

腰椎侧隐窝狭窄症两种中医疗法的对比研究

胡思进¹, 王志栋¹, 罗进林¹, 王晓琼², 胡怡淳², 任建辉¹, 周童飞¹, 林定华¹

(1. 浙江省瑞安市中医院, 浙江 瑞安 325200;

2. 浙江省中医药大学, 浙江 杭州 310053)

摘要 目的: 观察调脊手法治疗腰椎侧隐窝狭窄症的疗效。方法: 选择腰椎侧隐窝狭窄症患者 86 例, 随机分为观察组和对照组, 观察组 43 例采用调脊手法治疗, 对照组 43 例采用王氏推拿疗法。两组治疗时间与次数均相同, 治疗结束后评定两组疗效。结果: 观察组治疗次数少于对照组($\chi^2 = 9.422, P < 0.001$), 临床疗效观察组优于对照组($Z = -3.855, P < 0.001$), 差异有统计学意义。结论: 调脊手法治疗腰椎侧隐窝狭窄症疗效确切, 值得临床推广应用。

关键词 脊柱疾病 腰椎 推拿, 脊柱 治疗, 临床研究性

Contrast study on the treatment of lumbar lateral recess stenosis with two Traditional Chinese medicine therapy

HU Si-jin*, Wang ZHI-dong, LUO Jin-lin, WANG Xiao-qiong, HU Yi-chun, REN Jian-hui, ZHOU Tong-fei, LIN Ding-hua. * Traditional Chinese Medical Hospital of Ruian City, Ruian 325200, Zhejiang, China

ABSTRACT Objective: To observe the curative effect of maneuver on spine adjustment for the treatment of lumbar lateral recess stenosis. **Methods:** 86 cases of lumbar lateral recess stenosis patients were randomly divided into observation group and control group. 43 cases in the observation group were treated with spine chiropractic adjustment. 43 cases in the control group were treated with Wang-shi Manipulation. The time and number of treatment for the two groups were the same. The curative effects were evaluated after the treatment. **Results:** The data of the two groups were analyzed statistically (SPSS17.0 for windows). The treatment times of observation group were less than that of control group ($\chi^2 = 9.422, P < 0.001$). The curative effect of observation group was better than that of control group ($Z = -3.855, P < 0.001$). There was statistical difference between the two groups. **Conclusion:** The method of spine chiropractic adjustment for the treatment of lumbar lateral recess stenosis has an exact curative effect, and it is worth popularizing in the clinic.

Key words Lateral recess stenosis; Lumbar vertebrae; Maneuver; Contrast study

腰椎侧隐窝狭窄症是脊柱退行性疾患中的常见病, 多发病, 该病导致的腰痛、腿痛、间歇性跛行等严重困扰着患者。为寻求治疗腰椎侧隐窝狭窄症的有效方法, 自 2009 年 6 月至 2011 年 4 月, 作者对目前常用的两种非手术疗法治疗腰椎侧隐窝狭窄症的疗效进行了对照观察, 现将观察结果总结报告如下。

1 临床资料

1.1 病例资料 共收治符合下列诊断标准的腰椎侧隐窝狭窄症患者 86 例, 男 57 例, 女 29 例。按来诊顺序随机分为两组, 观察组 43 例, 男 26 例, 女 17 例, 平均年龄为 52.02 岁, 平均病程 5.52 个月; 对照组 43 例, 男 25 例, 女 18 例, 平均年龄 50.47 岁, 平均病程 5.76 个月。对两组患者性别、年龄、病程进行了统计学处理, 差异无统计学意义(见表 1), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[1] 拟定如下标准: ①有慢性腰痛史, 部分病人有外伤史;

②多发于 40 岁以上的体力劳动者; ③持续性腰痛和腿痛(较典型坐骨神经痛)或麻木、酸胀、无力; ④不同程度间歇性跛行, 站立不动并不能使疼痛缓解, 但坐位或卧位可使症状消失; ⑤腰椎生理弧度变直或轻度侧弯、后凸, 下腰椎旁有局限性压痛、叩击下肢明显串痛, 小腿及足皮感迟钝, 肌力减弱, 腱反射减弱或消失, 腰过伸试验阳性; ⑥腰椎 X 线摄片检查有助于诊断, CT 检查腰椎侧隐窝狭窄症的表现, 与临床症状及体征一致。

