



龙氏整脊结合核心训练治疗腰椎间盘突出症的临床观察

朱法治 陈立早 陈智志 李梓宾 (长沙市中心医院康复医学科 湖南长沙 410004)

摘要: **目的** 探究龙氏整脊结合核心训练治疗腰椎间盘突出症的临床效果。**方法** 选择2015年8月-2016年8月在本院接受治疗的腰间盘突出患者60例作为研究对象,将患者按照随机原则均分为对照组和治疗组,对照组患者行龙氏整脊疗法。治疗组患者行龙氏整脊结合核心训练治疗方式,对比观察两组患者治疗效果。**结果** 治疗组患者的治疗优良率为83.33%,对照组为50.00%,数据对比差异具有统计学意义($P < 0.05$)。两组患者治疗前的疼痛评分对比差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后,治疗组评分为 (1.3 ± 0.9) 分,对照组为 (4.6 ± 1.5) 分,数据对比差异具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 龙氏整脊结合核心训练治疗腰椎间盘突出症具有较高的疗效,可以改善患者的临床症状,降低患者的疼痛。

关键词: 龙氏整脊 核心训练 腰椎间盘突出 疗效

中图分类号: R244.1 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2017) 03-189-02

腰椎间盘突出是常见的临床症状,其对患者的运动能力以及生活质量存在较大的影响。在对患者的临床治疗中,治疗方法相对较多,如通督正脊疗法、核心训练疗法以及龙氏整脊疗法等,但是单一的治疗方法效果并不明显。因此,本文结合在本院治疗的60例患者,探究龙氏整脊结合核心训练的疗效,现报道如下。

1 患者资料和方法

1.1 患者资料

选择2015年8月-2016年8月在本院接受治疗的腰间盘突出患者60例作为研究对象,其中男性患者31例,女性患者29例,患者年龄34-68岁,平均年龄为 (52.4 ± 2.9) 岁。纳入标准:排除骨折、肿瘤、结核等手术操作禁忌症;排除腰腿痛软组织损伤、梨状肌综合征、坐骨神经炎、腰骶椎体变异等病症,治疗期间不曾接受其他治疗,知情同意能坚持2个疗程者,并签订“知情同意书”。排除标准:不符合纳入标准者,有感觉缺失,肌肉瘫痪及腰部手术史;患有椎管狭窄明显及心脑血管病、糖尿病、肿瘤等重大疾病;局部皮肤有破损及感染性疾病者;严重内科疾病者,及精神异常;妊娠期的妇女。将患者按照随机数字表法均分为对照组和治疗组,两组患者的一般资料比较无统计学差异($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 研究方法

对照组患者先进行治疗前量表评定,后采用常规的针灸、推拿手法及牵引进行治疗及传统的腰部肌锻炼(飞燕式、四点支撑),每日一次,6次一疗程,每疗程间休1天,再进行下一疗程,共观察3个疗程后评价疗效。

治疗组患者行龙氏整脊结合核心训练治疗方式,先行龙氏整脊法。操作方法如下:(1)揉腿揉腰法:患者俯卧于治疗床上,双手分别抓住患者双踝部,将双小腿。抬起屈曲值 150° - 160° ,膝关节以上平置床上,使患者双踝向左右方向成“8”字往返摆动,腰、臀、小腿成波浪式左右弧形摆动。医师双手止于患者腰部跟随助手的摆动对患者进行按揉放松局部的肌肉。(2)俯卧牵抖冲压法:患者俯卧于治疗床上,将10-20公分的枕头垫于腹部,医师按复位主要病椎的棘突偏向站位,双手按于病方后隆的椎棘突上,双手向前上方冲压,助手向下牵引抖动,2-3下便可。(3)侧卧腰椎斜板法:患者侧卧位,在下侧上肢抱头,下肢自然伸直,在上侧的下肢屈髋屈膝,使脊柱略成一弧形,医师利用患者肩部后仰臀部前屈的角度可以控制定位的搬动。

