

# 硬膜外注药加轻手法推拿治疗腰椎间盘突出症

## Treatment of lumbar intervertebral disc herniation with injection of composite medicine and soft manipulation

闵大联 徐文英 强明华

MIN Da-lian, XU Wen-ying, QIANG Ming-hua

【关键词】 椎间盘移位; 腰椎; 正骨手法 【Key words】 Intervertebral disc herniation; Lumbar vertebral; Manipulation

我院自 1996~ 1999 年采用硬膜外注药加轻手法推拿治疗腰椎间盘突出症 160 例, 疗效满意, 现报告如下。

### 1 临床资料

本组 160 例中, 男 124 例, 女 36 例; 年龄 19~ 71 岁; 病史最长 22 年, 最短 14 天。经 X 线、CT 或 MRI 证实, 其中椎间盘突出节段为 L<sub>4,5</sub> 者 80 例, L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 60 例, L<sub>4,5</sub> 和 L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 12 例, L<sub>3,4</sub>~L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 8 例; 中央型 52 例, 左旁侧型 64 例, 右旁侧型 44 例; 伴侧隐窝狭窄 17 例, 重手法推拿后 6 例, 髓核摘除术后 2 例。

### 2 治疗方法

2.1 腰椎硬膜外注药 ①应用药物: 确炎舒松 A 2.5~ 3ml、维生素 B<sub>12</sub> 0.5mg 1ml、2% 利多卡因 10ml、生理盐水 10ml 组成复合液总量 23~ 24ml。②操作步骤: 患者取侧卧位, 通常患侧在下, 抱膝使腰段脊柱尽可能后凸常规消毒, 若病变在 L<sub>4,5</sub> 间隙则取 L<sub>3,4</sub> 进针, 局麻后穿刺进针抽吸无液体或血性液体, 然后取生理盐水注入无阻力时将硬膜导管引入。有时当导管进入碰到神经根时患者会感到有电灼样痛, 此时将导管退出少许后固定导管让患者取仰卧位先缓慢注入复合液 5ml, 观察患者若无任何不适, 测麻醉平面稳定确认无误后将注射器内药液快速注入。此时若患者有短暂痛胀麻感疗效更佳, 观察 5 分钟无不适主诉及麻醉平面上升即准备做轻手法推拿。

2.2 轻手法推拿 ①取仰卧位, 医者双手握住患者双踝部, 助手按住腰部作对抗牵引, 另一助手双手扶持固定骨盆, 在牵引下医者作左右两下肢摇摆约 30 秒, 再分别作两下肢内收、中立、外展位屈髋屈膝按压各 3 次。②检查麻醉平面上升分别作两下肢直腿抬高达极限高度 3 次, 然后术者以一臂维持, 另一手作踝关节背伸按压 3 次。③将两下肢分别作屈髋屈膝、伸腿似“蹬车”或 360° 被动运动各 20 次。以上手法均以健侧为先、患侧在后次序进行, 手法推拿均在柔和非暴力下完成。一般每周一次, 1~ 2 次为宜, 每次治毕让患者卧床休息 4~ 6 小时, 嘱其在次日即作主动“蹬车”式活动, 每日 3 次, 每次 20~ 30 下。

### 3 治疗结果

疗效标准: 优, 症状和体征完全消失, 恢复原来工作; 良, 症状和体征基本消失, 直腿抬高  $\geq 70^\circ$ , 恢复一般工作; 可, 症状和体征有明显改善, 能从事轻工作; 差, 症状和体征无好转。结果: 本组 160 例中, 优 67 例, 良 82 例, 可 7 例, 差 4 例, 优良率 93.1%。随访 1~ 5 年, 失随访 6 例, 12 例劳累后有轻度症状经服药休息后消除, 4 例手术治疗。本组病例无副损伤。

