

中西医结合治疗腰椎间盘突出症

朱敏 凡道斌 俞维 陈宏斌

(巢湖地区骨科医院, 安徽 巢湖 238000)

自 1989 年始, 在原先的“腰大肌肌间沟封闭、骨盆牵引及推拿联合治疗腰椎间盘突出症”疗法的基础上^[1]增加一项脱水治疗措施, 临床治疗腰椎间盘突出症 153 例, 取得了令人满意的结果, 报道如下。

1 临床资料

本组共 153 例, 男 92 例, 女 61 例, 年龄 22 岁~ 58 岁, 病程 3 天~ 15 年, 153 例中有 21 例在外院已做过不同方法的保守治疗, 因症状无明显改善而来我院治疗, 另有 25 例因畏惧手术坚决要求保守治疗。153 例中有明显腰扭伤史者 86 例, 67 例有不同程度的腰部劳累史。早期的 27 例病人肌电图显示腰神经根受损, 45 例腰椎管造影显示硬膜囊或神经根鞘袖受压, 后期的 81 例 CT 检查显示腰椎间盘突出压迫硬膜与神经根。发生在 L_{3,4} 5 例, L_{4,5} 89 例, L₅S₁ 59 例。

2 治疗方法

2.1 脱水 用 20% 甘露醇 250 ml、50% 葡萄糖液加入 5 mg 地塞米松, 每日 4 次分别交替静脉推注, 一般使用 2~ 3 天。

2.2 腰大肌肌间沟封闭 病人健侧卧位, 按腰大肌肌间沟穿刺常规^[2], 将混合有醋酸强的松龙 50mg 的 1% 普鲁卡因 40~ 50 ml 注入患侧腰大肌肌间沟。约 10~ 20 分钟, 药物显效, 病人感腰腿痛缓解, 患侧下肢无力, 检查患侧下肢肌肉明显松弛。

2.3 骨盆牵引 腰大肌肌间沟封闭显效后, 将病人平置骨盆牵引床上牵引。牵引力量的大小可根据病人的年龄、体质以及发病情况适当调整, 以病人能耐受为度, 维持牵引 15~ 20 分钟解除。

2.4 大推拿 牵引结束, 即做大推拿。推拿的手法按传统三步八法进行。①直腿抬高; ②摇髋拽腿; ③侧卧斜扳; ④回旋震腰; ⑤揉腰封背; ⑥颤腰; ⑦牵抖摇晃; ⑧穴位弹拨。以上手法以回旋震腰与斜扳为主。

上述四种治疗方法除脱水一项仅在治疗初期使用外, 其余 3 项为每周 1 次, 常规使用 3 次。在治疗期间, 要求病人绝对卧床, 3 周后下床活动, 同时加强腰背肌功能锻炼。

3 治疗结果

3.1 疗效评定标准 优: 临床症状与体征完全消失, 腰部活动自如, 恢复原工作; 良: 临床症状与体征大部分消失, 腰部活动基本正常, 恢复原工作; 可: 临床症状减轻, 体征较治疗前有改善, 可以从事轻度体力劳动; 差: 临床症状与体征无改善, 需手术治疗。

3.2 结果 本组 153 例, 获随访 125 例, 随访时间 2~ 8 年。优 79 例, 良 39 例, 可 6 例, 差 1 例。优良率 94.4%。并发足下垂 1 例。保守治疗 3 个月无效后手术治疗, 术中见 S₁ 神经根与突出的椎间盘虽不相连, 但神经根有挫伤痕迹, 随访至

今, 足下垂恢复部分。在随访中, 有 3 例因过度强体力劳动再次腰部受伤而旧病复发, 复发率 2.4%。

4 讨论

4.1 中西医结合治疗腰椎间盘突出理论根据 ①脱水: 这是治疗该病的预备步骤。脱水可消除或部分消除受累神经根的水肿。同时, 甘露醇进入体液后, 可在神经根周围形成负离子层, 避免神经根进一步受损害。从某种意义上来说, 脱水后进行大推拿可防止神经根的牵拉伤。②腰大肌肌间沟封闭: 使用该法能使病人患侧下肢痛觉消失或减退, 肌肉松弛, 有效地为骨盆牵引与大推拿减少了痛苦, 亦有人用此法进行手术前麻醉的^[2]。同样, 渗透到椎间盘与神经根处的强的松龙不仅在穿刺当时发挥抗炎免疫作用, 而且在骨盆牵引与大推拿后仍能持续有效地发挥其治疗作用。③骨盆牵引: 骨盆牵引可以松解腰背肌、牵大腰椎体间隙, 并能扩大椎间管容积, 更能使后纵韧带紧张向前推挤椎间盘, 同时后纵韧带紧张使椎间盘内产生负压, 对突出的髓核起吸引作用, 有利髓核的回纳, 为下一步的大推拿作了准备^[3]。④大推拿: 大推拿是中西医结合治疗腰椎间盘突出症的关键步骤, 是一种被动手法, 我们认为, 大推拿解除髓核对神经根的压迫有 2 种方式, 即脱离与回纳, 这种观点已部分得到证实^[4]。