在龙氏整脊后对患者行核心训练,利用进口瑞士球进行核心稳定性训练(1)双桥运动:仰卧,双手平放在身体的两侧,双小腿放于瑞士球上。抬起骨盆,使瑞士球在小腿下保持平衡并且肩部、骨盆与双足成一条直线,维持30s,再回到起始部位,重复10次。(2)单桥运动:在动作一的基础上缓慢抬起一侧下肢,维持15s,再回到起始位置,换另一腿操作,重复10次。(3)双膝屈曲状态下的双桥运动:在动作一的基础上用双足把瑞士球拉向臀部,逐渐屈曲膝关节,使膝关节、骨盆与肩部成一条直线,维持该姿势15s,再回到起始位置,重复10次。(4)反桥运动:仰卧在瑞士球,双肩顶在球,双脚与肩同宽平放在地面上,膝关节屈曲 90° 。维持该姿势1min,重复10次。(5)

髋膝关节屈曲状态下的桥运动在④的基础上屈曲一侧髋关节 尽可能到 90° ,维持10s,返回起始位置换另一侧腿,重复10次。(6)单腿伸直状态下的反桥运动在④的基础上伸直一侧膝关节,维持10s,返回 起始位置换另一侧腿,重复10次。

在对患者治疗时,6次一疗程,每疗程间休1天,再进行下一疗程,共观察3个疗程后评价疗效。

1.3 疗效判定

临床疗效评定改善依据改善率分为优、良、中、差。优:腰腿痛症状及体征消失,直腿抬高 70° 以上,能恢复原工作,改善率 $\geq 75\%$;良:腰腿痛症状减轻,直腿抬高 60° 以上,能胜任原工作,改善率 $\geq 50\%$,单 $<75\%$;中:腰腿痛减轻,直腿抬高 45° 以上,能胜任原有工作,改善率 $\geq 25\%$ 单 $<50\%$;差:症状体征无改善甚至加重,直腿抬高 45° 以下,改善率 $<25\%$ 。

疼痛评分:采用VAS疼痛评分对患者进行评价,总分为10分。0分表示无痛,1-3分表示轻度疼痛;4-6分表示中度疼痛;7-10分表示重度疼痛^[1]。

1.4 观察指标

对比观察两组患者的治疗优良率,同时对比观察两组患者治疗前后的疼痛评分情况。

1.5 统计学处理

本次研究采用SPSS 13.0软件处理数据,计数和计量资料分别用 $n(\%)$ 以及 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,组间数据比较分别用 χ^2 以及 t 表示,数据的统计学意义运用 $P < 0.05$ 表示。

2 结果

2.1 两组患者疗效比较

在本次研究中,治疗组患者的治疗优良率为83.33%,对照组为50.00%,数据对比差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

表1: 两组患者治疗效果对比表 [$n(\%)$]

组别	优	良	中	差	优良率
治疗组($n=30$)	15(50.00)	10(33.33)	4(13.33)	1(3.33)	25(83.33)
对照组($n=30$)	8(26.67)	7(23.33)	9(30.00)	6(20.00)	15(50.00)
χ^2	7.1650	21.2610	7.2614	7.9649	7.1412
P	0.016	0.085	0.015	0.008	0.001

2.2 两组患者疼痛评分比较

在本次研究中,两组患者治疗前的疼痛评分对比差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后,治疗组评分为 (1.3 ± 0.9) 分,对照组为 (4.6 ± 1.5) 分,数据对比差异具有统计学意义($P < 0.05$)。如表2。

表1: 两组患者疼痛评分对比表 ($\bar{x} \pm s$)

组别	治疗前	治疗后
治疗组($n=30$)	6.2 ± 1.2	1.3 ± 0.9
对照组($n=30$)	6.0 ± 1.5	4.6 ± 1.5
t	24.8614	8.3640
P	0.099	0.020

