

表 1 两组患者治疗前后 FMA、MBI 评分

( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 例数 | FMA         |                         | MBI       |                        | FMA 提高分数               | MBI 提高分数               |
|-----|----|-------------|-------------------------|-----------|------------------------|------------------------|------------------------|
|     |    | 治疗前         | 治疗后                     | 治疗前       | 治疗后                    |                        |                        |
| 治疗组 | 34 | 38.3±28.71  | 69.8±5.4 <sup>①</sup>   | 34.3±5.21 | 59.8±5.12 <sup>①</sup> | 31.5±4.15 <sup>②</sup> | 25.5±4.15 <sup>②</sup> |
| 对照组 | 34 | 39.15±26.13 | 58.93±4.16 <sup>①</sup> | 34.5±9.13 | 38.3±8.16 <sup>③</sup> | 19.78±1.26             | 3.8±4.56               |

①与治疗前比较,  $P < 0.01$ ; ②与对照组比较,  $P < 0.01$ ; ③与治疗前比较,  $P > 0.05$ 

紧张性反射、肌张力增高和痉挛, 但各肌群肌张力增高的程度不同, 上肢屈肌比伸肌张力高, 故此期针刺取穴重用了拮抗肌上腭穴, 调节了肌群间协调运动, 以促进和提高痉挛劣势侧肌张力, 对抗痉挛优势侧肌痉挛, 达到缓解痉挛, 平衡阴阳之目的<sup>[3-4]</sup>。本研究结果显示, 针刺治疗对两组患者的运动功能方面均有较好的临床疗效, 但单纯的针刺治疗对患者的日常生活活动能力没有太大的影响, 可能是由于针刺治疗只是使患者处于被动地接受治疗的状态, 而结合姿势控制训练能够使患者变被动为主动, 积极地参与康复, 从而提高了瘫痪肢体的活动能力。

脑卒中患者的恢复应以能否建立随意和协调的正常运动模式为标准。要达到随意和协调的正常运动, 单靠药物治疗是不够的。现代康复理论认为, 脑卒中后, 脑皮质功能的重组可通过神经细胞突出再生、发芽来实现, 新的突出的产生, 其对神经冲动传导阈值的降低, 都依赖于运动信息的不断输入和强化。建立正确的运动模式, 持之以恒地进行有效的肢体训练可以调整神经反射环路各个运动神经元的兴奋性, 最终实现大脑皮质的“功能重组”<sup>[5]</sup>。近年来, 一些实验研究显示, 运动训练可促进功能恢复的机制可能与增强了脑损伤后脑的可塑性变化有关。尽管皮质缺血或局灶性创伤性损伤可作为一种刺激引起脑的可塑性变化, 但适当的行为学训练可增强脑损伤后运动皮质的这种可塑性变化<sup>[6]</sup>。

姿势控制训练可促进神经肌肉反应, 增强运动过程中肢

体的控制能力, 通过治疗师对患者躯干及四肢关键点的控制, 可以改善患者由于肌张力分布异常而导致的坐、站及行走中的异常姿势, 从而有利于引导患者按照正常的运动轨迹最大限度地恢复其运动功能, 提高生活自理能力。本研究治疗组患者采用针灸结合姿势控制训练疗效明显优于采用单纯针灸治疗的对照组患者 ( $P < 0.01$ ), 表明针灸结合姿势控制训练不失为一种改善缺血性脑卒中患者运动功能及日常生活活动能力的有效方法。

### 参考文献

- [1] 中华医学会. 各类脑血管疾病诊断要点 [J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6):379.
- [2] 王晓燕, 李静苗. 针灸配合康复治疗治疗脑血管意外后偏瘫临床观察[J]. 中国针灸, 2001, 21(12):373.
- [3] 商晓英, 刁凤英, 吴世杰. 急性脑卒中早期康复和针刺治疗的疗效分析[J]. 中国康复医学杂志, 2003, 18(2):108—109.
- [4] 郭元琦, 符文彬, 陈丽仪, 等. 分期整体针灸法对偏瘫患者运动功能恢复的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2005, 20(4):290—291.
- [5] 缪鸿石, 南登昆, 等. 康复医学理论与实践[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2000, 11.
- [6] 贾子善, 赵大为, 槐雅萍, 等. 运动训练对局灶性脑梗死大鼠梗死灶周围皮层 NCAM mRNA 表达的影响 [J]. 中国康复医学杂志, 2005, 20(7):502—503.

