

孔,孔的两侧可触及骶角,两骶角的连线中点为穿刺点。常规皮肤消毒,铺无菌巾,于骶裂孔中心作皮内小丘麻醉,将 20 号穿刺针垂直刺入皮肤,当穿过骶尾韧带时有阻力消失感觉。此时针干向尾侧方向倾斜,与皮肤呈 30°~50°角。顺势推进 2cm,即到达骶管腔内,可注入试验剂量,如无蛛网膜下腔阻滞现象,注入骶封药物,植入硬膜外麻醉导管约 15cm 长,退出穿刺针,将导管用宽胶布固定于体侧。

2.3 手法推拿 俯卧位,先对腰背肌肉采用揉、拨、压、拿、捏等手法,进行腰背肌按摩,然后点压痛点、命门、腰眼、腰阳关、肾俞、委中、承山、环跳等穴;在胸部及下腹部加垫,在上下对抗牵引下给予按压患椎约 60 次;尔后改为侧卧位给予斜扳手法,左右各 5 次,最后取仰卧位,给予摇髋拔伸法,即先使患肢屈髋屈膝,用力使膝贴腹后内旋或外旋,之后拔伸,拔伸角度以直腿抬高 30°以上为佳,左右各 10 次。

2.4 骶管滴注 麻醉导管接输液器。将针剂脉洛宁 20ml,α-糜蛋白酶 4000 单位,维生素 B₆0.2g,复方丹参 12ml,维生素 B₁₂0.5mg,654 II 20mg,维生素 C 2.0g,地塞米松 10mg 分别加入生理盐水 500ml 内按顺序持续骶管滴注,一般每分钟滴 15~20 滴,如出现腰腿胀痛可放慢滴速,60~72 小时内滴完。如过早滴完可继续滴生理盐水 500~1000ml,滴完后拔管。嘱患者下地行走,观察 1 天,如症状完全消失可出院。如症状

未完全消失则嘱其卧硬板床,1 周后作重复治疗。

3 治疗结果

3.1 疗效标准 优:症状体征完全消失,恢复原工作。良:症状体征基本消失,残留轻度腰部不适或足麻木,可以恢复原工作或更换工作。可:症状体征部分消失,需要进行一些辅助治疗,能做些轻工作。差:症状无改善。

3.2 治疗效果 经 1 次治疗 58 例中,优 12 例,良 38 例,可 6 例,差 2 例;经 2 次治疗 46 例中,优 35 例,良 8 例,可 2 例,差 1 例;经 3 次治疗 11 例中,优 6 例,良 3 例,可 1 例,差 1 例。对治愈中的 42 例进行 6~12 月随访,2 例 3 个月后复发,1 例经再次治疗治愈,另 1 例手术治愈。

4 讨论

手法可促进局部致痛、致炎介质的降解和转运,使疼痛减轻或消失。消除因韧带粘连、肌肉萎缩而引起的脊柱僵硬,促进改善腰椎间盘的营养状况,并刺激中枢神经释放出啡肽,提高痛阈^[1]。持续大剂量液体骶管滴注使被剥离的神经根与周围组织得到长时间的隔离,有利于各自的修复及防止再粘连。

参考文献

[1] 陈之白. 腰痛在九十年代、老问题、新解决. 中华骨科杂志, 1991, 11(3): 203.

(编辑:李为农)

腰椎管成形术治疗腰椎管狭窄症 24 例

王崇锐
(绵竹市中医院,四川 绵竹 618200)

自 1991 年以来我们应用腰椎管成形术治疗腰椎管狭窄,经临床的初步观察,取得了满意的效果,现报告如下。

1 临床资料

本组 24 例,男 19 例,女 5 例;年龄 40~69 岁,平均 48 岁;病程 5 个月~22 年。单纯性腰椎管狭窄 5 例,腰椎间盘突出或膨出并腰椎管狭窄 16 例,因腰椎退变、关节突肥大、黄韧带肥厚所致椎管狭窄 3 例。本组病例术前都有腰痛、臀部及下肢麻木痛,双侧 4 例,单侧 20 例;间歇性跛行 18 例,括约肌功能障碍 4 例,直腿抬高受限 10 例,股神经牵拉试验阳性 3 例。所有病人,手术前都经 X 线、CT 或 MRI 证实,并且排除结核、肿瘤、腰椎滑脱等疾患。

