

非手术疗法治疗腰椎间盘突出症探讨

江苏省连水县高沟中心医院(223411) 陈世同 朱育功

腰椎间盘突出症是骨伤科常见病、多发病。约占腰痛病人的五分之一,也是坐骨神经痛的主要原因之一,属祖国医学中腰腿痛的范畴。中西医治疗方法甚多,总的可分为非手术和手术疗法。现就非手术疗法治疗腰椎间盘突出症的有关问题探讨如下。

治疗方法

1. 骨盆牵引法:采用斜坡体位牵引,牵引重量一般10—20kg为宜,每日2次,每次2小时,2—4周为一疗程,症状减轻后带腰围保护下床锻炼。

2. 推拿按摩法:

按摩法,采用中医传统手法,在患者背部沿脊柱两侧自上而下进行按摩,使患者腰肌充分松弛,为进一步推拿准备。

仰卧斜扳法:一手按住同侧肩部,另一手按住同侧膝部,并屈髋屈膝至90度,然后猛然用力使脊柱向对侧旋转动作,可产生响声。

侧卧斜扳法:术者在患者身后,用一肘放在肩前,另一肘放在髂后,两肘互相配合,轻轻推摆几次,使患者充分放松腰部肌肉,猛力旋转腰部,也可产生响声。

俯卧斜扳法:一手按住患者腰部,另一手从前方托住患者大腿的下部,用力上抬5—10次,使腰椎产生后伸和旋转扭力。

3. 椎旁痛点注射法:以丹参注射液6ml加1%普鲁卡因10ml作椎旁压痛点深部注射。每周2次,可使局部活血化瘀、通络止痛。

4. 骶管硬膜外封闭法:取强的松龙50mg加1%奴夫卡因20—30ml,在严密消毒下行骶管注入硬膜外腔。每5天一次,3—5次为一疗程。可抑制神经末梢兴奋性,改善血液循环,达到消炎止痛,舒筋通络之功。

5. 麻醉下牵引推拿法:

在腰麻或硬膜外麻醉下行牵引、手法推拿

按摩,对病程短、体征和症状明显,诊断明确,经一般手法治疗效果差的患者可使用。待麻醉药与神经充分结合并完全固定后,对抗牵引10分钟,使椎间隙增宽椎间隙负压增加,利于突出髓核回纳复位,牵引后再施以直腿抬高加压,仰卧斜扳、侧卧斜扳、俯卧斜扳等手法,用力要适度,避免发生推拿并发症,术毕绝对卧床休息一周,待疼痛缓解后开始作背伸肌锻炼,一周后带腰围下地活动。

6. 中药治疗:

根据中医理论,辨证施治。可分三型。

气滞血瘀型:可选用身痛逐瘀汤、舒筋活血汤加减治疗。有活血化瘀、行气止痛之功。

风寒湿型:宜祛风散寒化湿法,独活寄生汤加减。

肾虚型:宜扶正固本,强壮筋骨,方用左归饮,右归饮,壮腰健肾丸,酌加活血化瘀、祛风通络之品。

探 讨

1. 治疗方法的选择:腰椎间盘突出症选用治疗方法适当,可以缩短疗程,疗效可靠。中西医结合非手术疗法,可以使突出的髓核回纳或轻微改变与神经根的关系,消除神经根周围软组织粘连性炎症。一般患者首选牵引,口服中成药或汤剂,手法推拿按摩。牵引可使腰肌紧张松弛,使纤维环后纵韧带、黄韧带紧张,改善脊柱的侧弯和后突畸形,增大椎间隙,扩大硬膜囊和椎间孔,使椎间隙产生负压,有利于突出的髓核还纳,同时为进一步施行手法打下基础。中药辨证施治能活血化瘀、行气止痛、祛风散寒化湿,强壮筋骨,疏通微循环,减轻局部粘连和水肿,如效果不显者,可局部压痛点注射丹参注射液或局封,骶管硬膜外封闭疗法,通过普鲁卡因与激素的作用,以抑制神经末梢兴奋性,改善血液循环,有明

显的消炎止痛、较快的缓解症状。如病程短、症状重，不能耐受一般手法治疗的患者，可在腰麻或硬膜外麻醉施以手法、充分缓解腰肌痉挛，在牵引、推挤、旋转等外力作用下，使椎间隙增宽，有利于髓核的还纳，松解神经根粘连，改变神经根与突出物的关系，恢复脊柱正常力学平衡，使临床症状得以缓解或消除。但切忌粗暴手法，以免引起医源性损伤。

