

超体重牵引加骶管封闭治疗腰椎间盘突出症

青岛市黄海疗养院 (266003)

王钦芳 许密如 张俊国 吕长兴*

我院自 1989 年 7 月~1994 年 10 月,应用 CX-3 腰椎多功能牵引床(青岛市电子医疗仪器服务部监制),超体重牵引结合颤腰、骶管硬膜外封闭治疗腰椎间盘突出症(以下简称腰突症)618 例,取得满意效果,现报告如下。

临床资料

本组 618 例中,男 412 人,女 206 人;年龄 20~73 岁;病程 1 天~13 年。治疗前均经临床检查确定并经 X 线或 CT 扫描,排除脊柱其它疾病。病变部位:腰_{2,3}间隙 3 例,腰_{3,4}间隙 15 例,腰_{4,5}间隙 250 例,腰₅骶₁间隙 232 例,两个间隙以上者 118 例。

治疗方法

1. 牵引治疗前采用揉、拔、压、捏拿等手法。进行腰背肌按摩,以解除腰部肌肉痉挛、疏通经络。

2. 待腰背肌松弛后,先用钢笔标记患椎间隙,再绑好牵引背心,并固定在牵引床头,然后扎紧髋部牵引带,按照超出体重 10~15kg 预置好牵引力,进行牵引。将叩诊锤橡皮头端直立放于标记点上,用皮锤打击叩诊锤顶端,患者多伴有明显放射痛,随着叩击次数的增加,疼痛逐渐减轻或消失。然后预置好机器左右旋转角度(以 10°~15°为宜),按动左旋或右旋按钮时,术者双手重叠放在患椎处,用力反复颤压腰部及椎旁压痛点,直至无放射痛。按机械反回按钮,松开固定背心和固定带。

3. 牵引毕,用 2%利多卡因 5ml,强的松龙 25mg,维生素 B₁100mg,维生素 B₁₂500μg,654-2 10mg,ATP40mg,辅酶 A100u,胞二磷胆硷 0.5g,生理盐水加至 40~50ml,骶管封闭,以后每周封闭 1 次,一般 3~4 次。

4. 如病人无不适,协助病人翻身,检查患肢直腿抬高试验,若高于 70°,表明已解除压迫,若低于 70°,可在仰卧位用上法捆扎牵引,辅助病人作被动直腿抬高动作,使之达 70~90°,反复多次,再令病人自行抬腿至 70°以上为止。术后将病人抬回病床平卧 7~8 小时,3 天后下床活动。1 周后可加强背肌锻炼,理疗及按摩,

促使恢复。

禁忌症:中央型合并马尾神经压迫症状者;脊椎原发恶性肿瘤;结核及严重骨质疏松者;严重的心、肝、脑、肾疾病及三期高血压者。

治疗结果

疗效标准:治愈:腰腿痛消失,椎旁压痛并放射痛消失,脊椎活动自如,直腿抬高 70°以上;显效:腰腿痛消失,椎旁压痛并放射痛消失,脊柱活动度明显改善,直腿抬高 60°~70°;有效:腰腿痛减轻,椎旁压痛并放射痛减轻,脊柱活动度有改善,直腿抬高提高 10°以上;无效:症状体征无明显改善,直腿抬高提高 < 10°。

治疗效果:治愈 510 例(82.5%),显效 71 例(11.5%),有效 27 例(4.35%),无效 10 例(1.65%),总有效率 98.4%。对治愈及显效中的 200 例进行 5 个月~2 年随访,复发 13 例,复发率占 6.5%。

讨 论

祖国医学在应用推拿方法治疗腰突症方面积累了丰富的经验,通过按摩及扳拿可使腰部肌肉、韧带得到松弛,使椎间隙扩大,有利于突出物全部或部分回纳^[1]。还可促进局部致痛、致炎介质的降解和运转^[2],从而使疼痛减轻。

根据牵引力以体重加 10kg 为最佳的报道^[3],我们应用机械牵引可对抗腰部肌肉韧带的收缩力,使椎间隙增宽,此时椎间盘内产生一定负压,对突出物有一定向心性吸引力^[4],有利于脱出的髓核或破碎的纤维环还纳或部分还纳,从而解除对神经根的压迫。在牵引的同时给予适当的冲击外力和颤腰,可使粘连的神经根松解^[5],可加速脱出物的还纳或移位,减轻症状。

牵引结束后给予骶管硬膜外封闭,可促使神经根的炎症消失,解除粘连并营养神经及增加损伤神经的修复。

综上所述,应用上法治疗,可使突出的髓核还纳、部分还纳或移位,改变了对神经根及周围组织的压迫和刺激,所以取得了良好的效果。

* 海军 409 医院 (266100)

参考文献

1. 刘润田. 脊柱外科学. 第 1 版. 天津: 天津科技出版社. 1981; 207.
2. 刘志诚, 等. 推拿牵引对外周单胺类物质的调整作用. 中国中医骨伤科 1991; 7 (2): 9.
3. 曲光眼, 等. 中华全国中医骨伤科学会脊柱疾病专题讲习

班讲义. 1988; 33

4. 路焕光, 等. 牵引推拿治疗腰椎间盘突出症. 中国中医骨伤科杂志 1991; 7 (4): 35.
5. 刘好文, 等. 俯卧式三屈位牵引综合治疗腰椎间盘突出症. 颈腰痛杂志 1995; 16 (1): 10.

