

# 综合治疗腰椎间盘突出症 110 例

★ 李国中 (上海市宝山区中医医院 上海 201900)

关键词: 腰椎间盘突出症; 综合治疗

中图分类号: R 274.34 文献标识码: B

笔者采用推拿、牵引、理疗、药物等综合疗法治疗腰椎间盘突出症 110 例, 收效满意, 现报告如下。

## 1 临床资料

110 例患者, 均来自 2004 年 9 月~2005 年 9 月伤科住院病人。其中, 男性 58 例, 女性 52 例; 年龄 18~77 岁, 40~60 岁占 75%; 病程 1 天~13 年。椎间盘突出部位: L<sub>3</sub>~L<sub>4</sub> 3 例, L<sub>4</sub>~L<sub>5</sub> 38 例, L<sub>5</sub>~S<sub>1</sub> 49 例, 多节段椎间盘突出者 20 例; 伴椎管狭窄 12 例, 椎体假性滑脱 4 例, 术后复发 3 例。单纯腰痛 9 例, 单纯腿痛 14 例, 腰痛伴下肢痛 87 例。临床表现为腰腿痛, 腰椎活动受限, 椎旁压痛伴放射痛, 受累神经根支配区的感觉、运动、反射改变, 直腿抬高试验、屈颈试验、挺腹试验阳性, 伴椎管狭窄者可出现间歇性跛行。以上病例均经腰椎摄片、CT 或 MRI 确诊, 排除肿瘤、结核及畸形。

## 2 治疗方法

2.1 推拿 (1) 患者俯卧位, 用滚、揉法放松腰腿部肌肉; (2) 拿捏法: 用拇指与其他各指作相对钳形用力, 将腰腿部肌肉一紧一松拿捏; (3) 点穴法: 用手指或肘在环跳、委中、承山、昆仑穴上点穴按摩; (4) 推腰法: 用双手掌重叠压于腰椎部, 向上用力推向胸椎及向下用力推向骶尾部; (5) 掌振法: 用双手掌重叠按于腰部, 垂直向下, 前臂和手部肌肉强力地静止性用力, 产生颤压动作, 频率每分钟大约 360 次, 持续半分钟至 1 分钟。 (6) 患者侧卧位, 斜扳法: 在上的下肢蜷曲, 在下的下肢伸直, 术者用一肘抵住患者肩前部, 另一肘抵住臀部, 把腰被动旋转至最大限度后, 两肘同时用力作反方向扳动, 常可听到“喀喀”声。 (7) 仰卧位抬腿法: 术者将患肢直腿抬高, 并在抬高至最大限度时, 将踝关节背屈; (8) 伸腿法: 先将膝、髋屈曲下压, 然后快速将下肢伸直, 使产生短促有力的下拉冲力。

2.2 理疗 在推拿前, 使用神灯照腰部半小时, 使局部皮肤潮红; 推拿手法结束后, 予腰部及下肢拔火罐, 留罐 10~15 分钟。以上治疗, 每周 5 次。

2.3 牵引 采用电脑自动牵引半小时, 视病人体重及耐受程度, 牵引重量 30~55 kg, 每日 1 次, 每周 6 次。

2.4 药物 入院头 3 天, 予 20% 甘露醇 250 mL, 5% GS 250 mL 加地塞米松 10 mL 静脉滴注, 每日 1 次; 然后予 5% GS 250 mL 加血塞通 500 mg 静滴, 每日 1 次, 15 天一疗程。

必要时予骶管滴注, 药物组成: 生理盐水 250 mL, 地塞米松 20 mL, 2% 利多卡因 10 mL, 维生素 B<sub>6</sub> 2 支, 维生素 B<sub>12</sub> 2 支, ATP 针 2 支。操作: 病人取侧卧位, 两腿屈曲, 摸准骶管裂孔, 常规消毒铺巾, 取 10 mL 一次性注射器, 抽取 2% 利多卡因 5 mL, 局部麻醉, 当针头有突破感时即进入骶管, 再斜向上推进 2~3 cm 左右, 抽吸无回血后, 固定, 去掉注射器, 把输液器连到针头上即可。每周 1 次, 3 次为一疗程 (高血压、糖尿病、心脏病、溃疡病患者禁用或慎用)。

## 3 治疗结果

参照国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》中腰椎间盘突出症疗效标准, 110 例中, 治愈 (腰腿痛消失, 直腿抬高 70° 以上, 能恢复原工作) 79 例, 好转 (腰腿痛减轻, 腰部活动改善) 26 例, 未愈 (症状体征无改善) 5 例, 治愈率 71.8%, 总有效率 95.5%。平均住院 3 周。

