

· 临床报道 ·

# 中医正骨手法治疗腰椎间盘突出症

黄大智<sup>1</sup>, 蔡萍<sup>1</sup>, 戎宽<sup>1</sup>, 李瑞良<sup>1</sup>, 缪旭东<sup>1</sup>, 王中陆<sup>1</sup>, 杨惠<sup>2</sup>, 匡建军<sup>1</sup>

(1. 湖南省中医药研究院附属医院, 湖南 长沙 410006;

2. 湖南中医药大学第一附属医院, 湖南 长沙 410007)

**摘要** 目的: 观察中医正骨手法治疗腰椎间盘突出症的临床疗效。方法: 2016 年 9 月至 2017 年 8 月, 采用中医正骨手法治疗腰椎间盘突出症患者 30 例, 男 18 例、女 12 例。年龄 25 ~ 55 岁, 中位数 40 岁。病变部位位于 L<sub>3-4</sub> 2 例、L<sub>4-5</sub> 9 例、L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 7 例、L<sub>3-4</sub> 和 L<sub>4-5</sub> 4 例、L<sub>4-5</sub> 和 L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 8 例。病程 1 ~ 24 个月, 中位数 12 个月。每天治疗 1 次, 10 d 为 1 个疗程, 共治疗 1 个疗程。随访观察患者腰部疼痛改善、腰椎功能恢复情况, 并于末次随访时参照《中医病证诊断疗效标准》中腰椎间盘突出症的疗效标准评定综合疗效。结果: 所有患者均获 3 个月的随访。30 例患者腰部疼痛视觉模拟量表评分, 治疗前为 (7.11 ± 0.96) 分、治疗结束后 2 周为 (2.54 ± 0.50) 分、治疗结束后 3 个月为 (2.48 ± 0.53) 分。腰椎 Oswestry 功能障碍指数, 治疗前为 (69.44 ± 12.77) %、治疗结束后 2 周为 (31.15 ± 19.85) %、治疗结束后 3 个月为 (30.13 ± 18.94) %。末次随访时, 痊愈 15 例、显效 12 例、有效 2 例、无效 1 例。结论: 中医正骨手法治疗腰椎间盘突出症, 能够缓解腰部疼痛, 促进腰椎功能的恢复, 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

腰椎间盘突出症(lumbar disc herniation, LDH)是由于腰椎间盘发生退行性变, 或外力作用引起纤维环破裂、髓核突出, 进而压迫和刺激脊髓或神经根所引起的一系列症状和体征<sup>[1]</sup>。该病是临床多发病、常见病, 病程迁延, 容易反复, 严重影响患者的生活质量<sup>[2]</sup>。随着人们社会生活习惯、工作方式的改变, 该病的发病率越来越高, 且越来越年轻化<sup>[3]</sup>。虽然目前临床上治疗 LDH 的方法较多, 但疗效不一。为了寻求一种更好地治疗 LDH 的方法, 2016 年 9 月至 2017 年 8 月, 我们采用中医正骨手法治疗 LDH 患者 30 例, 现报告如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 本组 30 例均为湖南省中医药研究院附属医院的门诊患者, 男 18 例、女 12 例。年龄 25 ~ 55 岁, 中位数 40 岁。病变部位: L<sub>3-4</sub> 2 例, L<sub>4-5</sub> 9 例, L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 7 例, L<sub>3-4</sub> 和 L<sub>4-5</sub> 4 例, L<sub>4-5</sub> 和 L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 8 例。均符合《实用骨科学》中的 LDH 的诊断标准<sup>[4]</sup>, 同时排除患有骨质疏松症、脊柱肿瘤、脊柱结核、腰椎骨折或腰椎管狭窄者。病程 1 ~ 24 个月, 中位数 12 个月。

**1.2 疗效评价标准** 参照《中医病证诊断疗效标准》中 LDH 的疗效标准<sup>[5]</sup>拟定疗效评价标准。①痊愈: 腰腿部疼痛症状及体征完全消失, 腰背部功能恢复正

常; ②显效: 腰腿部疼痛症状及体征基本消失, 腰背部功能基本正常, 偶有腰背部疼痛但不影响日常生活; ③有效: 腰腿部疼痛症状及体征部分消失, 活动轻度障碍, 部分恢复日常工作生活; ④无效: 腰腿部疼痛症状及体征无任何改善, 腰背部功能无明显恢复, 需要进行手术治疗。

