

中医微创松解术配合以宗四维牵引调曲法 治疗腰椎椎管狭窄症 20 例

陈斌¹ 马兰存² 王雷空³ 陈兆茹¹ 宋洪发¹

(1、陕西省汉中市勉县风湿疼痛病医院 汉中 724200; 2、吉林省通化市二道江区 通化 134003;

3、河南省南阳市宛城区汉冢乡陈松卫生室 南阳 473123)

摘要: **目的:** 观察以宗四维牵引调曲法和中医微创松解术治疗腰椎管狭窄症的临床效果。**方法:** 20 例腰椎管狭窄症患者, 采用骨空针、针刀、巨钩针、松筋针等针具行腰椎管内管外松解软组织达到筋柔, 以宗四维牵引调曲和整脊骨法等整脊综合疗法使骨正, 观察治疗效果。**结果:** 总有效率 95%, 其中临床治愈 30%。**结论:** 腰椎管狭窄症是节段性的、动态的狭窄, 通过中医微创针法松解椎管内外软组织和四维牵引调曲为主治疗是可以治愈本病的, 且效果非常满意。

关键词: 以宗四维悬吊牵引法、调曲法、整脊骨法、中医微创松解针法技术、腰椎管狭窄症。

腰椎管狭窄症从来都被划分到疑难顽痼杂症之列, 笔者从 2009 年 1 月至今, 住院收治腰椎管狭窄症 20 例, 用以宗四维牵引调曲法和中医微创松解针法技术为主治疗本病, 取得了非常满意的效果, 现总结如下, 求教于同道。

一、临床资料

1. 一般资料: 全部病例为住院二周以上治疗者, 其中男性 8 例, 女性 12 例。年龄最小 20 岁, 最大 79 岁, 平均年龄 49.5 岁, 以中老年为多见。

2. 诊断标准: 参照《中国整脊学》^[1] 系列教材^[2], 诊疗指南^[3] 和操作规程^[4]。

2. 1 症状体征

患者有持续性下腰痛和腿痛; 间歇性跛行, 走不到 300 米即有症状; 严重者出现不全性弛缓性截瘫, 双下肢不能站立步行, 鞍区麻木, 排便无力或癃闭; 腰部活动受限, 过伸试验阳性; 小腿和足可有触觉和痛觉减退而直腿抬高试验阴性或弱阳性, 无病理反射^[5]。

2. 2 影像学检查

2. 2. 1 X 线照片: 正位片见腰椎侧弯, 椎弓根粗大, 椎弓根间距小, 椎间关节肥大且向中线偏移, 下关节突间距小, 椎板间隙狭窄; 侧位片见椎曲紊乱, 椎体曲度变直, 反弓或上弓下曲, 或椎体间有滑移或曲度加大; 斜位片见椎弓根切迹小, 椎间孔狭窄和峡部不连等^[5]。

2. 2. 2 CT: CT 扫描可观察骨性结构的形态, 也可显示椎间盘、黄韧带、神经根的轮廓和它们之间的相互关系。对发育性的椎管狭窄需在轴位断层片上测

量, 在椎板头侧缘水平椎管矢状径小于或等于 13mm 时被认为是发育性椎管狭窄。骨性椎管狭窄不仅表现为矢状径狭小, 而且常常有关节突向中线靠拢, 肥大, 或椎弓根间距减小 (小于 20mm)。发育性椎管狭窄常发生在第 2、3、4 腰椎水平; 退变性狭窄常发生在 4、5 腰椎和第 1 骶椎水平。腰间盘纤维环膨出, 上关节突肥大, 增生, 黄韧带肥厚等, 是神经根管狭窄的原因^[3]。

2. 2. 3 MRI 显示腰椎有多个椎间盘突出, 压迫硬脊膜囊, 椎管径小于 12mm^[5]。

2. 3 诊断要点: 以临床表现为诊断基础, 没有临床症状或体征为根据的任何影像学阳性发现都没有诊断意义。根据临床表现, 选择最佳的辅助检查方法, 做出精确的定位, 定性和定量诊断^[3]。

2. 3. 1 诊断分型: 《中国整脊学》从临床出发分为以下四型^[3]。

(1) 椎间盘型: 多个椎间盘退变, 椎间盘突入椎管内, 引起椎管狭窄。X 线片示: 腰曲变平直; MRI 见多个椎间盘膨出, 压迫硬膜囊, 有 12 例, 占 60%。

