜肌、比目鱼肌等伴行的血管及神经)。综上所述,“松则通”、“顺则通”、“动则通”三者结合能达到通则不痛的目的。治疗组治疗后主要症状体征、临床检查、日常功能活动积分均优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。本研究观察局限于症状、主诉、检查、体征、日常功能活动,未从影像学角度观察试验结果,有待进一步观察。

参考文献

- [1]罗才贵.推拿治疗学[M].北京:人民卫生出版社,2001:87.
- [2]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,1994:201-202.
- [3]俞大方.推拿学[M].上海:上海科学技术出版社,1985:128.
- [4]杨占辉,孙建华,丁浩.腰椎间盘突出症的评分法疗效评定标准[J].颈腰痛杂志,1999,20(1):22-23.
- [5]范文可,吴毅,胡永善,等.脊髓栓系综合征合并腰椎间盘突出症患者的康复评价与治疗[J].中国临床康复,2003,7(14):2083-2085.
- [6]庄子齐,王敦建.症状体征量化评分法评价腰椎间盘突出症的临床疗效[J].辽宁中医杂志,2005,32(12):1225-1226.
- [7]贺续珊.用体征计分评价腰椎间盘突出症[J].中国康复,1994,9(3):132-135.
- [8]朱锦忠,肖智青,王爱明.综合治疗腰椎间盘突出症230例[J].中医杂志,2010,51(S2):208-209.
- [9]李自发,陈孝明.腰椎牵引配合针灸治疗腰椎间盘突出300例[J].中医杂志,2010,51(S2):229-230.

(收稿日期:2012-03-13;修回日期:2012-06-18)

[编辑:侯建春]