

· 临床报道 ·

正骨手法结合中药外敷治疗腰椎间盘突出症

刘彦璐¹, 林耐球², 李绍旦¹, 刘毅¹, 曹科¹, 管恩福¹

(1. 中国人民解放军总医院, 北京 100853; 2. 北京市丰台区铁营医院, 北京 100079)

摘 要 目的: 观察正骨手法结合中药外敷治疗腰椎间盘突出症的临床疗效。方法: 2014 年 1—12 月, 采用正骨手法结合中药外敷治疗腰椎间盘突出症患者 102 例, 男 48 例, 女 54 例。年龄 18~68 岁, 中位数 43 岁。腰椎间盘突出向右侧突出 41 例、向左侧突出 61 例; 突出节段位于 L₃₋₄ 7 例, L₄₋₅ 29 例, L₅S₁ 36 例, L₃₋₄、L₄₋₅ 8 例, L₄₋₅、L₅S₁ 22 例。所有患者临床均表现为腰腿痛, 腰椎旋转活动特别是前屈活动受限明显, 其中腰痛伴腰椎旁叩击痛和深压痛 65 例, 单侧或双侧下肢感觉障碍 80 例, 一侧背伸力减弱 36 例, 一侧跟腱反射减弱或消失 32 例, 鞍区感觉减退 10 例, 括约肌功能障碍 10 例, 股神经牵拉试验阳性 65 例, 直腿抬高试验 70° 以下 63 例, 单侧或双侧膝反射减弱或消失 45 例。病程 2 d 至 30 年, 中位数 21 个月。治疗后观察患者直腿抬高、腰腿痛改善及腰椎功能恢复情况。结果: 治疗 3 个疗程后, 直腿抬高角度由治疗前 44.47° ± 28.25° 升至 83.76° ± 11.13°, 视觉模拟量表评分由治疗前 (6.64 ± 1.80) 分降至 (0.95 ± 1.04) 分, 日本骨科学会腰痛疾患疗效评分由治疗前 (24.59 ± 3.57) 分升至 (33.16 ± 2.23) 分。参照腰痛疾患疗效评定标准评价疗效, 痊愈 54 例、有效 42 例、好转 5 例、无效 1 例。结论: 采用中医正骨手法结合中药外敷治疗腰椎间盘突出症, 可以缓解患者的临床症状, 有利于腰椎功能的恢复, 疗效确切, 值得临床推广应用。

关键词 腰椎; 椎间盘移位; 正骨手法; 热敷

腰椎间盘突出症 (lumbar intervertebral disc herniation, LIDH) 是指由于各种原因 (退变、劳损、损伤等) 导致腰椎间盘突出纤维环部分或全部破裂, 髓核组织从破裂口向后突起或突出, 刺激或压迫腰脊神经根、马尾神经而引起腰腿疼痛、坐骨神经痛及其他相关神经功能障碍症状^[1]。近年来, 随着城市中生活节奏的加快和生活工作习惯的改变, 该病的发病年龄有降低的趋势^[2-3]。2014 年 1—12 月, 我们采用正骨手法结合中药外敷治疗 LIDH 患者 102 例, 疗效满意, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 102 例, 男 48 例, 女 54 例。年龄 18~68 岁, 中位数 43 岁。均来自中国人民解放军总医院门诊患者。均为 LIDH 患者, 其中腰椎间盘突出向右侧突出 41 例, 向左侧突出 61 例; 突出节段位于 L₃₋₄ 7 例, L₄₋₅ 29 例, L₅S₁ 36 例, L₃₋₄、L₄₋₅ 8 例, L₄₋₅、L₅S₁ 22 例。所有患者临床均表现为腰腿痛, 腰椎旋转活动特别是前屈活动受限明显, 其中腰痛伴腰椎旁叩击痛和深压痛 65 例, 单侧或双侧下肢感觉障碍 80 例, 一侧背伸力减弱 36 例, 一侧跟腱反射减弱或消失 32 例, 鞍区感觉减退 10 例, 括约肌功能

障碍 10 例, 股神经牵拉试验阳性 65 例, 直腿抬高试验 70° 以下 63 例, 单侧或双侧膝反射减弱或消失 45 例。病程 2 d 至 30 年, 中位数 21 个月。