(2) 滑脱型: 腰椎弓峡部裂, 椎体滑脱。也有外伤性骨折未复位, 骨性椎体突入椎管, 引起椎管狭窄。X 线片有双侧峡部裂, 一个椎体滑脱 II 级以上或多个椎体滑脱。如外伤性骨折, 有骨折病史; X 线片显示椎体楔形改变, 椎体突入椎管, 有 2 例, 占 10%。

(3) 骨质疏松型: 因多个椎体骨质疏松, 椎体压缩塌陷, 椎曲紊乱, 导致椎管狭窄, 有 4 例, 占 20%。

(4) 混合型: 腰椎管狭窄同时存在颈椎椎管狭窄, 有 2 例。

2. 3. 2 临床分级^[3]

(1) I 级为下腰痛, 间歇性跛行, 行走 100 米出现症状加重, 大小便正常, 下肢肌力 III 级、IV 级者;

(2) II 级为下腰痛, 间歇性跛行 50 米, 症状加重, 或伴有尿频、尿失控者;

(3) III 级为下腰痛, 不能行走或需扶拐行走, 大小便功能障碍, 下肢肌力 II 级;

(4) IV 级患者出现不完全性瘫痪, 大小便障碍, 下肢肌力 II 级以下。

2. 3. 3 鉴别诊断: 全部病例均排除脊柱结核, 骨髓炎及骨肿瘤; 排除骨髓空洞症。

二、治疗方法: 以理筋、调曲、练功为三大治疗

原则。

1. 理筋:

1.1 药熨或熏蒸 全部病例均在胸背、腰背药熨或熏蒸,每天一次,每次30分钟,10天为一疗程,休息二天后再行下一疗程。

1.2 中医微创松解针法技术^{[1][8]}(用骨空针、针刀、巨钩针、松筋针等针具)7~15天1次,3次为一疗程。

A 体位:患者俯卧位。腰部垫15cm~20cm高枕,使腰椎间孔处于扩张状态。

B 定点:平行于患椎棘突中点间旁开正中线4cm—5cm,在棘上、棘间、横突、关节突等部位定点,龙胆紫标记,常规消毒、铺洞巾。

C 麻药量:2%利多卡因 2.5ml+曲安奈德 10mg+生理盐水 30ml。

D 注射药物:在定位点消毒好后,把麻药用9号注射长针头(10cm长)与人体矢状面呈45°角刺入,直达腰椎横突根部上缘,即小关节外侧缘,针尖稍向前下方深入有突破感,即进入椎间孔外口,此时再稍向内进针0.5cm~1cm,回抽无血无液即可注入药液10ml然后退回在横突中部骨面,稍向横突骨面上1cm注入2ml药液,再稍向横突骨面下1cm注入2ml药液,再稍向外在横突尖部骨缘注入2ml药液退回出针,其余定点注药2~5ml。

E 微创松解针法技术松解。用骨空针或针刀或侧隐窝巨钩针,先在棘上、棘间、关节突等定点处局麻后松解。再在横突处刺入,用“一针五松”方法,在上述五个方面寻找有异常改变的软组织进行松解,每方向1~3下,没有异常改变的软组织,只针刺不松解即出针。

F 松筋针触激术:用松筋针在原针孔处刺入到椎间孔外口,触到腰4神经根时,下肢有触电感、酸困、胀、麻到小腿到踝到足趾,1~2下即可出针。

2. 整脊调曲

2.1 四维悬吊牵引法:选用“以宗四维整脊仪”用俯卧位过伸悬吊牵引,四维牵引胸腰椎,每天一次,每次40分钟,取掉牵引后立即卧床休息40分钟,方可离开^[5]。

2.2 整脊手法:用整脊调曲手法,每天一次。先拿、捏、滚、揉手法,牵引二周,椎曲出现后,选择使用胸腰枢纽解锁法,腰骶枢纽旋转复位法,或骨盆斜扳法,使偏歪棘突复位^[5]。

3. 药物治疗:急性期配合静脉输脱水剂(如甘露醇、葡萄糖注射液+香丹注射液等)3—7天。中药辩证选用腰管扩容汤I号(药用:天麻、钩藤、鹿角片、鹿寿草、狗脊、土鳖、广三七、盘龙七、组子七等专治腰椎间盘型);腰管扩容汤II号(药用:土鳖、三七、红花、龙骨、骨碎补、制乳香、制马钱、朱砂七、灯

台七等专治腰椎滑脱型);腰管扩容汤III号(药用:动物骨、龙骨、牡蛎、然铜、鹿角片、姜虫、狗脊、巴戟天、肉苁蓉、雪山七、长春七等专治骨质疏松型);腰管扩容汤IV号(药用:葛根、姜黄、鸡血藤、丹参、红花、杜仲、熟地、鹿角片、制马钱、地龙、竹根七、背梁七等专治混合型)。

