

# 腰椎定点微调整脊法配合以宗四维牵引治疗腰椎管狭窄症临床观察

郑晓斌, 林伟容, 林远方

深圳市中医院, 广东 深圳 518033

**[摘要]** 目的: 观察经腰椎定点微调整脊法配合以宗四维牵引治疗后腰椎管狭窄症患者腰曲弓形面积的变化及临床疗效。方法: 将 60 例腰椎管狭窄症患者随机分为 2 组各 30 例, 治疗组予腰椎定点微调整脊法配合以宗四维牵引治疗, 对照组给予口服布洛芬片加腰椎电动牵引治疗。治疗 2 周, 并于治疗前和治疗后做腰椎侧位 X 片计算弓形面积、用日本骨伤协会 (JOA) 下腰痛评分表测评计算临床疗效。结果: 2 组治疗后的弓形面积改善均优于治疗前 ( $P < 0.001$ ), 治疗后治疗组的弓形面积改善优于对照组 ( $P < 0.001$ )。经治疗, 治疗组和对照组的总改善率 (治愈+显效+有效) 分别是 93.33% 和 76.67% ( $P < 0.05$ )。显效率 (治愈+显效) 治疗组为 53.34%、对照组 26.67% ( $P < 0.05$ )。结论: 2 种治疗方法均能不同程度改善腰椎管狭窄症患者临床症状体征, 其中腰椎定点微调整脊法配合以宗四维牵引治疗较口服布洛芬片加腰椎电动牵引治疗者, 在腰曲改善和临床疗效上都有较显著优势。

**[关键词]** 腰椎管狭窄症; 腰椎定点微调整脊法; 以宗四维牵引; 中医疗法

**[中图分类号]** R681.5+7 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 12-0095-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.12.041

腰椎管狭窄症是临床常见病, 主要是指各种原因引起的椎管各径线缩短, 压迫到硬膜囊、脊髓或神经根, 从而导致相应神经功能障碍的一类疾病<sup>[1]</sup>。临床症状常见长期腰腿痛、麻木、间歇性跛行、行走困难等, 严重时可出现大小便异常、截瘫。该病起病隐匿, 病程缓慢, 高发人群为中老年人, 并且发病机率增加, 发病时间提早<sup>[2]</sup>。目前对该病的治疗, 国内外均以手术治疗为主, 其近期疗效较好, 但复发率高、并发症多, 同时费用高。而非手术治疗在临床上越来越受重视。笔者在多年临床工作中总结腰椎定点微调整脊法配合以宗四维牵引治疗腰椎管狭窄症, 现报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 纳入深圳市中医院推拿科 2015 年 3 月 1 日—12 月 31 日腰椎管狭窄症患者 60 例, 采用随机数字表法将其随机分为 2 组各 30 例。治疗组男 12 例, 女 18 例; 年龄 18~65 岁, 平均(47.43±12.61)岁; 病程 3~128 月, 平均(23.17±25.25)月。对照组男 16 例, 女 14 例; 年龄 20~65 岁, 平均(47.93±11.62)岁; 病程 3~120 月, 平均(21.33±21.08)月。2 组性别构成、年龄、病程经统计学处理, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 诊断标准** 参照《实用骨科学》<sup>[3]</sup>中关于腰椎管狭窄症诊断标准。椎管型: ①长期慢性下腰痛伴下肢疼痛、无力, 久坐、久站、久行腰及下肢酸胀无力、间歇性跛行或跛行需扶