## ·传统医学与康复·

# 全麻下“三位四法”按摩治疗腰椎间盘突出症疗效观察

熊同学<sup>1</sup> 谭英源<sup>1</sup>

腰椎间盘突出症常引起腰腿痛, 严重影响患者的工作和生活。目前临床治疗本病主要为非手术治疗和手术治疗两大类, 一般非手术治疗多选用按摩、针灸等治疗方法。近几年, 我们在临床上采用全麻下“三位四法”按摩治疗腰椎间盘突出症 49 例, 取得较为满意的治疗效果, 并设常规按摩组 45 例对照观察, 报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

本组共 94 例患者, 临床诊断为腰椎间盘突出症, 并经 CT 或 MIR 证实。采用随机数字表法分为全麻下“三位四法”

按摩治疗组与常规按摩对照组。治疗组 49 例, 男性 29 例, 女性 20 例; 发病年龄 26—59 岁, 平均 42.08 岁; 病程 0.1—72 个月, 平均 5.30 个月。对照组 45 例, 男 31 例, 女 14 例; 发病年龄 24—59 岁, 平均 40.87 岁; 病程 0.06—78 个月, 平均 5.24 个月。两组间在性别、年龄、病程上差异无显著性意义 ( $P > 0.05$ )。

### 1.2 纳入标准

①符合国家中医药管理局 1995 年颁布的《中医病症诊

<sup>1</sup> 广东省清远市中医院康复科, 511500

作者简介: 熊同学, 男, 副主任医师

收稿日期: 2005-07-09

断疗效标准》中的腰椎间盘突出症诊断标准<sup>[1]</sup>;②年龄在 20—59 岁;③经 CT 或 MIR 确诊为腰椎间盘突出症;④签署手术同意书者。

### 1.3 排出标准

①不符合纳入标准;②合并有心脑血管及严重肝肾疾病等内科疾病患者;③60 岁以上患者;④中央型椎间盘突出或兼有马尾神经受压者;⑤经 CT 或 MIR 证实合并有骨质疏松的患者。

### 1.4 治疗方法

**1.4.1 治疗组:** (1)麻醉:采用硫喷妥钠 0.5g,以 0.9%生理盐水稀释至 20ml,静脉缓慢推注 8mg/kg(不超过 0.5g),当患者进入麻醉状态后,先注入氯筒箭毒碱 4mg,后注入琥珀胆碱 1—2mg/kg,待患者全身肌肉松弛后即可进行按摩操作<sup>[2]</sup>。(2)“三位四法”按摩操作:①仰卧位对抗牵引:患者仰卧,术者两人分别在床头两侧,用一手顶住患者腋窝部,另一手握患者手腕,另两名术者位于床尾,双手握住患者踝关节部,4 人同时作相反方向用力牵引约 1min。②直腿抬高牵伸:患者仰卧,术者一人将患者患肢抬起 90°,另一助手握住患者足掌部用力作足背屈活动 2 次。③侧卧位斜扳:患者侧卧,术者 1 人以手掌推患者肩部,另一手肘压于患者臀部,作相反方向用力扳动,左右侧卧位各 1 次。④俯卧位后伸扳:患者俯卧,术者 1 人以拇指按住患侧椎间盘突出之间隙旁,另一手托健侧膝关节部作相反方向用力扳动,拇指尽量向下推压,手法结束。

术后待患者苏醒,腰围固定患者腰部送回病房。绝对卧床 1 周,1 周后让患者下床作轻微活动,10 天后指导患者进行腰背肌锻炼。

**1.4.2 对照组:**应用常规按摩法<sup>[3]</sup>,嘱患者俯卧,全身放松,医者在患者腰、臀及患肢来回施用滚法、按揉法约 10min;牵抖法:患者俯卧,一助手在床头以双手放入患者双腋部固定患者上半身,可让患者手拉床头配合,术者双手握住患者双踝关节部,双脚踩在床头的横档上,将患者双腿提起,作波浪式的抖动 2—3 次,然后放下患者双腿持续牵拉 2—3min;后伸扳法:患者俯卧,术者一手以拇指按住患侧椎间盘突出之间隙旁,另一手托健侧膝关节部作相反方向用力扳动,拇指尽量向下推压;斜扳法:患者侧卧,术者一人以手掌推患者肩部,另一手肘压于患者臀部,作相反方向用力扳动,左右侧卧位各一次;最后用滚、按揉、拍、推等手法放松腰腿部 5min,每日 1 次,10 次 1 疗程,连续 2 个疗程。