3 讨论



腰椎间盘突出是临床上常见的疾病之一,主要是由于患者腰椎间各个部分的纤维受到损伤,导致其出现退行性病变,在外力因素的影响下,椎间盘的纤维环破裂,髓核组织从破裂之处突出(或脱出)于后方或椎管内,导致相邻脊神经根遭受刺激或压迫,从而产生腰部疼痛,一侧下肢或双下肢麻木、疼痛等一系列临床症状。其诱发因素相对较多,主要体现在损伤、遗传以及诱发因素等几个方面,中医认为其属于气血失运以及气血瘀滞导致的疾病,因此对患者的治疗中,采用中医推拿按摩以及康复训练手段具有较好的效果。龙氏整脊法是通过抱膝滚腰的方式来促进滑脱的椎体复位,可以降低椎体造成的剪力,从而可以舒缓患者的紧张、痉挛以及疼痛感,并且可以降低患者腰肌损伤,具有较高的应用价值。核心训练方式是通过人体骨盆和肋骨间的部位运动来实现康复训练,在腰椎间盘突出患者的治疗中,采用核心训练方式,可以改善软组织功能,增强骨质强度,并且可以形成护腰的肌肉,预防腰椎间盘突出症的复发。

在本次研究中,治疗组患者的治疗优良率为 83.33%,对照组为 50.00%,说明在对腰椎间盘突出患者的临床治疗中,采用龙氏整脊结合核心训练治疗方法,可以提升患者的治疗效果,其可能是由于在治疗过程中,两种治疗方式可以发挥协同作用,从而提升治疗效果。在对腰椎间盘突出患者的临床治疗研究中,薛艳艳指出,通督正脊疗法对于患者具有较高的疗效,作者在对 290 例患者的临床研究中,发现其治疗痊愈患者达到 265 例^[2]。董洪强对腰椎间盘突出症患者的临床治疗研究中发现,在对患者的治疗中,采用加长针触击术对患者进行治疗,可以起到较好的疗效,并且有效率达到 85.5% 以上^[3]。张桂芳等人认为脉冲整脊技术对于患者的治疗具有较好的效果,并且可以缓解患者的疼痛^[4]。可见,在对腰椎间盘突出患者的治疗中,所用的方法相对较多,但是对于龙氏整脊结合核心训练的研究较少。

在本次研究中,两组患者治疗前的疼痛评分对比差异无统计学

意义($P > 0.05$),治疗后,治疗组评分为 (1.3 ± 0.9) 分,对照组为 (4.6 ± 1.5) 分,数据对比差异具有统计学意义($P < 0.05$)。说明在对腰椎间盘突出患者的治疗中,采用龙氏整脊结合核心训练方式可以明显的降低患者的疼痛,其可能是由于该治疗方式可以较好的复位患者的骨骼位置,从而达到缓解疼痛的效果。赵志恒在对腰椎间盘突出患者的治疗中,认为三小定点整脊技术可以较好的降低患者的疼痛,达到治疗疾病的目的,并且可以降低患者的疼痛评分达到 2 分左右^[5]。黄健在临床研究中,认为整脊联合针刺神经治疗方式,可以明显的舒缓患者的疼痛,使患者的疼痛评分下降到 (1.6 ± 0.5) 分左右^[6]。其与本次研究结果存在一定的相似性。

总之,在对腰椎间盘突出患者的临床治疗中,采用龙氏整脊结合核心训练治疗方法,可以提升患者的治疗效果,降低患者的疼痛感,因此其具有较高的临床应用价值。

参考文献

- [1] 李姣姣,陈莉秋,朱勋兵.毫火针结合康复训练治疗腰椎间盘突出症的临床疗效观察[J].中华全科医学,2016,02:303-306.
- [2] 薛艳艳,蒋戈利,刘文红,等.通督整脊疗法治疗腰椎间盘突出症 290 例临床研究[J].解放军医药杂志,2016,02:9-12.
- [3] 董洪强,张立营,张文广.整脊加长针触激术治疗海勤官兵腰椎间盘突出[J].实用医药杂志,2015,02:157-158.
- [4] 张桂芳,黄焕杰,韩秀兰,等.脉冲整脊技术治疗腰椎间盘突出症的临床疗效观察[J].中国康复医学杂志,2015,08:804-807.
- [5] 赵志恒,张仁倩,王剑歌,等.三小定点整脊技术对腰椎间盘突出症临床疗效评价研究[J].天津中医药,2014,06:343-346.
- [6] 黄健.整脊联合针刺神经根治疗腰椎间盘突出症随机平行对照研究[J].实用中医内科杂志,2016,10:75-77.