拐, 甚至不能站立行走, 需坐轮椅; ②小腿局部感觉迟钝或麻木, 腱反射减弱, 肌力 4 级以下; 或下肢及肛门区皮肤感觉迟钝; 或有性功能、膀胱、直肠功能障碍, 如阳痿(中青年)、小便频或失禁、大便无力等; 或有下肢肌肉萎缩; ③X 线片示正位旋转超过 2°, 侧弯超过 5°, 侧位片椎曲变小、消失, 甚至反弓, 分级为 级、 级或 级(分级标准见下文“观察指标及评估工具”); ④体感诱发电位(SEP)股、胫、腓三神经明显延长(正常值 42~50 ms); ⑤CT 显示硬脊膜囊横径和前后径 ≤ 12 mm(正常横径 13~21 mm, 前后径 12~16 mm); ⑥MRI 显示 3 个以上椎间盘压迫硬膜囊、黄韧带增厚。总体硬脊膜囊矢状径缩小 3 mm 以上。根管型: ①腰腿痛史, 反复发作, 单下肢放射疼痛, 伴麻痹、跛行; ②股四头肌、小腿三头肌张力下降, 肌萎缩 3 cm 以内, 直腿抬高试验 60°以内阳性, 加强试验阳性, 腱反射减弱, 跖趾背伸, 足背伸、抬腿肌力下降; ③X 线片显示: 正位旋转超过 2°, 侧弯超过 5°, 侧位片椎曲变小或消失, 分级为 级、 级(分级标准见下文“观察指标及评估工具”); ④CT 显示侧隐窝 ≤ 4 mm(正常 5~7 mm), 示神经根受压; ⑤SEP 胫、腓神经延长明显。

符合诊断标准中①②③④+⑤或①②③④+⑥者, 即可诊断为腰椎管狭窄症。

**1.3 纳入标准** 符合腰椎管狭窄症诊断标准; 年龄 18~65 岁; 此前 2 周末使用糖皮质激素、消炎镇痛等药物或其他治

**[收稿日期]** 2016-07-07

**[作者简介]** 郑晓斌 (1978-), 男, 副主任医师, 主要从事针灸推拿治疗工作。

疗；理解并签署了知情同意书的自愿受试者。

1.4 排除标准 年龄18岁以下或65岁以上；先天性、骨性腰椎管狭窄，腰椎椎弓峡部裂腰椎滑脱症所致的椎管狭窄或骨质疏松症所致的狭窄者；先天性脊柱畸形、脊柱结核或其他感染性疾病、肿瘤；患有严重内科疾病或精神疾病、传染病者；妊娠期及哺乳期妇女；腰背部及皮肤有明显皮损者。

1.5 中止标准 依从性差，没有按规定接受治疗者；自行退出者。

## 2 治疗方法

2.1 治疗组 予腰椎定点微调整脊法配合以宗四维牵引治疗。

步骤如下：①患者先取俯卧位，术者立于其侧。参照全国高等中医药院校规划教材《推拿学》，以揉法、揉法、弹拨法等传统理筋手法作用于腰臀部，时间约10 min；②施行腰椎定点微调整脊法：患者俯卧，术者站于其旁，两臂交叉，先以一侧掌根豌豆骨按压于错位腰椎棘突偏歪同侧的下一椎体横突处(约为偏歪棘突稍下方旁开2 cm)作为“定点”，另一掌根呈“十字”交叉按压于错位腰椎棘突偏歪对侧的横突处(约为偏歪棘突稍上方旁开2 cm)作为“动点”，先以较沉缓的力量将患者腰椎下压至弹性位，再嘱患者深呼吸，术者乘其呼气末期肌肉放松时在维持“定点”掌根按压力量的同时加大“动点”掌根按压力量，使组成活动节段的两椎骨间相互扭转而整复；③手法治疗后辨证配合应用以宗四维牵引整脊仪[国家专利号：ZL03261021.1，注册号：冀石食药监械(准)字2009第1260003号，型号：SJC-IA]牵引调曲，包括：仰卧纵轴骨盆牵引(第一维牵引)、俯卧骨盆牵引同时外展患肢牵引(第二维牵引)、仰卧屈曲悬吊下肢牵引(第三维牵引)和俯卧过伸悬吊下肢牵引(第四维牵引)。依据侧位片腰曲变化辨证施治，如腰曲全直先用第一维牵引，2周后改第四维牵引；腰曲上弓下直或腰曲全弓，先用第一维牵引，并腰部加垫枕，1周后改第四维牵引；腰曲上直下曲先用第二维牵引，1周后改第三维牵引；腰曲上弓下曲先用第二维牵引，1周后改第四维牵引；腰曲全曲先用第一维牵引，1周后改第三维牵引。牵引重量约为患者体重的30%~50%，以患者感觉舒适且能减轻症状为准，每次30 min。每天治疗1次，7次为1疗程。治疗2周。

