

短篇报道

中药加硬膜外滴注治疗老年 腰椎管狭窄症

河南省周口地区中医院 (466000)

张玉生 牛晓波 张志平

我院于 1991 年 2 月~1995 年 10 月采用中药加硬膜外滴注治疗老年腰椎管狭窄症 62 例, 取得较好疗效, 现报告如下。

临床资料 本组 62 例中女 27 例, 男 35 例; 年龄 61~84 岁; 病程 1 月~6 年; 62 例中有 44 例是因腰椎退变, 关节突肥大, 黄韧带肥厚造成的, 12 例为腰椎管狭窄伴椎间盘突出, 6 例为腰椎滑脱伴有退变; 所有病人都经 X 线摄片, 脊髓造影或 CT 证实。

治疗方法 1. 中药基本方: 川芎 15g、红花 10g、枳壳 10g、白芍 30g、木瓜 15g、五加皮 15g、鸡血藤 30g、怀牛膝 30g、泽泻 10g、炒白术 15g、地龙 15g、炙甘草 6g。血瘀明显而见腰部刺痛、疼有定处、夜间痛甚, 舌质紫暗或有瘀斑, 脉细涩者加土元、三七; 肾虚明显而见腰膝酸软, 不能长时间站立, 头晕耳鸣, 夜尿多或腰腿凉痛, 遇冷加重, 舌淡苔白, 脉沉细或沉紧者, 加熟地、山萸肉、杜仲、熟附子、肉桂、黄芪等。每日一剂, 水煎, 早晚分服, 十天为一疗程。

2. 硬膜外滴注: 常规硬膜外穿刺成功后, 留置硬膜外导管并接通输液器, 用配制的 2% 利多卡因 10ml、维生素 B₁ 200mg、维生素 B₁₂ 500ug、地塞米松 10mg, 加生理盐水稀释成 200ml 的药液, 缓慢滴入。约 4 小时滴完后, 保留导管, 每天一次, 连续滴注三天为一疗程。滴注间隔一个月可再进行一个疗程, 最多不超过三个疗程。

治疗结果 疗效标准: 优: 腰腿痛及间歇跛行消失, 括约肌功能正常, 恢复正常工作和生活; 良: 腰腿痛基本消失, 偶有小腿麻木, 间歇跛行基本消失, 恢复工作和生活; 可: 劳累后仍有轻度腰痛和间歇跛行, 但较治疗前有好转; 差: 治疗前后症状无明显改善。本组 62 例中, 优 12 例, 良 39 例, 可 9 例, 差 2 例, 优良率为 82%。本组 2 例无效者均经 CT 证实有明显的侧隐窝骨性狭窄。本组经一年以上随访, 仅有 5 例复发。

讨论 中药川芎、红花、枳壳活血行气、白芍、木瓜、牛膝、鸡血藤、地龙舒筋通络、泽泻、五加皮、炒白术健脾利湿, 炙甘草调和诸药。诸药合用对于神经受

压产生的局部炎症、瘀血、水肿有活血通络、利湿消肿之功, 使“通则不痛”。

地塞米松能减少炎性液体渗出, 消除细胞间质水肿, 抑制结缔组织增生, 抑制周围神经对酸性物质的反应, 解除脊神经支配区域肌肉痉挛和疼痛, 打断局部恶性循环, 恢复组织功能, 发挥其抗炎抗毒抗过敏镇痛效应, 同时还能使局部血管扩张, 改善病变部位血液循环, 抑制组织胺及其毒性物质的形成释放。维生素 B 能促进神经组织的恢复, 增强对致病因素抵抗力, 维持神经细胞的正常生理功能。

注意事项: (1) 穿刺部位及身体其他部位有感染, 体弱多病, 心肝肾功能不全者慎用; (2) 麻醉药量要少, 浓度要淡, 滴注速度要慢。

(收稿: 1996-07-19)

腰椎间盘突出症的治疗

新乡医学院第一附院 (453100)

翟广田 杨素敏 段永壮

王学明 张晓庄

我院自 1987 年元月至 1995 年元月, 共收治腰椎间盘突出症 155 例, 其中手术治疗 100 例, 均取得满意效果, 现总结报导如下。

临床资料 155 例中男 87 例、女 68 例, 年龄最小 18 岁、最大 65 岁。从 100 例术中证实 L₄₋₅ 间隙发病率最高共 52 例, L₅S₁ 间隙共 43 例, 其他 L₁₋₂ 间隙 2 例, L₂₋₃ 间隙 3 例。旁侧型占 88 例、中央型占 12 例。

治疗方法 1. 适应症 对非手术疗法无效, 有马尾神经损害症状, 鞍区感觉减退伴有大小便障碍, 肌肉萎缩, 甚至发生下肢不全瘫痪; 腰椎间盘突出合并有椎管狭窄或腰椎滑脱症。

2. 手术方法及步骤: ①体位 采用俯卧位或侧卧位; ②麻醉 应用硬膜外麻醉, 少数病人采用局部浸润麻醉; ③切口 沿棘突正中切口, 自腰₃~骶₁ 棘突切口长约 10~12cm; ④显露椎板及黄韧带 沿腰₃~骶₁ 棘突分离一侧或两侧椎旁肌, 放置自动拉钩, 咬除椎板及黄韧带; ⑤显露突出的椎间盘 采用椎板间开窗术、半椎板切除术或全椎板切除术, 以显露椎管和突出的椎间盘组织; ⑥摘除退变的纤维环和髓核组织, 当椎管打开后, 用神经剥离离子轻轻推开硬脊膜及神经根, 分离粘连用神经拉钩牵开, 显露突出之椎间盘组织, 用 7 号尖