1.2 诊断标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[4] 中 LIDH 的诊断标准拟定以下标准。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常发生于青壮年; ③腰痛并向臀部及下肢放射, 腹压增加 (咳嗽、喷嚏) 时疼痛加重; ④脊柱侧弯, 腰生理弧度消失, 病变部位椎旁有压痛, 并向下肢反射, 腰部活动受限; ⑤下肢受累神经支配区有感觉过敏或迟钝, 病程长者可出现肌肉萎缩, 直腿抬高或加强试验阳性, 膝腱、跟腱反射减弱; ⑥X 线检查显示脊柱侧弯, 腰生理前凸消失, 病变部位椎间隙可能变窄, 相邻椎体边缘有骨赘增生; ⑦CT 检查可显示椎间盘突出部位及程度。

1.3 纳入标准 ①符合上述诊断标准者; ②年龄 18~70 岁; ③同意参与本治疗方案, 并签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①合并椎体或椎管内肿瘤、结核、骨髓炎及严重骨质疏松症者; ②合并严重心、脑、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病者; ③接受过腰椎手术治疗者; ④妊娠和哺乳期妇女; ⑤精神病患者; ⑥手法部位有严重皮肤损伤、皮肤病者; ⑦有药物过敏史者; ⑧影像学诊断为腰椎间盘突出者或有马尾神经受压者。

1.5 疗效评价标准 参照腰痛疾患疗效评定标准^[5]拟定以下疗效标准。①痊愈: 脊椎侧弯畸形消失, 腰腿疼痛、麻木等症状消失, $70^{\circ} \leq$ 直腿抬高 $\leq 90^{\circ}$, 恢复正常工作; ②有效: 脊椎侧弯有明显改善, 腰腿疼痛、麻木症状明显减轻, $50^{\circ} <$ 直腿抬高 $< 70^{\circ}$, 能参加一般的工作; ③好转: 脊椎侧弯稍有改善, 腰腿疼痛、麻木及其他症状减轻, 直腿抬高 $30^{\circ} \sim 50^{\circ}$; ④无效: 症状、体征无改善。

2 方法

2.1 正骨手法 采用定位旋转复位法^[6]。患者端坐于特制的腰椎定位旋转复位仪上, 双足放入固定器, 术者坐于患者身后。以左侧为例, 患者左手置于右腹部, 右手置于左肩部, 身体前屈至最大角度。术者右手拇指按于腰椎病变节段偏歪的棘突旁, 左手扶患者右肘部, 并向左稍推患者身体, 患者顺势向左旋转身体, 至最大限度时, 术者右手拇指用力推动偏歪的棘突, 听到“咔嚓”声或拇指下棘突有错动感、患者压痛减轻即为复位成功。由上至下梳理脊柱周围的韧带后, 复位完毕。

2.2 中药外敷 将外洗方药(由透骨草 20 g、伸筋草 20 g、川乌 20 g、草乌 20 g、羌活 20 g、独活 20 g、防风 20 g、细辛 20 g、红花 15 g、木瓜 15 g、威灵仙 20 g、生大黄 20 g、徐长卿 20 g 组成)置于不锈钢盆中, 加水 1500 ~ 2000 mL, 煎沸 5 ~ 10 min 后, 再小火煎煮 10 min。将毛巾放入煎煮好的中药汁中浸湿后, 将毛巾拿出拧干, 然后叠 4 层放于局部痛点处, 再加覆 1 个热水袋于毛巾上, 热敷 30 ~ 40 min, 早、晚各 1 次。

上述治疗隔日 1 次, 3 次为 1 个疗程, 共 3 个疗程。治疗期间嘱患者卧硬板床休息。

3 结果

治疗 3 个疗程后, 直腿抬高角度由治疗前 $44.47^{\circ} \pm 28.25^{\circ}$ 升至 $83.76^{\circ} \pm 11.13^{\circ}$, 视觉模拟量表^[7]评分由治疗前 (6.64 ± 1.80) 分降至 (0.95 ± 1.04) 分, 日本骨科学会腰痛疾患疗效^[8]评分由治疗前 (24.59 ± 3.57) 分升至 (33.16 ± 2.23) 分。按上述疗效标准评价疗效, 本组痊愈 54 例、有效 42 例、好转 5 例、无效 1 例。

4 讨论

LIDH 是引起腰腿疼痛的主要原因之一, 为临床常见病和多发病, 其发病率呈逐年递增趋势^[9]。据文献报道, 超过 90% 的下腰痛是由于关节和肌肉组织的力学问题所致^[10]。Kirkaldy - Willis^[11] 研究认为,

