手法整复治疗腰椎间盘突出症120例

★ 黄兴土 （浙江省常山县人民医院推拿科 常山 324200）

关键词：手法整复；腰椎间盘突出症
中图分类号：R 681.5+3　　**文献标识码**：B

笔者采用手法整复治疗腰椎间盘突出症120例，取得满意疗效，现报告如下。

1 一般资料

本组120例中，男87例，女33例，年龄18～55岁，病程1个月～2年，所有病例均为住院患者。临床表现：腰痛伴一侧下肢麻木疼痛者95例，伴双下肢交替出现麻木疼痛者18例，仅有下肢麻木疼痛者7例。查体腰部生理曲度变浅者74例、消失者46例，脊椎有不同程度侧弯者30例，病变腰椎棘突旁压痛和下肢放射痛者92例，直腿抬高试验阳性者73例，臀中肌压痛者87例，小腿外侧及足背部皮肤感觉改变者60例，患侧拇趾背伸肌力减弱者21例。影像检查：本组病例均行腰椎X线摄片及CT扫描检查。X线示95例椎间隙不同程度变窄，CT扫描示$L_{3\sim4}$节段突出12例，$L_{4\sim5}$节段突出47例，$L_5\sim S_1$节段突出32例，$L_{4\sim5}$、$L_5\sim S_1$两节段均突出23例，$L_{3\sim4}$、$L_{4\sim5}$、$L_5\sim S_1$三节段均突出6例。

2 治疗方法

手法整复：（1）骨盆牵引，15分钟；（2）压腿法，在直腿抬举至90°时，加足底下压；（3）脊柱旋转法，患者仰卧，一助手固定肩部，术者将患者屈膝屈髋后掀压旋转腰部；（4）腿后伸压腰法，患者俯卧，术者肘部按压患者腰部椎旁痛点，一助手将双腿后提至45°；（5）后伸提蹲腿压腰法，患者俯卧，术者肘部按压患者腰部椎旁痛点，一助手握患肢踝部，将其向上提腿；（6）点按臀中肌30秒。手法整复在硬膜外麻醉下进行，并随症加减。整复后要求患者绝对卧床1周。

3 治疗结果

参照《中医病症诊断疗效标准》[1]评定。本组120例治疗时间最短15天，最长1个月。痊愈（症状、体征消失，直腿抬高试验70°以上，恢复原工作）61例，显效（症状、体征明显减轻，残留轻度腰部不适或小腿麻木，功能活动基本正常，能做原工作）33例，有效（症状、体征有不同程度减轻，尚需进一步辅助治疗，不能坚持原工作）17例，无效（症状、体征无改善或反而加重，不能胜任原工作）9例。

4 讨论

腰椎间盘突出症手术治疗有严格的适应征及感染、血管损伤、神经损伤、脏器损伤、脊柱不稳等并发症发生的可能，术后不宜从事重体力活动。许多患者尤其是农村患者，术后很难避免体力劳动，因此很少愿意接受手术治疗。本方法的治疗原理是改变突出物的位置、松解粘连、解除或减轻对神经根的压迫。由于本方法具有简便、有效、并发症少等优点，易被患者所接受。

在运用本方法之前，必须排除具有高血压，心、肾、血管病，或X线显示骨质疏松，或有明显退行性病变者；患长期慢性疾患，身体衰弱者；脊髓或马尾神经瘤者；脊柱结核或原发性肿瘤与继发性肿瘤者；化脓性骨髓炎、紫癜、血小板减少症或有出血倾向者；经手术治疗后的本病患者等禁忌症。同时，不能过分依赖影像学诊断。虽然CT、MRI等新的诊断技术，使腰椎间盘突出症的正确诊断大大提高，但医生应先作临床诊断，且椎间盘突出和突出症尚需医生决定，因而熟悉椎间盘突出症的鉴别诊断是非常必要的[2]。因此，在运用本方法之前还必须做好腰椎间盘突出症与腰椎或骶髂关节结核、强直性脊柱炎、骶髂关节劳损、脊髓马尾肿瘤、梨状肌综合征、内脏反射性腰腿痛等疾病的鉴别诊断。

腰部的稳定主要靠肌肉来完成，故腰肌力量的锻炼尤为重要，对防止复发起着重要作用，手法整复后1周即可开始锻炼。其次，要注意自我调护，手法整复后1周内绝对卧床休息，3个月内不可过度前屈弯腰，不坐矮凳，卧硬床，避风寒，饮食以清淡为主，忌烟酒。

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，1994：202.
[2]胡有谷. 腰椎间盘突出症[M]. 第二版. 北京：人民卫生出版社，1996：229.

（收稿日期：2008-09-17　责任编辑：曹征）

江西中医药
http://www.ajutcm.com