

# 腰椎间盘突出症的脊髓造影分型与治疗

福建龙岩地区第一医院(364000)

余庆阳 林 棋 邱丽红 戴 远 邱荣炳

我科于 1991 年~1994 年应用非离子型造影剂在脊髓造影中,动态观察腰椎间盘突出变化,并根据变化情况,辩证的应用手法、牵引、练功进行治疗,取得较满意的疗效,现报告如下。

### 临床资料

1. 一般资料:本组 133 例,根据治疗方法的不同分治疗组和对照组,治疗组 58 例,其中男 11 例,女 44 例;年龄 19~61 岁;病程 3 个月内 32 例,3 个月到一年 17 例,一年以上 9 例。突出椎间隙 L<sub>4</sub>~L<sub>5</sub> 48 例,L<sub>4</sub>~S<sub>1</sub> 19 例,L<sub>5</sub>~S<sub>1</sub> 4 例。对照组 75 例,其中男 38 例,女 37 例;年龄 17~68 岁;病程 3 个月内 37 例,3 个月到一年 21 例,一年以上 14 例;突出椎间隙 L<sub>4</sub>~L<sub>5</sub> 63 例,L<sub>4</sub>~S<sub>1</sub> 9 例,L<sub>5</sub>~S<sub>1</sub> 3 例。两组情况基本相近。本组 133 例都经 X 线腰椎平片,腰脊髓造影检查,确认为腰椎间盘突出。

2. 腰脊髓造影分型方法:根据腰椎三张卧位和立位的侧位像,比较碘柱(硬膜囊)压迹大小和碘柱受压后的位移情况,分别定为前屈型、后伸型、中立型。(1)前屈型:在立位腰椎前屈时,碘柱受压程度小于卧位和立位腰椎后伸者。(2)后伸型:在立位腰椎后伸时,碘柱受压程度小于卧位和立位腰椎前屈者。(3)中立型:卧位腰椎侧位像和立位腰椎前屈后伸侧位像的碘柱受压程度无改变者。检查结果治疗组前屈型 29 例,后伸型 14 例,中立型 15 例。对照组前屈型 43 例,后伸型 14 例,中立型 18 例。

### 治疗方法

本组病例全部经卧床、牵引、手法、腰硬膜外封闭、以及体疗等治疗。对照组对以上治法不加选择应用,治疗组则根据造影分型辩证应用相应的手法、牵引和体疗等方法,治疗组具体方法介绍如下。

1. 前屈型:(1)手法:双侧屈髋屈膝法:取仰卧位,病人屈髋屈膝,术者立于床边,以肘部压住患者双膝,并利用身体重力下压,另一手扳住骶尾部,双手同时用力,反复按压 10~20 次。单侧屈髋屈膝法:病人取仰卧位,术者立于患侧,一手握住患者踝部,另一手扶膝部,逐渐屈髋膝,并下压 2~3 次,然后迅速牵拉下肢伸直,反复 10~20 次。(2)牵引:病人取仰卧,头颈背部稍垫高在屈髋屈膝位下作用骨盆牵引,或胸、骨盆对抗牵

引,每日 1~2 次,每次 30~60 分钟。如用倒悬牵引,病人背靠床面,术者帮助病人在倒牵下作屈腰活动。(3)卧床体位:嘱病人休息时多采用三屈体位,即屈腰、屈膝、屈髋体位。仰卧位对头颈部和下肢可用垫枕,使腰椎屈曲。睡眠时鼓励侧卧,并保持三屈体位。(4)体疗:仰卧起坐:仰卧位双膝微屈,做仰卧起坐动作。抱膝屈腰法:双手抱膝部,用力作屈膝屈髋动作,头应尽量前屈向膝部靠拢。每日练 200 次,分 3~4 组完成。

2. 后伸型:(1)手法:单腿按腰后伸法:取俯卧位,术者立于患者健侧,一手掌根按住突出部分,另一手托患侧大腿缓缓上提使腰过伸,最后两手同时向相反方向用力按压和扳动。双腿按腰过伸法:取俯卧位,术者用一手掌根按压突出部位,另一手托起患者双大腿,当腰后伸时两手同时用力向相反方向用力,使腰过伸到最大限度。每个动作做 3~5 次,注意不可用力过猛。(2)牵引:仰卧位牵引时,腰部垫枕使腰呈过伸位。俯卧位牵引时,上胸和骨盆处垫枕,使腰呈过伸位,并可结合手法按压。如用倒悬牵引,病人面朝床面,术者帮助病人在倒牵下作腰后伸动作。(3)卧床体位:仰卧位时腰部垫枕,使腰稍呈过伸位。俯卧位时在上胸部垫枕 1~2 只,使腰后伸,腰椎前凸增大,或在上胸和膝部各垫 1~2 只薄枕,使腹部悬空有利于腰部下沉。侧卧位时嘱病人尽量保持中立位,不宜屈曲位。(4)体疗:五点支撑法:仰卧位,用头部、双肘和双足撑起全身,使腰背部尽力后伸。飞燕点水法:俯卧位,先是双上肢后伸,头与背部尽量后仰,而双下肢并拢后伸,使全身翘起,仅腹部着床呈一弧形。每日练习 200 次,分 3~4 组完成。

