

# CT 扫描观察推拿治疗腰椎间盘突出症

推拿科 沈景允  
浙江中医学院附属医院(杭州 310006)  
放射科 钱明山 张志桥  
浙江医科大学附属二院放射科 蒋公贤

自 1986~1990 年我们以手法推拿治疗经脊椎 CT 扫描确诊的 30 例腰椎间盘突出症, 并于治疗前后作 CT 检查对比观察其疗效, 现分析如下。

## 临床资料

一、诊断标准 有外伤史, 腰腿痛的主诉和各种临床体征, 同时结合 CT 扫描证实椎间盘突出向后、向右或左突出甚至硬膜囊受压, 侧隐窝变窄等表现, 凡符合上述标准的可确诊。

二、一般资料 30 例中男 19 例, 女 11 例; 年龄 20~60 岁, 平均 40 岁。以工人和干部为主; 病程 3 个月~2 年。根据临床和 CT 检查分为以下 3 型。

1. 神经根压迫型(18 例) 患者单侧腰腿麻痛, 脊柱弯曲, 腰椎生理弧度消失或后突, 骨盆倾斜, 直腿抬举试验阳性, 拉西克征(+), 屈颈或仰卧挺腹试验阳性。压迫 L<sub>4</sub>、<sub>5</sub> 及 L<sub>5</sub>、S<sub>1</sub> 椎旁有感觉明显放射至足跟部或下肢。跟、膝反射减弱, 踝趾背伸或趾屈力减弱。CT 脊柱扫描有椎间盘突出或侧隐窝狭窄。

2. 椎间盘突出无根性压迫型<sup>(1)</sup>(8 例) 患者单侧腰腿痛, CT 脊柱扫描有椎间盘向后偏左或右突出或膨出而无神经根压迫症状。体检时主要体征阴性。如直腿抬举试验等阴性, 压迫椎旁无明显放射性下肢痛, 但叩击腰部可出现下肢痛麻。

3. 中央型(4 例) 双侧腰腿痛, 一重一轻, 间歇性跛行, CT 脊柱扫描有椎间盘向后中部突出压迫硬膜囊, 体征检查无神经根压迫症状。直腿抬举试验阴性, 椎旁无明显放射性腿痛, 但叩击腰部时似有出现尾骶部胀感, 严重者出现马鞍区麻痹症状和大小便功能障碍。

## 治疗方法

凡临床体征、病史、结合 CT 扫描确诊为椎间盘突出者, 无心、肾、肝主要脏器慢性疾病, 无急、慢性传染病者均可接受手法推拿治疗。

### 推拿整骨手法

1. 骨盆牵引 15 min<sup>(2)</sup>。

2. 压腿法 在直腿抬举至 90° 向足底下压。

3. 脊柱旋转法 患者仰卧, 助手固定肩部, 术者将患者屈膝屈髋后掀压旋转腰部。

4. 腿后伸压腰法 患者俯卧, 术者肘部按压在患者腰部椎旁痛点, 一助手将双腿后提至 45°。

5. 后伸提踵腿压腰法 患者俯卧, 术者肘部按压在患者腰部椎旁痛点, 一助手握患肢踝部, 将其向上提腿。

手法治疗随症加减。神经根压迫型: 手法用上述 1、2、3、4。椎间盘突出无根性压迫型: 手法用 1、3、5。中央型(包括椎体后缘骨赘增生者)手法用 1、2、3、5。用 2、3 时要双压腿、双旋转法。

## 结 果

一、疗效标准 临床基本治愈: 临床症状(即腰腿痛及体征)基本消失; CT 检查已无明显椎间盘突出之表现或 CT 出现椎间盘组织突出有改善, 稳定 1 年。显效: 症状明显好转, 即主要症状消失, CT 复查有改善即突出物部分位移, 稳定半年。有效: 临床症状和体征有所改善。CT 复查无明显变化。无效: 临床表现和体征无改善, CT 扫描复查无变化。

二、结果分析 近期疗效: 临床基本治愈 26 例占 86.7%, 有效 3 例占 10%, 无效 1 例占 3%。远期疗效: 经 1 次手法治疗随访 3 个月~4 年, 临床基本治愈 20 例占 66.7%, 显效 5 例占 16.6%, 有效 3 例占 10%, 无效 2 例占 6.6%。

## 讨 论

一、手法治疗机理探讨 从 30 例推拿前后 CT 脊椎扫描椎间盘突出照片对照, 认为推拿整骨手法在椎间盘病理形态学方面有以下变化: (1)能改变突出物的位置。(2)能分离神经根粘连。(3)能改变侧隐窝的狭窄(由软组织突出物所造成的)使神经根通道畅通。(4)能缩小和吸收部分突出物(包括膨出物)。(5)可以回纳外层纤维环未破裂的突出物。

二、椎间盘突出症临床与 CT 分型 以往临床分型是根据患者病史及临床体征分为典型与不典型二类。典型者即有神经根压迫症状和体征明显。不典型

者指有腰腿痛但无根性压迫症(1988年全军骨科会议提出椎间盘突出无根压型)。我们同意这样分型即根压型、无根压型和中央型。CT分型根据CT表现分为椎间盘突出向后正中突出或向后左突出,向后右突出。椎间盘膨出或侧隐窝狭窄,或黄韧带增厚,或椎体后缘骨质增生。总之两者要有机的结合。CT要结合临床,临床也离不开CT的窥测。