4.2 本法与其它非手术治疗椎间盘突出症比较 ①单纯骨盆牵引治疗腰椎间盘突出症曾有报道, 但有效率低是其不足^[5], 近年已罕有再报道。②单纯大推拿病人痛苦大, 造成的副损伤也多, 而且推拿并不能解除化学性神经根炎, 故疗效有限。③静脉麻醉下大推拿是病人在意识丧失的情况下进行的, 医生的手法得不到病人的配合, 常常造成更大的副损伤, 故有人认为“静脉麻醉下大推拿及重力牵引是引起症状加重及瘫痪的主要因素之一”^[6]。④硬膜外灌注及骶管灌注药物也是治疗腰椎间盘突出症的方法之一, 但其不能解除髓核对神经根的压迫, 故有效率不高。

我们提倡的中西医结合腰椎间盘突出症是集诸法之长为一体的综合性的治疗方法, 最大限度地保留各自治疗的特点又相互弥补其不足之处。阻断了因腰椎间盘突出产生的“突出→压迫→水肿、粘连→加重压迫”这样的恶性循环, 提高了治愈率。值得提出的是, 腰大肌肌间沟封闭十分安全, 病人无需禁食, 更无药物进入蛛网膜下腔之虞。

4.3 有关适应症与禁忌症的选择 首先, 本法治疗腰椎间盘突出症宜选择发病时间短的病例, 一般在发病 1~ 2 年内效果最好。发病时间虽长, 但在脱水后疼痛有所缓解的亦是较好的适应症。病程越长, 神经根与髓核粘连严重, 易造成神经根牵拉伤。其次, 应用本法治疗腰椎间盘突出宜首选 L_{3,4}、L_{4,5} 突出者, 而 L₅S₁ 突出者为后选。因为骶椎相对固定, 推拿时

仅腰椎发生相对运动使得该间隙的椎间盘受力较小,而 L_{3,4}、L_{4,5}椎体在推拿时均可产生相对移动,此处的椎间受力较大,可产生较大的移动使得效果更佳。

有关本法的禁忌症:①中央型或巨大椎间盘突出;②多间隙椎间盘突出;③椎间盘突出伴钙化;④椎间盘突出伴椎管或侧隐窝骨性狭窄。

参考文献

[1] 凡道斌,朱敏.腰大肌肌间沟封闭、骨盆牵引及推拿联合治疗腰椎间盘突出症.颈腰痛杂志,1989,10(3):34.

- [2] 张少华,胡玉宪,徐佩华,等.腰大肌间隙阻滞麻醉在下肢手术的应用.中华骨科杂志,1984,4(4):225.
- [3] 沈晓秋.腰椎间盘突出症根性神经痛—30年临床系列研究.颈腰痛杂志,1989,10(2):27.
- [4] 罗金殿,罗素兰,司徒楨,等.正骨手法治疗腰椎间盘突出症.中国骨伤,1993,6(5):22.
- [5] 吕裕生,李炯,李国衡,等.牵引在腰椎间盘突出症治疗中的作用.中华骨科杂志,1983,3(5):268.
- [6] 王乾兴,吴世樵.椎间盘突出伴马尾神经严重损伤.中华骨科杂志,1985,5(4):219.

