

四步一体法治疗腰椎小关节紊乱症疗效及影像学变化观察^{*}

陆森伟¹ 葛兴龙¹ 缪美芬² 朱智伟¹ 徐国红¹ 单军标¹
(1. 浙江省东阳市人民医院, 浙江 东阳 322100; 2. 浙江省东阳市中医院, 浙江 东阳 322100)

摘 要:目的 观察四步一体法治疗腰椎小关节紊乱症的临床疗效。方法 收治门诊腰椎小关节紊乱症患者 100 例, 其中治疗组 50 例, 采用四步一体法治疗; 对照组 50 例采用放松类手法(一指禅推法、滚法、揉法)治疗。两组均隔日治疗 1 次, 7 次为一个疗程。2 周后采用 ODI 评分对两组患者进行腰部功能评价, 并观察两组患者的临床疗效及影像学变化。**结果** 两组患者治疗 2 周后 ODI 评分较治疗前有明显降低($P<0.05$); 治疗 2 周后, 治疗组患者的 ODI 评分为(6.16±2.13), 明显低于对照组, 差异具有统计学意义($P<0.05$); 治疗组患者的有效率为 96.00%, 明显高于对照组患者, 差异具有统计学意义($P<0.01$); 治疗 2 周后, 两组患者的 L4-5 两侧椎间隙的 CT 测量值明显大于治疗前, 差异具有统计学意义($P<0.05$), 并且治疗组患者的 CT 测量值明显高于对照组, 差异具有统计学意义($P<0.01$)。**结论** 四步一体法相比放松类手法能够更好的改善腰椎小关节紊乱症的腰部功能, 能有效纠正小关节紊乱, 临床疗效显著, 值得临床推广。

关键词:推拿手法; 腰椎小关节; 影像学; 临床观察
中图分类号: R 681.5⁺7 **文献标识码:** A **文章编号:** 1002-168X(2015)06-0083-03
DOI: 10.13424/j.cnki.jsctcm.2015.06.031

腰椎小关节紊乱症是推拿科的常见病和多发病, 腰椎长期劳损或者腰椎退变是诱发本病的主要原因, 腰椎的反复屈伸旋转活动使小关节受外力冲击, 诱发滑膜嵌顿或神经卡压而引起腰部剧烈疼痛, 目前西医多采用局部封闭治疗, 中医多运用牵引、针刺、推拿、正骨等物理疗法来解除病患的疼痛。我院自 2013 年 6 月起采用四步一体法治疗腰椎小关节紊乱, 能够明显的解除患者的疼痛, 获得良好的临床疗效, 并与常规的放松类手法进行比较观察, 具体报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 我院门诊就诊的符合纳入与排除标准的 100 例患者, 其中治疗组采用四步一体法治疗 50 例, 男 28 例, 女 22 例, 22~60 岁, 平均(42.8±12.25)岁, 病程平均病程(1.62±0.70)天; 对照组采用放松手法(一指禅推法、滚法、揉法)治疗 50 例, 男 27 例, 女 23 例, 年龄 22~60 岁, 平均(42.3±14.76)岁, 病程平均(1.44±0.64)天。两

组患者在年龄、病程等一般资料的比较均无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性, 见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	性别(n)		年龄(岁)	病程(天)
	男	女		
治疗组	28	22	42.8±12.25	1.62±0.70
对照组	27	23	42.3±14.76	1.44±0.64
P 值	P>0.05		P>0.05	P>0.05

1.2 纳入标准 (1) 参照梁福民《腰椎疾病比较影像学》^[1]规定的腰椎小关节紊乱症诊断标准的患者: ①CT 示关节突关节可见骨赘、肥大增生、关节间隙变窄等; ②X 线片示部分小关节关节面模糊、间隙变窄; ③小关节区及附近压痛; ④没有下肢神经缺失征; ⑤腰痛向大腿及臀部放射; ⑥腰椎在后伸位时疼痛加剧。(2) 男女不限, 年龄 22~60 岁, 自愿接受四步一体法治疗, 并签订“知情同意书”者。

1.3 排除标准 (1) 年龄 60 岁以上患者; (2) 高

^{*} 基金项目: 浙江省金华市科学技术研究计划项目(20133098)