3. 中立法:(1)手法:斜扳法:取侧卧位,患侧在上,术者两手分别置于肩髋部,向相反方向同时扭搬 10~20 次。屈伸法:体位同前,术者一手按腰,一手托膝,先作屈髋、屈膝动作,然后顺势将腿拉直,并逐渐后伸髋部,与按腰部一手协同,使腰部过伸,反复进行 10~20 次。(2)牵引:仰卧水平位牵引,或侧卧位牵引。(3)卧床体位:取仰卧位或侧卧中立位,以不加重下肢放射痛的体位为宜。(4)体疗:同时交替练习五点支撑法,飞燕点水法,仰卧起坐法,抱膝屈腰法。

### 疗效标准及结果

**疗效标准** 优:症状消失,恢复正常工作和活动。良:症状明显减轻或基本消失,能坚持正常工作。尚可:症状减轻,不能工作。差:症状无改善,影响工作和生活。

**结果:**治疗组优 45 例,良 9 例,可 3 例,差 1 例;对照组优 37 例,良 26 例,可 9 例,差 3 例。两组疗效均为近期疗效,两组优率有非常显著差异。(X=11.1 P<0.01)

### 讨 论

1. 腰椎间盘突出症的治疗有各种手法、牵引和练功等方法。本文把手法、牵引、卧床姿势、练功方法综合进行辩证施治,体现了中医辩证论治的特色。

2. 造影分型依据:对腰椎间盘突出症影像学的检查,不论 X 线平片、各种造影(髓腔、硬膜外、髓核、根管造影),CT,扫描一般都在卧位进行摄片检查。实验证明卧位下腰椎间盘突出内压明显降低,对硬膜外和神经根压迫较轻,而病人更多的是在立位时产生症状和症状加重,在不同姿势下腰腿痛亦有所不同,所以卧位的检

查结果准确性不如立位的检查结果。为此笔者设计立位腰过伸、过屈的侧位脊髓造影进行检查。

根据立体动态下观察到的情况,将腰椎间盘突出分为三型。后伸型和前屈型的突出物可移动,随着腰椎前屈、后伸的变化,对硬膜囊和神经根产生不同的压迫。因此可以认定多数属于膨出和突出型椎间盘突出,少数是可移动的脱出型。中立型的突出物移动性差,腰椎前屈和后伸活动时,碘柱中的压迹无明显改变,多属于脱出粘连型的椎间盘突出。

3. 辩证治疗原理:前屈型采取屈曲位的手法和牵引,后伸型采取过伸位的手法和牵引,以及采取与之相适应的巩固治疗方法。对中立型椎间盘突出则采取分离、松懈粘连,调整神经根、突出物、椎间孔之间关系的治疗方法,实践证明斜搬能达到以上要求。由于有选择地应用不同的方法治疗不同类型的椎间盘突出,这样就大大地减少了以往手法的盲目性,避免手法加重突出物对硬膜囊和神经根压迫的弊端。从两组疗效中看出治疗组疗效显著高于对照组,说明辩证治疗的优势。

(收稿:1995-05-09)

## 中西医结合治疗膝关节骨性关节炎

安徽临泉城关医院(236400) 闫业龙 闫业军 闫业伟 闫大德

我院自 1991 年至 1994 年,治疗膝关节骨性关节炎 160 例,均取得满意的疗效,现报告如下。

**临床资料** 本组 160 例中,男 96 例,女 64 例;年龄 40~78 岁;左膝 84 例,右膝 76 例,均有不同程度的疼痛,膝关节畸形,行走困难等临床症状。

**治疗方法** (1) 关节腔内注射强地松龙:令患者膝关节呈 90° 屈曲位,在无菌操作下,于髌骨外上角,局麻施术,用腰穿针头行关节腔注射强地松龙 1ml,每周 1 次,3 次为一疗程;(2) 中药熏洗法:我们自配中药洗剂 1 号,由 15 味中药组成(丹参 15g、牛膝 15g、灵仙 12g、木瓜 15g、地骨皮 15g、五加皮 12g、独活 12g、当归 15g、红花 9g、桃仁 9g、防己 9g、秦艽 12g、香附米 12g、杜仲 12g、白芷 12g),每剂中药煎成 6000~8000ml 药液,先将膝关节放入蒸汽中熏洗 15 分钟后,用纱布浸透药液热敷局部,反复 10~15 次,再将关节放入药液中浸泡到其冷却为止,擦干药液。每晚睡前熏洗 1 次,每剂 3 天,每 7 剂为 1 疗程;(3) 若伴有膝内翻者,用矫正鞋垫

矫正膝内翻畸形。急性疼痛期嘱病人少走路,为防止股四头肌萎缩,教会病人进行股四头肌锻炼,做到动静结合。

**治疗结果** 优,疼痛完全消失,关节功能基本恢复正常,112 例;良,疼痛基本消失,关节伸屈活动稍差,14 例;可,走路仍感疼痛,关节功能恢复稍差,2 例;差,疼痛减轻,关节功能活动度差,2 例。轻者 1~2 个疗程,重者 2~3 个疗程,随访时间最短的 3 个月,最长的 6 个月。

**讨论** 强地松龙关节腔内注射,能消除关节腔内无菌性炎症。中药熏洗通经活络,能促进滑膜液吸收和解除肌肉痉挛。二者之协同作用,既能有效地解除疼痛,又能利于关节功能恢复。据临床观察,对膝内翻畸形者,采用矫正鞋垫矫正膝内翻,使关节承重点外移,是解除疼痛巩固疗效的重要措施。适于在基层医院推行。另外,本法对关节腔内有游离体者疗效较差。

(收稿:1995-12-28;修回:1996-06-24)