(收稿:1998-03-06 编辑:李为农)

中药离子导入加脉冲调制中频电按摩治疗颈椎病

刘立

(解放军 305 医院,北京 100017)

笔者自 1996 年 9 月至 1997 年 9 月采用中药离子导入加脉冲调制中频电按摩治疗颈椎病 40 例,并设骨友灵搽剂热敷组 20 例对照,取得较好疗效。现报告如下。

1 临床资料

60 例颈椎病患者均符合下列 3 条标准:①具有颈椎病典型症状;②四项体征(压颈试验、旋颈试验、臂丛牵拉试验、枕大神经压痛)有一项以上为阳性;③颈椎 X 线片或 CT 符合颈椎病。随机分为治疗组和对照组。

治疗组:共 40 例。男性 26 例,女性 14 例。就诊年龄 27~68 岁,年龄集中在 40 岁~60 岁,共 32 例。病程 1 个月~25 年,病程 1 年以上者 26 例。40 例中神经根型 22 例,颈型 14 例,椎动脉型 4 例。依据以某一证型表现为主的原则进行辨证分型:瘀血型 16 例,风寒型 15 例,痰湿型 6 例,气虚型 3 例。

对照组:共 20 例。男性 12 例,女性 8 例。就诊年龄 30 岁~71 岁,年龄在 40 岁~60 岁共 15 例。病程 2 个月~16 年,病程 1 年以上 12 例。20 例中神经根型 10 例,颈型 8 例,椎动脉型 2 例。辨证分型:瘀血型 7 例,风寒型 8 例,痰湿型 3 例,气虚型 2 例。

2 治疗方法

治疗组:中药离子导入加脉冲调制中频电按摩每日 1 次,每次 40 分钟,仪器采用北京海粒电子技术研究所生产的 VT91c 双通道多功能治疗仪。中药离子导入剂组成:羌活 15g,独活 15g,桂枝 15g,葛根 30g,川芎 15g,骨碎补 30g,乳香 15g,没药 15g,红花 15g,制川乌 15g。上药放入砂锅加水 1500ml,浸泡 2 小时,上火煮沸,再换文火煎 20 分钟,滤出药液 100~150ml。复加水 600ml,再煎 20 分钟,滤出药液约 100ml,将两煎药液混合备用。操作方法:神经根型选大椎穴、肩穴;颈型选大椎穴、阿是穴;椎动脉型选天柱穴、大杼穴。操作过程:将 8 层纱布制成的药垫放入药液中浸泡,略拧干,覆盖在选定穴位上,把连接正负极的治疗极板放在药垫上,然

后将约重 1 千克沙袋压在治疗极板上。按仪器规定程序操作,调节输出电流,正、负极各 20 分钟。针灸调至捻针,按摩调至揉散治疗。输出量以患者局部出现酸、胀、麻和有节律的按摩蠕动感,自我感觉能耐受和舒服为度,共 40 分钟。10 次为 1 疗程,判断疗效。

对照组:将骨友灵搽剂均匀涂敷选定穴位及疼痛处,热敷 20~30 分钟,每日 2 次,14 日为 1 疗程,2 个疗程后判断疗效。骨友灵搽剂为本溪第三制药厂生产,批号 93100。

3 治疗结果

3.1 疗效标准 临床痊愈:主症及伴随症状消失,阳性体征基本恢复正常;显效:主症及伴随症状减轻 50% 以上,遗留部分阳性体征;有效:主症及伴随症状减轻不足 50%,遗留部分阳性体征;无效:治疗后无明显改变,阳性体征存在。

3.2 治疗结果 治疗组总有效率 95%,对照组总有效率 75%。两组比较疗效有显著差异。治疗组以神经根型、颈型治疗效果最好,辨证分型以风寒型、瘀血型治疗效果最佳。

4 讨论

颈肩周围软组织的无菌性炎症与中医寒、瘀、痰、虚致病有许多相同之处,治疗以散寒除湿、活血化瘀药物为主制成中药离子导入剂。方中羌活、独活、制川乌、桂枝祛风除湿、温经散寒;川芎、红花、乳香、没药行气活血、祛瘀止痛;骨碎补补肾壮骨;重用葛根一则除入侵经络之风寒湿邪,二则生津液养筋脉,三则升举清阳之气通脉络;芒硝一味散结消肿并富含钠、镁、钙离子可影响细胞膜的通透性。现代药理研究方中大队抗风湿及活血化瘀药具有良好的抗炎镇痛、改善微循环的作用。通过电场作用将中药导入颈肩部软组织并以中频脉冲按摩通过相关穴位疏通经络,一则影响毛细血管通透性以减少炎症渗出,二则改善局部软组织的血液循环,促进炎症渗出吸收而消除或减轻无菌性炎症对软组织及神经根的刺激而达到抗炎镇痛的目的。

(收稿:1998-01-11 编辑:李为农)