

牵引复位治疗腰椎间盘突出症 194 例

★ 李瑞海 吴静 廖卫华 (江西省人民医院急诊科 南昌 330006)

关键词:牵引复位法;腰椎间盘突出症

中图分类号:R 681.5⁺3 **文献标识码:**B

我院自 1997 年 3 月~2008 年 3 月对总共 380 例腰椎间盘突出症患者中的 194 例采用牵引复位法治疗,现报告如下:

1 临床资料

本组 380 例患者中 233 例为男性,女性 147 例。年龄在 21~76 岁,病程 6 天~30 年,有外伤史的 291 例,从事体力劳动的 317 例。380 例患者中都有 CT 报告,L₄₋₅椎间盘突出者为 297 例,L₅S₁椎间盘突出者 289 例,合并椎管及侧窝狭窄者 8 例,L₄₋₅和 L₅S₁同时突出者 231 例。

2 治疗方法

全部患者随机分组,牵引复位组 194 例和对照组 180 例。牵引复位组采用上海产电动型牵引床,牵引动力上限 90 kg,下限 70 kg,时间 30 分钟。再行坐位,患者坐矮凳,医者面对患者裸露的背部及腰骶部,用两指或三指触诊法,触到突然有弹跳感的小皮丘或皮下结节部位为阳性反应点,作上记号。使用特制的金属块,重约 1.8 kg,沿脊柱线自颈椎向腰椎骶椎敲击,每一敲击点敲击 3 次,往返 7 次,最后集中敲击腰骶椎 20~30 次。敲击完毕,医者在患者的腰骶部阳性反应点用力向内前推压,直到弹跳感或小皮丘消失,皮下结节有时可应手而散,手感有落空感为佳。1 周 3 次,一疗程 10 次。

对照组(常规针灸推拿组)180 例患者,针刺患处四腰穴、五腰穴(临床经验穴,位于四、五腰椎棘突旁开 0.5 寸处),以针感传至足底为佳,其余循经配穴如承扶、承山、殷门、环跳、秩边、委中等,时间 20 分钟,重刺激。手法采用推、按、揉、点、拔伸、斜扳等组合手法对腰部进行重点治疗,每日 1 次或隔日 1 次,10 次为一疗程。

3 结果

见表 1。

组别	例数	治愈	好转	未愈
牵引复位组	194	93	85	16
对照组	180	34	53	93

牵引复位法组治愈好转共 178 人,总有效率 91.8%,两组经统计学处理 $P < 0.05$ 有显著性差异。

经 30 次治疗后确定疗效。牵引复位组 194 例,治愈(腰腿痛消失,直腿抬高 70°以上恢复原工作)93 例。好转(腰腿痛减轻,腰部活动功能改善)85 例。未愈(症状、体征无改善)16 例,总有效率 91.8%;对照组 180 例,相应为 34、53、93

例,总有效率 48.3%。

4 讨论

现在认为椎间盘具有多重的感觉神经支配,易形成空间总和而加速疼痛冲动的传入,复位手法可暂时分离神经的压迫,一定程度地缓解了椎间盘症。

牵引下椎间距增宽者,多数椎间盘内压力下降,少数升高或不变。而内压的下降有利于突出或膨出的椎间盘回纳^[1]。加之手法、针刺作用,通过刺激脊柱交感链传导到交感神经中枢。可反射地引起血管扩张,改善局部血供,使血管扩张素 II 含量下降,血液淋巴循环加快使局部致炎物质、组织胺、5-羟色胺在体液中含量下降,组织蛋白分解,末梢神经递质增加,产生血管神经活性物质,使腰间盘与神经根之间生理体液的失衡重新达到新的“盘-根”平衡而不痛。

椎间产生疼痛关键因素是,微循环的障碍引起了神经内水肿和脱髓鞘反应。那么手法缓解神经根痛的机理就在于改善了神经根的微循环障碍。手法作用还可使局部错缝的小关节、突出的椎间盘、与被其压迫的神经根之间的位置达到新的平衡。在随访的 194 例中,虽然大多数病人临床症状消失了,但其中复查的 71 张 CT 片中见:椎间盘的突出依然存在。可否认为治疗的目的在于改善“盘”与“根”的位置关系,使椎间盘偏离所触及的硬膜囊或神经根而产生新的“盘-根”的平衡,既有物理学上的生物力学平衡,又有局部代谢中生理内环境的平衡,从而达到治愈的效果。虽然突出物压迫神经根的程度与临床疗效有明确的关系,但局部的力学结构发生改变而适应椎间盘与神经根新的平衡点,即“盘-根平衡”。

无症状的椎间盘突出在正常人群可高达 30%。医生治疗的主要是症,而不是突出;当然去掉突出即可缓解因突出而导致的症状,但不能说有些突出不去,症状就不能缓解。临床上 90% 以上的病例经过休息或保守治疗,可以得到突出退缩、脱水或与神经根相互调整而得到缓解;只有突出较大或有粘连、保守治疗无效者才考虑用何种手法治疗。

参考文献

[1] 陈裕光. 牵引下腰椎间盘突出症的椎间距及间盘内压测量研究[J]. 中华理疗杂志, 1994, 17: 86-88.

(收稿日期:2008-12-17 责任编辑:曹征)