## 2 方法

**2.1 掌根卧推法** 患者俯卧位, 暴露腰背部及腰骶部, 自然放松; 术者立于患者一侧, 上肢伸直, 以掌根推按自肋缘以下至臀横纹以上的竖脊肌, 每一处连续推按 3 次(每次约 2 s)再移动掌根至下一处, 中间不留空隙, 从上至下重复 5 次; 然后术者立于患者另一侧重复上述操作。此手法约 5 min。

**2.2 肘正平摇法** 患者保持俯卧位。术者立于患者一侧, 身体前倾, 上臂与患者身体垂直, 肘部置于患者竖脊肌和环跳穴上, 以术者上半身自然重力为作用力下压, 上臂保持不动, 前臂做顺时针圆锥运动, 每处按压约 30 s, 从上至下重复 5 次。然后术者立于患者另一侧重复上述操作。此手法约 5 min。

**2.3 深肘推按法** 患者继续保持俯卧位。术者立于患者一侧, 身体前倾, 上臂与患者身体垂直, 前臂与上臂呈 45° 角, 肘部置于患者 L<sub>4</sub>、L<sub>5</sub> 棘突旁开 2.5 cm 处, 向下徐徐用力按压(依患者能耐受为度), 时间 15 s。再在保持按压力度不变的情况下由远心端向近心端且与后正中中线平行的方向上用力推动, 推按距

离约 1.5 cm, 时间约 5 s。然后术者立于患者另一侧重复上述操作。此手法约 3 min。

**2.4 坐位旋转提拉法** 以病变椎体右侧小关节向下方错位为例。患者端坐于无靠背的凳上, 暴露腰部, 双腿分开, 屈膝约成直角。一助手立于患者前方, 双手扶住患者下肢, 以固定骨盆, 保持下半身稳定。术者坐于患者身后, 右手拇指轻轻扶按于病变椎体棘突右侧, 左手从患者腋下穿过, 经患者胸前搭于患者右侧肩部, 并以此手控制患者上半身弯曲角度; 当患者上半身弯曲角度不同时, 则术者右手拇指可以感受到活动的椎体不同; 当术者右手拇指感受到病变椎体活动时, 带动患者上半身向左后上方提拉、旋转(以提拉为主), 施以一闪动力, 同时右手拇指轻轻向外上方推顶病变椎体棘突, 通过双手协同瞬间用力, 使小关节松动。此手法分别于疗程内的第 4、第 7、第 10 次进行, 约 2 min。

上述手法依次进行, 每天治疗 1 次, 10 d 为 1 个疗程, 共治疗 1 个疗程。

### 3 结果

所有患者均获 3 个月的随访。30 例患者腰部疼痛视觉模拟量表(visual analogy scale, VAS)<sup>[6]</sup>评分, 治疗前为(7.11 ± 0.96)分、治疗结束后 2 周为(2.54 ± 0.50)分、治疗结束后 3 个月为(2.48 ± 0.53)分。腰椎 Oswestry 功能障碍指数(oswestry disability index, ODI)<sup>[7]</sup>, 治疗前为(69.44 ± 12.77)%、治疗结束后 2 周为(31.15 ± 19.85)%、治疗结束后 3 个月为(30.13 ± 18.94)%。末次随访时, 按照上述疗效标准评价综合疗效, 本组痊愈 15 例、显效 12 例、有效 2 例、无效 1 例。

### 4 讨论

LDH 是临床常见病, 不仅会引起腰腿痛, 还会引起下肢活动受限。其发病机制为腰椎小关节、韧带、肌肉等动静平衡系统失衡而引起生物力学改变, 使腰椎不能正常代偿重力及外界应力, 从而导致髓核压力增大、纤维环变形, 压迫或刺激神经而致神经分布区域的感觉及动力异常<sup>[8]</sup>。《灵枢·经脉》曰:“骨为干, 脉为营, 筋为刚, 肉为墙”。中医认为腰腿痛是筋骨不合、气血不足所致<sup>[9-11]</sup>。中医正骨手法主要作用于筋、骨 2 个方面: 一方面是作用于容易损伤的相关肌肉、肌肉起止点、棘突旁及腰部疼痛部位, 使肌群放松、筋膜松解, 从而恢复肌群的正常性能, 并且能加强