密度示严重的骨质疏松的患者;(3)合并腰椎恶性肿瘤或腰部溃疡性皮肤病、腰椎结核性疾病、腰椎骨折(4)有脑血管、心血管、造血系统等严重原发性疾病患者;(5)妊娠期患者;(6)资料不全干扰疗效判定者;(7)不能明确诊断的患者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用四步一体法,第一步:患者首先在患者双下肢委中穴、解溪穴、承山穴及阿是穴进行弹拨治疗 10 分钟;第二步:采用患者双手握单杠悬挂(杠子高度可调节使患者双足刚好离地),同时在椎旁夹脊穴和膀胱经行理筋手法 5 分钟;第三步:患者采取仰卧屈髋屈膝体位,医者臀部坐于患者脚背固定双下肢,使用抖法与牵引法结合,通过牵引下抖动将力输送到腰部;第四步:患者采取俯卧张口位,医者利用成角杠杆生物力学理论,用操作者的手肘部着力于患者椎旁,双手固定患者两个踝关节,使腰椎产生后伸卷曲运动,当遇到患者僵硬无法施力时,令患者呼气,同时用巧劲做一后伸扳动,讲究医患密切配合,同时切忌屏气,重复操作 2 次。治疗结束用统一护腰带捆绑固定,再令患者仰卧休息半小时。

2.2 对照组 患者先用统一腰椎牵引治疗床无角度平面牵引 25 分钟;再给予放松手法如滚法、一指禅推法、揉法重点在腰部肾腧穴、气海腧穴、局部疼痛及大腿疼痛处进行推拿治疗半小时,治疗结束用统一护腰带捆绑固定,再令患者仰卧休息半小时。

两组患者在治疗期间均不能参加体力劳动,卧床休息,每组隔日治疗 1 次,治疗 2 周后观察临床疗效及影像学变化,每位患者的治疗由同一医师完成。

2.3 疗效观察

2.3.1 腰部功能评分 采用改良 Oswestry 功能障碍指数(ODI)^[2]进行腰部功能评分,从日常活动自理能力、睡眠、坐、立、行走、提物、腰腿疼痛、旅行和活动 9 个项目进行评估,其中每项都是 0~5 分,分数越低代表功能越好。在治疗前后分别进行 1 次评分。

2.3.2 疗效评定 采用《中医病证诊断疗效标准》^[3]进行疗效评定,治愈:临床症状完全消失,阳性体征全部消失,腰部及相关关节能自如活动。

显效:临床症状基本缓解,腰部能够较前自如活动,阳性体征基本改善,对日常生活、学习和工作不产生影响。有效:临床症状稍微减轻,腰部活动度较前改善,阳性体征稍微较前改善。无效:临床症状和体征较前无变化。

2.3.3 影像学观察 应用美国 Philips 64 排螺旋 CT 机螺旋扫描,扫描条件为 130 KV,126MAS;螺距为 0.65 mm,层厚 2 mm,所得到的 CT 图片的各断层图像以 512×512 像素的 JPEG 格式保存,将图像通过螺旋 CT 扫描仪自带三维处理软件对治疗前后的 L4-5 左右关节间隙进行分析测量^[4]。

2.3.4 统计学方法 采用 SPSS17.0 统计软件对所得数据进行统计处理,数据以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,计量资料采用 *t* 检验,计数资料样本率的比较采用 χ^2 检验分析,*P* 值<0.05 时认为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 两组患者腰部功能比较 两组患者在治疗前的 ODI 评分比较差异无统计学意义(*P*>0.05);治疗 2 周后两组患者的 ODI 评分均有不同程度的下降,与治疗前比较差异均具有统计学意义(*P*<0.05),并且治疗组患者的 ODI 评分明显低于对照组,差异有统计学意义(*P*<0.05),见表 2。

表 2 两组患者治疗前后 ODI 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	治疗前	治疗后
治疗组	25.87±6.13 [*]	6.16±2.13 [△]
对照组	28.31±7.15	15.31±3.18 ^{△△}

注:与治疗前比较,治疗组[△]*P*<0.05,对照组^{△△}*P*<0.05;与对照组比较:治疗前^{*}*P*>0.05,治疗后[△]*P*<0.05。

3.2 两组临床疗效比较 治疗 2 周后,治疗组和对照组的有效率分别为 96.0% 和 78.0%,治疗组的有效率明显高于对照组,差异具有统计学意义(*P*<0.01),见表 3。

表 3 两组患者的临床疗效比较 (*n*)

组别	<i>n</i>	治愈	显效	有效	无效	有效率(%)
治疗组	50	22	25	1	2	96.00
对照组	50	10	14	15	11	78.00

3.3 两组 L₄₋₅ 关节间隙 CT 测量值比较 治疗前两组患者 L₄₋₅ 左右两侧关节间隙 CT 测量值比较均无明显差异,均无统计学意义(*P*>0.05);治疗 2 周后,两组患者 L₄₋₅ 左右两侧关节间隙 CT 测量

值与治疗前比较均有变大,差异均有统计学意义($P<0.01$),并且治疗组患者 L₄₋₅左右两侧的关节间隙 CT 测量值均大于对照组患者,差异均具有统计学意义($P<0.01$),见表 4。

表 4 两组患者治疗前后 L₄₋₅左右关节间隙 CT 测量值比较 ($\bar{x}\pm s$,mm)

