

系统保守疗法治疗腰椎间盘突出症 238 例

★ 于高路 李茵 马桂敏 莫绍强 陈波 (广西柳州市中医院 柳州 545001)

关键词:腰椎间盘突出症;系统保守疗法;三维多功能牵引;骶管冲击;脱水疗法

中图分类号:R 681.5⁺3 文献标识码:B

我科自 1999 年 10 月~2005 年 10 月期间采用系统保守疗法治疗腰椎间盘突出症 238 例,临床效果满意,现报道如下:

1 一般资料

我科共收治入院腰椎间盘突出症 433 例,其中男 186 例,女 247 例,年龄 13~74 岁,平均 36.5 岁;以上病人均有腰痛伴一侧或双侧下肢放射痛病史,平均 1.5 个月。体检 L₄₋₅ 棘突旁压痛者 226 例, L₅~S₁ 棘突旁加压痛者 138 例, L₄₋₅ 与 L₅~S₁ 棘突旁均压痛者 69 例;沿坐骨神经压痛者 409 例;腰部触诊均发现有病理性棘突偏歪指征^[1] 396 例;直腿抬高实验阳性者 433 例;挺腹试验阳性者 425;屈颈试验阳性者 341 例;拇趾背伸肌减弱者 226 例;拇趾跖屈肌减弱者 138 例;CT 或 MRI 显示: L₄₋₅ 椎间盘突出者 226 例, L₅~S₁ 椎间盘突出者 138 例, L₄₋₅ 与 L₅~S₁ 椎间盘突出者 69 例。诊断均符合《中医病症诊断疗效标准》^[2]。随机分为治疗组 238 例和对照组 195 例,具可比性($P>0.05$)。

2 治疗方法

2.1 治疗组 (1)脱水疗法:即髓核脱水疗法。20%甘露醇 125 ml 加压静滴,30 分钟内滴完,每天 1 次;5%葡萄糖 250 ml 加入胞二磷胆碱 0.5 g、地塞米松 10 mg、ATP 40 mg、辅酶 A 200 U,以每分钟 45 gtt 的滴速静滴,每天 1 次;甘油果糖 250 ml,以每分钟 50 gtt 的滴速静滴,每天 1 次;0.9% NS 250 ml 加入 654-2 20 mg 以每分钟 60 gtt 的滴速静滴,每天 1 次。(脱水两天后可陆续开始行骶管冲击及三维牵引治疗。)

(2)骶管冲击疗法:将 0.9% NaCl 250 ml、地塞米松 20 mg、VitB₁₂ 200 mg、2%利多卡因 10 ml 混匀。患者侧卧屈髋屈膝位,术者坐其右侧,在两侧骶骨角之间,尾椎尖上 3 cm 处,常规消毒,铺洞巾,先

用 7 号短针,在骶裂孔处作皮丘,然后用 16 号穿刺针垂直进针,突破骶骨韧带后,呈 25°斜刺 3 cm,当针抵住骶管前壁后,回撤 0.5~0.8 cm 并回抽,无回血即代表穿刺成功^[3](注意:穿刺深度不可超过髂后上棘联线的平面下 1 cm 处)。先将 80 ml 药液以 20 ml 针管缓慢推入骶管,其间不断回抽,并观察患者是否出现半切征;然后将剩余 170 ml 药液加压点滴,以每分钟 60 gtt 的速率滴入骶管;滴注完毕后,无菌纱布覆盖穿刺针孔,并用胶布固定,术后嘱患者患侧卧位 24 小时。间隔 5 天后再行第二次治疗。

(3)三维多功能牵引:将病人俯卧位固定于三维多功能牵引床的上胸段床体及下腰段床体上,充分暴露腰部,术者根据患者 CT 或 MRI 显示病变椎间盘位置,以油性笔在其体表定位,使用治疗参数如下:牵引距离 60~70 mm(牵引力量:150~200 kg),倾角 25~18°,转角 -25~25°,延迟时间 0.8 秒。倾角的角度选择是根据患者的胖瘦而定,胖者角度选择宜小,瘦者反之。转角的角度选择应是:向左侧突出者选正值,向右侧突出者选负值。进入操作程式,当下段床体下降到设定下倾角时,术者便以拇指抵住患者病变椎间盘相应棘突,并向健侧施力,同时踩动开关,使牵引床上段床体向前快速牵引,持续 0.8 秒之后,下腰段床体作已设定转角角度的快速旋转,此时术者能感觉到患者腰椎出现小关节复位的滑动,当旋转完成时,术者关闭制动开关,床体自动复位后,对患者病变椎间盘相应棘突进行触诊,如病变腰椎棘突与上下两腰棘突对齐,且病变椎间盘处的椎间隙已牵开,便可结束本次治疗。如病变腰椎棘突与上下两腰棘突还未对齐,或病变椎间盘处的椎间隙仍未牵开,则需要再进行一次旋转复位,方法同上。对于两个椎间盘突出者,每次整复 1 个椎间盘,首选症状体征相对较明显者,间隔 5 天后再行