### 4 讨论

本组采用硬膜外腔冲击分离法, 是将配制的复合液通过注入方法用一定的压力快速冲击硬膜外腔, 从而达到分离突出物与神经根粘连, 解除间盘组织压迫硬膜囊、神经根, 打破这种“紧密”的病理关系, 即可产生“液体解剖”, 液压分离髓核与神经根粘连的效应<sup>[1]</sup>。复合液具有消除神经水肿、组织无菌炎症, 解除疼痛以及调节与修复神经作用。

轻手法推拿在临床治疗中也起着重要作用。有关轻手法推拿治疗腰突症的临床应用我们曾在文献中作过报道<sup>[2]</sup>, 与重手法推拿有不同的疗效及优点, 可避免因手法过重使药液扩散过快影响疗效或发生某些副损伤。轻手法推拿治疗原理与有关报道相符合, 是在镇痛状态下进行脊椎推拿手法, 通过人体软性结构与硬性结构的系统协调作用, 可促进突出物逆行回纳或部分回纳, 在突出物难以回纳的情况下, 还有可能使其在椎管内发生变位、变形从而解除突出物与神经根或硬膜囊的病理关系<sup>[3]</sup>。我们对 160 例病例观察体会到在“液体分离”的同时施行双下肢按我们自行设计的手法步骤, 特别是“蹬车”式被动和主动锻炼能有效地使受压粘连的神经根得到松解, 尤其是对伴有侧隐窝狭窄的病例更能体现出治疗优点。

复合液冲击法与轻手法推拿能发挥双重作用, 二者有机地结合, 在非手术治疗中实为较理想的治疗方法。在整个治疗过程中尚有值得提出的以下要点: ①合理选择进针点, 通常以椎上一节间隙为好, 插入导管时将穿刺针标记口根据突出症的不同类型而选择方向。②严格无菌操作, 尽量穿刺一次成功, 注药时是否有阻力, 此时要注意导管有无扭曲、卡压现象。③对已接受过髓核摘除的患者, 尤其是有椎板切除的, 因局部解剖改变使注药冲击可能疗效不理想, 还有可能因术后硬膜与周围组织粘连严重, 可使麻醉平面上升的危险。

④手法宜轻柔, 以避免因重力挤压使椎间盘突出程度更增加,

在施行第二步手法时更不能一味追求直腿抬高的高度以免神经根受牵拉损伤。⑤该方法最好在手术室进行,以有效控制麻醉平面及应急。

#### 参考文献

1 沈克菲. 外科学·下册. 北京: 人民卫生出版社, 1994. 1579.

- 2 阎大联. 骶管注药加轻手法推拿治疗腰椎间盘突出症. 中国骨伤, 1996, 9(5): 23.
- 3 龚正丰, 姜宏, 陈益群, 等. 镇痛牵引下脊椎推拿疗法对腰椎间盘突出影响的 B 超分析. 中国骨伤, 1994, 7(4): 8.

(收稿: 2001-05-06 编辑: 李为农)

## • 短篇报道 •

# 改良布朗氏架并早期锻炼预防膝关节僵硬

齐平坤 孟辉 张卫国  
(长清县中医院, 山东 长清 250300)

我院应用自制改良布朗氏架并早期功能锻炼预防外伤性膝关节僵硬 32 例, 效果良好, 现报告如下。

### 1 临床资料

本组男 25 例, 女 7 例; 年龄 16~60 岁。闭合性骨折 26 例, 开放性骨折 6 例; 股骨干骨折 27 例, 股骨干骨折伴髌骨骨折 2 例, 涉及胫骨上段的平台骨折 3 例。