椎体单个或多个生理位置的改变破坏了椎体间的平衡, 这是引起 LIDH 的主要病理改变, 而该病理改变可通过手法来纠正。中医学认为该病属“痹证”“腰痛”等范畴, 是由于经络不畅和气滞血瘀所致。治疗该病的关键是解除及松解神经根的压迫和黏连, 消除局部水肿, 促进血液循环。

绝大多数 LIDH 患者采用非手术疗法治疗后可以使症状得以缓解^[12], 仅有 10% ~ 12% 的患者需要采用手术治疗^[13]。正骨手法因其安全、疗效确切, 越来越受到临床医生的重视, 现已成为中医治疗 LIDH 的一种主要手段^[14]。《医宗金鉴·正骨心法要旨》曰:“夫手法者, 谓以两手安置所伤之筋骨, 使乃复于旧也。”正骨手法通过松动发病部位的上下关节, 纠正椎间关节紊乱的现象, 使关节间对合关系得到恢复, 同时使病变椎间盘及神经根产生移位, 减轻神经根机械压迫, 降低张力, 从而可以调整椎间盘在空间力学上的平衡状态和脊柱顺应性, 恢复脊柱生理功能平衡。正骨手法是在腧穴、筋肉及骨骼的不同层面上进行治疗, 不仅起到复位筋骨、疏通经络的作用, 而且还可以解除或减轻机械压迫、松解黏连。中药外敷疗法具有内病外治、由表透里、舒筋通络的特点, 物理温热与药物双重作用融为一体, 具有祛风除湿、活血化瘀、通络止痛等功效^[15]。中药外敷法通过药力和热力的有机结合, 可促进皮肤和患处对药物的吸收, 促进局部血液循环^[16]。正骨手法和中药外敷的联合使用, 可有效松解神经根黏连, 解除神经根及周围软组织压迫, 缓解局部肌肉痉挛, 有助于局部炎症消退, 从而可以消除疼痛。

本组治疗结果显示, 采用中医正骨手法结合中药外敷治疗 LIDH, 可以缓解患者的临床症状, 有利于腰椎功能的恢复, 疗效确切, 值得临床推广应用。

5 参考文献

- [1] 鲁玉来. 腰椎间盘突出症[J]. 中国矫形外科杂志, 2004, 12(23): 1901 - 1904.
- [2] 伊智雄. 实用中医脊柱病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 415.
- [3] Tsuji T, Matsuyama Y, Sato K, et al. Epidemiology of low back pain in the elderly: correlation with lumbar lordosis[J]. J Orthop Sci, 2001, 6(4): 307 - 311.
- [4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京中医药大学出版社, 1994: 201.
- [5] 刘云鹏, 刘沂. 骨与关节损伤和疾病的诊断分类及功能评定标准[M]. 北京: 清华大学出版社, 2002: 246.

(下转第 30 页)

较了 24 例采用钽棒植入术与 21 例带血管腓骨移植患者,平均随访 39 个月,生存率分别为 86% 和 67%。在生存患者中,前者均为好或优,而后者只有 17% 为好或优。前者无并发症,后者有 4 例发生并发症。Hacking 等^[15]对钽棒支撑进行了多中心的临床研究,98 例股骨头坏死患者植入 113 个多孔钽棒假体。术后 3 个月、6 个月、12 个月、24 个月、36 个月和 48 个月发现,髋关节生存率分别为 97.8%、97.8%、85.3%、79.1%、72.5% 和 72.5%,临床疗效满意。

本研究结果显示,钽棒植入治疗非创伤性股骨头坏死具有微创、操作简单、恢复快、无骨移植及其并发症等优势,为临床治疗早期非创伤性股骨头坏死提供了一种新的选择。近期疗效满意,但由于钽棒应用时间较短,还有待大宗病例分析和长期随访研究。