4. 功能锻炼:治疗方案一开始教会患者自主功能锻炼。腰椎曲度变小即平直或反弓的多是椎间盘型,采取过伸练功法,例如:俯卧撑,卧位挺腹,飞燕式并配合跨步锻炼;对腰椎曲度加大的多是腰椎滑脱型,多采用屈曲式练功法,例如:点头哈腰式,床上起坐式(不倒翁)等。每天练功不少于1小时,每次50下,动作要柔缓。出院后嘱患者继续锻炼半年以上,巩固病情和防止复发^[5]。

三、疗效观察

1. 疗效评定标准:本组病例治疗效果评定以症状、体征,功能恢复和椎曲恢复程度评定,分为治愈、好转、显效、无效4级。治愈:症状体征基本消失,步行1km以内无症状,下肢运动肌力恢复到4-5级,椎曲恢复和功能恢复II级以上者。好转:主要症状体征减轻,步行500m—1km有症状,下肢运动肌力恢复到4级,椎曲和功能恢复在III级者。显效:主要症状体征改善,步行300-500m有症状,下肢运动肌力恢复到3级,椎曲恢复到III—IV级,功能恢复IV级者。无效:经二个疗程治疗症状体征无改善,椎曲及功能均无恢复者^[5]。

2. 治疗结果:治愈6例,占30%,好转7例,占35%,有效6例,占30%,无效1例,占5%,总有效率95%。

四、典型病例

张秀芳,女,60岁,勉县定军山镇毛堡村人,2009年10月6日初诊,双下肢麻木,软、困、凉、痛,左足踩棉花感,步行不到100米,必须蹲下或坐下休息一阵又能行走,间歇性跛行。腰部活动受限,过伸试验阳性,直腿抬高试验(±)。X光片示:侧位见腰曲平直,椎曲紊乱;正位片见腰椎侧弯,腰椎骨质增生,椎弓根间距变小,椎板间隙狭窄。MRI示:腰曲平直,腰椎侧弯至椎骨不在一条平面,L₄₋₅椎管前后径9mm,椎间盘向后突出约5mm,硬膜囊受压,L_{5-S₁}椎间盘向左后突出约5mm,左侧侧隐窝受压变窄。提示:①L₄₋₅,L_{5-S₁}椎间盘突出;②L₄₋₅,L_{5-S₁}平面骨性椎管前后径9mm,椎管狭窄。诊断:腰椎管狭窄症(腰间盘型),运用理筋,调曲,练功三大原则来治疗。每天药熨或熏蒸一次,“以宗四维整脊仪”用俯卧位,过伸悬吊牵引腰椎,每天一次。中医微创松解针法松解软组织,1周1次。用胸腰枢纽解锁法,腰骶枢纽旋转复位法调胸椎腰椎。腰管扩容汤工号内服,每日一剂,水煎分2次服。功能锻炼,选用俯卧撑。卧位挺腹,飞燕式并

配合跨步锻炼。2周后步行正常,3周后踏棉花感消失。继续治疗2周,拍X光片示:腰椎正位见侧弯改善,侧位片见腰曲恢复Ⅱ级,临床治愈出院。嘱每天坚持练功。半年后随访,腰部活动度良好,下肢步态正常,肌力正常,能正常工作。嘱患者坚持腰背肌功能锻炼。

五、讨论

1. 椎管狭窄的病因病理是动态的,节段性的狭窄,不是静态的椎管狭窄症。韦以宗教授认为腰椎椎管狭窄症是多个椎间盘突出或椎体滑脱,导致椎间隙变窄,椎曲紊乱,脊柱侧弯,椎体位移,继发椎管狭窄症,压迫神经和脊髓而引起的临床症状。多个椎间盘退变,椎体排列顺列紊乱,从X光照片可以看到其正常生理曲度几乎消失,甚至反弓,多个椎体位移,退变的椎间盘压迫后纵韧带,造成椎管前缘变窄,而椎管后缘的黄韧带相继出现皱折,肥大,增厚而突入椎管。从而形成椎管内“前后夹击”硬膜囊,造成椎管狭窄症。椎曲的力学紊乱是发生椎管狭窄症的主要原因。由椎体位移,椎间盘突出所致的椎管狭窄症,是节段部位——即椎间盘部位段的狭窄,而不是骨性的椎管狭窄症。因此,这种狭窄是“动态的”(椎体关节的活动状态),而不是静态的(不是骨性的),这也是临床上病人出现“间歇性跛行”的病因病理^[6]。