### 1.5 疗效评定标准

两组患者均在 20 天后参照《中医病症诊断疗效标准》<sup>[4]</sup>拟定标准评定疗效。①显效:腰腿痛消失或明显减轻,直腿抬高 70°以上,能恢复原工作。②有效:腰腿痛减轻,直腿抬高 50°—70°,腰部功能活动改善。③无效:腰腿痛症状无改善或加重,直腿抬高 50°以下。

### 1.6 统计学分析

两组总有效率比较用 Ridit 分析。

## 2 结果及讨论

见表 1。两组疗效比较差异有显著性意义( $P<0.01$ ),提示

表 1 两组疗效比较

| 组别  | 例数 | 显效 |      | 有效 |      | 无效 |      | 总有效率 (%) |
|-----|----|----|------|----|------|----|------|----------|
|     |    | 例  | %    | 例  | %    | 例  | %    |          |
| 治疗组 | 49 | 32 | 65.3 | 15 | 30.6 | 2  | 4.10 | 95.9     |
| 对照组 | 45 | 16 | 35.6 | 21 | 46.6 | 8  | 17.8 | 82.2     |

经 Ridit 分析,  $Z=3.087, P<0.01$

治疗组优于对照组。腰椎间盘突出症的手法治疗以放松和整复手法为主<sup>[4-5]</sup>。我们认为整复手法得当与否是治疗本病的关键,当施用整复手法时,患者往往因疼痛而以不自主的抗力阻碍手法的正常施行,以致不能获得较理想的治疗效果。选用全麻后按摩,患者肌肉松弛好且无疼痛,便于手法的正常施行。但在实施手法时,一定要掌握好手法技巧,操作熟练,运用扳法时,一般不得超出人体的正常生理曲度,防止造成损伤而加重病情<sup>[6]</sup>。通过运用对抗牵引、后伸扳、斜扳等手法,可使突出的椎间盘产生较大负压,而使某些突出的髓核部分回纳<sup>[7]</sup>,加之斜扳、后伸扳、直腿抬高牵伸可松解粘连,使突出物与神经根之间的关系发生改变<sup>[8]</sup>,可消除或减轻临床症状与体征,达到较好的治疗效果。

全麻下按摩治疗本病,因为治疗时间短,要求肌肉松弛良好,采用单次静脉麻醉即可完成手法操作。不需作气管插管,术程以四头带固定面罩给予吸氧,施行辅助和控制呼吸,方法简便可靠,较硬膜外麻醉肌肉松弛更好,较静-吸复合全麻气管插管副作用小。本组硫喷妥钠+肌松剂单次静脉全麻,循环稳定,肌松、镇痛效果满意,术毕 10—20min 苏醒。在麻醉过程中实施按摩,需多个体位,尤应注意患者的呼吸管理,同时保护好头颈部位,防止颈椎挫伤而出现意外。

全麻下“三位四法”按摩治疗腰椎间盘突出症简便易行,手法操作简单,一次按摩手法即可,治疗时间短,症状消除快,大大减轻了患者的痛苦和经济负担。通过观察其临床疗效,并与常规按摩法比较,两组存在显著性差异。但要避免在手法过程中粗暴用力,以防止不应有的损伤。

### 参考文献

- [1] 国家中医药管理局.中医病症诊断疗效标准[M].第 1 版.南京:南京大学出版社,1994.201—202.
- [2] 刘俊杰,赵俊主编.现代麻醉学[M].第 2 版.北京:人民卫生出版社,1997.284,668.
- [3] 俞大方主编.推拿学[M].第 1 版.上海:上海科学技术出版社,1985.128.
- [4] 韩永珍,倪朝民,刘斌,等.腰椎间盘突出症的综合治疗及影像学分析[J].中国康复医学杂志,2004,19(2):98—99.
- [5] 单述刚,于善良.综合疗法治疗急性腰椎间盘突出症的疗效观察[J].中国康复医学杂志,2004,19(8):613—614.
- [6] 闫战益,王雪萍.手法和牵引治疗腰椎间盘突出症导致病情加重的原因[J].中医正骨,2004,16(10):45.
- [7] 胡晓明.大推拿为主治疗腰椎间盘突出症 100 例[J].按摩与导引,2003,19(1):30.
- [8] 高群兴,张盛强,何凤春等.硬膜外麻醉下大推拿复位治疗腰椎间盘突出症[J].按摩与导引,2004,20(3):35.