2.2 对照组 予口服布洛芬片加腰椎电动牵引治疗。①口服布洛芬片：右旋布洛芬片(规格：0.2 g，国药准字H20020155)，用法用量：成人：每天服用2~3次，每次1~2片。②腰椎电动牵引：患者仰卧于DYJ-3微电脑多功能腰椎牵引机上，骨盆带固定腹部和骨盆髂嵴上方，胸部部反向牵引带固定于季肋部，牵引重量约为患者自重的30%~80%，以患者感觉舒适且能减轻症状为准，每次30 min，每天1次，7次为1疗程。治疗2周。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 弓形面积：根据腰椎侧位X线片形态计算而得。①X线片：治疗前后分别行DR腰椎侧位片，患者取站立

位，两目平视，两手抱头，收腹挺胸，投照距离1 m，中心对L<sub>3</sub>。②测量方法：使用Seze法<sup>[4]</sup>，即在DR侧位片上自T<sub>12</sub>椎体后下角至S<sub>1</sub>后上角做一连线，腰椎各椎体后缘的弧形连线与此线形成一弓，弓顶点正常在L<sub>3</sub>，弓顶点与弦垂线距离正常为1.8~2.2 cm。腰曲T<sub>12</sub>后下缘A点到S<sub>1</sub>后上缘B点连线。正常此线中点在L<sub>3</sub>中间C点。部分照片腰曲变小也按此测量法。C点与AB线中点D，作垂直延长线，此线与AC或BC线(图中虚线)中点E的垂直延长线相交点为G，即为扇形圆心。AG、BG交角即为圆心角α，DG线为三角形的高h，AG、BG为圆的半径r。详见图1。③计算方法：测量AG、BG、AB、DG的长度，再测量∠AGB角度α。应用数学几何学弓形面积算法，按照以下公式运算，即可测出弓形面积。计算公式：

