

## 手法小针刀加封闭治疗腰棘间韧带损伤

江西省景德镇市中医院骨伤科 (333032) 袁德礼

棘间韧带损伤性腰痛报导较多, 骨科有关文献对其生理、解剖、病理、诊断都作了比较详尽的论述。封闭、推拿均有一定的疗效, 笔者近二年来采用手法、小针刀配合封闭治疗76例, 取得比较满意疗效, 分析报告如下。

### 临床资料

年龄: 手法组: 24岁至34岁8例, 35岁至44岁21例, 45岁至56岁9例。小针刀加封闭组: 24岁—34岁11例, 35岁至44岁20例, 45岁—56岁7例。对76例患者随机分为二组, 即手法组和小针刀加封闭组。

性别: 男性56例、女性20例, 年龄最大56岁, 最小24岁, 以28至50岁年龄发病为多共44例, 占总数59.7%, 病程长者一年零二个月, 病程短者二天, 全部病例都有弯腰搬物不慎扭伤病史。

损伤部位: 手法组: 腰4—5, 5例, 腰5—骶<sub>1</sub>, 33例, 小针刀加封闭组: 腰4—5, 4例, 腰5—骶<sub>1</sub>, 34例。

症状与体征: 1. 多数患者有外伤史, 一般由扛重物挺腰或弯腰拾物用力不当所致。2. 腰骶部疼痛, 转侧不便, 弯腰时感腰部有分离断裂感觉, 伴有骶棘肌紧张, 腰部僵直和运动受限、严重弯腰困难或加重疼痛。3. 韧带损伤的局部即棘突间有明显压痛点。普鲁卡因局部封闭后疼痛可明显减轻或消失, 这种方法可作诊断依据。俯卧位触诊时, 病变部位有韧带松弛感觉, 有的压痛呈条索状隆起。4. 棘突间韧带造影是一种辅助诊断方法, 有的提出分为断裂、囊性变、穿孔和韧带松弛四类。本组采用造影辅助诊断11例, 多数呈不规则突起、缺损及不规则的囊腔影象, 对于不典型影象很难确切地辨别是韧带松弛或断裂, 因此, 我们只诊为局部韧带组织有损伤性变化, 很难确定其病变性质, 故其余病例均以临床检查为主要依据来确定其诊断。

### 治疗方法

1. 推拿: (1) 揉揉法: 患者俯卧于手法床上, 双下肢伸直, 肢体放松, 术者用揉法及掌指揉法, 反复施于腰骶部两旁软组织约2—3分钟, 点揉委中, 承山20~30次。(2) 顺压法: 嘱患者两手握住床沿, 又令助手握住双踝持续拔伸, 先用右手拇指触摸清楚韧带病变部位, 左手按于病变韧带的上端, 右手拇指轻轻地左右弹拨棘上韧带, 将隆起的组织由上到下顺压于原位, 再用拇指顺纤维方向滑推按压。(3) 后伸扳法: 术者站在手法床一侧, 用前臂将患者双下肢股部托起, 徐徐用力向后扳, 另一手掌根按压患处2~3次即可。

2. 小针刀疗法: 选准痛点, 用1%普鲁卡因5—10ml局麻后, 用小针刀沿痛点垂直刺入皮肤达病灶内, 按棘间韧带纵斜面剥离松懈, 使其陈旧损伤处形成新的创面, 而达到愈合, 术毕局部加注确炎舒松—A25mg, 无菌纱布敷盖切口处。三天内保持清洁干燥, 患处垫枕卧床休息3~7天。

局部封闭: 用1%普鲁卡因4—6ml加确炎舒松—A25mg, 透明质酸酶1500万单位局部痛点封闭。

### 治疗结果

临床诊断标准: 以下腰痛、弯腰挺直困难、局部压痛、活动受限等四项症状和体征的减轻程度为疗效评定的主要依据。疗效评定标准为: 显效: 症状基本消失、半年以上不再复发; 好转: 症状明显减轻、半年以上不再复发; 无效: 症状无明显改善。

结果: 显效者: 手法组22/38, 小针刀加封闭组27/38; 好转者分别为10/38及8/38; 无效者分别为6/38及3/38。说明两组治疗方法均有较好的疗效。

