

综 述

腰椎间盘突出症的保守治疗现状

浙江省上虞市中医院 (312300) 陈建良

本文就近二年来国内发表的有关腰椎间盘突出症的保守治疗进行综述。

中医辨证论治

腰椎间盘突出症的中医辨证论治目前单独应用少见,康氏等^[1]采用中药内服外敷之经验方。认为该证多由肾虚加之风、寒、湿邪外袭而发病,常以益肾培本、通经活络,活血化瘀为治则。胡氏^[2]分为气滞血瘀,肝肾亏损,外感型分型论治。吴氏等^[3]根据临床表现和体质差异分急性期,缓解期,康复期,分期分型辨证论治。彭氏等^[4]将 CT 分型与中医辨证分析结合,认为气滞血瘀型以偏侧型为主,风寒湿滞型为中央型突出为主,湿热痰滞型无明显差别,常伴有髓核钙化,小关节增生,肝肾亏虚型为突出的椎间盘块影 CT 值偏高或钙化。蒋氏等^[5]认为中药内服是可靠而无痛苦的治疗方法。

封闭配合手法治疗

1. 单纯麻醉下推拿:周氏等^[6]应用椎间孔阻滞下轻手法推拿,中央型腰椎间盘突出症,有效率 82.5%,与同期手术疗效基本相等,为中央型腰椎间盘突出症手法治疗提供了依据,但必须强调轻柔手法。胡氏^[2]在腰椎管,神经根外臀部坐骨神经干或臀中肌外行麻醉下大推拿,疗效肯定。龚氏等^[7]应用杜冷丁镇痛麻醉下配合手法治疗,认为其优点为无静脉等麻醉副作用,手法中得到患者配合。麻醉在推拿中主要作用是达到完全肌松,消除患者紧张情绪。

2. 硬膜外腔注药合手法治疗:药物组成大多数学者^[8~10]常以局麻药(利多卡因),激素类(确炎舒松-A),能量合剂与神经营养药。其作用机理多数认为:(1)局麻合激素类,抑制炎症浸润和渗出,具有抗炎消肿止痛与松解粘连作用,调节肌肉紧张度;(2)能量合剂与神经营养药具有调节和改善神经传导,促进神经功能恢复。支氏^[11]认为外伤、炎症等伤害性刺激使局部 H⁺增多,组织 PH 降低,当 PH 值低于 6 时可引起疼痛,其在药物组成中应用碳酸氢钠中和氢离子,使症状迅速好转。同时还对比中药脉络宁组和激素组,疗效相同,为中药脉络宁治疗提供有力依据,并且避免激素的副作用。

从手法治疗并发症看手术适应症

吴氏等^[12]从 92 例手术发现 5 例受累神经根异常水肿粘连,了解病史患者均有反复多次重手法按摩治疗病史。并通过分析提出注意点。蒋氏等^[13]对术中 25 例中严重粘连的患者进行回顾性查询,发现均有重手法治疗史,并提出重手法推拿引起粘连是影响腰椎间盘突出术后疗效的一个重要原因。陆氏^[14]通过对麻醉下推拿致马尾神经损害分析提出手法禁忌症:(1)中央型腰椎间盘突出症;(2)伴有神经根损害病例(肌力减退,痛觉消失,反射障碍);(3)合并有椎管狭窄者及年龄较大者。蒋氏等^[15]对推拿后致病状加重患者行手术治疗分析,认为适应症不当为主要原因。然而手法不正确也不可否定,手法没有使椎间隙压力降低,而是增高。推拿手法不当引起纤维环破裂加重,而致症状更加明显。季氏等^[16]认为推拿致马尾神经损害一旦发生应尽早手术探查,以防后遗症产生。蒋氏等^[5]从腰椎间盘突出症的病理分型来分析手法适应症,认为弹力型有指征,退变失稳型效果较差有相对指征,增生狭窄型效果最差,并提出必须手术彻底减压,而且认为弹力型患者即使未加任何治疗通过较长时间休息,突出髓核组织也能逐渐脱水而萎缩,使症状好转或消失。马氏等^[17]从 CT 分型认为受压程度越严重的三叶 I、IV 型,三角 I、IV 型,手法疗效越差。从上所述笔者认为下列类型不宜手法治疗:(1)中央型腰椎间盘突出症;(2)伴有神经根管狭窄方面而致肌力等改变患者;(3)合并有椎管狭窄患者,也包括腰椎管狭窄不明显而突出物占椎管横径较大患者(约大于 1/2);(4)合并有椎间盘突出伴钙化患者。

其它保守疗法

耿氏等^[18]用大剂量液体骶管内滴注治疗腰椎间盘突出症,取得较好疗效(有效率 96.7%)。其药物组成: NS250~300ml, Vit B₆, Vit B₁₂, 地塞米松, ATP, CoA, Co~Q₁₀。缓慢滴入骶管内,使粘连神经根和硬膜外腔旁组织及突出的椎间盘组织钝性分离,使其悬浮于液体中稀释或带走代谢产物,减轻局部炎症。其它尚有针灸,小针刀等处理。

