

引用:刘国科,林远方,郑晓斌,余瑞涛,谭楚山,林惠卿,高坤.旋扳手法联合机械牵引治疗腰椎间盘突出症38例临床观察[J].湖南中医杂志,2020,36(1):45-47.

旋扳手法联合机械牵引 治疗腰椎间盘突出症38例临床观察

刘国科,林远方,郑晓斌,余瑞涛,谭楚山,林惠卿,高坤
(深圳市中医院,广东 深圳,518033)

[摘要] 目的:观察旋扳手法联合机械牵引治疗腰椎间盘突出症(LDH)的临床疗效。方法:将76例LDH患者随机分为治疗组和对照组,每组各38例。对照组采用机械牵引治疗,治疗组在对照组的基础上联合旋扳手法治疗。对比分析2组综合疗效、疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分、改良下腰痛日本骨科协会评估治疗分数(JOA)评分及炎性因子。结果:总有效率治疗组为86.8%(33/38),对照组为73.7%(28/38),2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。2组VAS、JOA评分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($P < 0.05$)。2组治疗后炎性因子水平均较治疗前下降($P < 0.05$),治疗组IL-1 β 、TNF- α 较对照组下降更明显($P < 0.05$)。结论:采用旋扳手法联合机械牵引治疗LDH,具有减轻疼痛、恢复功能和消除炎症的效果,安全性及可操作性高,值得临床推广。

[关键词] 腰椎间盘突出症;中医药疗法;旋扳手法;机械牵引

[中图分类号] R274.915.3 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.01.018

随着现代化社会进展,久坐办公人群逐渐增多,腰椎间盘突出症(lumbar disc herniation, LDH)的发病率越来越高^[1]。LDH引起的腰痛伴有下肢放射痛的症状,给患者生活造成严重影响。其发病是由于椎间盘在受到压力的情况下,纤维环破裂,髓核突破纤维环,压迫硬膜囊及神经根所致。引起疼痛的机制可能包括:1)机械压迫导致神经根直接被刺激。2)压迫导致椎管内静脉淤血,促使组织充血、渗出、水肿及炎性环境形成。3)椎间盘突出导致腰椎失衡,椎体产生小移位,引起局部肌肉痉挛和小关节功能紊乱,从而引起疼痛^[2-3]。

LDH手术治疗创伤大、费用高、术后恢复时间长、易复发,大多数患者希望采取保守治疗方案。由北美脊柱协会制定的LDH国际临床实践指南也推荐以保守疗法为主,保守疗法包括腰椎牵引、物理治疗、止痛药物等^[4]。腰椎牵引通过对腰椎进行纵向牵拉,减轻椎间盘的压力,而成为临床常规治疗手段之一。按摩、推拿、针灸等中医传统治疗方法疗效亦颇佳^[5]。近年来,笔者在临床中发现,在腰椎机械牵引治疗前,先进行旋扳手法操作,能够明显增强牵引效果,且操作过程简便、安全、快速。

因此,本研究采用前瞻性、随机对照试验研究设计方法,将旋扳手法联合机械牵引与单一机械牵引进行比较,疗效颇佳,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2017年5月至2018年5月于我院住院的LDH患者76例,将其随机分为治疗组和对照组,每组各38例。治疗组中,男19例,女19例;平均年龄(54.34 ± 11.38)岁;平均病程(3.49 ± 0.85)年。对照组中,男20例,女18例;平均年龄(55.23 ± 10.32)岁;平均病程(3.21 ± 0.73)年。2组患者的性别、年龄、病程等一般资料比较,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》^[6]中有关LDH的诊断标准拟定。1)慢性腰痛病史。2)腰痛向臀部及下肢放射。3)直腿抬高试验阳性。4)影像学检查有椎间盘突出。

1.3 纳入标准 1)符合上述诊断标准;2)有明确的CT或MRI检查结果;3)有一定耐受度。

1.4 排除标准 1)严重骨质疏松症;2)伴有肿瘤、高血压病、糖尿病、心血管疾病等;3)腰椎管狭窄、腰椎滑脱、脊柱结核、脊柱骨折等疾病。

基金项目:广东省中医药局科研项目(SZSM201612059)

第一作者:刘国科,男,主治医师,研究方向:手法治疗脊柱疾病的临床及基础研究

通讯作者:林惠卿,女,主治医师,研究方向:中医药的临床及基础研究, E-mail: linhuiqing2004011046@126.com

2 治疗方法

2.1 对照组 采用机械牵引治疗。患者仰卧于机械牵引床上,以固定带分别固定腹部及下肢,上端以肋骨下缘为着力点,下端以髌部为着力点,固定力度适宜。牵引力度为患者自身体质量的1/3~1/2,力度逐渐增加,以患者能耐受为限。每次牵引持续20min,牵引结束后,松解绑带,平躺休息15min。

