

牵引整脊疗法治疗腰椎间盘突出症 45 例*

★ 赵爱泉 (江西省体育医院 南昌 330006)

★ 孙庭婷 罗军 (南昌大学第二附属医院 南昌 330006)

关键词:腰椎间盘突出症;牵引整脊疗法

中图分类号:R 681.5⁺3 文献标识码:B

腰椎间盘突出症多因椎间盘退行性变加上一定诱因引起,以腰痛及下肢放射痛为特点,活动受限,患者往往不敢随意活动腰部,站立、行走困难。本课

题组研究出整脊牵引床与一套整脊手法,与常用方法治疗腰椎间盘突出症疗效比较,本牵引整脊疗法治疗腰椎间盘突出症疗效显著,现报道如下:

* 基金项目:江西省科技厅课题号:20041B0303700

25%~49%为可,50%~74%为良,75%~100%为优),术前得分4~8分,平均3.61分;随访得分10~15分,平均14.3分;改善率62%~100%,平均93.8%;良3例,优良率100%。术后腰椎稳定性评定,18个月后摄腰椎屈曲和伸展位片,无1例椎体间相对移位 ≥ 3 mm。

4 讨论

腰椎管狭窄的病理因素,大部分是位于活动间隙周围结构的退行性变或结构损害,纤维结缔组织常见。该手术是在有限手术原则的基础上直接切除导致狭窄的病理因素,使椎管的完整性得到保护。Lawson^[3]报道过多切除椎板可有大量的疤痕组织填充椎板切除后的间隙,并称它“椎板切除膜”,这些组织常嵌压硬膜及神经根及神经根引起术后腰腿痛。节段间有限减压,能较大幅度保留骨组织,硬膜裸露于椎管外很少,无充足的空间形成“椎板切除膜”,本组平均随访22.7个月,优良率100%。

Abumi^[4]报告后部结构所提供的前屈刚度分别占整个运动节段刚度的39.2%和52.4%,说明了腰椎后结构骨组织和软组织对腰椎稳定的重要作用。因此,腰椎后部结构在减压的同时,应得到保护和重建:(1)手术中未破坏保留韧带组织的血运,保持了韧带组织的生物学特性。(2)该手术过程中切除了少量椎板,关节突基本无破坏,固定棘突和韧带断端使之愈合,恢复了脊柱后部结构。(3)参与腰椎稳定

的后侧肌肉以骶棘肌最为重要,术中见骶棘肌以短腱形式止于棘突下缘与棘间韧带的移行处,短腱长4~6 mm,将短腱缝合固定于原止点处,腰椎后部动力性稳定结构得到重建。

改变传统的手术入路,从一侧进入,保留了韧带和棘突的血运,可以使手术后减少以上各结构的组织学改变,椎管减压时术野宽阔,操作方便,组织损伤轻出血少,避免了硬膜和神经损伤^[5]。本手术方法主要适用于年龄在65岁以下,脊柱退行性变较轻,屈曲位和伸展位摄片椎体间滑移范围小于3 mm,多节段腰椎管狭窄症和需两侧减压的中央型椎间盘突出。对于严重的发育性腰椎管狭窄及有明显腰椎不稳者不宜采用。

参考文献

- [1]李超,齐济民,张亚洲,等.腰椎成形术的设计与临床应用[J].中国脊柱脊髓杂志,1994,1:1
- [2]田慧中,王以进,李永年.后部结构切除对腰椎稳定性影响的实验研究[J].中华骨科杂志,1994(9):557
- [3]Lawson KJ, Malicky JL, Berry JL, et al. laminar repair and replacement to control lamictomy membrane formation dogs [J]. Spine, 1991,16:222
- [4]Abumi K, Panjabi MM, et al. Biomechanical evaluation of Lumbar spinal stability after graded facetectomies [J]. Spine, 1990,15:1142
- [5]贾连顺,连平,朱海波,等.椎板部分切除和椎管扩大治疗腰椎管狭窄症[J].中华外科学杂志,1994(9):557

(收稿日期:2006-08-23)

1 资料与方法

1.1 一般资料 所有病例为 2004 年 1 月~2005 年 12 月我院就诊患者。根据《中医病症诊断疗效标准》^[1],诊断为腰椎间盘突出症的患者 90 例。所有患者采用随机数字表分为牵引整脊疗法试验组 45 例,单纯牵引后再按摩治疗对照组 45 例二组。二组患者一般资料见表 1。二组资料在年龄、性别、病程、病症等方面差异无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。

表 1 二组患者一般资料比较 例

组别	例数	男	女	年龄/岁	病程/天	病症	
						单纯腰痛	伴下肢放射痛
试验组	45	24	21	35.6±9.8	25.6±16.2	9	36
对照组	45	23	22	36.7±10.2	23.5±15.3	10	35

