

# 保守治疗腰椎间盘突出症

福建省泉州市中医院(362000) 蔡立志 苏元坡 钟国荣\*

我们自 1989 年以来,共收治腰椎间盘突出症 356 例,报告如下。

### 临床资料

本组共 356 例;按临床治疗方法分为三组:骶管注药加骨盆牵引组(简称“综合组”)145 例,骨盆牵引组(简称“牵引组”)115 例,骶管注药组(简称“注射组”)96 例。356 例中,男 249 例,女 107 例;年龄 19~55 岁;病程 5 天~1 年;突出部位:L<sub>3,4</sub>突出者 2 例,L<sub>4,5</sub>间盘突出者 225 例,L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 间盘突出者 119 例,L<sub>4,5</sub>+L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 突出者 10 例;左侧 191 例,右侧 160 例,双侧 5 例;7 例合并椎管狭窄。全部病例均根据其症状、体征、X 线摄片或结合 CT 确诊。

### 治疗方法

1. 骶管注药:病人取俯卧位,骶部垫一厚枕,两腿稍分开,按解剖标志摸清骶裂孔后,常规消毒铺巾后,用 7 号针头、20ml 注射器抽吸醋酸强的松龙 1ml(即 25mg)、2%利多卡因 5mlVB<sub>12</sub> 500μg,加注射用水至 20ml,然后,在局麻下,按正确操作步骤,穿刺进入骶管,回抽有负压,无脑脊液及血液回流,即可注药。为了安全起见,可先注入 5ml,观察 5 分钟后,如无不良反应,即可全部注入,这时病人感腰部、下肢酸胀、发热属正常现象。注射后,卧床休息 30 分钟,然后进行牵引。每周一次。

2. 骨盆牵引:病人仰卧床上,抬高床尾,头低脚高,利用骨盆牵引带与上半身体重作对抗牵引,重量一般为 8~10kg,每天 3 次,均为三餐后 1 小时开始,每次 1~2 小时。部分病人刚开始牵引头几天,可能有腰部不适感甚至症状加重,可以适当缩短牵引时间,逐渐增加牵引重量。

牵引组:单用骨盆牵引,方法同上。

注射组:单用骶管注药,方法同上。

以上三组在治疗期间,均给予消炎止痛、维生素类药物口服。3 周为一个疗程,疗程结束后,进行疗效统计。

### 治疗结果

疗效标准:优:症状体征完全消失或绝大部分消失,恢复原工作。良:症状体征大部分消失,可以坚持原工作。可:症状体征部分消失,可以从事较轻工作。差:症状体征无明显改善。2. 疗效统计见表,结果显示,综合组疗效明显优于其它 2 组,经统计学处理,P<0.01 有显著性差异。

三组疗效比较表

组别	例数	优	良	可	差
综合组	145	125	14	4	2
牵引组	115	79	16	12	8
注射组	96	45	10	19	22

远期随访结果:综合组 80 例,有 5 例复发;牵引组 56 例,有 16 例复发;注射组 45 例,有 17 例复发。说明综合组复发率明显低于其他两组。

### 讨论

本组结果显示,运用骶管注药配合骨盆牵引组疗效明显优于采用单一种方法治疗的其它 2 组。骨盆牵引虽然能促使突出髓核的还纳,但炎症消退也需要有一个过程,况且突出时间较长,粘连较甚者,效果也不一定满意。骶管注药虽能消除或减轻各种炎症反应,但若突出髓核未能还纳,即使炎症消退后,也易在短时间内复发。因此,通过骨盆牵引促使髓核还纳,骶管注药消除炎症,才能缩短疗程,取得更为满意的疗效,提高治愈率。

在治疗过程中,我们发现连续注药超过 3 次以上者,疗效并无明显提高,这与 BenconHT 报告是一致的,原因可能与神经根仍受压迫,炎症未能完全消除有关。因此,我们把连续骶管注药 3 次的效果作为判断腰椎间盘突出症保守治疗是否有效的客观依据之一,综合组治疗无效 2 例,经手术证实,1 例突出较大,粘连较甚,另 1 例并中央椎管狭窄,我们掌握的手术适应症为:对经积极牵引,配合骶管注药 3 次无效者,尤其合并中央椎管、神经根管狭窄应考虑手术治疗。中央型合并马尾神经压迫症状者,非本法所宜。

\* 南京军区福州总医院

参考文献

1. 张安桢, 等. 中医骨伤科学. 第 1 版. 北京: 人民卫生出版社, 1988, 556.

2. 赵定麟, 等. 下腰痛. 第 1 版. 上海: 上海科学技术文献出版社, 1990, 161~162.

3. 袁德礼. 骶管注射治疗腰腿痛. 中国中医骨伤科杂志 1992; 8 (1): 48.