2.2 治疗组 在对照组的基础上采用旋扳手法治疗。患者俯卧,对腰部进行理筋操作,包括推散、理顺、拿筋、叩击等,时间5min。后进行旋扳手法。取侧卧位,下面的下肢伸直,上面的下肢屈髋屈膝90°,医者一肘置于臀部,一肘置于肩前部,两肘相向用力,当腰椎完全伸展时,突然用力,施力需快速、稳定、均衡,听到“咯嗒”声,手法完毕。然后患者转身,另一侧进行相同的操作。旋转手法操作完毕后,下地活动10min。然后进行机械牵引,操作步骤同对照组。

2组均每天治疗1次,共治疗7次。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)综合疗效。2)疼痛程度评分。采用视觉模拟评分法(VAS)评定患者治疗前后疼痛程度。设计一段10cm的直线,分为10段,标记0~10分,10代表最痛,0代表无痛,由患者自行计分。3)腰椎功能障碍评分。采用日本骨科协会评估治疗分数(JOA)对腰椎功能障碍进行评价。按照评分量表(0~29分),由医师采集患者信息进行计分,得分越高者腰椎功能恢复越好^[7]。4)血清炎症因子[白介素(IL)-1 β 、IL-10与肿瘤坏死因子(TNF)- α]水平。收集操作前后患者血清各2ml,参照说明书采用酶联免疫吸附法(ELISA)测定炎症指标。先以ELISA包被液稀释抗体,次日用洗涤液洗涤,加入200~250 μ l封闭液,再加入标准液及样品,室温孵育30~60min,洗板后加酶标抗体孵育30min,加100~150 μ l底物液显色,终止反应后测OD值。5)不良反应。观察操作中患者是否有晕针、疼痛即时加重等不良反应出现。

3.2 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[6]拟定。显效:腰痛及放射痛消失,腰部功能恢复正常,肌力正常,能正常劳动和工作;有效:腰痛及放射痛明显缓解,腰部功能可,不影响劳动和工作;无效:症状改善不明显,或反复,影响正常劳动和工作。

3.3 统计学方法 所有数据均采用SPSS 19.0软件进行统计,计量资料采用均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,患者基本资料采用方差分析,有效率采用非参数检验,疗效评价及炎症因子水平组间比较采用t检验、非参数检验, $P < 0.05$ 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86.8%,优于对照组的73.7%,2组比较,差异具有统计学意义。(见表1)

表1 2组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
治疗组	38	10(26.3)	23(60.5)	5(13.2)	33(86.8) ^a
对照组	38	10(26.3)	18(47.4)	10(26.3)	28(73.7)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.2 2组治疗前后VAS、JOA评分比较 2组VAS、JOA评分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VAS、JOA评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	VAS		JOA	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	38	7.78 \pm 1.78	2.35 \pm 0.41 ^{ab}	18.69 \pm 6.67	28.24 \pm 3.24 ^{ab}
对照组	38	7.59 \pm 1.29	4.18 \pm 1.28 ^a	17.63 \pm 5.74	22.02 \pm 1.54 ^a

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

3.4.3 2组血清炎症因子水平比较 2组血清炎症因子水平治疗前后组内比较及治疗后组间IL-1 β 、TNF- α 比较,差异均有统计学意义。(见表3)

3.5 不良反应 治疗过程中,治疗组有3例患者出现疼痛即时加重,对照组有2例出现疼痛即时加重,2组比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表3 2组血清炎症因子水平比较($\bar{x} \pm s$,ng/ml)

组别	例数	IL-1 β		IL-10		TNF- α	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	38	108.67 \pm 21.78	36.35 \pm 6.41 ^{ab}	118.97 \pm 21.67	104.35 \pm 2.22 ^a	538.92 \pm 120.67	124.65 \pm 16.24 ^{ab}
对照组	38	127.36 \pm 25.19	83.18 \pm 1.28 ^a	137.92 \pm 22.35	90.06 \pm 21.36 ^a	573.82 \pm 112.74	224.04 \pm 28.86 ^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

传统治疗方案中的机械牵引能够缓解椎间盘压力,减轻对神经根的直接压迫,而对于炎症反应、肌肉痉挛、小关节紊乱则无效。例如,赵继荣等^[8]对200例LDH患者采用脊柱旋转手法联合姿态调衡法进行治疗,影像学、症状及疗效评定均证明该手法有效。李宏涛^[9]采用腰椎定点旋转复位法联合胸椎压冲复位法,通过类似“杠杆微调”与“筋骨同治”的机制,对90例LDH患者起到显著疗效。雷言坤等^[10]采用腰椎旋转定位扳法治疗腰椎后关节紊乱症患者,4周后分析发现此法能够缓解腰椎后关节紊乱症,指下位移感与对疼痛的即刻解除并不存在必然的关系。赖淑华等^[11]认为旋转手法治疗能够影响患者的静息态脑功能,经治疗后患者双侧楔叶、双侧枕上回、左侧距状回的低频振荡振幅明显增高。通过三维有限元研究显示,旋转手法能够对椎间孔容积和颈椎间盘位移产生影响^[12]。旋扳手法具有消除炎症、缓解肌肉痉挛和纠正小关节紊乱的作用,疗效显著。因此,在治疗LDH时,先采用旋扳手法,后进行机械牵引,2种方法相互弥补、相互促进,能够有效地解除LDH的相应症状。

