

# 吕立江教授治疗 腰椎间盘突出症的技术创新与临床经验总结\*

左金 吕立江\*\* 陈羽峰 吕智桢 韩杰

(浙江中医药大学第三临床医学院,浙江 杭州 310053)

**摘要:**归纳与总结了吕立江教授治疗腰椎间盘突出症仰卧屈膝牵抖法的传承和创新性,其操作方法及其临床辨证运用具有一定的科学性与创新性,在治疗腰椎间盘突出症的临床疗效显著,值得推广。

**关键词:**腰椎间盘突出症;仰卧屈膝牵抖法;吕立江

**中图分类号:** R 274.9 **文献标识码:** A **文章编号:** 1002-168X(2015)05-0029-03

**DOI:**10.13424/j.cnki.jsctcm.2015.05.011

吕立江教授现任国家临床重点专科(推拿科)带头人,国家中医药学科(推拿学)学术带头人,现任推拿教研室(推拿科)主任,是浙江中医药大学附属第三医院主任中医师。他从事临床工作近30年,在中医手法治疗脊柱病及其相关疾病,尤其在治疗腰椎间盘突出症方面积累了丰富的经验。治疗手法独具特色,并在临床积极创新,主持或完成国家自然科学基金项目等课题9项,研究成果获浙江省人民政府科学技术奖,现有中国发明专利4项。余有幸跟随吕教授学习,受益匪浅,现将其临床手法创新与临床应用的经验总结如下。

## 1 传承与创新

推拿古称按摩、按拊与踩跷等,如《素问·离合真邪论篇》云:“必先扪而循之,切而散之,推而按之,弹而怒之,抓而下之,通而取之。”《黄帝内经》所记载的推拿手法与名称朴实而简洁,无具体操作规范,后世发展的推拿流派大多基于《黄帝内经》的名称,理论总结欠缺,而且古人对于推拿手法多以口传心授为主,缺乏文献资料记载,从而使后世所掌握的治疗手法各有不同,并形成了众多纷纭的流派。到了隋唐时期,当时太医署中已

有按摩医生,如隋巢元方在《诸病源候论》中,几乎于每卷卷末都记有导引按摩之法。孙思邈在《千金要方》中记有以自我按摩为主的老子按摩法,说明了隋唐时期推拿理论有了丰富和发展,为后世的传承奠定一定的理论基础。明代的《香案牍》载:“有疾者,手摸之辄愈,人呼为摸先生。”可见当时推拿技术的盛行与推拿医生的社会地位,并初步形成了推拿学科的理论体系。当今推拿正以其独特的疗效,吸引着世界各国人民和学者,并越来越引起国际医学界的重视,我们传承传统的推拿手法义不容辞。因为推拿手法操作特点决定着手法特异的作用,并直接影响临床效果。因此,推拿手法的创新对推拿手法的临床应用显得尤为重要。有学者<sup>[1]</sup>统计报道现有书籍中记载的各种推拿流派的不同基础手法约在150余种,各家流派的表述手法约有40至50种不等,特定手法可达到250多种。无疑,随着这些手法种类的不断发展和创新,是推拿疗法进一步发展的基础。目前,临床上用于治疗腰椎间盘突出症的推拿手法种类繁多,但大致可以分为以下几类手法,如摆动类手法的一指禅推法、滚法等,振颤类手法的抖法等,运

\* 基金项目:国家自然科学基金项目(81273866);浙江省自然科学基金项目(Y2111054);浙江省科技厅公益技术项目(2012C33067);国家临床重点专科建设项目(国医卫发2013-42号)

\*\* 通讯作者:吕立江(1962-),男,教授,研究生导师,主要研究方向:中医手法治疗腰椎间盘突出症基础及临床研究。  
E-mail:731577158@qq.com

动关节类手法的扳法等。以上手法临床运用十分广泛,但疗效不一,尤其是摆动类手法与运动关节类手法治疗腰椎间盘突出症的临床对照研究显示,运动关节类手法如吕立江教授创立的杠杆定位手法有效率达 96.08%,摆动类手法总有效率只有 65.75%<sup>[2]</sup>。从临床对照观察来看,寻找针对腰椎间盘突出症的创新手法显得十分重要。并通过创新可以丰富推拿临床治疗手法,为临床腰椎间盘突出症的治疗提供更多选择。同时提高临床疗效,更好地服务患者。基于以上目的,吕教授根据自己几十年的临床经验,创立了仰卧屈膝牵抖法。