2.手法推拿的机理及禁忌症:

祖国医学对手法治疗积累了丰富的经验。《医宗金鉴、正骨心法要旨》说：“因跌仆闪失、以致骨缝开错、气滞血瘀，为肿为痛，宜用按摩法，按其经络，以通郁闭之气，摩其壅聚、以散瘀结之肿，其患可愈”。与现代医学的松解神经根粘连，回纳髓核或改变神经根与髓核的压迫关系，改善微循环，消除无菌性炎症，减轻水肿，加速酸性代谢产物、致炎致痛物质的排出的作用机理是相似的。

对老年患者，有心血管疾病患者，中央型突出的患者，有骨质增生明显或突出物有钙化者，病程较长，多次手法治疗效果不佳或反复发作作者，均应列为手法治疗的禁忌范围。

3.正确对待非手术疗法治疗腰椎间盘突出症的作用:

腰椎间盘突出症的主要病理现象是髓核突出机械性压迫神经根，于局部释放出的致炎、致痛物质，激惹神经根及周围组织，产生渗出、增生、粘连等，非手术疗法能治愈大多数腰椎间盘突出症患者。其疗效是肯定的。随着CT检查的推广使用。许多学者通过对非手术疗法治愈的病人进行检查，发现其突出物回纳甚少，只有在病变早期，突出物尚未变性，纤维环尚未完全破裂，且与周围组织未形成粘连才有可能性。如果突出物时间较长，髓核已经退化变性，与周围组织已经产生粘连，回纳是不可能的。因此，要从改善临床症状和恢复功能来评价疗效。应该承认，非手术疗法也有失败的病例。如果病程已长，经中西医结合非手术疗法治疗无效，疼痛剧烈不能缓解，反复发作，神经根粘连严重，突出物钙化骨化者，以及巨大型中央型椎间盘突出者，仍需积极手术治疗。（本文承南京中医学院诸方受教授审阅，特此致谢。）

暴力徒手整复髌关节后脱位导致髌臼唇骨折1例

内蒙古牙克石市人民医院(022150)宗克雨

患者，男，36岁，农民，由马车上摔掉在地1小时后就诊，查体：患侧（右侧）下肢呈短缩、内旋、内收、屈髌、屈膝之弹性制动体位。摄骨盆正、斜位片，可见髌关节上后方脱位之影像，与临床诊断相符。明确诊断后（伤后2小时），立即在诊床上常规行“？”字徒手牵引复位，但两次均未能成功。休息片刻后，采用暴力按压旋转（也是“？”方向）复位，即以股骨干之粗隆部位与髌臼周围之骨质为支点，以股骨干为力臂，股骨头为动臂。先强力屈髌，内收髌关节，然后突然外旋，外展，伸髌，听到钝性“咯”声伴有嘶啦的声音后，患肢短缩及各种畸形消失。髌关节即刻可以主动屈曲30°，内旋15°，外旋10°，但活动时疼痛，遂宣告复位成功。但再次摄骨盆正位片，发现髌臼上1/3有多个骨折之碎片。复位后卧床板床两周，然后开始下地活动。术后1年后

随访，患侧髌关节仍有负重及长距离行走时疼痛，以及过度外旋、屈曲时疼痛，但尚能从事体力劳动。

本例病人造成关节盂骨折的原因是在髌关节附近肌肉未松弛及尚未牵引股骨头接近髌臼的解剖位置时，采用暴力撬压、挤压外力加上旋转撞击作用，从而产生一种股骨头及大粗隆对髌臼唇的一种挤压、撞击和剪切力，从而导致了髌臼唇的碎裂。

髌关节脱位是四肢六大关节脱位中最常见的一个。如遇到肌肉发达及精神紧张的病人。常可出现徒手复位失败。倘遇到这种情况。不能用暴力手法复位。应给杜冷丁或安定肌肉注射30分钟后。再次进行徒手复位。如再无效，可在手术室硬膜外麻醉下或硫喷妥纳等静脉麻醉下进行徒手复位。一般均可顺利复位。如再有困难，应毫不犹豫地切开复位，同时修复破裂的关节囊等。