

经验交流

神经隐窝封闭加骨盆牵引治疗腰椎间盘突出症

——附 105 例报告

甘肃省中医院 胡良臣 王 铭· 焦 锋

腰椎间盘突出症是引起下腰痛及坐骨神经痛最常见的原因之一。从Mixer和Barr提出手术治疗腰椎间盘突出症以来,国内外学者曾经用手术治疗腰椎间盘突出症取得了很大的成绩。但还有相当一部分病人,不通过手术治疗而取得了良好效果,1958年以来,全国各地推广推拿治疗腰椎间盘突出症,有一定疗效,但有一些病人增加了神经根粘连,坐骨神经痛仍不能缓解。近年来我院行骨盆牵引治疗,也取得了一定疗效,但一部分病人因在牵引前进行了其它治疗,使神经根的粘连未解除再次行骨盆牵引后,而出现坐骨神经痛反而加重的情况。自1984年以来,我们对部份病人行盘黄间隙应用醋酸强地松龙加普鲁卡因混合液封闭配合骨盆牵引获得优良效果,现报告如下:

临床资料

一、性别与年龄:本组105例中,男88例,女17例,男女之比5:1,最小28岁,最大61岁,平均年龄为48.3岁。

二、症状与病程:本组105例中,全部有腰扭伤史,腰痛合并下肢放射痛,腰部不同程度地活动受限,直腿抬高和拉氏征全部阳性,棘突压痛,椎旁有固定压痛点并向下肢放射痛。其中66例患者跖趾背伸肌力减弱或消失,占62%,小腿外侧感觉减退80例,占82%,腰椎生理弧度变直或者侧弯的98例,占96%,X光片显示椎间隙狭窄的105例,占100%,详见下表:

诊断:本组病例的诊断主要是根据临床症状、体征,再参考X线平片诊断的。

1.病史:有腰扭伤史。腰痛合并单侧下肢放射痛的慢性病史。

2.体征:腰椎活动受限,体椎强直或侧弯畸形,椎旁有压痛及放射痛,直腿抬高(+),拉氏征(+),具有以上特征的基础上再有以下体征之一者:跖趾背伸肌力↓,或小腿外侧足背感觉低下,大小便障碍者。

3.腰椎X线平片:排除结核、肿瘤、感染及骨质其它病变,证实椎间隙狭窄者。

症状	例数	比例
腰痛	101	96%
腿痛	94	90%

腰和腿痛	91	87%
咳嗽时下肢痛	48	46%
腰椎侧弯	88	86%
加压痛放射	95	94%
压痛无放射	10	9%
腰椎活动受限	105	100%
直腿抬高(+)	101	96%
拇趾背伸肌力↓	72	68%
小腿及足背感觉↓	79	75%
大小便障碍	1	0.8%
X线片示椎间狭窄	105	100%

治疗方法

本组病例住院44例,门诊61例,经检查确诊后,填写登记表,患者普鲁卡因皮试无过敏者取俯卧位,皮肤常规消毒,自髂后上嵴2cm与椎旁压痛点成正方形的对角线,斜45度角进针,一般选用5号封闭针头,经皮肤、通过腰大肌、横突前缘到椎间隙神经隐窝处,患者感到向下肢传导有麻感时推药,推完药后,患肢疼痛立即消失,只觉得发软,观察10分钟,无特殊反应,由家属抬回病房,门诊病人由家属抬回家。

药物用量:强地松龙25mg,1%普鲁卡因4ml,混合后缓缓注入。拔针后针孔用消毒纱布覆盖。24小时后,在机械床上牵引时,重量开始不宜过大,待病人适应后逐渐加大重量,最多不要超过体重的10%,30分钟后解除牵引,让患者平卧,适当按摩腰部,禁止坐位,平卧位抬回病房休息,3日内不得下床活动。

疗程:一般每周一次,三次为一疗程,本组105

例均行一个疗程，其中11例只注射2次。

治疗结果

一、疗效标准：

1. 优：自觉症状完全或接近全部消失，腰部无压痛及放射痛，腰部活动良好，直腿抬高与健侧无异，恢复原工作。

2. 良：自觉症状明显减轻，腰部活动尚好，无压痛及放射痛，直腿抬高70度以上，可参加一般工作。

3. 可：自觉症状减轻，腰部活动、直腿抬高均好转，轻度压痛无放射痛。

4. 差：症状体征与治疗前变化不大。

二、疗效：

1. 疗效：本组105例中，优良83例，占79%，其中优59例，占57%，良24例，占22%，可18例，占17%，差4例，占4%。

2. 随访：105例中随访共61例，时间最长2年，最短6个月，其中38例2年内无复发而恢复工作，17例半年无复发，7例腰5骶1三月内有再次扭伤或劳累而复发疼痛，2例包括大小便障碍1例无新鲜外伤史而复发，行手术治疗。