2 手术方法

取俯卧位,使腹部垫空,减少出血,局麻或硬膜外麻醉。从腰椎管狭窄椎体上两个棘突至第二骶棘上作纵形切口,切开皮肤和筋膜,但不要切断棘上韧带,沿棘突骨膜下分离骶棘肌,暴露椎板及小关节,把棘上韧带小心地从棘突顶端切下分离,但减压的上下两端仍附着在棘突及骶中嵴上,只是相应椎管狭窄的一段与棘突顶端分离。

用尖嘴三关节咬骨钳,在狭窄椎管外侧缘咬一条纵形沟或用骨凿凿外侧的内外皮质骨直达椎管,在对侧相应的部位凿一楔形,但内侧皮质保留。利用杠杆的原理,用长柄骨膜起

子,在截骨一侧把椎弓向对侧掀起,对侧造成青枝骨折,使椎管扩大,然后把棘上韧带缝在棘间韧带下方及黄韧带上,目的是保证扩大的椎管把椎弓稳定在新的位置上,最后通过减压处探查椎管。切除关节突骨赘,解除侧隐窝狭窄,并同时彻底解除神经根的一切压迫因素。本组手术范围作 3 个节段 3 例,2 个节段 11 例,1 个节段 10 例。如果有髓核突出也一并摘除,必要时进一步扩大神经根管,闭合创口,椎管内置硅管负压吸引,通常 24~48 小时可拔除吸引管。

3 治疗结果

本组病例随访时间 1~4.5 年,平均 21 个月。半年后经 X 线片复查,半侧椎板小关节融合良好。按王福权氏标准评定^[1]:优 16 例,良 5 例,可 2 例,差 1 例。

4 讨论

蔡氏强调腰椎管狭窄的外科治疗,要掌握脊柱手术“减压”与“稳定”的原则^[2]。我们采用腰椎管扩大成形术治疗腰椎管狭窄符合这一治疗原则。该术式至少有以下优点:①减压后脊髓仍被椎管保护;②减少瘢痕组织侵入椎管;③保护了脊椎的稳定性。我们在术中发现,硬脊膜囊向后方浮动并恢复搏动,可有效地扩大椎管容积,无减压范围不足之虑。

本组的退变性椎管狭窄合并有退变性间盘膨出,在黄韧带肥厚、关节突肥大的情况下,形成对神经根和硬膜囊的前后

挤压,此时椎管后方的病变往往是主要受压的因素,影响神经根的正常滑动。我们将膨出的间盘一并切除,术中即可恢复神经根在侧隐窝及椎间孔部位的正常滑动范围。

在哪一侧椎板做楔形,哪一侧皮质骨完全都凿断,要根据临床症状及 CT 的表现而定。也就是症状严重的一侧、狭窄严重的一侧做全层切断。当椎板向对侧掀起时,椎管明显扩大,如果对侧有侧隐窝狭窄或神经根管狭窄时,应切除对侧部分黄韧带及部分骨组织进行神经根管扩大术,直至神经根彻底减压。一般在术前根据临床症状、X 线片及 CT 片,如果

诊断椎管狭窄及双侧的侧隐窝严重狭窄,而且是广泛地多节段者,我们还是考虑做标准的广泛的椎管减压,并同时进行脊柱短节段内固定加植骨术。

参考文献

- [1] 王福权,骆燕喜,黄公怡,等. 腰椎管狭窄症手术治疗及其疗效(附 80 例临床分析). 中华骨科杂志, 1990, 10(2): 97.
- [2] 蔡钦林. 有关腰椎间盘突出症与腰椎管狭窄的诊断与治疗. 中华骨科杂志, 1996, 16(2): 75.

(编辑:李为农)

中药离子导入与手法治疗颈椎病 1000 例

丛新丽¹ 李树祝² 傅利民³

(1. 山东省医学影像学研究所, 山东 济南 250013; 2. 山东省军区机关门诊部, 山东 济南; 3. 济南市中心医院, 山东 济南)

我们采用中药离子导入、颈肌按摩、纠正小关节功能紊乱、弹拨松解和颈椎牵引的方法治疗颈椎病 1000 例,取得较满意效果,现报告如下。

1 临床资料

本组男 676 例,女 324 例;年龄 45~60 岁 842 例,61 岁以上 158 例;病程 10 年以上者 250 例,5 年以上者 230 例,1 年以上者 342 例,1 个月以上者 178 例。颈肌型 330 例,神经根型 540 例,椎动脉型 90 例,脊髓型 12 例,混合型 28 例。伴有冠心病 180 例,伴高血压 128 例。