$$S_{\text{弓形}} = \frac{\pi r^2 \alpha}{360^\circ} - \frac{1}{2} Lh$$

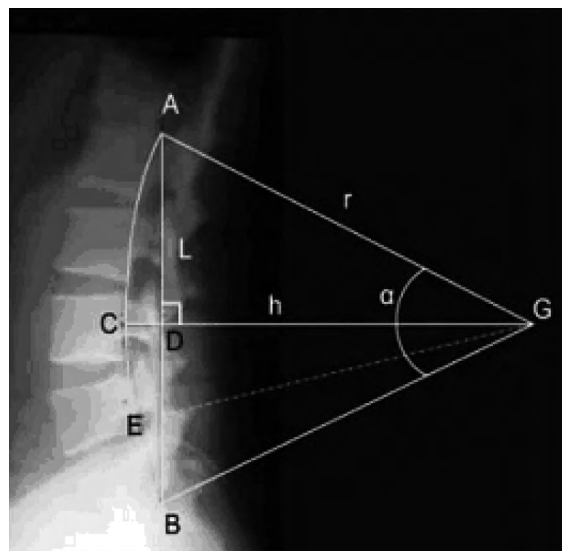


图1 腰曲测量方法

④腰曲分级(30分)，见表1。

3.2 评分标准与疗效标准 根据日本骨伤协会(JOA)下腰痛评分表得分计算而得，即改善率。JOA包括主观症状、体征、日常生活动作和膀胱功能4方面，具体项目包括：①主观症状，包括腰痛、下肢痛及麻木和步行能力等3项，共9分，程度从重到轻依次以0、1、2、3分表示；②体征，包括直腿抬高试验、感觉障碍和运动障碍等3项，共6分，程度从重到轻依次以0、1、2分表示；③日常生活动作，包括卧位翻身、站立、洗漱、身体前倾、坐(1 h)、举持重物和行走等7项，共14分，程度从重到轻依次以0、1、2分表示；④膀胱功能，共6分，程度从重到轻依次以0、3、6分表示。该量表总评分最高为29分，最低为0分，分数越低表明功能障碍越明显。改善率=[(治疗后评分-治疗前评分)/(29-治疗前评分)]×100%，改善率为100%为治愈，大于60%为显效，

25%~60%为有效,小于25%为无效。

3.3 统计学方法 数据运用SPSS13.0软件进行分析,根据数据资料的特征选用统计方法。计量资料服从正态分布者采用

t检验,不服从正态分布者用非参数检验;计数资料或等级资料采用 $\chi^2$ 检验。

表1 腰曲分级

分值	分级	弓形面积	腰曲形态	腰骶轴交角
0分	级	负数或>39 cm <sup>2</sup>	反弓或上弓下直或加大	<110°或>150°
5分	级	0	变直	110°≤ 腰骶轴交角<120°或145°<腰骶轴交角≤ 150°
15分	级	0<弓形面积≤ 16 cm <sup>2</sup>	显著减小或上弓下曲	120°≤ 腰骶轴交角<125°或140°<腰骶轴交角≤ 145°
25分	级	16 cm <sup>2</sup> <弓形面积<28 cm <sup>2</sup>	减小	125°≤ 腰骶轴交角<130°或135°<腰骶轴交角≤ 140°
30分	级	28 cm <sup>2</sup> ≤ 弓形面积≤ 39 cm <sup>2</sup>	正常	130°≤ 腰骶轴交角≤ 135°

4 治疗结果

4.1 2组弓形面积比较 见表2。2组治疗后的弓形面积改善均优于治疗前(P<0.001),治疗后治疗组的弓形面积改善优于对照组(P<0.001)。

表2 2组弓形面积比较( $\bar{x} \pm s$ ) m<sup>2</sup>

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	30	10.94± 1.73	22.26± 2.80 <sup>②</sup>
对照组	30	10.79± 1.80	17.94± 1.84 <sup>①</sup>

与本组治疗前比较,①P<0.001;与对照组治疗后比较,②P<0.001

4.2 2组临床疗效比较 见表3。经治疗,治疗组和对照组的总改善率(治愈+显效+有效)分别是93.33%和76.67%(P<0.05)。显效率(治愈+显效)治疗组为53.34%、对照组26.67%(P<0.05)。

表3 2组临床疗效比较 例(%)

组别	n	治愈	显效	有效	无效
治疗组	30	2(6.67)	14(46.67)	12(40.00)	2(6.67)
对照组	30	0	8(26.67)	15(50.00)	7(23.33)

5 讨论

腰椎管狭窄症属于中医学的腰痛、痹证、腰脚痛、腰尻痛、腰股痛、痿症等范畴。韦以宗等<sup>[5-6]</sup>从脊柱生物力学结构分析,总结该病的主要病理变化是腰椎骨关节紊乱导致多个椎间盘突出入椎管,椎管前缘的后纵韧带及后缘的黄韧带因椎曲改变而皱折增厚,进而对椎管形成前后夹压,导致一个或多个椎间盘平面管腔狭窄;同时椎曲改变、椎间孔变窄,侧隐窝狭窄,脊髓、神经根受压导致传导障碍。其中,腰曲是脊柱的生理基础、病理基础、诊断依据及治疗目标<sup>[5]</sup>。但既往的手术治疗或非手术治疗均未能很好地解决脊柱的力学紊乱,改善或恢复不了椎曲,因此疗效不满意,复发率高<sup>[6]</sup>。故笔者在长期的脊柱推拿整脊临床工作中,总结了“腰椎定点微调整脊法”配合以宗四维牵引以调整腰曲治疗腰椎管狭窄症,疗效可。