分组	治疗前		治疗后	
	左	右	左	右
治疗组	1.96±0.28 [#]	1.99±0.28 [#]	2.19±0.12 [*]	2.20±0.07 [*]
对照组	1.97±0.24	1.98±0.34	2.09±0.16 [△]	2.10±0.22 ^{△△}

注:与治疗前比较:治疗组^{*} $P<0.01$,对照组[△] $P<0.01$,^{△△} $P<0.05$;与对照组比较:治疗前[#] $P>0.05$,治疗后^{*} $P<0.01$ 。

4 讨论

腰椎小关节紊乱症,中医多称为“腰椎小关节错缝”“闪腰”等,其发病原因主要是由于频繁的外力冲击,关节突产生应力应变的变化,使得滑膜嵌顿,神经受到卡压而引发剧烈疼痛,其性质多为急性疼痛,随着病情耽误迁延易进展为慢性疼痛^[5-6]。近几年文献及我们的临床中发现通过推拿手法对腰椎小关节紊乱的疗效是肯定的,并且牵引配合整复类手法疗效明显优于单一的针刺推拿治疗^[7]。中医运用牵引、针刺、推拿、正骨等物理疗法,通过对机体的疏通经络、缓解痉挛,借外力的作用恢复自身的生理和解剖结构的内外平衡,在安全性、可重复性、疗效性方面明显优于手术创伤性治疗。中医所求“阴阳平衡”,脊柱这生物力学结构失衡犹如阴阳失衡,必定会出现一系列的病态。如《黄帝内经》阐释“损其有余,补其不足”,此时就需借助外力的作用使之恢复到原有的平衡^[8]。

研究已证实通过手法可有效整复骨关节错缝移位,缓解小关节滑膜嵌顿,改善血液循环,使失常的小关节的内外失衡及其功能得以恢复。并且此种疗法的特色在于安全可行,患者痛苦小,见效快^[9]。本项目研究四步一体法首先通过对腰背部肌阿是穴和双下肢腓穴的按摩、点揉等弹拨治疗,改善循环,令肌肉松弛,打通经络,滑利关节,使血气通畅,疼痛减轻,提高复位成功率。其次通过患者双手握单杠悬挂结合椎旁夹脊穴和膀胱经行理筋手法以放松椎旁肌、拉伸腰背肌及脊柱各关节,通过重力的作用牵开错位的小关节。在脊柱周围

组织解除痉挛后,第三步通过对患者使用抖法与牵引法结合,通过牵引下抖动将力输送到腰部,使痉挛肌肉进一步松弛,错位小关节复位,关节间隙增宽,同时使有嵌压在关节突关节内滑膜皱壁回缩。对于第三步复位不满意的患者,则进一步采用第四步,利用对角杠杆原理,调整使腰椎后小关节张开,让嵌顿的滑膜顺利滑出关节。

从临床观察中发现四步一体法治疗腰椎小关节紊乱症疗效较满意,有效率高达 96 %。四步一体法对小关节产生的作用主要是纠正小关节间隙的不对称,因为滑膜的嵌顿在 CT 片上不易被诊断,只是表现为滑膜的肿胀或增厚。而结合四步一体法的力学作用原理与 CT 片的观察结果显示,四步一体法对腰椎小关节紊乱起到了理筋整复,行气活血,纠正小关节错位,重建脊柱力学平衡的作用。这也很好的阐释了四步一体法对腰椎小关节紊乱症患者疼痛的有效解除,达到临床治疗的目的。

参考文献

[1]梁福民. 腰椎疾病比较影像学[M]. 济南:山东科学技术出版社,2005.

[2]刘臻,邱勇. Oswestry 功能障碍指数在腰痛患者中的国际化应用现状[J]. 中国脊柱脊髓杂志,2008,18(7): 550-553.

[3]国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京:南京大学出版社,1994:201-202.

[4]周承涛,刘红,李守旭,等. 腰椎关节突关节的 X 线基础研究及临床意义[J]. 中华骨科杂志,1996,16(7):438-440.

[5]李绍军. 一牵三扳法治疗腰椎小关节紊乱症 81 例[J]. 中国中医药现代远程教育,2010,8(24):107-108.

[6]王育庆,陈丽贤,刘凤云,等. 超激光配合电针推拿治疗腰椎后关节紊乱症的疗效观察[J]. 激光杂志,2009,30(3):73.

[7]刘飞,陈新华,黄卫东. 定位调脊扳法治疗腰椎小关节紊乱症 26 例[J]. 中国老年学杂志,2012,32(23):5313-5314.

[8]陆筱安. 脊柱生物力学的动态平衡理论与调曲牵引实践[J]. 中国民族民间医药,2009,1(6):133.

[9]谢幸财. 腰椎小关节紊乱症的发病机理及手法治疗探讨[J]. 中国中医骨伤科杂志,2006,(S₂):17-20.

(收稿日期:2015-04-15 编辑:巩振东)