三、推拿复位后临床症状消失主要机理:由于手法位移了椎间盘突出物。解决了压迫与被压迫的关系,从而使神经根松懈,痛、麻消失,功能及肌力恢复。推拿整骨手法对脊柱形态学来说,通过手法可以纠正脊柱内外平衡失调,同时也可以使周围痉挛的肌肉、筋膜、韧带软组织得到松弛。

四、椎间盘突出症以往主要采取手术治疗,也有采取非手术治疗的手法复位。但由于检测手段不够理想和完整致使影响诊断率。目前对椎间盘突出症患者

除临床体征外,结合CT扫描既提高了诊断率而又可以观察疗效。

在30例腰椎间盘突出患者,手法整复后3个月~4年的CT扫描复查不仅在临床体征能够消失,而且在理论上由过去的假设推测到CT形态学证实推拿手法治疗机理能够位移突出物。经过手法整复从CT复查来看,12例侧隐窝者减少到5例,这提示手法不仅能位移突出物,而且同时也能使由软组织致使侧隐窝狭窄者通过手法可使神经根管通道狭窄处得到改善。

### 参 考 文 献

1. 陆一农. 无根性坐骨神经痛的腰椎间盘突出症. 颈腰痛杂志 1988; 9(3): 15.
2. 金望潮, 等. 推拿法治疗腰椎间盘突出症 543 例远期疗效分析. 中医骨伤科杂志 1987; 3(2): 17.

## 中西医结合治疗小腿慢性溃疡 750 例

上海半淞园地段医院皮肤科(上海 200011) 金海光

**临床资料** 在本组 750 例 1007 个溃疡面; 男性 463 例, 女性 287 例。年龄 15~91 岁, 平均 53 岁。职业: 以长期从事繁重体力劳动者 594 例。病因: 静脉曲张性溃疡 596 例, 外伤性溃疡 41 例, 原因不明性溃疡 41 例, 烫伤 33 例, 糖尿病溃疡 9 例, 脉管炎 9 例, 白塞氏病 4 例, 术后 4 例, 红斑狼疮性溃疡 3 例, 其他 10 例。病程: 1~30 年, 平均 4 年。发病部位: 小腿下 1/3 处 683 个, 其中下 1/3 内侧 533 个, 左小腿下 1/3 内侧 299 个。溃疡面积 1~2 cm<sup>2</sup> 532 个, 2~5 cm<sup>2</sup> 273 个, 5~10 cm<sup>2</sup> 153 个, 10~20 cm<sup>2</sup> 44 个, >21 cm<sup>2</sup> 5 个; 溃疡深度 2~10 mm, 平均 4 mm。脓液培养 60 例, 其中细菌生长 59 例。

**治疗方法** 药物组成: 黄柏 黄连 黄芩 虎杖 乳香 没药 象皮 炉甘石 血竭 0.5 g 研末备用。

**使用方法:** 创面用 1% 盐水棉或消毒棉球擦拭, 然后将药粉均匀地撒在创面上, 以不露出肉芽组织为宜, 纱布覆盖, 绷带包紧。如有大、小隐静脉曲张, 晨起用弹力绷带从踝部缠到膝部, 每日换药 1 次, 分泌物多者, 每日换药 2 次, 可在家自行换药, 定期门诊随访。溃疡部如有急性感染可给抗生素, 慢性溃疡体质差者给予足量维生素类药物, 以及根据辨证给予补血、益气、健脾、补肾中药内服。

**结 果** 疗效标准 痊愈: 溃疡面愈合, 瘢痕形

成。好转: 溃疡面明显缩小。无效: 经治疗 3 个月溃疡面无变化。

**治疗结果:** 治愈 688 例占 91.7% (921 个溃疡面占 91.4%); 其中 1 个月治愈 377 例占 44.9% (465 个溃疡面占 46.1%); 2 个月治愈 143 例占 19% (169 个溃疡面占 16.7%); 3 个月治愈 65 例占 8.6% (100 个溃疡面占 9.9%); >3 个月治愈 143 例占 19% (187 个溃疡面占 18.5%)。好转 41 例占 5.4% (57 个溃疡面占 5.6%)。无效: 21 例占 2.8% (29 个溃疡面占 2.8%)。

**体 会** 小腿慢性溃疡中医认为由于湿热下迫, 瘀血凝滞经络所致。故局部选用黄连、黄柏、黄芩、虎杖清热解毒、抗菌消炎; 炉甘石收湿生肌, 通和血脉保护创面; 象皮敛疮; 乳香、没药、血竭活血散瘀, 生肌消肿增加血液循环和促进肉芽组织生长。慢性溃疡不仅是局部病灶, 而是全身慢性消耗性疾病。对长期不愈、溃疡面大、体质差、创面有感染者, 在治疗局部的同时不能忽视全身的治疗。根据脾主肌、肾主骨的理论, 应用健脾、补血、益气、补肾的黄芪、党参、太子参、白术、当归、生地、熟地、淮山药、枸杞子、首乌、补骨脂之类随证加减内服; 为补充失缺的维生素, 应用维生素 C、维生素 A、维生素 E 促进肉芽和上皮生长。