其中,腰椎定点微调整脊法是笔者根据脊柱生物力学原理

而设计的一种能有效对病变节段运动幅度精确控制、安全性好的先进整脊技术。该手法通过精确的“定点”复位,并以最小的节段被动运动幅度直接在病变节段的棘突、椎旁横突上发力,使突出的椎间盘与受压的神经根之间瞬间产生相对位置变化,起到神经根的减压或减张效应,能使腰椎生物力学平衡得以重建,神经根高张力、神经、脊髓的血供也得以改善,间接达到了缓解神经根周围压迫和促进其局部血液循环、减轻炎症反应、促进炎症因子吸收的目的,从而缓解症状或达到临床治愈。

另外,以宗四维牵引是韦氏从中国传统医学14世纪危亦林的脊柱悬吊复位法和18世纪《医宗金鉴》的“攀索叠砖法”对脊柱做整体调整的治疗观得到了启示,而采取牵引双下肢并半悬吊使腰背过伸的牵引法。该法克服了传统的骨盆轴向牵引作用力仅达3、4腰椎<sup>[7]</sup>的局限;克服了三维牵引法作用力始终是依靠腰背肌,未能合理解决椎曲和上段腰椎的侧凸问题<sup>[8]</sup>。其治疗重点是调整腰大肌肌力失衡,恢复其等长收缩功能,进而改善椎曲,使椎曲紊乱所致椎管狭窄得到椎曲改善,椎管和侧隐窝狭窄也改善。

本试验通过重复、随机、对照研究,观察腰曲弓形面积的变化及临床疗效,得出腰椎定点微调整脊法配合以宗四维牵引治疗腰椎管狭窄症较口服布洛芬片加腰椎电动牵引治疗者,在腰曲改善和临床疗效上都有较显著优势,为腰椎定点微调整脊法配合以宗四维牵引这一创新手法治疗腰椎管狭窄症的推广应用提供科学依据。

[参考文献]

- [1] 朱修桥,郭景东,吕慧,等. 颈椎病与腰椎管狭窄症术后感染的危险因素分析[J]. 中华医院感染学杂志,2014,24(17):4319-4321.
- [2] Biering-Srensen F. Low back trouble in a general population of 30-, 40-, 50-, and 60-year-old men and women. Study design, representativeness and basic results[J]. Dan Med Bull, 1982, 29(6): 289-299.
- [3] 陆裕朴,胥少汀,葛宝丰,等. 实用骨科学[M]. 北京:

- 人民军医出版社, 1991.
- [4] 郭世绂. 临床骨科解剖学[M]. 天津: 天津科学技术出版社, 1988.
- [5] 韦以宗. 中国整脊学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006.
- [6] 韦以宗, 王秀光, 潘东华, 等. 调曲整脊法治疗腰椎管狭窄症 90 例疗效报告[J]. 中华中医药杂志, 2012, 27(2): 498-503.
- [7] 顾云伍, 韩慧, 韦以宗, 等. 牵引斜扳整脊法治疗腰椎间盘突出症的力学测试[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2004, 12(1): 13-16.
- [8] 张东奎, 周玉梅, 丁兰平. DXH-2000C 型三维正脊仪治疗腰椎间盘突出症[J]. 长春中医学院学报, 2002, 18(3): 29.

