

坐骨神经卡压综合征的治疗概况及评价

广西梧州市妇幼保健院 (543002) 黄忠敏

坐骨神经受压或炎症都可引起剧烈的放射性疼痛。过去一直将其受卡压所产生的症状笼统称为坐骨神经痛,这是很不确切的。根据《黄家骊外科学》中关于神经卡压征的定义^[1],应将该病命名为坐骨神经卡压综合征才比较符合科学的原则。坐骨神经受卡压的部位多在椎间孔和坐骨大孔内,即根性卡压和干性卡压。其治疗的目的在于解除这两个通道内的卡压因素,使坐骨神经摆脱机械性的压迫和因卡所产生的化学物质的刺激。本文将近年来对该病的治疗概况及评价作一综述。

非手术疗法

1. 卧床休息:一般 3~6 周,目的在于使脊柱形成自然屈曲位,宽松椎管,减少神经根受压。根据贾连顺等^[2]对腰骶硬膜囊伸屈动力学的造影研究中观察到,在椎管狭窄节段,腰椎伸展运动时,硬脊膜矢状径比正常或邻近节段为小;在 L₄₋₅ 狭窄节段,伸展位时矢状径均值为 9.47±5.24mm,屈曲位为 12.58±4.88mm。很明显,屈曲位椎管矢状径在病理状态下也随之增大。当人体站立或行走时,腰椎前凸增大,使硬膜囊承受生理和病理因素的叠加作用,导致矢状径明显减少,囊内马尾神经受挤压而缺血缺氧,产生毒性代谢物质而诱发疼痛^[3]。反之,蹲坐位或卧位,腰椎形成自然屈曲位,硬膜囊矢状径增大,其症状可获缓解。所以卧床休息是一种重要的治疗手段,不可忽视。2. 药物注射法:注射疗法首先要明确诊断,利用多种药物(或称神经复合液)注入神经鞘或病变组织,使其达到止痛、消炎、消肿、营养的作用。常方法有:

(1) 椎间孔旁注射法:对坐骨神经的根性卡压疗效最为显著。据李连珍等^[4]报告,对 65 例腰椎间盘突出压迫神经根的患者进行椎间孔旁注药,经临床观察总有效率为 92.3%,药物配方为:2%利多卡因 2ml,强的松龙 25mg,维生素 B₁ 50mg,维生素 B₁₂ 250μg,每 3 天 1 次,3 次为一疗程。史可任^[5]也报告利用椎间孔旁注射法治疗椎间盘突出所致坐骨神经痛疗效满意,其药物配方为:2%利多卡因 5ml 加确炎舒松 A 40mg。方法是针自横突间进入,触及一侧横突后再退出少许,改变方向朝椎间孔处进针,有时可发生下肢闪电感,注药后可直接浸润神经根周围及椎间孔硬膜外腔,瞬间即

可生效。

(2) 硬膜外腔注射法:此法是在椎间孔旁注射不佳时采用的。根据洪家模^[6]报告,在 58 例硬膜外注射中,优良率占 82.8%,好转率占 15.5%,仅 1 例无效,总有效率达 98.2%;具体方法为:床头抬高 20cm,患者侧卧位,患侧在下,选择病变的上一椎体作硬膜外穿刺,成功后将确炎舒松 A 40mg 加 2%利多卡因 5ml 缓慢注入,3 周 1 次,1~2 次即可达到满意的疗效。

(3) 梨状肌注射法:凡属于干性卡压所致坐骨神经痛,绝大部分病变部位在梨状肌与坐骨神经交叉处,梨状肌是髋外展外旋的主要肌肉,活动量大,受伤机会多,一旦受损,肌纤维断裂出血、痉挛、变性或粘连,就会牵拉和压迫坐骨神经。因此在梨状肌的压痛点作药物注射,往往取得奇特的疗效。具体方法是:患者取俯卧位,双下肢平伸外展,先找出梨状肌的体表投影,再找出压痛点,做好标记,取上述神经复合液作痛点深层注射,每周 1 次,4 次为 1 疗程。据钟新翔^[7]报告,在 30 例坐骨神经痛行梨状肌注射中,优良率占 87%,好转率占 13%,全部病例均有效。其机理是:将较大剂量的神经复合液注入肌肉内,通过液体静力压作用推开粘连组织,起到了类似手术松解的作用;同时因药液弥散范围广,利于诸药发挥其治疗效能。

3. 牵引疗法:在椎间盘突出引起的根性卡压中,牵引能有效地延伸脊柱,将狭窄的椎间隙拉宽,减少间盘的压力,松解周围组织粘连,促进局部血循环和炎症消退,为突出物自动还纳提供有利的条件。洪家模等^[6]提出:在牵引治疗中以重磅骨盆牵引效果最好(先轻后重,最后与患者体重相接近)。而郑效文^[8]则主张作垂直悬吊法可迅速取得疗效。其方法是让患者悬吊于两平行的双杠上,利用下半身的重量对腰椎部位起到自然的牵引作用,同时鼓励患者作下肢多方向运动以增强牵引力。此法的优点是其牵引力不受阻力摩擦系数的影响,一般在 10 分钟后,椎间隙就可被拉宽到理想的位置,能使突出物对神经的接触和压迫得到显著改善,可以达到治愈的标准。