4. 陕俊平. 骶管注药治疗腰椎间盘突出引起的坐骨神经痛. 颈腰痛杂志 1994; 15(1): 59.

收稿: (1994—06—21)

## 色素沉着绒毛结节性滑膜炎误诊为髋关节结核一例

湖南省攸县人民医院(412300) 徐葛殿

尹××, 男, 50 岁, 农民。于 92 年 12 月上旬始, 无明显诱因, 右髋出现肿块, 并有间断性隐痛。疼痛向右膝部放射, 伴行走困难, 跛行。病程中, 无畏寒发热, 不伴低热盗汗, 但有手足心发热感, 无咳嗽、咯血史。当地医生以“坐骨神经痛”给予局部封闭治疗, 疼痛反而加剧, 不能行走, 转我院门诊, X 片诊断为“右髋关节结核伴寒性脓肿。”患者要求手术, 于 1993 年 11 月 14 日入院。

体查: T36.9℃, P80 次/分, R20 次/分, BP16/10kPa, 神清, 慢性病容, 跛行体位, 全身浅表淋巴结不肿大, 胸廓对称。双肺叩诊呈清音, 呼吸音正常, 双肺未闻及明显干湿性罗音, 右股四头肌轻度萎缩, 右髋部前内侧可见局限性隆起。表面皮肤无静脉怒张, 无发红, 皮温稍高。肿块约 10×15×8cm<sup>3</sup>, 质软, 分界欠清, 活动度差, 触之有海绵样感觉, 无波动感, 轻压痛。右髋关节纵向叩击痛阳性, 无骨擦感。髋关节活动度: 屈曲 90 度, 后伸 0 度, 内收 30 度, 外展 0 度。托马斯征(+), “4”字试验阳性, 右下肢肌力 V 级, 皮肤感觉正常。X 线检查(右骨盆片): 右髋前内侧可见一密度增高软组织阴影, 关节间隙变窄, 股骨头、颈内侧骨皮质不连续, 有骨质破坏, 未发现死骨及空洞。意见: 右髋关节结核。胸部平片: 两肺纹理增粗, 余未发现明显异常 X 线征象。肿块 B 超检查: 右侧腹股沟处可探测一低回声包块, 边界欠清, 边缘不规则, 有较厚不规则包膜, 其内见少许光片, 光斑和无回声区分布不均匀, 远场声稍增强, 与周围血管有明显分界线。考虑: 囊肿并感染? 炎性包块? 经实验室和肿块穿刺液常规检查, 穿刺液细菌培养, 术前诊断为右髋全关节结核。

治疗: 患者于 1993 年 11 月 23 日上午在腰麻下行右髋关节结核病灶清除术, 取 smith-petersen 切口, 术

中切开关节囊, 见关节囊壁明显增厚, 关节滑膜内面全部呈绒毛状改变, 关节液呈淡黄色, 绒毛侵犯股骨颈及股骨头负重面约 4/5, 股骨头软骨下, 软骨负重面全部游离, 关节内侧关节囊不完整, 绒毛并已侵犯关节周围软组织内, 头韧带已断裂, 髌臼软骨完整。考虑为绒毛结节性滑膜炎。行关节滑膜广泛性切除术。术后, 滑膜标本送病理切片结果为(右髋关节)。右髋关节色素沉着绒毛结节性滑膜炎。

患者手术后, 随诊半年, 其间间断性辅以放射治疗, 病情好转。

### 讨论

1. 未认真鉴别关节结核与绒毛结节性滑膜炎所伴发的主要症状, 体征和辅助检查: 滑膜炎无全身症状, 病人体温不高, 血沉不快, 血象也无改变<sup>(1)</sup>, 同时, 结节性绒毛滑膜炎所形成的肿块, 穿刺液呈血性或咖啡色液体, 这种穿刺液, 很特殊, 具有诊断价值<sup>(2)</sup>。本例患者穿刺液虽与髋关节结核伴寒性脓肿常见的穿刺液色泽近似, 但镜检发现红细胞, 与结核性脓肿脓细胞多具有较大差距。同时, 穿刺液作细菌培养和抗酸染色均为阴性, 肺部力线中也未发现明显原发性结核病灶。这些现象确切存在, 而未引起相应重视, 是造成这次误诊的主要原因。

2. 色素沉着绒毛结节性滑膜炎临床上较罕见, 尤其是发生在中年患者(50 岁)髋关节部位的更少见。这与我们临床接触此类病源少, 经验不足很有关系。

### 参考文献

1. 郭巨灵等. 临床骨科学、骨病. 北京: 人民卫生出版社, 1989, 478.

2. 陆裕朴, 等. 实用骨科学. 北京: 人民军医出版社, 1991: 1517

(收稿: 1994—08—19)