2. 重视理筋,认为筋柔才能骨正。韦教授认为,做推拿者重视“筋”,行正骨者重视“骨”。脊柱劳损病不是突发的外伤,而是长期的单侧某肌群损伤导致脊柱骨关节错位,骨折复位要求对位对线,所谓对线是指恢复原来的解剖生理的力线。整脊对骨关节的复位同样要求恢复力线。这个力线主要是“椎曲”,特别是腰曲和颈曲。临床上几乎所有的脊柱劳损病都源自于椎曲紊乱。椎曲紊乱的病因病理基础是椎体关节三角力学结构位移后出现“骨牌效应”所致。椎曲紊乱起源于维持椎曲的四维肌力不平衡,所以要正骨—调曲,就必须先理筋。创伤骨科是“骨正筋柔”是源自于“骨伤”,对整脊来说,是“筋柔骨正”,是源自于“筋伤”。韦教授强调理筋源自于此。理筋的方法是药熨或熏蒸、骨空针和特异针具调压疗法、整脊骨法。药熨或熏蒸促进局部血液循环,改善软组织新陈代谢,缓解痉挛和疼痛;骨空针和特异针具(针刀或巨钩针松解异常改变的软组织和骨膜,松筋针触激神经根)是以针刺骨膜,骨孔、筋结和神经为主的针刺法,可以调压松筋,松解粘连;整脊和推拿按摩为主的手法可使多经得气,激发多经气血运行,舒筋活络、活血化瘀。这些理筋疗法都是增强竖脊肌为主的背后肌群和中枢神经的兴奋和肌力,缓解肌痉挛,促进神经功能恢复,改善局部血液循环^{[6][7]}。

3. 调曲是关键,脊椎损伤的病理核心是椎体位移,

椎曲改变,并发椎间孔和椎管变形。椎曲的力学改变是产生椎管狭窄症的主要原因,所以整脊调椎曲使椎曲恢复是治疗腰椎管狭窄症的关键。韦教授指出理筋后,运用自行研究并获国家发明专利的“以宗四维整脊仪”,用过伸悬吊牵引法(是以牵引双下肢为主的过伸牵引法)充分调动腰大肌对脊椎的伸展应力。通过四维(以腰椎前部左右各一的腰大肌为前二维,以腰椎体后部左右各一的竖脊肌为后二维),悬吊牵引使位移的椎体得到复位,达到“筋柔骨正”,使紊乱的椎曲得到恢复或改善,故临床疗效满意^[6]。

4. 加强功能锻炼也是重要的治疗方法。本病以过伸为主的锻炼方法,如俯卧撑,卧位挺腹、“飞燕式”并配合跨步锻炼的练功法,都是充分调动腰大肌的作用力来维持椎曲的稳定,因此功能锻炼,不仅是重要的治疗方法,也是预防复发的好方法。随访病例中发现出院后坚持功能锻炼的效果维持的越好且不易复发^[6]。

5. 以宗四维牵引调曲法是韦以宗教授对中国骨科学又一原创性贡献,开创了我国整脊学新纪元,用来治疗腰椎椎管狭窄症,我们配合中医微创松解特异针法技术,珠联璧合,取得了非常满意的疗效,值得推广应用。

参考文献

- [1] 韦以宗、中国整脊学(M)人民卫生出版社 2006.北京.428-440
- [2] 韦以宗,整脊疾病学整脊学系列(M)人民卫生出版社,2009.北京 45-50.
- [3] 中华中医药学会整脊分会。国家中医药管理局中药标准化项目,中医整脊科学常见病诊疗指南。2010年4月,青岛即墨市 50-55
- [4] 中华中医药学会整脊分会。国家中医药管理局中药标准化项目,中医整脊科正脊调曲法操作规范,2010年4月,青岛即墨市 4-5
- [5] 韦以宗,王秀光,戴国文,田新宇等。针刺华佗夹脊穴配合调曲为主治疗椎管狭窄症—189例疗效报告。世界中医骨科杂志,2009年8月第10卷第2期,17-26。
- [6] 杨淑雯,牛晓磊,田新宇,韦以宗教授治疗椎管狭窄症临床经验介绍(J)中国民间疗法 2009年9月第17卷第9期,6-7。
- [7] 田新宇,牛晓磊,学习中国整脊学心得和体会(J)世界中医骨科杂志,2009年8月第10卷第2期,11-13。
- [8] 成树江,第四届国际针刀医学学术交流大会论文集《科学之友》(J) 2008年02月.太原。