局部血液循环, 促进疼痛的缓解; 另一方面是通过调整腰椎小关节的位置, 对腰椎序列进行整合, 从而使病变腰椎恢复正常生理位置。

坐位旋转复位手法是治疗 LDH 的常用手法, 其主要是通过脊柱弯曲和旋转角度控制基本的作用力点, 不同部位采用不同屈曲、旋转角度, 使折顶力集中在角度顶点, 产生区域节段复位作用; 通过一只手固定于腰椎棘突感受活动节段, 清晰触知指下骨节滑动感和弹响, 以旋转的力带动椎体达到复位的目的<sup>[12-13]</sup>。该方法通过旋转力使关节突关节张开, 产生明显的空间位置变化, 使关节囊受到牵伸、小关节得以松动、神经根管的容积得以调整, 从而使神经根与突出物的关系得到改善, 减轻神经根的压力; 还可以恢复椎体的内外平衡, 松解神经根管内内容物和滑膜嵌顿、小关节粘连, 并改善局部血液循环, 促进炎性渗出物、致痛物质的吸收, 从而达到消除疼痛的目的<sup>[14-15]</sup>。坐位旋转提拉法在旋转的基础上加以提拉力, 使旋转时作用于髓核及纤维环的应力大大减轻, 避免了可能因为旋转手法导致的髓核及纤维环压力变大<sup>[16]</sup>, 且应力分布于椎体峡部、椎弓根侧隐窝及上位椎体小关节面的下端, 避免了小关节受应力产生的磨损, 极大地增强了安全性。

本组患者治疗结果显示, 中医正骨手法治疗 LDH, 能够缓解腰部疼痛, 促进腰椎功能的恢复, 疗效确切, 值得临床推广应用。

### 5 参考文献

- [1] HAUGEN AJ, GRØVLE L, BROX JI, et al. Estimates of success in patients with sciatica due to lumbar disc herniation depend upon outcome measure[J]. Eur spine J, 2011, 20(10):1669-1675.
- [2] 纪品川, 陈亚军, 赵艳娟, 等. 腰椎间盘突出症的中医治疗进展[J]. 医疗装备, 2016, 29(22):193-194.
- [3] SVENSSON GL, LUNDBERG M, OSTGAARD HC, et al. High degree of kinesiophobia after lumbar disc herniation surgery: a cross-sectional study of 84 patients[J]. Acta Orthopaedica, 2011, 82(6):732-736.
- [4] 胥少汀, 葛宝丰, 徐印坎. 实用骨科学(下册)[M]. 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 2015:2042.
- [5] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京中医药大学出版社, 1994:202.
- [6] 蒋协远, 王大伟. 骨科临床疗效评价标准[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005:123-124.

(下转第 46 页)