1.3 纳入标准 ①年龄范围在 28 岁以上, 65 岁以下; ②符合诊断的门诊或住院患者; ③已签署进入研究知

表 1 病例资料

组别	例数	性别 (男/女)	年龄 (岁)	病程 (月)
治疗组	43	26/17	52.02 ± 6.07	5.52 ± 1.42
对照组	43	25/18	50.47 ± 8.10	5.76 ± 1.59
检验统计量	$\chi^2 = 0.482$			
t	$t = -0.135$			
P 值	$t = 0.209$			
	0.826			
	0.156			
	0.720			

情同意书的患者。

1.4 排除标准 突出物大或钙化,先天椎管狭窄,合并腰椎不稳、腰椎滑脱、强直性脊柱炎、骨性关节炎或关节严重畸形、脊柱结核及肿瘤等疾病者;伴有精神病、老年性痴呆等不能配合者;合并有心脑血管、肝、肾和造血系统等严重疾病者;未按规定用药,或资料不全等影响疗效或安全性判断者。

2 方法

观察组采用调脊手法,其方法与步骤如下。①点穴松解法:患者俯卧位,术者立于患侧。先用拇指尖螺旋面点压三焦俞、肾俞、气海俞、大肠俞、关元俞、小肠俞、膀胱俞、八髎、环跳、委中、承山等穴位,从上到下、由轻到重、深透入内,各穴点压约 30 s。然后用肘尖顶压秩边穴由轻至重约 5 min 后松开,再用滚法、按法从背腰肌到腰骶部、臀部及下肢坐骨神经走向施术,手法先轻后重,逐渐加重手法力度,以患者能承受为度,往复 3 次。②伸展牵拉法:患者取俯卧位,助手固定患者上半身及肩背部。术者双手环握患侧踝部,作后伸、外展各约 30°牵拉 3 min。③神经根松解法:患者取仰卧位,患肢伸直术者一手扶小腿远端后侧,另一手扶膝前上方使膝伸直,然后被动抬高患肢使上举下落,逐渐加大幅度,连续 3~6 次。当患肢直腿抬高到最高处时,将足背伸向内、中、外三个方向压足各 10 次。在治疗过程中,逐渐抬高患肢直到 80°为度,或以患者每次行此手法时能承受为度。④屈膝屈髋抖腰法:患者取仰卧位,屈膝屈髋。术者坐在床上,以臀部压住患者双足背,双手合握患者大腿近膝部,反复抖腰 3 次。⑤屈曲摇摆滚脊法:患者取仰卧位,助手固定患者上半身及肩部。术者立于健侧,使患者双屈髋屈膝。术者双手环握患者大腿处近膝部,先屈曲卷腰滚动 3 次,后行屈髋患侧脊柱旋转扳法。当腰部扭转至最大幅度时术者略用力扳动,以闻及响声为度,两下肢均有症状者左右各作一次。⑥按拨滚捏放松法:患者取俯卧位。术者立于患者一侧,双手交叉重叠,用掌根、鱼际自胸椎下段开始,沿督脉向下按,直至腰骶部。再用拨、滚、捏手法,放松臀部及下肢,下肢沿膀胱经环跳、承扶、委中、承山及阿是穴等顺序由上至下反复 3 次后结束手法。