(上接第 186 页)

[2] 付旭彦.柴胡疏肝散加味治疗肝胃不和型功能性消化不良临床研究[J].陕西中医,2016,37(7):866-867.

[3] 杨毅.柴胡疏肝散加味联合黛力新治疗功能性消化不良疗效观察[J].内蒙古中医药,2014,33(23):14.

[4] 赵洁晶.柴胡疏肝散加味联合西药治疗功能性消化不良的临床

疗效[J].中国民间疗法,2016,24(5):62-63.

[5] 田亮渝.柴胡疏肝散加味治疗功能性消化不良临床观察[J].中外医学研究,2016,14(13):128-129.

[6] 黄颖杰,郑新梅.柴胡疏肝散对功能性消化不良肝气郁结证患者胃动力及胃肠激素的影响[J].现代中西医结合杂志,2016,25(13):1408-1410.

(上接第 187 页)

因此本文认为滋肾降浊汤对老年难治性肾病综合征疗效肯定,对改善体内血脂、炎症因子水平。

参考文献

[1] 孟春歌.保肾消浊汤加味联合激素治疗肾病综合征临床观察[J].光明中医,2013,28(5):991-992.

[2] 郭敏,杜跃亮,张翠翠.吗替麦考酚联合泼尼松治疗老年难治性肾病综合征观察[J].药物流行病学杂志,2014,23(4):1-3.

[3] 王海燕,郑法雷,刘玉春,等.原发性肾小球疾病分型与治

疗及诊断标准专题座谈会纪要[J].中华内科杂志,2013,32(2):131-134.

[4] 罗月中,涂海涛.难治性肾病综合征发病机制研究进展[J].广东医学,2013,31(17):2321-2324.

[5] 王丽雅.来氟米特联合糖皮质激素治疗原发性难治性肾病综合征患者的临床效果及对炎症细胞因子水平的影响[J].中国医药科学,2014,4(11):77-79,88.

[6] 孙晓红,李保华.四联疗法治疗难治性肾病综合征及对患者血清 IL-6、TNF- α 的影响[J].新疆医科大学学报,2014,29(9):972-974.

(上接第 188 页)

本次研究中,通过对我院的支气管哮喘缓解期患者进行研究,发现使用扶正防哮茶饮治疗的患者在治疗总有效率和肺功能改善情况方面均优于只采用西药治疗的对照组。其中观察组患者的治疗有效率达到了 97.4%,对照组患者治疗有效率为 84.25%。两组患者差异显著,具有统计学意义($P < 0.05$)。

总而言之,对支气管哮喘缓解期患者在西药治疗的基础上采用扶正防哮茶饮治疗,可以有效改善患者的肺功能。巩固治疗效果,值得临床大力推广应用。

参考文献

[1] 孙丽凤,宋志芳,杨华,孙颖.扶正防哮方对支气管哮喘缓解期患者临床疗效观察[J].世界中医药,2016,(06):1013-1015.

[2] 孙丽凤,杨华,韩峰,宋志芳.扶正防哮茶饮对哮喘缓解期患者免疫功能调节作用的研究[J].新中医,2015,(10):48-50.

[3] 丁强,王志英.支气管哮喘缓解期的中医药治疗进展[J].世界中医药,2010,(06):443-447.

[4] 黄河清,李希,王世聪.扶正固表定喘汤结合胸背部穴位按压治疗支气管哮喘临床研究[J].光明中医,2010,(10):1854-1856.

[5] 袁雪晶.固本防哮饮治疗儿童哮喘缓解期肺脾气虚证的临床和实验研究[D].南京中医药大学,2010.