3. 并发症：本组治疗方法为神经根局部封闭，由于有激素消除炎症和普鲁卡因阻滞疼痛感觉之功效，从症状上可达到立即止痛，但同时有神经麻木、肢体发硬的一过性作用，所以封闭后要有人护送回家。另一方面封闭时要注意无菌操作，防止感染。本组无一例感染现象发生。

讨论

自1930年Mixer及Barr二氏发现椎间盘髓核突出压迫神经根是引起腰痛和坐骨神经痛的原因后，广泛地采用手术切除突出的髓核治疗腰椎间盘突出症。经过50年的临床实践，手术切除突出的椎间盘是治疗腰椎间盘突出症的一个方法，但是不是唯一的方法，仅腰椎间盘突出症需要手术治疗的也不超过10%，大部分腰椎间盘突出症通过非手术治疗是可以治愈的。

(一) 适应症：就临床常规分为四型(杨克勤)：

- (1) 腰椎间盘突出，部分纤维环破裂，反复发作，有真性坐骨神经痛，直腿抬高(+)，脊髓造影(+)，尚可还纳或神经根消肿后症状缓解或消除，再度外伤又发作，这型占全部腰椎间盘突出症的80~90%，这部分正是保守治疗的适应症；
- (2) 椎间盘完全破裂，不超过10%，纤维环完全破裂，不能还纳，其表面尚有薄薄一层纤维盖着或已有破孔，或有游离块已到硬膜外，此型多有神经根粘连，坐骨神经疼痛常夜间严重，直腿抬高(++)，单纯骨盆牵引症状加重，此型在神经孔封闭后再牵引，常有好转。
- (3) 中央型巨大突出压迫马尾神经，出现大小便失禁或双脚下垂，此型一般封闭牵引无明显效果。本组有1例，封闭牵引效果均不理想。
- (4) 腰5骶1椎间盘退行性改变，椎间隙变窄，

常有不稳，当腰5在骶1之上滑椎时引起神经孔变小，神经根管变窄，一般封闭后再加牵引短时期有效，但很容易复发，本组7例，三月后均复发。

(二) 对病理机制的认识：腰椎间盘突出症疼痛的认识目前看法不一，有的认为椎间盘内水份增加，其压力随之增高，当受外力或反复地细微损伤，引起纤维环由内向外的纤维断裂，造成髓核后向突出，刺激了纤维环外层及后纵韧带的感觉神经，而引起下腰痛，属牵扯性痛，但无真性坐骨神经痛，当神经根受邻近破裂椎间盘化学物质的刺激(属过敏反应或免疫反应)神经根出现反应及水肿，因突出物压迫或刺激水肿的神经根时则出现真性坐骨神经痛，临床有运动和感觉改变及一系列症状。另一种解释：认为神经根突出的椎间盘顶起神经根及其硬膜袖被拉长了，引起神经根缺血而疼痛，也就是机械刺激的原因。我们认为，出现真性坐骨神经痛两种因素缺一不可。一方面是突出物加压力于神经根，可能缺血坏死，再加上椎间破裂产生化学物质，使神经根发炎或敏感，引起无菌性炎症，使椎间盘与黄韧带间隙压力升高，神经根水肿，静脉回流受阻。本治疗将普鲁卡因加强地松龙直接注入盘黄间隙，可以消除无菌性炎症，使肿胀消退，降低盘黄间隙压力，松懈神经根，改变缺血状态。同时对后纵韧带及黄韧带麻醉而松弛，加骨盆牵引，使突出的椎间盘容易回纳。

(三) 操作技术和注意事项：

神经孔封闭，技术操作并不难。但是，要穿刺准确必须要熟悉解剖位置，一般选用5号穿刺封闭长针头，消毒必须彻底，操作必须无菌。以L4、5为例，从髂后嵴上1~2cm斜45度进针，斜穿腰大肌，从L4横突前缘穿过，进入椎体后缘神经隐窝部位，如果穿刺准确患者即感到患肢向下有放射麻胀感，即可推药。

药物选用强地松龙25mg、1%普鲁卡因4~6ml缓缓推入。

封闭半小时后即可行骨盆牵引治疗，牵引重量到达体重时再逐渐增加体重的10%重量最为合适。

牵引后禁止患者坐立，平卧抬回病房，休息三天。一般一周一次，三周为一疗程。

本组治疗方法是一种综合治疗方法，疗效是满意的。本文对发病和封闭机制只作了初步探讨。

参考文献

- 1. 杨克勤：腰椎间盘突出症，(武医生编“外科学”P960~967 人民卫生，1980)
- 2. 陶甫：有关腰椎间盘突出纤维环破裂症一些问题的探讨(中华骨科1：65 81)。
- 3. 黄六临等：顽固性腰椎间盘突出症的术中病理观察(中华骨科2：38 1982)。
- 4. 柴本甫等：腰椎间盘突出症的超微结构研究(中华骨科3：125 1988)。