### 2 治疗方法

2.1 手术内固定 加压钢板螺丝钉内固定 23 例, 髓内针内固定 5 例, 股骨干髓内针+髌骨张力带内固定 2 例, 胫骨平台骨栓+钢板螺丝钉内固定 2 例。

2.2 锻炼方法 回病房后, 将患肢置于布朗氏架上。术后 3 天内, 用屈膝 45° 布朗氏架, 患肢进行股四头肌收缩和踝伸屈锻炼。3 天后, 刀口已换药, 引流管也已拔除, 由医生或医生指导被动伸屈膝关节。术者一手按压髌上股骨下段, 一手抬高或放低踝部, 每日 3 次, 每次 2 分钟。必要时可按摩髌骨周围及膝部两侧, 也可加用按摩乳、红花油。术后 1 周调布朗氏架至屈膝 60°, 继续锻炼。术后 10 天, 将患肢置于自制屈膝 90° 改良布朗氏架上(传统布朗氏架屈膝达不到此角度), 继续被动锻炼, 并与主动伸屈相结合, 2 周拆线后可带架回家继续锻炼。

2.3 注意事项 ①布朗氏架长度应与患肢一致, 特别是大腿部, 近端应抵于臀部, 凸角正好嵌入膝后。使用前须用新绷带缠绕, 平整无皱, 置患肢于架上略下陷; ②内固定应牢固, 可靠; ③要充分发挥患者的主观能动性, 使其密切配合, 做到自我管理, 动作应轻柔, 锻炼要循序渐进; ④当需屈膝 > 90° 锻炼

时, 可把小腿部绷带去除, 小腿在布朗氏架两纵框之间下垂, 可屈膝 120°。

### 3 治疗结果

本组 2 周内膝关节活动度均大于 90°, 其中 23 例达 120°。有 25 例获 5~20 个月随访, 平均 13 个月, 未见骨折移位, 骨折愈合时间最早 8 周, 最迟 15 周, 平均 12 周。膝关节活动范围 25 例 > 130°, 7 例可屈曲 110°~130°。

### 4 讨论

膝部或膝邻近骨折内固定后, 多辅加外固定, 而长时间的静态固定往往致膝关节僵硬, 恢复困难, 强行锻炼易出现骨折的并发症, 有的不得不再次手术松解, 效果并不尽人意。

术后应用布朗氏架和改良布朗氏架外固定配合早期功能锻炼, 就可有效地防止骨折过程中的膝关节受损。

患肢置于缠绕绷带的布朗氏架上, 因重力作用略下陷, 其后侧, 内、外两侧可直接起到固定作用, 虽肢体前部裸露, 但由于肢体是因重力作用而向下的, 故外固定效果是可靠的, 这给骨折的生长提供了相对稳定的环境。锻炼时, 术者用一手下压髌上股骨下段, 进一步加强了外固定, 保护了骨折端。此方法顺乎自然, 合乎生理, 病人感觉舒适, 乐意接受。此方法有利于静脉回流, 有利于观察, 有利于主动与被动结合进行锻炼。

由于早期锻炼, 关节、肌肉、肌腱、韧带均处于较好的状态, 轻柔手法即可达到目的, 避免了暴力锻炼, 从而不影响内固定物的牢固性。

(收稿: 2001-04-17 编辑: 李为农)

## 第九届全国软组织疼痛学术会议征文通知

中国软组织疼痛研究会、中华医学会疼痛学会软组织疼痛专业委员会决定 2002 年 6 月在上海召开第九届全国软组织疼痛学术会议, 同时举办软组织外科学学习班, 学习班授予国家级继续教育学分。有关征文事项如下: 1. 征文范围: ①软组织疼痛的基础理论研究。②软组织疼痛临床诊断、治疗研究。③软组织疼痛康复评定和康复治疗研究。④骨科、神经科、风湿科等软组织疼痛相关疾病的研究。2. 征文形式: 科研论文、病例报告、综述、译文和讲座等(全文 4000 字内, 摘要 500 字内。) 欢迎使用磁盘和电子邮件投稿, 征文截止时间 2002 年 4 月 15 日。3. 来稿请寄: 北京市复兴路 28 号解放军总医院康复医学科(邮编 100853)。联系人: 王军 毕胜。电话: 010-66937492, 66936492。E-mail: Bisheng@301hospital.com.cn