处理其余病变椎间盘。若第一次治疗后,症状体征无改善者,亦需间隔5天后再进行第二次整复治疗。术后均以弹力腰围将患者腰部弹性固定,并嘱患者绝对卧床8小时。

2.2 对照组 (1)外洗剂:九龙藤60g,鸡血藤40g,半风荷60g,乌不落80g,满山香60g。水煎外洗、外敷,日二次。

(2)西药处方:谷维素20mg,每天3次,口服;维生素B₆20mg,每天3次口服;地塞米松15mg,每天3次,口服;消炎痛50mg,每天2次,口服。

(3)腰椎电动牵引:常规仰卧位水平牵引,重量30~60kg,时间约30~45分钟,每日2次。

3 结果

治疗组238例,优(无腰腿痛和神经损害体征,腰部活动功能正常,恢复原工作)147例,良(腰或腿疼痛轻微,无神经损害体征,腰部活动轻度受限,能从事原工作)34例,可(有轻度腰痛或腿痛,有或无轻度神经损害体征,腰部活动轻度受限,能坚持一般轻工作)16例,差(腰腿痛或神经损害体征无改善,腰部活动明显受限,不能工作)41例,总有效率82.77%;对照组195例,相应为13、24、36、122例,37.44%。两组经卡方检验, $P<0.01$ 。

4 讨论

4.1 治疗机理 椎间盘突出的髓核组织,80%是水分,脱水疗法正是针对这一特性进行有针对性的治疗,甘露醇的短效快速配合甘油果糖的长效缓和脱水能更有效的脱除突入椎管内髓核组织的水分,使其体积萎缩,减少其在椎管内的占位。三维多功能牵引床是利用机械仿生学原理模拟腰椎动态三维运动及传统推拿手法——腰椎定位旋转扳法进行腰椎牵引、三维成角定位旋转、椎间盘复位三合一同步瞬时治疗,使突出的椎间盘髓核回纳或移位,有效地降低椎管内压力,从而解除对硬脊膜和神经根的压迫^[4]。骶管滴注可使药物直接作用于病变部位,改善病变部位血液循环,减轻神经根水肿,从而恢复神经根的兴奋阈,减轻疼痛。利多卡因可抑制末梢神经兴奋性,改变局部血液循环,减少神经根周围组织的粘连,阻断传入的感觉神经和传出的运动神经,从而缓解痉挛;VitB₁₂具有营养神经,阻断交感神经,解除血管痉挛,加快血流,以减轻、减少缺血性疼痛;地塞米松有较强的抗炎作用,能抑制炎症性水肿、毛细血管扩张、白细胞浸润、纤维母细胞增殖、胶原沉积及瘢痕形成,从而改善炎症引起的红、肿、热、痛反应。而大量的混合液注入椎管内,产生的液体压力

和作用力可使病变椎间隙、椎间管扩张,产生钝性剥离的作用,解除硬脊膜和神经根与突出物之间的粘连,还可加强药物在炎症、水肿部位的浸润及扩散。

治疗期间,嘱患者尽量卧床休息,避免久坐、久立、久行。病情稳定后要加强对腰背肌功能锻炼,以期达到稳定脊柱、减少疾病复发的目的。

4.2 适应症 适合治疗旁中央型及边缘型椎间盘突出症,突出在10mm以内的,且无严重功能性椎管狭窄或骨性椎管狭窄、无明显黄韧带肥厚、无突出物钙化或骨化者。本组238例患者行系统保守治疗,凡适应症选择恰当者治疗效果满意,反之则差。无效者中,椎管骨性狭窄者10例,黄韧带肥厚者(达4mm)12例,突出物骨化者8例,突出物超过10mm者11例。

4.3 三维牵引床的旋转当量的研究 三维牵引床较之传统推拿手法相比,最大的优势就是将定位旋转复位扳法的治疗量化,有明确的力学指标。中国传统腰椎旋转复位扳法在运用中一直都存在主观判断性,多是根据医者的临床经验、主观的使用,不可量化及没有力学指标的旋转扳法。这种模糊概念的运用,使得复位失败及腰椎小关节受损十分普遍,而三维牵引床的应用,从根本上解决了传统手法的力量及旋转角度不能量化的难题,在治疗过程中,使用有明确力学指标的仿生旋转复位扳法,可快速有效地将病变椎体复位,突出椎间盘髓核回纳或移位。同时也最大程度的减少复位时对腰椎及周边组织的损害,使腰椎复位快速、精确、安全。同时,作者也认为对腰椎间盘进行旋转复位时,并不是转角越大越好,但也不能太小。一般转角应控制在 $\pm(18\sim25)^\circ$ 之间,向左侧突出者选正值,向右侧突出者选负值, $L_4\sim L_5$ 椎间盘突出者转角应在 $\pm(18\sim21)^\circ$ 之间, $L_5\sim S_1$ 椎间盘突出者转角则应在 $\pm(22\sim25)^\circ$ 之间。如果转角过大话会造成 $L_5\sim S_1$ 腰椎小关节脱位,上下关节之间的关节囊及周边韧带均会被拉伤;但是转角过小则无法使病变腰椎进行定位旋转运动,不能产生使突出椎间盘回纳或移位的力量。

参考文献

- [1]贺俊民.从棘突的病理性偏歪认识脊柱的力平衡失调[J].中国中医药科技,1996,5(3):19.
- [2]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,1994:201-202.
- [3]叶陈前.骶管阻滞·神经阻滞疗法[M].陕西:陕西科学技术出版社,1991:69-70.
- [4]侯筱魁,董凡,戴克戊,等.斜扳时腰椎后部结构的动态观察和生物力学分析[J].中华骨科杂志,1993,13(1):15.

(收稿日期:2007-07-16)