5 参考文献

- [1] 李子荣. 股骨头坏死诊断与治疗的专家建议[J]. 中华骨科杂志, 2007, 2(27): 146 - 150.
- [2] Veillette CJ, Mehdi H, Schemitsch EH, et al. Survivorship analysis and radiographic outcome following tantalum rod insertion for osteonecrosis of the femoral head[J]. J Bone Joint Surg Am, 2006, 88(Suppl 3): 48 - 55.
- [3] 章建华, 厉驹, 童培建, 等. 髓芯减压加自体多能干细胞、脱钙骨基质植入治疗早期股骨头坏死[J]. 中国骨伤, 2007, 20(1): 15 - 16.
- [4] Floerkemeier T, Thorey F, Daentzer D, et al. Clinical and radiological outcome of the treatment of osteonecrosis of the femoral head using the osteonecrosis intervention implant[J]. Int Orthop, 2011, 35(4): 489 - 95.
- [5] 李顺东, 许超, 童培建, 等. 股骨头缺血性坏死常用分期体系的回顾与评价[J]. 中医正骨, 2014, 26(4): 276 - 279.
- [6] 张琦, 王雨, 王爱民. 钽棒植入治疗早期股骨头坏死短期临床疗效观察[J]. 第三军医大学学报, 2013, 35(10): 1027 - 1029.
- [7] Harris WH. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: treatment by mold arthroplasty. An end-result study using a new method of result evaluation[J]. J Bone Joint Surg Am, 1969, 51(4): 737 - 755.
- [8] Zalavras CG, Lieberman JR. Osteonecrosis of the Femoral Head: Evaluation and Treatment[J]. J Am Acad Orthop Surg, 2014, 22(7): 455 - 464.
- [9] Lieberman JR, Berry DJ, Mont MA, et al. Osteonecrosis of the hip: management in the twenty-first century[J]. J Bone Joint Surg(Am), 2002, 84(11): 834 - 853.
- [10] Rajagopal M, Balch Samora J, Ellis TJ. Efficacy of core decompression as treatment for osteonecrosis of the hip: a systematic review[J]. Hip Int, 2012, 22(5): 489 - 493.
- [11] 张淑艳, 韩孝峰. 带血管蒂游离腓骨移植治疗股骨头坏死 26 例临床体会[J]. 中国社区医师, 2011, 13(14): 47.
- [12] Vail TP, Urbaniak JR. Donor-site morbidity with use of vascularized autogenous fibular grafts[J]. J Bone Joint Surg, 1996, 78(2): 204 - 211.
- [13] Varitimidis SE, Dimitroulias AP, Karachalios TS, et al. Outcome after tantalum rod implantation for treatment of femoral head osteonecrosis: 26 hips followed for an average of 3 years[J]. Acta Orthop, 2009, 80(1): 20 - 25.
- [14] Shuler MS, Rooks MD, Roberson JR. Porous tantalum implant in early osteonecrosis of the hip[J]. J Arthroplasty, 2007, 22(1): 26 - 31.
- [15] Hacking SA, Bobyn JD, Toh K, et al. Fibrous tissue ingrowth and attachment to porous tantalum[J]. J Biomed Mater Res, 2000, 52(4): 631 - 638.

(2014-10-27 收稿 2015-01-26 修回)

(上接第 27 页)

- [6] 管恩福, 刘彦璐, 李绍旦, 等. 定位旋转复位联合梨状肌拨离治疗腰椎间盘突出症合并梨状肌综合征[J]. 中医正骨, 2013, 25(12): 49.
- [7] 谭冠先. 疼痛诊疗学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 10.
- [8] Toyone T, Takahashi K, Kitahara H, et al. Visualisation of symptomatic nerve roots. Prospective study of contrast-enhanced MRI in patients with lumbar disc herniation[J]. J Bone Joint Surg Br, 1993, 75(4): 529 - 533.
- [9] 赵冬梅, 阮海军. 三维正脊复位治疗腰椎间盘突出症的预见性护理[J]. 中医正骨, 2014, 26(7): 72 - 73.
- [10] 张英杰, 唐树杰. 独活寄生汤加减联合手法治疗腰椎间盘突出症的临床观察[J]. 中医正骨, 2013, 25(12): 35 - 37.
- [11] Kirkaldy - Willis WH, Bernard TN. Managing Low back Pain[M]. New York: Elsevier Science Health Science div, 1999: 206 - 207.
- [12] 赵长庚, 白巍, 郝国严, 等. 967 例腰椎间盘突出症术后远期疗效分析[J]. 颈腰痛杂志, 1999, 20(2): 97 - 98.
- [13] 刘延青. 腰椎间盘突出症诊断和治疗现状[J]. 中国疼痛医学杂志, 2006, 12(12): 103 - 105.
- [14] 蔡汕. 骨伤手法治疗腰椎间盘突出症 96 例[J]. 现代中西医结合杂志, 2010, 19(22): 2798 - 2799.
- [15] 曹林忠, 秦大平, 张晓刚, 等. 脊柱调衡手法配合中药熏蒸治疗腰椎间盘突出症 90 例临床观察[J]. 中医正骨, 2013, 25(8): 20 - 21.
- [16] 高树中, 冯学功. 中医熏洗疗法大全[M]. 济南: 济南出版社, 1988: 11.

(2015-01-16 收稿 2015-02-01 修回)