(收稿: 1995-03-28)

椎动脉型颈椎病的按摩疗法

天津市天津医院 (300211) 张春生

当患者感到头痛、眩晕, 甚至恶心时, 往往多考虑内科疾患, 五官科疾患等, 而忽视了颈椎疾患。基实颈椎病也是引起头痛、眩晕的最常见的一种病因。临床上, 目前颈椎病一般分为脊髓型、神经根型、椎动脉型、交感型等。其中椎动脉型颈椎病最容易引起头痛、眩晕。其原因是由于椎动脉受到压迫或刺激, 引起脑供血障碍而出现头痛、眩晕、恶心等一系列临床症状。

从解剖来分析, 椎动脉一般来自锁骨下动脉, 自该动脉发出后, 第一段在颈长肌和前斜角肌之间上行, 进入颈 6 横突孔。当前斜角肌痉挛时, 亦可压迫椎动脉而影响其供血。第二段自颈 6 至颈 1 的横突孔内纵向上行, 其内侧方是椎体的钩突关节, 该关节骨赘形成时, 可压迫椎动脉, 使血管变型和管腔狭小, 影响其血流量。另外, 退变造成的韧带松弛引起的椎体滑脱, 后关节移位等, 都可以造成横突孔的排列异常, 使椎动脉变形受压。第三段, 从环椎横突孔穿出后, 向后绕过环椎的侧块 (上关节突) 到环椎后弓上面外侧的椎动脉沟内, 转向前方, 穿过环枕后膜的外缘上行经枕骨大孔入颅腔。在枕骨与环椎之间有些小的肌群, 如此群肌肉发生痉挛, 也可以刺激或压迫椎动脉和枕下神经, 此种病人多在风池穴处有明显的压痛。

在椎动脉的走行途中, 任何一点受到刺激、压迫、牵拉, 造成椎动脉的扭曲、变形, 都可以使椎动脉管腔变小, 影响其血流量。另外, 长时间的精神紧张、劳累、颈部的姿势不正、或寒凉的刺激等因素, 造成颈部肌肉痉挛, 使其生理弧度的改变等, 也可以影响椎动脉的血液供应。临床表现, 以眩晕为主, 特别是改变体位, 转头时, 症状更加明显, 容易出现恶心、呕吐、甚至晕倒。多数患者伴有颈部不适, 肌肉紧张, 特别是斜方肌、冈上肌、胸锁乳突肌, 前斜角肌处有压痛, 有的还伴有头痛、耳鸣、视力模糊、记忆力下降等症状。

运用按摩疗法作为该病的主要治疗方法, 收到了明显的效果。在 1994 年观察的 18 例病人中, 只有 1 例效果欠佳而中途停止治疗外, 其余 17 例患者经治疗

后, 都感觉症状即刻见轻, 经过一段治疗后, 症状消失。最短的疗程约一周左右, 长者约 8~10 周。

治疗手法

主要采用“滚”“按”“揉”“拿”“弹拨”“拔伸牵引”等手法。

1. 先以准备手法点按谷、曲池、少海、天鼎、缺盆、中府、极泉等穴位。

2. 滚揉颈肩部, 用两拇指沿颈后两侧肌肉自上而下依次向内向前挤压, 并向外旋转放松。怀疑有前斜角肌痉挛者可轻轻弹拨以缓解痉挛。按揉颈后两侧肌群, 重点在斜方肌及风池穴部位。

3. 两拇指放于患者耳后, 双手抱住头部两侧, 向前上方拔伸牵引颈椎, 在牵引下使颈椎前屈, 后伸, 左右旋转。注意, 牵引的力量不宜过大, 旋转颈部时, 应在生理活动范围之内。猛烈而急骤地旋转以及过度的后伸头部是绝对禁忌的手法, 以避免可能造成枢椎骨折、脱位、或者椎动脉在环椎上被枕骨压伤。

4. 最后揉颈后两侧肌群, 拿双侧肩井穴结束。

讨 论

按摩疗法, 治疗椎动脉型颈椎病, 是行之有效的。该种治疗方法可以起到舒筋活络、活血散瘀、宣通气血、疏通狭窄之功效, 可以纠正后关节的移位及椎体的异常排列, 可以消肿止痛, 减轻或消除肌肉痉挛, 使局部的血管扩张, 改善局部的血液循环, 增加局部的组织营养供应等作用, 从而减轻或消除了对椎动脉的压迫或刺激, 增加了椎动脉的血流量, 从而达到消除病症的目地。但在治疗前要认真检查病人, 首要的任务要明确诊断与鉴别诊断, 严格遵循适应症与禁忌症, 对合并有脊髓压迫症状的或合并有严重心血管疾患者不宜运用按摩疗法。在手法的运用方面应本着“轻、柔、稳、深透、持久”的原则, 因人而异, 要做到刚柔相济、稳准熟练。治疗后患者要有舒服感, 眼睛发亮的感觉为佳。

(收稿: 1995-10-07)