## 2 仰卧屈膝牵抖法

仰卧牵抖法是吕教授根据腰椎解剖学特点及腰椎三维力学特征,在前人整骨手法基础上,吸取众家手法之长,进行研究而创立了治疗腰椎间盘突出症的治疗方法。具体操作:首先让患者仰卧于治疗床上,嘱患者全身自然放松,双腿并拢,屈髋屈膝至最大限度,患者双手自然交叉放置于腹部,医者坐于患者脚趾前缘,双手交叉环抱于患者双膝上部,然后医者上身后倾,重心后移,将患者往后牵拉,使患者腰椎离开床面 3~5 cm,然后用双上肢快速有节律地、小幅度地抖动患者的腰部。3~5 分钟为一次,一次连续牵抖 3~5 次,隔日一次,每周 3 次,2 周为 1 个疗程。对患者实施牵抖时,首先使患者受到医者的牵拉力,即对腰椎产生牵拉力,使患者的腰椎间隙增宽,椎间盘内负压增大。在牵拉的过程中,使得脊柱腰段牵拉作用力线与脊柱的轴心线相一致。由于对抗性牵拉力的存在,使得腰部椎间盘及其附近的肌肉韧带相应受到牵拉,可改变脊柱病理性的压弯或者单纯僵硬弯曲状态,使得病变椎体处于拉弯状态,从而使椎体纤维环纵径拉长,横径变小,使得其由短凸形变成狭长略凹形,进而引起纤维环内外压力的改变,使环内产生负压,从而有利于突出物的回纳。而传统的下肢伸直牵抖产生牵引时,由于偏心距的作用,往往造成椎体前方受压。但是当采用屈髋屈膝仰卧牵抖法时,腰椎前凸弧度变平,使得作用于腰椎的牵引力线与脊柱腰段的轴心线基本平行或近乎重叠,牵引力能够更好地作用于病变椎体。在此状态下,再施加一种外在小幅度的持续

节律性抖动力量,使得力通过传导到达病变椎体,并通过不断地下肢髋膝角度屈伸变化,循环往复改变腰椎弧度,从而使得腰椎后侧间隙被拉伸,变得或大或小,或张或弛,从而打开突出物回纳通道,有利于突出的椎间盘回纳。

## 3 仰卧屈膝牵抖法的临床运用

传统的腰部牵抖法大多是患者用双手拉住床头或者由助手固定其双腋部,医者用双手握住其双足踝部,双臂伸直,身体后仰,与助手相对用力,牵引其腰部,并做 1~3 次较大幅度的抖动,使其产生较大幅度的波浪状运动<sup>[3]</sup>。这种牵抖法不仅费力,往往需要助手配合医生同时进行,现代人的体重普遍偏重,这种操作方法也会随患者体重的增加耗费更多的力,而且操作的效果不十分尽意。而仰卧屈膝牵抖法只需一名医生即可独立完成操作,且省力并效果理想。操作时只需克服患者部分重力,达到省力省劲效果,从而达到理想的疗效。吕教授认为,临床上腰椎间盘突出症患者病因复杂,发病机理不同,临床表现的类型各异,临床表现的症状如腰部疼痛、下肢酸胀、麻木与沉重等各不相同。来临床诊疗的患者病程长短也不尽相同,有急性期神经根水肿的,有慢性期神经根粘连的,临床的复杂性更要求创新独特的手法,进行辨证论证。对于急性期神经根水肿的患者,重点在于通,通过手法可以加速神经根水肿的吸收,同时使紧张痉挛的肌肉放松,减轻纵向牵引的抵抗性,降低了肌紧张对椎间盘造成的纵向挤压负荷。对于慢性期神经根粘连的患者,仰卧屈膝牵抖法关键是达到松,解决患侧肌肉紧张和痉挛,促使患部气血流畅,减轻椎间盘组织的挤压,降低椎间盘内压力,矫正脊柱侧弯畸形,恢复椎间孔的正常外形,解除神经根的粘连。此法避免了越粘连越疼,越疼越粘连的恶性循环,进而达到良好的治疗目的。

## 4 验案举例

患者,男,32 岁,超市搬运工。主诉腰部及左下肢放射麻木疼痛半年加重 1 月。近一个月来,患者腰部疼痛症状加重,咳嗽时疼痛尤甚,伴左下肢麻木疼痛,行走困难。查体:腰椎生理曲度消失,