2 治疗方法

2.1 中药离子导入 药物组成:当归、草乌、鸡血藤各 20g,川芎、白芷、桃仁、红花各 10g 等。操作方法:取上方一剂煎至 1000ml,置于冰箱备用,每次用前加温 70°左右,用上海产直流感应治疗机,阳极用 8cm×14cm 电极板外加衬垫,取中药煎剂 10ml,均匀撒在衬垫上,紧贴痛点、痉挛或增生部位。阴极用同样大小温湿衬垫,置于相应部位,电流为 0.01~0.02mA/cm²,每日一次,每次 20 分钟,10 次为一个疗程,间隔 3~5 天,局部皮肤过敏反应时,应更换其他疗法。

2.2 枕颌布带牵引 患者取坐位或仰卧位,颈前屈 10°~15°,放置牵引带,牵引重量为砝码锤砵式。每日一次,每次 15~25 分钟,开始重量逐渐增加到 5~20kg,一般<20kg,停止时逐渐减去牵引量。根据患者年龄、体质和心电图、脑血流图、血压、心率、牵引前后的变化,适当增减牵引量和牵引时间。

2.3 推拿治疗 ①松:患者端坐或俯卧(胸前垫 15cm 厚的软枕),头向前倾 5°~15°,颈肩部放松,双上肢下垂,点揉风池、肩井穴,捏拿颈根部斜方肌纤维,并弹拨附着于肩胛上角的提肩胛肌,然后拇指将半棘肌自颈椎棘突边缘,由上而下向外侧推,用两手的合力提拿颈部肌肉。②扳:分侧扳、斜扳和旋转扳复法。患者端坐,颈肩部放松,比较上下左右棘突偏斜情况,寻找局部压痛点或痉挛点,结合体征和 X 线片的改变,术者立于患侧,一手推拿患侧上臂之上端,另一手按于患侧头顶部,左右晃颈数次后适当侧屈,轻轻将头推向健侧,可听到

“咯嗒”声响。如松弛斜方肌可略向健侧胸前方推扳;如系胸锁乳突肌疾患,可向健侧稍偏近于背部方向推扳。③旋转复位法:以左手虎口(或肘)对准下颌,右手虎口对准枕后,左右缓慢旋转 15°~20°,注意不要超过 20°,同时用旋转的角度上摆纠正小关节紊乱。此法在确诊为颈椎半脱位时应用最好,但并不是颈部手法必用。④牵:一手虎口托于患者下颌,另一手扶拿枕部,双手合力适当将颈部提起,并多次活动数十次。

3 治疗结果

3.1 疗效标准 显效:症状体征消失,关节功能恢复正常。好转:症状体征基本消失,关节功能基本恢复。无效:症状体征及关节功能无明显改善。

3.2 疗效观察 经以上治疗 4~10 个疗程,临床治愈 900 例,显效 80 例,无效 20 例,总有效率 98%。合并冠心病 180 例中好转 87 例;合并高血压 128 例,好转 36 例。本组冠心病患者中,偶发性心绞痛 28 例,症状消失者 11 例;偶发性室早 8 例,消失者 2 例,窦缓 15 例,恢复正常者 4 例;心肌缺血者 18 例,心电图示 T 波明显上升者 4 例,另外牵引中出现一过性心率上升 8~15 次/分者 15 例,停止牵引 30 分钟后逐渐恢复。本组高血压患者中,收缩压、舒张压均超过正常标准者 130 例,牵引后不同程度下降 56 例,其中收缩压下降 1.33~3.2kPa 者 15 例,舒张压下降 0.66~1.6kPa 者 4 例,一过性收缩压上升 0.66~2.1kPa 者 16 例,舒张压上升 0.4~1.2kPa 者 2 例。患者症状缓解而血压恢复正常。脑血流图波幅(颈动脉、椎底动脉)升高 24 例。

4 讨论

中药离子导入,加以直流电使药垫中的各种有效成份以阴阳离子方式不断导入深部组织,使其深部神经末梢及皮肤神经末梢装置的神经丛、冠状神经丛以及尼氏小体(Nissls body)活性增强,改善血液循环,促进局部炎症水肿的吸收,疼痛减轻,营养状态改善,患者症状缓解以至消失。手法治疗颈椎病,据我们观察,除脊髓型外,其它型均取得显著的治疗效果。

(编辑:连智华)