

踩跷推拿技术治疗 腰椎间盘突出症 30 例临床观察

刘晓瑜¹, 严 森¹, 谢 慰¹, 王克斌²

(1. 湖南省岳阳市中医医院, 湖南 岳阳, 414000;

2. 湖南省岳阳市二人民医院, 湖南 岳阳, 414000)

[摘要] 目的:探讨运用踩跷推拿技术治疗腰椎间盘突出症的临床疗效。方法:将 60 例腰椎间盘突出症患者随机分为 2 组,每组各 30 例。治疗组予踩跷推拿配合人工牵引方法,对照组采用常规推拿手法,观察 2 组患者治疗前后的 JOA、VAS 评分并进行统计分析。结果:总有效率治疗组为 93.33%,对照组为 76.67%,组间比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。2 组 JOA 各项评分及 VAS 评分治疗前后组内比较以及治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。结论:踩跷推拿技术配合人工牵引治疗腰椎间盘突出症较常规推拿法疗效更显著。

[关键词] 腰椎间盘突出症;踩跷推拿技术;人工牵引

[中图分类号] R274.915.3 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.02.033

踩跷推拿技术是基于“筋骨并重”^[1]的治疗理念,用足作为手段治疗疾病的一种中医特色疗法之一,其在踩跷基础上配合了推拿手法和人工牵引。本研究运用踩跷推拿技术治疗腰椎间盘突出症,探讨其临床疗效及对 VAS、JOA 评分的影响,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2015 年 9 月至 2017 年 3 月在湖南中医药大学附属岳阳医院颈肩腰腿痛专科就诊的腰椎间盘突出症患者 60 例,按随机数字表随机分为 2 组,每组各 30 例。治疗组平均年龄(37.73 ± 6.56)岁;平均病程(5.87 ± 1.74)年。对照组平均年龄(36.77 ± 6.22)岁;平均病程(6.47 ± 1.80)年。2 组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《腰椎间盘突出症》^[2]及《中医病证诊断疗效标准》^[3]拟定。1)腰痛、下肢痛呈神经放射性疼痛;2)既往有外伤、慢性劳损或受寒史;3)脊柱不同程度侧弯,腰椎生理弧度变浅或消失,腰活动受限;4)腰部相关体格检查异常,下肢感觉过敏或迟钝,肌肉出现萎缩,神经张力试验阳性,膝、跟腱反射减弱或消失,拇趾背伸肌力减弱;5)X 线片检查脊柱侧弯,腰椎生理曲度变浅或消失,病变椎间隙变窄;6)CT 检查显示椎间盘突出部

位及程度。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用踩跷推拿技术配合人工牵引方法治疗。1)人工牵引:先嘱患者俯卧位,并抓紧治疗床前端,另嘱助手握住患者患侧或双侧脚踝,进行持续地牵引直至完成踩跷;2)点踩法:医者立于治疗床上,一脚站于患者一侧作支撑,另一脚的足指端垂直下压 L_{4-5} 棘突及腰部背俞穴 5min;3)搓踩法:以足掌垂直于腰椎的轴线进行由上至下的来回搓踩 5min;4)颤踩法:以足趾置于 L_{4-5} 棘突及腰部背俞穴吸定,进行较快频率的上下脚颤法 3min;5)摇踩法:以足趾置于 L_{4-5} 棘突及腰部背俞穴吸定,进行较快频率的左右摆动的脚摇法 3min。

2.2 对照组 采用常规推拿方法。参照《推拿治疗学》^[4]中有关腰椎间盘突出症治疗方法施术。1)先嘱患者俯卧位,在病变椎间隙平行线上的腧穴行一指禅、滚法、揉法、按法,放松患部 3~5min;2)用掌按法,沿腰椎由上至下按压,反复 2~3 遍;3)用肘尖或者拇指点压腰阳关、肾俞、环跳、委中、承扶及阿是穴 3~5min;4)嘱患者侧卧位,用腰部斜扳法,左右各 1 次;5)最后用一指禅、滚法、揉法、按法、放松胸或腰部 5min,拍打督脉 3~5 遍。

2 组均 1 次/d, 25min/次, 10 次为 1 个疗程, 共治疗 1 个疗程。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)VAS 评分。采用1个10cm长的游动标尺,两端代表疼痛的极限,一端标为“0”表示无痛,另一端标为“10”表示极痛,让患者理解关于疼痛视觉模拟评分法的内容和意义后,当移动标尺达到患者疼痛所合适的位置时,医师即可在尺子的背面读取数字,并记录疼痛评分。2)JOA 评分。评分标准是参照日本骨科学会下腰痛评分法进行改良的标准,采用主观症状、临床体征以及日常活动受限程度进行计分,总分29分,其中主观症状包括下腰背痛、下肢痛麻木程度以及步态各3分,共9分;临床体征包括直腿抬高试验、感觉障碍及运动障碍程度各2分,共6分;日常活动受限度包括平卧翻身、站立、洗漱、前驱、坐位、举重物及行走各2分,共14分。测得的分值越低则功能障碍越明显。