1.2 治疗方法 试验组,采用牵引整脊疗法治疗,治疗时运用本课题组研制的整脊牵引床自重倒立牵引。具体操作如下:患者俯卧牵引床上,双踝用踝套固定在牵引床上,调节牵引床作头下脚上倾斜至 45°,利用部分自重牵引 20 分钟后,保持牵引状态下做定点侧扳手法治疗。以病人腰椎棘突向左侧偏移为例,此时,病人右侧卧于倾斜的牵引床上,右足踝继续固定在牵引床上,左踝固定松开,略屈髋屈膝,术者位于患者背侧,右手拇指按于向左侧偏的棘突旁,左手按于患者左臀部,助手自后方环抱患者左肩,持续向后水平牵引,与此同时术者左手将病人臀部推压向前,当术者右手拇指感觉到扭力已达偏歪棘突时,在瞬间加大左手向前的推力的同时右手拇指轻巧地顶推棘突,感到轻微的滑动感或听到弹响声,既手法复位成功。用同样方法继续整复其他偏移的棘突,根据病情每 2~3 天整复一次,并进行每天腰背肌放松按摩。十天为一疗程。

对照组,采用单纯牵引后再按摩治疗。十天为一疗程,每天治疗一次。

1.3 疗效标准 根据《中医病症诊断疗效标准》^[1]规定,治愈:腰腿痛消失,直腿抬高试验 70°以上,能恢复原工作;好转:腰腿痛减轻,腰部活动功能改善;未愈:症状、体征无改善。

1.4 统计学分析 运用 SPSS 统计软件采用 t 检验、 χ^2 检验。

2 结果

所有患者治疗三个疗程后,结果如表 2 示。试验组与对照组治愈率比较,有显著性差异($P<0.01$);总有效率比较,有显著性差异($P<0.01$)。由此,牵引整脊疗法是治疗腰椎间盘突出症的有效方法之一,且疗效显著。

表 2 二组疗效比较

组别	例数	治愈	好转	未愈	总有效率(%)
试验组	45	18	21	6	86.7
对照组	45	6	25	14	68.9

注:二组治愈率比较, $\chi^2=8.18, P<0.01$;总有效率比较, $\chi^2=8.26, P<0.01$ 。

3 讨论

现代医学对腰椎间盘突出症的发病机理至今未有统一认识,大致有物理压迫学说、化学刺激学说、免疫学说、瘀血学说、脊膜囊高张力学说等。其中涉及到解剖结构、生理病理、生物化学以及神经调节等诸多方面。但普遍认为神经根受到刺激产生肌肉应激性痉挛,脊柱的静力平衡系统遭到破坏而致功能失调,小关节紊乱加剧对神经根的刺激等神经肌肉应激反应的恶性循环过程。当椎间盘突出而无炎性反应时,神经根受压症状明显,表现为腰腿痛、麻木等;而当椎间盘突出而炎症反应严重或纤维环破裂髓核向后突出时,疼痛变得难以忍受,并且日久易出现患侧肌肉萎缩^[2]。牵引整脊疗法是利用生物力学原理和中医正骨原理,采用自重倒立牵引避免了对抗牵引时肌肉紧张,能有效地缓解了椎管外肌肉、筋膜等软组织的痉挛,便于脊柱牵引和定点斜扳推拿手法同步进行,使牵引的拉力作用于肌肉、韧带、纤维环导致后纵韧带及纤维环形成张力,以降低椎间盘内压,增宽椎间隙,舒展黄韧带皱襞。减少对神经根的刺激,恢复因肌肉痉挛所致的小关节错位,调节力学平衡^[3]。同时整脊手法的应力主要集中在突出的部位,一方面增加椎间盘外的压力,有利于突出髓核的还纳或吸收;另一方面松懈神经根的粘连,有利于解除肌肉痉挛^[4]。通过牵引和手法的有机结合,可还纳突出的椎间盘,纠正脊柱失稳,分解神经根的粘连,达到解痉、镇痛、消炎的目的,从而使因椎间盘突出及椎间小关节紊乱引起的症状得到消除。

参考文献

- [1] 国家中医药管理局. 1994 颁布《中华人民共和国中医药行业标准——中医病症诊断疗效标准》[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994. 186
- [2] 刘明军, 陈立. 牵引推拿治疗腰椎间盘突出症 80 例疗效观察[J]. 中医正骨, 2004, 16(2): 30
- [3] 淑燕. 快速牵引治疗腰椎间盘突出症的临床研究[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2005, 27(6): 359
- [4] 王晓红, Mckenie 力学疗法结合推拿治疗腰椎间盘突出症的临床研究[J]. 中国康复医学杂志, 2004, 19(9): 650

(收稿日期: 2006-06-13)