刀十字形或环形切开纤维环组织，可见髓核组织自动脱出或用髓核钳彻底摘除退变间盘组织；⑦彻底止血分层缝合：对少量出血可用棉片压迫数分钟，必要时用明胶海绵压迫止血。用庆大霉素、地塞米松生理盐水 200ml 冲洗刀口，最后逐层缝合切口。

治疗结果 根据 100 例术后随访分析，若手术中及术后治疗正确，多数病人能取得满意疗效。优：腰腿痛症状完全消失，能参加正常工作及生产劳动者占 81 例；良：疼痛症状消失，能参加正常工作，但有轻微残余症状占 15 例；可：主要症状解除，有残余腰痛腿麻，能参加轻体力劳动者占 2 例；差：腰腿痛症状仍存在，合并有椎间盘炎，常腰痛工作困难者占 2 例。

讨论 1. 防止感染：在关闭切口前用庆大霉素、地塞米松生理盐水冲洗刀口，又能防止粘连和感染发生。有 2 例术后椎间盘炎患者，经应用大剂量抗生素控制炎症和较长时间卧床休息而治愈。

2. 硬脊膜破裂的防治：当术中发现黄韧带、硬脊膜和神经根粘连明显时，一定要细心分离粘连，防止硬脊膜破裂，当发现有破裂时一定及时缝合修补。有 5 例发生硬膜破裂均经术中及时缝合而愈。仅 1 例裂口约 0.5mm 术中未缝合，术后十天发生脑脊液漏，经二次手术缝合裂口治愈。 (收稿：1996—04—05)

经矩螺纹针内固定治疗股骨粗隆间骨折

贵州省安顺地区人民医院 (561000)

杨学舟 吴昌林*

我们自 1991 年起采用四根螺纹针经矩内固定，治疗股骨粗隆间骨折，获得满意疗效，现报告如下。

临床资料 146 例中男 90 例，女 56 例；年龄 46~78 岁；骨折类型：顺粗隆间型 78 例，反粗隆间型 32 例，粗隆间粉碎型 36 例，其中小粗隆劈裂、粉碎、游逸 22 例。

治疗方法 本组大部分为新鲜伤，入院后即作外展位股骨髁上牵引，原则上用大重量牵引，力争 1 周内使骨折复位，恢复颈干角。确认骨折复位或基本复位后局麻，电视 X 光下用直径 3.5mm 的螺纹针距大粗隆顶点下方 12cm 股外侧皮质骨钻入第一根针，使其经股骨矩，靠近股骨颈下缘压力骨小梁中至股骨头中部，距

关节面下骨缘约 0.5cm。从第一针向上 2cm，偏前钻入第二针，使其经压力骨小梁至股骨头中与第一针交叉，达第一针的下后方。第三针在第二针的后上方钻入，经股骨颈中部至股骨头张力骨小梁中，偏向前方。第四根针在大粗隆顶点下 6~8cm 处，沿张力骨小梁向头内钻入，在股骨颈中与第三针交叉，达第三针下方。如此，四根针在股外侧皮质进针处呈不规则的菱形排列。诸针尾留取适当长度，以能埋于皮下为宜。该方法可用螺纹针之尖端直接刺破皮肤达骨质，故无皮肤切口，不需缝合，术后预防性使用抗生素 3~5 天，同时肌肉收缩活动及关节运动，2~3 周下地扶双拐不负重活动，待 X 线片有骨痂生长，则可逐渐扶单拐直至去拐行走。

治疗结果 本组 146 例获得随访，最长时间 53 个月，最短时间 8 个月，最长愈合时间为 103 天，最短愈合时间为 71 天。22 例小粗隆劈裂，粉碎的病例中，14 例出现髓内翻，5 例患肢短缩 (1.2~2.6cm)。除 2 例合并有较严重的慢性心肺疾患，长期卧床治疗者膝关节功能僵硬外，全部病例下肢关节功能恢复满意，生活自理，能参加正常工作。无 1 例针道感染。无折针及松动，无针向关节内移位及向外脱落现象。

讨论 本组使用 4 枚螺纹针经矩内固定，因该针在两折端的部分带有螺纹，在起到固定的同时有一定加压作用，随着骨质的生长愈合，螺纹间隙与骨质紧密嵌合，固定更为牢靠，非人为向外旋转退出，不会向外滑动，故无松动，滑脱之虞，亦不会向髓白及盆腔内穿透。部分病例在骨折愈合后取内固定时向外退出甚至有困难。

本组髓内翻 14 例，全部发生在 22 例严重粉碎性骨折，小粗隆劈裂，游逸的病例中，因此认为，一但小粗隆劈裂，游逸，股骨颈内侧皮质粉碎，塌陷，即使最坚强的内固定，髓内翻的发生仍不可避免。髓内翻的发生与骨折的类型，更与骨折的原始状态密切相关。

经矩螺纹针内固定治疗股骨粗隆间骨折固定效果切实，有较强的抗弯能力。四根针在骨内的菱形结构可有效防止两折端的旋转，通过螺纹的加压作用可促进骨折愈合。对严重的粉碎性骨折，具备其它只有一根或两根针的内固定器无法达到的固定效果。尤其是高龄、全身性况差，不宜进行较大手术的患者不失为一种首选的治疗方法。

* 贵州省贵阳市第一人民医院