### 讨论

腰棘间韧带处于相邻的棘突之间, 呈长方

形,由三层纤维组成。主要层和中间层的纤维方向是自后上方斜向前下方。在此层的外面,左右各有一层,其纤维方向是自前上方至后下方。这种交叉式的排列呈棱形格子状,加强了韧带的强度。防止脊椎过度屈曲和前移。从力学角度来看,腰骶和骨盆呈倒三角形力学结构,该部承受压力最大,特别是在屈伸和扭转的情况下,由于95%棘上韧带止于腰3-4棘突,5%止于腰5棘突,腰5-骶1,则无棘上韧带,因此该部的棘间韧带必须单独承受弯腰时牵拉张力,腰部屈伸旋转动作经常使棘突分开和挤压、相互摩擦,从而造成棘间韧带牵伸和挤紧,这种纤维之间的日常机械性摩擦,引起变性,棘间韧带只能在变性基础上,再加某次外伤,而发生不同类型的破裂和松弛。韧带内含有神经纤维,对痛觉最为敏感,故腰5骶1韧带破裂或松弛,是下腰痛主要原因之一。本组76例,均有弯腰用力不当扭伤史。临床诊断标准:以压痛部位在两棘突之间,弯腰或伸腰时疼痛加重,压痛明显部位注射普鲁卡因,疼痛即可暂得缓解或消失。致于局部碘造影对于需手术的患者是必要的。本文所论述的二种治疗棘间韧带损伤的方法虽经统计学处理,其结果虽无显著性差异,但从表中看到的手法组治疗急性损伤22例,有效率较慢性损伤组为高。急性损伤使用手法其作用能使松弛、挛缩、翻转的软组织迅速得到平复和理顺,痉挛得到缓解,有利于断裂的纤维愈合,达到解痉、活血、止痛之效。小针刀加封闭组治疗陈旧性损伤,较急性损伤组为高,其作用小针刀能松解粘连,剥离疤痕组织,改善病灶部位血运,加之局部注入普鲁卡因和确炎舒松-A,能阻断传入的感觉神经及传出的运动神经,且可使病变部位的毛细血管收缩,改善局部的血液循环,减少瘢痕的形成,使陈旧的损伤创面达到新的愈合。

### 小 结

1. 本文总结了76例急慢性腰棘间韧带损伤,应用中医骨伤手法及小针刀加封闭治疗的

效果观察,手法组38例,有效率达44.1%,无效占8.1%,手法治疗以急性损伤效果较好。小针刀加封闭治疗38例,总有效率达49.3%,无效占4.5%,对陈旧性损伤棘间韧带损伤效果较佳,两种治疗方法操作均简便。

2. 初步探讨了手法,小针刀加封闭治疗棘间韧带的作用和机理。提示了二种治疗方法各有他一定的适应症。

3. 二种治疗方法总有效率达93.5%,其中无效9例占6.7%(6例合并腰椎间盘突出,2例合并椎管狭窄,1例为骶骨部肿瘤)。

### (上接17页)

关节挛缩肢体短缩术前牵引又不足,术中软组织松解不够再加上留股距较长,造成复位困难,在骨质疏松基础上,如施用旋转暴力,强行复位,不能克服髓臼前上缘对人工股骨头的阻挡作用,发生股骨上段假体柄周的劈裂骨折。

5. 骨性标志辨认不清、扩髓腔方向不正确是造成假体尖、柄旁出皮质的原因。例4采用watson-Jones切口,软组织松解范围较小,触摸小粗隆不太清楚的情况下未能正确掌握扩髓腔的方向,使髓腔锉的方向指向后下方,又因骨质疏松穿透皮质时未及时发现,以致假体按错误方向置入,假体安置完毕后由术者用手在患侧大腿周围充分触摸,一般情况下,如假体穿出,均能在大腿皮下摸到。

6. 术毕前应照X线片以了解假体安置位置。本文例4,在术后12天才照像,不能及时发现假体穿出,同时只照了正位像,又未能发现向后方穿出骨皮质的假体。

### 参考文献

- (1) 吴之康. 髋关节人工置换术后疗效评定. 中华外科杂志. 1982; 20(4):250
- (2) 朱式仪,等. 人工股骨头置换术中失误和术后并发症探讨. 中华骨科杂志. 1990; 10(5):334
- (3) 王桂生主编. 骨科手术学. 北京: 人民卫生出版社. 1990:342