本观察结果显示,总有效率方面,旋扳手法联合机械牵引明显强于单一机械牵引;疼痛、功能评价方面,治疗组优于对照组;IL-1 β 、TNF- α 水平治疗组较对照组下降明显,而IL-10 2组组间比较,差异无统计学意义。2组治疗过程中均未出现严重不良反应。证实先行旋扳手法再行牵引疗法,并不会导致操作风险的增加。

综上所述,采用旋扳手法联合机械牵引治疗LDH,具有减轻疼痛、恢复功能和消除炎症的效果,

安全性及可操作性高,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] KREINER DS, HWANG SW, EASA JE, et al. Anevidence - based clinical guideline for the diagnosis and treatment of lumbar disc herniation with hradiculopathy [J]. Spine J, 2014, 14(9):180 - 191.
- [2] KARIMI N, AKBAROV P, RAHNAMA L. Effects of segmental traction therapy on lumbar disc herniation in patients with acute low back pain measured by magnetic resonance imaging; a single arm clinic altrial [J]. J Back Musculoskelet Rehabil, 2017, 30(2):247 - 253.
- [3] JORDAN J. Herniated lumbar disc [J]. Clinical Evidence, 2009, 2009(209):806.
- [4] MANISH CHADHA, GAURAV SHARMA, SHOBHA S ARORA, et al. Association of facet Tropism with lumbar disc herniation [J]. Asian Spine J, 2014, 8(6):813 - 819.
- [5] 伊智雄. 中西医结合治疗腰椎间盘突出症[M]. 北京:人民卫生出版社, 2008:196.
- [6] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京:南京大学出版社, 1994:214 - 215.
- [7] 徐宏光, 张敏, 王弘, 等. QLS - DSD 与 JOA 评分量表在脊柱退行性疾病患者评分应用中的比较[J]. 中国骨与关节外科, 2013, 6(6):482 - 486.
- [8] 赵继荣, 柳直, 陈文, 等. 脊柱旋转手法联合姿态调衡法治疗腰椎间盘突出症的临床研究[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2013, 21(7):10 - 12.
- [9] 李宏涛. 腰椎定点旋转复位法联合胸椎压冲复位法治疗腰椎间盘突出症临床探讨[J]. 颈腰痛杂志, 2017, 38(5):451 - 454.
- [10] 雷言坤, 唐君, 徐玉欣, 等. 腰椎旋转定位扳法治疗腰椎后关节紊乱症 50 例临床观察[J]. 新中医, 2016, 48(2):106 - 108.
- [11] 赖淑华, 范志勇, 赵家友, 等. 旋转手法治疗对腰椎间盘突出症患者静息态脑功能的影响[J]. 新中医, 2017, 49(7):96 - 98.
- [12] 叶林强. 旋转手法中旋转方向对颈椎间盘位移和椎间孔容积的影响[C]//中国中西医结合学会骨伤科分会. 第二十四届中国中西医结合骨伤科学术年会论文汇编. 2017:2.

(收稿日期:2019-01-28)

按揉“地筋” 放松全身(二)

根据不同状态的“地筋”,可分别采取不同手法进行按揉。若“地筋”较硬,用拇指自足跟向大趾依次进行弹拨;“地筋”难以摸到时,先用拇指指腹沿脚掌内侧自足跟向大趾用力推摩,反复多次,直到“地筋”抻开后,再改用拨法;“地筋”软如麻绳,可用手反复扳脚趾,对“地筋”进行拉伸,继而用拇指按摩。每晚睡觉前,用拇指按揉该条“地筋”15min,可达濡养肝脏、放松全身的目的。除了用手揉按,也可以两脚并拢直立,反复踮起脚跟,对“地筋”进行拉伸;或采取蹲位,踮起足跟,往前行走;或两膝跪地,臀部坐于足跟,匀速向前行走。每次泡脚后牵拉揉按“地筋”,效果更好。此外,人体很多部位与“筋”相关。膝为“筋之府”,经常行走可养筋;胆经上的阳陵泉穴为“筋之会”,经常拨动可缓筋;脊椎督脉上有“筋缩”,多用掌根揉按可伸筋;膀胱经上有承筋穴,可握拳点按以散筋。(http://www.cntcm.com.cn/2020-01/02/content_69920.htm)