4. 按摩及手法治疗:我国在按摩及手法治疗坐骨神经卡压症方面取得了很大的成就,如髋部旋转法、大腿过伸法、下肢牵拉法、穴位按压法、腰部加压法等

效都很显著，以骨盆与胸廓反方向推移法实用价值较大。经郑效文^[8]在手术观察中证实：行骨盆与胸廓反方向推移，在腰椎旋前旋后动作中，可使椎管内突出物与神经根离开 1cm，或使二者紧相挤压，这一动作不仅能变换突出物与神经根的位置，还能激发下肢的放射痛，是很好的检查手段。值得注意的是：手法动作必须精巧轻柔，用力得当，否则会适得其反。据李家顺等^[9]报告：用重手法按摩致腰椎间盘突出急性破裂 5 例，经手术探查见：L₅~S₁ 神经根出血水肿粘连，其腋下纤维环破裂，髓核脱入椎管压迫神经根约 2.0×1.5cm 大，说明重手法按摩有一定危险性。

手术疗法

坐骨神经根性卡压最常见又最严重的原因是腰椎间盘突出或椎管内狭窄。对椎间盘突出症经过非手术疗法仍不能缓解者，必须考虑手术治疗，但要严格掌握手术适应症。目前手术方法包括：(1) 经皮穿刺切割椎间盘，这是一项较新的技术，对某些膨出型的病例有较好的疗效，但术前应有较好的影像学资料。(2) 经后路髓核切除术，这是传统的手术方法，特别是对椎间盘突出合并椎管狭窄的病例有较大的优越性。(3) 前路椎间盘切除加椎间植骨术，该术式有一定难度，主要是椎体前方神经血管较多，易于损伤，应用有一定的局限性，只有在椎间盘膨出伴有椎间不稳或退变性滑脱时方可考虑应用。目前多数学者倾向于椎板间“开窗”行椎间盘切除^[10]。对于椎管狭窄的治疗，后路椎板切除减压是普遍采用的手术方法，狭窄部位减压越充分，术后症状缓解越彻底。但减压的范围越广泛，术后脊柱不稳的可能性就越大，后期腰痛的发生率就越高，甚至需要多次手术。近年来，国外学者提出“下腰部手术失败综合征(FBSS)”的新概念^[11]，说明椎板切除尤其是全椎板切除必须慎之又慎。据多数文献报导，FBSS 的发生率为 6~15%，它与手术适应症选择不当或不恰当的手术有很大关系。所以，必须强调非手术疗法在椎间盘突出症中应占主导地位。据广西人民医院资料统计，在 52 例腰椎间盘突出症中有 40 例经非手术疗法治愈。他们提出：膨出型或破裂 I 型病情较轻，无马尾压迫症状，绝大部分用非手术疗法突出物可以自行还纳而愈，但对游离型椎间盘突出一旦确诊，应尽快手术。

小针刀疗法

目前各地运用小针刀治疗坐骨神经卡压症数以万

计。陈贵斌^[12]用小针刀治疗腰椎间盘突出所致坐骨神经痛 1820 例(全部经 CT 证实)，治愈率达 100%；其手术方法：常规消毒铺小孔巾，于腰椎旁压痛点处作小针刀松解术，刀刃直达腰椎横突和横突间韧带，纵向分离和横向剥离数刀后出针，隔 3~5 天 1 次，一般 3~5 次即愈。李先明^[13]报告单用小针刀松解术快速治疗坐骨神经痛 72 例，总有效率达 98.7%。笔者自 1995 年以来引进小针刀治疗坐骨神经卡压症 76 例，同样取得令人满意的疗效，说明小针刀对该病的治疗前景非常乐观。

参考文献

1. 吴阶平, 裘法祖主编. 黄家驹外科学. 下册. 北京: 人民卫生出版社, 1986; 2031
2. 贾连顺, 等. 腰骶硬膜囊伸屈动力学的造影研究. 中华外科杂志, 1988; 26 (10): 627
3. 吕刚, 等. 疼痛与神经根损伤. 中华骨科杂志, 1996; 16 (3): 182
4. 李连珍, 等. 中西医结合治疗腰椎间盘突出症 65 例分析. 广西医学杂志, 1994; 16 (4~5): 374
5. 史可任. 慢性颈腰痛药液注射疗法及康复. 颈腰痛杂志, 1995; 16 (1): 48
6. 洪家模, 等. 骨盆重磅牵引加硬膜外注射治疗腰椎间盘突出症. 颈腰痛杂志, 1995; 16 (1): 48
7. 钟新翔, 等. 中西医结合治疗梨状肌综合征. 颈腰痛杂志, 1995; 16 (1): 25
8. 郑效文. 垂直悬吊牵引法及手法治疗腰椎间盘突出症. 全国手法学习班讲义, 北京, 1987; (4): 67~70
9. 李家顺, 等. 重手法按摩致腰椎间盘突出急性破裂 5 例. 中华外科杂志, 1989; (8): 477
10. 蔡钦林. 有关腰椎间盘突出症与腰椎椎管狭窄的诊断与治疗. 中华骨科杂志, 1996; 16 (2): 75
11. 侯树勋, 等. 93 年全国下腰痛专题研讨会纪要. 中华外科杂志 1994; 32 (8): 508
12. 陈贵斌. 针刀治疗腰椎间盘突出症 1820 例体会. 针刀医学通讯 1995; (3): 27
13. 李先明. 单用针刀松解术快速治疗坐骨神经痛 72 例报告. 北京, 第三届全国小针刀疗法论文集. 北京, 中国中医药学会主办, 1993: 129~131

(收稿: 1995-10-06)