# 张理梅教授治疗脂溢性皮炎经验浅谈

李嫦嫦<sup>1</sup> 刘路星<sup>1</sup> 指导:张理梅<sup>2</sup>

(1. 浙江中医药大学 2013 级硕士研究生,浙江 杭州 310053;

2. 浙江中医药大学附属第三医院皮肤科,浙江 杭州 310009)

**摘要:**张理梅教授根据脂溢性皮炎的发病原因及其特点,将其分为肝肾阴虚型和脾胃湿热型,采用中药内服和穴位埋线的方法进行辨证论治,并结合中医外治特色疗法,重视整体,内外合治,在多年的临床实践中,疗效满意。

**关键词:**脂溢性皮炎;临床经验;张理梅

**中图分类号:** R 275.9      **文献标识码:** A      **文章编号:** 1002-168X(2015)05-0031-03

**DOI:**10.13424/j.cnki.jsctcm.2015.05.012

张理梅教授曾是浙江中医药大学附属第三临床医学院医学美容教研室主任、皮肤科主任以及硕士生导师,已有 32 年的教学和临床工作经验,擅长中西医结合治疗各种面部损美性皮肤病,临床疗效显著。尤其对治疗脂溢性皮炎有其独到的见解和方法,笔者有幸师从张理梅教授,现将经验简介如下。

## 1 病因病机

脂溢性皮炎是一种好发于头面及胸背等皮脂溢出较多部位的慢性炎症性皮肤病<sup>[1]</sup>。中医又称“面游风”“白屑风”。皮损多分为干性和湿性,干

性以潮红脱屑为主;湿性以红斑、糜烂、有油腻性脱屑和结痂为主要表现<sup>[2]</sup>。

脂溢性皮炎发病率逐年提高,但病因尚不清楚,西医认为与个体易感性、机体免疫功能、内分泌紊乱,饮食以及遗传等有关。大多数文献研究均认为马拉色菌,特别是球形马拉色菌和脂溢性皮炎之间存在直接病因关系<sup>[3]</sup>。中医学则认为其与风热血燥,肠胃湿热有关,如《医宗金鉴·外科心法要诀》曰:“此证生于面上,初发面目浮肿,痒若虫行,肌肤干燥,时起白屑,次后极痒,抓破,热湿盛者津黄水;风燥盛者津血,痛楚难堪。

两侧腰部肌肉紧张, L<sub>4~5</sub> 及 L<sub>5</sub> ~ S<sub>1</sub> 左旁侧压痛(+),叩击痛(+),屈颈试验(+),挺腹试验(+),左侧直腿抬高 40 度,左下肢直腿抬高加强试验(+),右侧直腿抬高 70 度,左足拇趾背伸、屈曲肌力减弱,巴氏征(-)。辅助检查:腰椎 CT 示 L<sub>4~5</sub> 及 L<sub>5</sub> ~ S<sub>1</sub> 椎间盘突出;腰椎轻度退变。诊断为腰椎间盘突出症而收治入院。吕教授分析患者病情,认为患者由于长期弯腰负重工作,致使腰椎生理曲度变直,腰椎结构失稳,腰椎生物力学发生改变,在外力作用下,使腰椎间盘的纤维环左侧破裂,髓核突出并压迫左侧神经根,导致腰部疼痛剧烈,肌肉痉挛,左下肢麻木疼痛,行走困难。我们采用仰卧屈膝牵抖法,使患者腰椎间隙增宽,增加椎间盘内负压,促使髓核回纳,松解神经根的压迫,增加腰

椎小关节结构稳定性,从而达到治疗的目的。通过 2 周治疗患者腰部及左下肢疼痛明显缓解,通过疗效标准评估<sup>[4]</sup>,患者治愈出院。

## 参考文献

- [1] 孙立明,王遵来,李平.推拿手法的分类与思考[J].针灸临床杂志,2008,24(9):51-52.
- [2] 吕立江,袁相龙,应晓明.等.杠杆定位手整复法治疗腰椎间盘突出症临床对照试验[J].浙江中医药大学学报,2009,33(4):567-568.
- [3] 王之虹.推拿手法学[M].北京:人民卫生出版社,2012:6.
- [4] 国家中医药管理局.中医病症诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:201-202.

(收稿日期:2015-03-18 编辑:方亚利)