3.2 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[3]拟定。治愈:腰腿痛消失,直腿抬高70°以上,能恢复原工作;好转:腰腿痛减轻,腰部活动功能改善;无效:症状、体征无改善。

3.3 统计学方法 采用SPSS 17.0统计软件处理数据。经检验所有资料均符合正态分布,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 t 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组综合疗效比较 总有效率治疗组为93.33%,对照组为76.67%,组间比较,差异有统计学意义。(见表1)

表1 2组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	治愈	好转	无效	总有效
治疗组	30	13(43.33)	15(50.00)	2(6.67)	28(93.33) ^a
对照组	30	4(13.33)	19(63.34)	7(23.33)	23(76.67)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.2 2组治疗前后JOA、VAS评分比较 2组JOA各项评分和VAS评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表2)

表2 2组治疗前后JOA、VAS评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	时间节点	JOA			VAS
			主观症状	临床体征	日常活动受限度	
治疗组	30	治疗前	3.27 ± 0.78	2.33 ± 0.99	6.17 ± 1.23	6.47 ± 1.22
		治疗后	7.50 ± 0.86 ^{ab}	5.17 ± 0.83 ^{ab}	12.13 ± 1.36 ^{ab}	2.73 ± 1.28 ^{ab}
对照组	30	治疗前	3.37 ± 0.72	2.67 ± 0.99	6.73 ± 1.08	6.63 ± 1.03
		治疗后	6.67 ± 1.21 ^a	4.87 ± 0.86 ^a	10.97 ± 1.13 ^a	3.77 ± 1.17 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.01$ 。

4 讨论

腰椎间盘突出症的产生与神经根周围的炎症和机械性压迫有关,发病的内因是椎间盘本身退行性变和椎间盘发育上的缺陷;外因则为损伤、劳损和受寒等,其中累积性劳损是引起纤维环破裂的重要原因。人工牵引方法可使椎间盘形态呈纵向拉伸,突出的椎间盘向椎体中心回缩,牵引亦可使椎间隙增宽,椎间盘内压会随着牵引力的增加而降低(即负压增大)^[5];在牵引基础上施以点踩法,可在椎间盘垂直方向上予以下压力量,使椎间孔和神经根管扩大,有利于减轻或消除突出物对神经根的压迫或刺激^[6];而搓踩法、颤踩法、摇踩法可放松腰部紧张的肌肉,改善局部血液循环^[7-8],增强肌肉的新陈代谢,利于损伤组织的修复^[9]。此技术将牵引的纵向拉力与踩跷的垂直力、冲击力相叠加,促使病变的椎间隙向前反复张开,使得突出的椎间盘产生波动^[6],从而复位或部分复位,达到治疗腰椎间盘突出症的目的。整个治疗期间患者采用俯卧位,不需要时常变换体位,既方便施术者治疗,也可增强患者的舒适度。

综上所述,踩跷推拿技术配合人工牵引的方法治疗腰椎间盘突出症安全有效,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 彭亮,黄会保,张伟,等. 岳阳张氏正骨流派治筋理念及其技术体系简析[J]. 湖南中医药大学学报,2017,37(10):1086-1089.
- [2] 胡有谷. 腰椎间盘突出症[M]. 3版. 北京:人民卫生出版社,2005.
- [3] 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,1994:214-215.
- [4] 罗才贵. 推拿治疗学[M]. 北京:人民卫生出版社,2004:90-91.
- [5] 陆剑挺,王莉莉,赵永华. 牵引踩跷法为主治疗腰椎间盘突出症临床观察[J]. 中医药临床杂志,2005,17(2):186-187.
- [6] 张煜新. 改良踩跷法治疗严重腰椎间盘突出症21例[J]. 现代中西医结合杂志,2009,18(8):903-904.
- [7] 杨磊. 腰椎牵引配合手法治疗腰椎间盘突出症的临床分析[J]. 吉林医学,2014,35(5):919-920.
- [8] 李军霞,王军方,鲁光辉,等. 壮医理筋手法结合经筋火针治疗腰椎间盘突出症患者80侧疗效观察[J]. 湖南中医药大学学报,2013,33(7):92-94.
- [9] 蓝岚,丰芬,罗建,等. 踩跷法治疗腰椎间盘突出症临床应用概况[J]. 中医药导报,2009,37(2):49-50.

(收稿日期:2018-08-28)