对照组采用王氏推拿疗法^[2],其方法与步骤如下。①患者俯卧位,医者在腰脊柱两侧骶棘肌及患肢施用滚法 5~10 min,并点按、志室、腰眼、肾俞、大肠

俞、环跳、委中、承山、太冲等穴各 2~3 min。再弹拨两侧腰夹脊穴 3~5 min,寻找痛点(阿是穴)或阳性反应物,行按揉弹拨,以使腰部软组织充分放松。②松解粘连法:患者取仰卧位,双手用力握住床头。医者两手分别握住患者两踝,屈膝屈髋 90°,在使髋、膝伸直的同时突然用力牵引踝部。③肘压环跳法:患者侧卧,患肢在上并屈曲,健肢伸直,医者以肘部压“环跳”穴及臀部索条状物。④卷腰滚动法:患者仰卧位,屈膝屈髋。医者立于一侧,一手托腰骶部,并用力上提,另一手扶双膝,下压之最大幅度,使腰椎向后凸,并沿纵轴反复滚动 3~5 次。

两组患者手法治疗均每周 5 次,每次约 30 min,3 周为 1 个疗程。早期均绝对卧床休息,2 周后使用垫枕垫腰。待腰部肌肉放松后,辨证施行腰椎牵引治疗,3 周后腰围护腰下床适度活动,3 个月内避免弯腰负重。必要时结合心理治疗及健康指导,改变患者不良的生活和工作习惯,逐步开展功能锻炼。

3 结果

观察结果如表 2 所示,观察组临床治疗次数少于对照组($\chi^2=9.422, P<0.001$),疗效按《中医病症诊断疗效标准》^[1]评定,观察组高于对照组,经秩和检验($Z=-3.855, P<0.001$),差异有统计学意义(见表 3)。

表 2 两组治疗次数情况表 例(%)

组别	例数	5 次	10 次	15 次
治疗组	43	11	28	4
对照组	43	7	20	16

表 3 两组临床疗效比较表

组别	例数	治愈	好转	无效
治疗组	43	30(69.77)	11(25.58)	2(4.65)
对照组	43	21(48.84)	16(37.21)	6(13.95)

4 讨论

腰椎侧隐窝狭窄症是脊柱退行性疾患中的常见病,属于中医痹证的范畴,是腰腿疼痛的常见原因之一,近年来发病呈明显增加趋势。影像检查,尤其是 CT 检查对腰椎管狭窄的诊断很有价值,CT 可清楚显示椎管前后径、横径大小,及侧隐窝、椎间孔、黄韧带肥厚等情况,对侧隐窝狭窄的确诊更具有优越性^[3-4],有人认为其在腰腿痛的发病仅次于腰椎间盘突出而居第 2 位^[5]。

中医学对脊柱退行性疾患也有过比较全面深入的认识,并提出了“骨错缝,筋出槽”学说^[6]。手法治疗是非手术疗法的主要手段,其机理及疗效都得到了

普遍的重视及肯定^[7-8]。整脊手法具有舒筋通络,解除痉挛,松解粘连,促进血液循环等作用,有利于炎症吸收。更关键的机制可能是纠正椎体位移后减轻了鞘膜囊(神经根)的形变和张力,增加了神经根的抗压迫能力,同时纠正了椎体位移,恢复脊柱的平衡和曲度^[9]。我们采用点穴松解法、伸展牵拉法、神经根松解法、屈膝屈髋抖腰法、屈曲摇滚旋脊法等有效促使髓核的位置改变,改善侧隐窝狭窄状态,更能解除神经根的压迫,达到“骨对缝”、“筋入槽”目的。施行整脊手法的过程中要做到有力、持久、均匀、深透直达病灶部位及周围。本次观察结果表明,观察组临床治疗次数少于对照组($\chi^2 = 9.422, P < 0.001$)。而两组疗效比较,经秩和检验($Z = -3.855, P < 0.001$),差异有统计学意义,观察组优于对照组。

经临床观察认为,对病史短,椎间盘退变为主要原因导致获得性腰椎侧隐窝狭窄症,通过整脊手法,配合牵引及功能锻炼等方法治疗,可获满意结果。

5 参考文献

[1] 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.