## 4 讨论

推拿疗法治疗腰椎间盘突出症在我国已有悠久的历史, 且取得良好疗效。斜扳法能使突出髓核部分还纳或改变与神经根相对应位置关系, 减轻突出物对神经根的压迫程度; 推腰法能纠正小关节错位,

# 中医药治疗腰腿痛 85 例

★ 邵常安 黄桂成 (南京中医药大学 南京 210029)

关键词:腰腿痛;中医药疗法

中图分类号:R 274.34 文献标识码:B

## 1 临床资料

本组 85 例均为江苏省中医院骨科近 1 年来病房或门诊患者。男 58 例,女 27 例;年龄 36~69 岁,其中 45 岁以上者 58 例;病程 10 年以上者 44 例,5~10 年者 18 例,1~5 年者 12 例,1 年以内者 14 例;工人 52 例,农民 13 例,干部 9 例,其他 11 例,重体力劳动者占 70%;有明显腰扭伤或其他腰部外伤史者 49 例。放射学检查,均见腰椎椎体、小关节不同程度增生,轻度骨质疏松,腰椎弧度变直。

经病史、查体、放射学检查<sup>[1]</sup>等检查确诊,诊断标准:(1)多有外伤史;(2)腰部肌肉痉挛、有局部疼痛、活动困难、严重者不能下床活动、有明显的局部压痛;(3)X 线拍片排除腰椎骨折。症状和体征均符合第五版教材《外科学》中腰腿痛诊断标准<sup>[2]</sup>,并均

经影像学及电生理检查等明确诊断。治疗前 2 周内禁用其他药物。

## 2 治疗方法

方药组成。健腰止痛汤:熟地、川断、羌活、独活、玄胡索各 10 g,金狗脊、威灵仙、五加皮各 15 g,炒杜仲 30 g,蜈蚣 2 条,麻黄 6 g,炙甘草 5 g。加减:疼痛较剧、遇寒加重、畏寒者,加炮附片、小茴香、葫芦巴;痛处有重着感、痛麻重并存者,加川牛膝、苍术、白术、汉防己;潮热、盗汗者,加龟板、黄柏、桑寄生;腰膝酸软、神疲乏力、疼痛喜按、怕冷者,加仙茅、淫羊藿、补骨脂、骨碎补。

用药方法:开水冲服,每日 1 剂,分早晚 2 次服。服药期间停服其他所有与此相关药物、戒酒、忌辛辣之品。正常活动,勿过量运动。

促进血液循环,并有舒筋活络的作用;掌振法,在短时间内给腰部一个强有力的快速冲击,松解粘连的神经根,有可能使突出髓核回纳;点穴法,能疏通经络气血的阻滞,促进神经根周围炎症的消退;抬腿伸腿法,可引起神经根轻度移位,松解神经根与周围组织的粘连。

牵引治疗机理是解除腰肌痉挛,松解神经根粘连,减轻椎间盘压力,促进炎症消退,能使椎间孔和椎间隙略为增大,有利于髓核的回纳。但不是每个患者都适合牵引,在腰椎间盘突出症急性期,宜先试牵几次,观察病人对牵引的反应,如引起疼痛加重,则不可牵引。

椎间盘及纤维环破裂髓核突出后,释放出糖蛋白、蛋白及类组织胺类物质,刺激神经根而产生炎症,形成粘连,神经缺血,兴奋域降低,轻刺激即可产生疼痛。静脉滴注甘露醇、地塞米松,可使神经根脱水,消除炎症水肿;血塞通静滴,能改善神经根充血反应,促进血液循环,具有活血功效;骶管滴注对突

出物压迫所致神经根炎疼痛有显著效果。通过在硬膜外腔形成一定压力,对粘连压迫部位起液压扩张、钝性剥离粘连的作用;其地塞米松、利多卡因能加强神经根周围组织微循环,消除炎症、水肿、粘连;B<sub>6</sub>、B<sub>12</sub>、ATP 营养神经,使神经功能得到改善及恢复。

神灯、火罐,可使微血管及小动脉扩张,促进局部血液循环,使组织的营养和供氧得到加强,同时加快渗出物吸收,减轻局部刺激,达到消炎止痛目的。

对于保守治疗无效或效果不显著,或者发病突然,腰腿痛剧烈,神经根受压明显者,或有明显的马尾受压症状,手术治疗是必要的,且效果较好,本组 5 例未愈患者经外院手术后均治愈。但不可一味追求手术疗法。据观察,腰椎间盘突出症的近期疗效是显著的,但远期疗效与非手术疗法相比较,则无多大优势,且有风险及一定的复发率。

总之,笔者认为,对于腰椎间盘突出症,无论初发或复发,保守治疗是基本疗法,综合治疗效果满意。

(收稿日期:2005-10-28)

● 临床报道 ●