(责任编辑: 骆欢欢, 李海霞)

## 金钩钓鱼针刺法联合补肾活血汤治疗腰椎间盘突出引发疼痛临床研究

吴珏灿<sup>1</sup>, 石焱<sup>2</sup>

1. 杭州市肿瘤医院, 浙江 杭州 310002; 2. 杭州市第一人民医院, 浙江 杭州 310002

**[摘要]** 目的: 观察金钩钓鱼针刺法联合补肾活血汤治疗腰椎间盘突出引发疼痛的临床效果。方法: 依据治疗方法不同将 160 例腰椎间盘突出症患者随机分为 2 组。针刺联合中药组 80 例, 行金钩钓鱼针刺法联合补肾活血汤剂口服治疗; 常规方法联合中药组 80 例, 行常规方法联合补肾活血汤剂口服治疗。观察 2 组患者治疗前、治疗后的 JOA 评分、ODI 指数、疼痛视觉模拟评分法 (VAS) 评分及临床疗效评估。结果: 2 组治疗后疼痛 VAS 评分均低于治疗前, 针刺联合中药组患者治疗 2 周后、1 月后、2 月后的疼痛 VAS 评分低于常规方法联合中药组, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 2 组治疗后 JOA 评分、ODI 指数分别与治疗前比较, 针灸联合中药组治疗 1 月后、2 月后的 JOA 评分、ODI 指数与常规方法联合中药组比较, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 针刺联合中药组治疗后 2 月总有效率 (92.50%) 高于常规方法联合中药组总有效率 (83.75%), 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 采用金钩钓鱼针刺法联合补肾活血汤剂治疗腰椎间盘突出症, 临床效果良好, 联合方法可活血通络, 扶正祛邪, 散瘀消结, 对腰部肌肉痉挛的缓解、血液供应的改善作用更佳, 从而降低腰椎及下肢的疼痛症状。

**[关键词]** 腰椎间盘突出症; 针刺疗法; 金钩钓鱼针刺法; 补肾活血汤

**[中图分类号]** R681.5+7 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 12-0098-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.12.042

腰椎间盘突出症是较为常见的临床骨科疾病, 是导致腰痛及下肢疼痛的常见原因, 主要机制为神经根和硬膜囊直接受到突出的机械压迫和刺激, 腰椎间盘突出时神经阻滞血液供应受阻或神经根局部炎症反应、免疫反应等。有研究证明<sup>[1]</sup>, 针刺治疗腰椎间盘突出可使患者疼痛有效改善, 降低神经根出口位置组织疼痛程度, 改善神经受压症状。本研究通过采用金钩钓鱼法针灸联合补肾活血汤治疗腰椎间盘突出症患者, 观察其治疗后临床疗效, 结果报道如下。

### 1 临床资料

1.1 纳入标准 符合腰椎间盘突出症的诊断标准, 参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[2]</sup>: ①腰部均有受伤史; ②腰痛及下肢疼痛; ③脊柱侧凸畸形, 活动受限; ④受累神经根支配肌肉力

量、感觉减弱或消失; ⑤直腿抬高试验和加强试验均呈阳性, 屈髋伸膝试验阳性。

1.2 排除标准 ①脊柱肿瘤、结核、炎性病变及病理性骨折者; ②马尾神经受压症状明显者; ③脊柱失稳者、腰椎管狭窄或关节突关节病变者; ④严重腰椎骨质疏松症者; ⑤伴有严重实质器官功能障碍者; ⑥精神异常者。

1.3 一般资料 观察病例为 2014 年 1 月—2016 年 6 月本院收治的 160 例腰椎间盘突出症患者, 治疗医师根据治疗方法不同将所有患者随机分为 2 组各 80 例, 针灸联合中药组行金钩钓鱼针刺法联合补肾活血汤剂口服治疗, 常规方法联合中药组行常规方法联合补肾活血汤剂口服治疗。2 组性别、年龄、病程、突出位置等基线资料比较, 差异均无统计学意义

**[收稿日期]** 2016-07-28

**[作者简介]** 吴珏灿 (1984-), 男, 住院医师, 研究方向: 治疗腰间盘突出引发的疼痛。