

腰椎峡部裂伴椎体滑脱症 50 例

中国中医研究院骨伤科研究所(北京 100700) 彭其林

1981 年 5 月~1994 年 10 月采用中西医结合的非手术疗法诊治腰椎峡部裂伴椎体滑脱症 50 例,取得较满意的效果。现报告如下:

临床资料

本组 50 例中男 28 例,女 22 例;年龄 22~55 岁;有外伤史 34 例,原因不明 16 例;腰痛时间最短半天,最长 20 年;本组病例均拍摄腰椎 X 线正侧、左右斜位片确诊为腰椎峡部裂伴椎体滑脱,其中腰 4 峡部裂 12 例,腰 5 峡部裂 38 例;双侧椎弓裂为 41 例,单侧为 9 例;I 度滑脱 45 例,II 度滑脱 5 例;有 20 例经 CT、MRI 检查发现有腰椎间盘突出、膨出 12 例,椎管狭窄 8 例。病人均有程度不同的下腰疼痛或肢体放射性串痛、麻木、跛行等症状。

治疗方法

1. 手法治疗:(1)腰背部、患侧肢体的软组织放松手法;(2)冯天有氏坐姿腰椎定点旋转复位法;(3)侧卧位斜扳法;(4)坐姿腰前屈按压法;(5)屈膝屈髋旋转按压法;(6)肢体牵抖法;(7)分筋、理筋、穴位点压、点揉法。

2. 封闭治疗:根据病情酌情行下腰痛点、椎板或神经根管的封闭治疗。

3. 中西药内服治疗:炎痛喜康、芬必得、独活寄生汤、当归杜仲汤、炮三甲合剂、桃仁四物汤、舒筋汤等加减辨证施治。

4. 功能锻炼加腰围保护治疗。

治疗结果

疗效标准:优,症状、体征消失、直腿抬高试验 70 度以上,恢复原工作;良,症状体征大部分消失,恢复轻工作;好转,症状体征部分消失;差,症状体征与治疗前

无改变。

治疗结果:优 13 例,良 27 例,好转 4 例,差 6 例。

本组病例跟踪随访 30 例,近期疗效:3 个月~1 年随访的 20 例,优 10 例,良 9 例,差 1 例(因继发腰椎间盘突出、椎管狭窄而行手术治疗);远期疗效:1~3 年随访 10 例,优 7 例,良 2 例,差 1 例;本组患者治疗时间最长半年,最短 2 天。

讨论

腰椎峡部裂引起下腰疼痛,肢体串痛,麻木,跛行的原因可能与峡部裂处的小关节失稳,而导致的异常活动,刺激神经末梢,压迫牵扯神经根所致;或因椎间盘退行性病变,纤维环破裂,椎间隙变窄,脊椎后关节失去稳定性所致;或因椎间盘退变,破裂失去稳定性之后,继发韧带、关节囊及腰背肌的劳损所致。由于腰椎峡部不连导致椎体滑脱,而不连的椎弓的下关节突与下位椎体的上关节突构成关节时,因受脊椎向前滑移的影响,关节压力大,容易发生创伤性关节炎;同时又因脊椎滑脱后,前后纵韧带、椎间盘以及关节突关节的负担加重,容易引起腰骶部软组织及关节的劳损;甚至还可以因脊椎滑脱后,形成相对性椎管狭窄,直接刺游,压迫马尾神经而出现相应的症状体征。

采用中西医结合的非手术疗法辨证施治腰椎峡部裂伴椎体滑脱症,其治疗机理则可能是由于手法纠正了小关节的错位,恢复了脊椎的稳定性;手法、药物的舒筋、活血、通络、消炎止痛的作用,改善了局部的血液循环,缓解肌肉的痉挛;而功能锻炼则增强了机体的代偿,配带腰围保护巩固提高了其疗效,从而达到治疗目的。

(收稿:1995-01-24)

上海市清华科技函授学院

中医大专自考班面向全国招生经上海教育局批准面向全国招生。根据国家考试科目规定,开设十二门中西医课程。均由专家教授执教和精心辅导。凡高中或初中以上均可报名,来函至上海 085—314 信箱中医函授学院简章备案。邮编:200085。