- [2] 王英杰. 临床伤筋推拿疗法[M]. 北京:中国中医药出版社,2006:284-286.
- [3] 肖东民,周江南,李康华,等. 腰椎管侧隐窝狭窄症的 CT 病理与临床分析[J]. 中国医师杂志,2003,5(12):13.
- [4] 黄宗文,黄创新,郭远清,等. 下腰椎形态与椎管退行性狭窄的关系及其临床意义[J]. 中国脊柱脊髓杂志,2004,14(11):663-665.
- [5] 石继祥,谢兴文. 施杞教授辨治腰椎管狭窄症[J]. 中国中医骨伤科杂志,2005,13(8):48.
- [6] 詹红生,石印玉,张明才,等. 基于“骨错缝、筋出槽”病机认识的椎间盘病症诊治新观点[J]. 上海中医药杂志,2007,41(9):4-6.
- [7] 彭宝淦,李端明,庞晓东,等. 椎间盘源性腰痛的分型[J]. 中华骨科杂志,2009,29(9):801-805.
- [8] 徐宝山,谭清实,夏群,等. 腰椎间盘突出症和椎间盘源性疼痛免疫病理学研究[J]. 中华骨科杂志,2011,31(1):66-70.
- [9] 冯伟,冯天有,王飞,等. 脊椎定点旋转复位法治疗游离型腰椎间盘突出症[J]. 中国骨伤,2008,21(7):529-531.

(2011-04-15 收稿 2011-09-22 修回)

(上接第 13 页)更容易患股骨头坏死。通过本组 75 侧股骨头供血动脉解剖学研究显示,非创伤性 ONFH 患者股骨头供血动脉解剖类型的确较正常人存在异常。

本组患者股骨头血供解剖类型以深外干型最多,占 41.10%,且深孤独干型比例也较正常人增多,而深全干型及深内干型则比正常人减少。结合本组患者旋股内侧动脉多起源于股动脉(占 58.11%)来看,旋股内侧动脉起源于股动脉可能是增加发病的一项危险因素。

根据血流动力学及流体力学可知,股动脉压力较股深动脉高,旋股内侧动脉起源于股动脉,其血流量应该较其起源于股深动脉为多。这似乎更有利于增加股骨头局部血供,不易形成股骨头坏死,但是本组患者旋股内侧动脉的解剖类型则多起源于股动脉。也许,患者组旋股内侧动脉的这种起源类型与其患病之间存在其他因素影响。

当然股骨头局部血液循环复杂,股骨头坏死的发生与其局部血液循环的多种因素有关。动脉解剖类型的异常只是一个方面,而且其内在的关系也有待于进一步研究。

4 参考文献

[1] 刘鸿宇,邵大章,郭景瑞,等. 股深动脉及其分支的应用解

剖学观察[J]. 四川解剖学杂志,2001,9(3):137-139.

- [2] 张胜昌,黄秀峰,赵爽,等. 利用股深动脉介入法治疗下肢缺血的解剖学观测[J]. 右江民族医学院学报,2007,5:691-693.
- [3] 丁家明,余永华,张绍宇,等. 股深动脉的解剖学观测及其临床意义[J]. 四川解剖学杂志,2004,12(4):270-271.
- [4] 许本柯,徐达传,王兵,等. 股骨头血供特点及临床意义[J]. 解剖学杂志,2007,30(3):371-373.
- [5] 路奎元,黄公怡,王福权,等. 圆韧带在股骨头缺血坏死过程中的病理变化及意义[J]. 骨与关节损伤杂志,1997,12(1):14-15.
- [6] 刘丕峰. 股深动脉及其分支的定位[J]. 张家口医学院学报,2001,18(3):19-21.
- [7] Johnson E, Soultanis K, Soucacos P. Vascular anatomy and microcirculation of skeletal zones vulnerable to osteonecrosis:vascularization of the femoral head[J]. Orthopedic Clinics of North America. 2004,35:285-291.
- [8] Atsumi T, Kuroki Y. Role of impairment of blood supply of the femoral head in the pathogenesis of idiopathic osteonecrosis[J]. Clinics Orthopedic. 1992,277:22-30.
- [9] Gautier E, Ganz K, Krügel N, et al. Anatomy of the medial femoral circumflex artery and its surgical implications[J]. Bone Joint Surgery 2000,82(5):679-683.

(2011-11-05 收稿 2012-02-05 修回)