复位滑脱的椎体,恢复椎间隙高度,促进腰椎功能恢复,且并发症少,值得临床推广应用。

## 5 参考文献

- [1] 王健,赵凤东,徐卫星,等. 三种椎间融合术治疗峡部裂致椎体轻度滑移的比较研究[J]. 中华骨科杂志,2016,36(9):562-569.
- [2] 唐国华,罗德民,雷高,等. 单侧关节突入路 cage 椎间融合椎弓根钉内固定与对侧峡部裂植骨融合治疗峡部裂合并腰椎滑脱[J]. 中国骨与关节损伤杂志,2018,33(1):64-66.
- [3] 张建锋,周志杰,赵凤东,等. 腰椎融合器后移的重要因素——间隙上终板后部损伤[J]. 中华骨科杂志,2016,36(14):914-920.
- [4] 邓乾兴,欧云生,朱勇,等. 经椎间孔单节段腰椎椎间融合术后融合器下沉的危险因素分析[J]. 中华骨科杂志,2018,38(1):156-163.
- [5] 刘东光,金永明. 腰椎融合术后融合器后移相关因素概述[J]. 浙江创伤外科,2017,22(6):1235-1237.
- [6] 聂富祥,贺海烽,朱文辉,等. 一次性可扩张通道下微创经椎间孔入路腰椎间融合术治疗单节段腰椎退行性疾病[J]. 中医正骨,2017,29(5):34-36.
- [7] SUK SI, LEE CK, KIM WJ, et al. Adding posterior lumbar interbody fusion to pedicle screw fixation and posterolateral fusion after decompression in spondylolytic spondylolisthesis[J]. Spine, 1997, 22(2): 210-219.
- [8] DE KUNDER SL, VAN KUIJK S, RIJKERS K, et al. Transforaminal lumbar interbody fusion (TLIF) versus posterior lumbar inter-body fusion (PLIF) in lumbar spondylolisthesis: a systematic review and meta-analysis[J]. Spine J, 2017, 17(11): 1712-1721.
- [9] 虞杰,龙亨国,周成洪,等. 改良融合器旋转稳定术治疗峡部裂型腰椎滑脱症临床观察[J]. 浙江中西医结合杂志,2018,28(1):44-46.
- [10] SAKAURA H, MIWA T, YAMASHITA T, et al. Posterior lumbar interbody fusion with cortical bone trajectory screw fixation versus posterior lumbar interbody fusion using traditional pedicle screw fixation for degenerative lumbar spondylolisthesis: a comparative study[J]. J Neurosurg Spine, 2016, 25(5): 591-595.
- [11] 蒋协远,王大伟. 骨科临床疗效评价标准[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:118-119.
- [12] 王建平,蔡林,胡东才. 腰椎融合术后融合器移位的原因及处理对策[J]. 临床外科杂志,2014(5):317-319.
- [13] 姜文涛,梅伟,王庆德,等. 腰椎融合术后邻近节段退变的影响因素分析[J]. 中医正骨,2017,29(3):3-5.
- [14] 王晓峰,欧云生,蒋电明,等. 肾型 n-HA/PA66 腰椎间融合器在经椎间孔腰椎椎体间融合术中的有限元分析[J]. 中国临床解剖学杂志,2014,32(1):67-71.
- [15] 吴李勇,王越,凌广烽,等. 通道下经椎间孔腰椎椎体间融合术后融合器移位原因分析[J]. 颈腰痛杂志,2015,36(6):482-485.
- [16] 徐道亮,陈教想,金海明,等. 经椎间孔腰椎椎间融合术后对侧神经根性症状的原因分析[J]. 中华骨科杂志,2017,37(3):145-152.
- [17] 罗辉耀,苗立冬,吴昊. 双侧开窗减压钉棒固定椎间融合治疗峡部裂腰椎滑脱症[J]. 颈腰痛杂志,2017,38(1):81-83.

(收稿日期:2018-05-28 本文编辑:时红磊)

(上接第 42 页)

- [7] FAIRBANK JC, PYNSENT PB. The Oswestry disability index[J]. Spine, 2000, 25(22): 2940-2952.
- [8] 叶小伟,刘少强,刘伯龄. 青少年腰椎间盘突出症的病因学及治疗进展[J]. 中华外科杂志,2018,56(7):551-555.
- [9] 李满意,张子扬,姜玉铃. 腰痹的源流及相关历史文献复习(上)[J]. 风湿病与关节炎,2016,5(5):39-46.
- [10] 孙贵香,郭艳幸,何清湖,等. 平乐正骨天人合一平衡论——平乐正骨理论体系之平衡理论研究(六)[J]. 中医正骨,2013,25(2):69-73.
- [11] 林志刚,蒋诗超,程艳彬,等. 探讨《黄帝内经》“筋骨”理论对中医推拿的指导意义[J]. 中华中医药杂志,2016,31(7):2491-2493.
- [12] 吴山,张美超,李义凯,等. 两种坐位旋转手法腰椎应力及位移的有限元分析[J]. 广东医学,2010,31(8):992-994.
- [13] 姚女兆,蒋杰,彭理良,等. 推拿对腰椎运动单元生物力学影响的实验研究[J]. 中国临床解剖学杂志,2014,32(6):721-724.
- [14] 张勇. 腰椎旋转手法的生物力学及相关临床解剖学研究[D]. 广州:南方医科大学,2002.
- [15] 魏晓宁,王艳,裴飞. 腰椎间盘结构、盘内压力及不同载荷的影响:生物力学研究进展[J]. 中国组织工程研究,2015,19(20):3242-3247.
- [16] KUAI SZ, GUAN XY, ZHOU WY, et al. Continuous lumbar spine rhythms during level walking, stair climbing and trunk flexion in People with and without lumbar disc herniation[J]. Gait Posture, 2018, 63: 296-301.

(收稿日期:2018-08-08 本文编辑:时红磊)