参考文献

1. 康维钧, 刘振英, 吴国本. 中药治疗腰椎间盘突出症. 中国骨伤 1994; 7 (1): 27.
2. 胡思进. 综合治疗腰椎间盘突出症108例. 中国骨伤 1993; 6 (6): 39.
3. 吴云定, 施维智. 腰椎间盘突出髓核突出症的中医辨证施治. 中国骨伤 1993; 6 (4): 11.
4. 彭晓惠, 李旋歌, 吴玉改. 100例腰椎间盘突出症的CT表现与中医证型分析. 中国骨伤 1995; 8 (4): 34.
5. 蒋位庄, 周卫, 马达, 等. 中西医结合治疗椎间盘突出性腰痛1309例临床分析. 中国骨伤 1994; 7 (增刊下): 4.
6. 周林宽, 章建华. 神经阻滞麻醉下轻手法推拿治疗中央型腰椎间盘突出症30例. 中国骨伤 1993; 6 (6): 24.
7. 龚正丰, 姜宏, 陈益群, 等. 镇痛牵引下脊柱推拿疗法对腰椎间盘突出影响的B超分析. 中国骨伤 1994; 7 (4): 8.
8. 李星, 陈力奋, 章永东. 神经根封闭加手法治疗腰椎间盘突出症. 中国骨伤 1995; 8 (4): 13.
9. 王福根, 王军, 朱才兴, 等. 腰椎间盘突出症临床治疗探讨. 中国骨伤 1994; 7 (增刊下): 14.
10. 刘明远. 骶管注射加手法推拿治疗腰椎间盘突出症52例.

- 中国骨伤 1995; 8 (4): 24.
 11. 支满霞. 硬膜外腔注射药治疗腰椎间盘突出症的对照观察. 中国骨伤 1994; 7 (增刊下): 31.
 12. 吴国平, 武长林, 张乃仁, 等. 腰椎间盘突出症重手法按摩后神经根水肿粘连. 颈腰痛杂志 1995; 16 (2): 86.
 13. 蒋会平, 王泽强, 关继华, 等. 从腰间盘手术认识重手法推拿利弊. 颈腰痛杂志 1995; 16 (2): 101.
 14. 陆爱清. 麻醉下推拿治疗腰椎间盘突出症致马尾神经损伤. 中国脊椎脊髓杂志 1993; 3 (3): 109.
 15. 蒋位庄, 赵永刚, 马达. 推拿后重症腰椎间盘突出症的手术治疗. 中国脊柱脊髓杂志 1992; 2 (5): 193.
 16. 季新民, 李余生, 时述山. 推拿按摩治疗椎间盘突出症造成马尾神经损害8例报告. 中国脊柱脊髓杂志 1994; 4 (2): 55.
 17. 马达, 蒋位庄. CT分型对手法治疗腰椎间盘突出症的指导意义. 中国骨伤 1994; 7 (增刊下): 10.
 18. 耿卫国, 周虹, 樊万和. 大剂量液体骶管内滴注法治腰椎间盘突出症. 中国脊柱脊髓杂志 1994; 4 (1): 26.
- (收稿: 1996—03—01)

右胫骨上端后外侧骨软骨瘤致 腓骨畸形一例

甘肃省兰州轴承厂职工医院 (730050) 田三强 李海燕

××, 男, 26岁. 因右小腿上端后外侧肿块疼痛, 伴右小腿肿胀麻木6月入院. 体查: 右小腿轻度肿胀, 压之无凹陷征, 胫骨上端后外侧压痛明显, 并可触及一骨性突起. X线片示: 右胫骨上端后外侧有一圆形骨性突起, 大小约20×20mm, 边缘清晰, 腓骨小头后内凹畸形. 于1997年2月16日在硬外麻醉下行病灶切除术.

手术方法及手术所见: 改良 Henry 入路 (后外侧), 切口自腓骨小头远侧8cm处开始, 沿腓骨后缘向近侧延伸到腓骨小头的后缘, 再继续沿股二头肌后面部分, 向近侧延长8cm. 切开浅筋膜和深筋膜. 在切口近侧、股二头肌腱的后内侧游离出腓总神经, 直到它进入腓骨长肌处. 然后分别将腓肠肌外侧头和比目鱼肌外侧部分于距起点2cm处切断, 向远端牵开, 从而清晰显露出胫腓后间隙, 可见胫前动脉恰好紧贴骨软骨瘤后下缘穿过骨间膜. 钝性分离并用骨膜剥离器保护, 再用骨凿和尖嘴咬骨钳将其彻底切除, 逐层缝合比目鱼肌及腓肠肌外侧断端及皮肤. 术后伤口一期愈合. 病检证实为

骨软骨瘤, 3月后随访患者无异常, 膝关节功能正常.

讨论 骨软骨瘤是临床上常见症和多发病, 胫骨上端为好发部位, 文献报道占发病17%. 但发病于胫骨上端后外侧致腓骨畸形者极为少见. 致腓骨小头凹陷畸形的原因可能是骨软骨瘤的顶压与侵蚀作用造成. 本例手术涉及胫前动静脉的损伤, 虽胫前动脉损伤后可结扎, 但文献报道胫前动脉结扎后仍有8.5%截肢率, 现在主张损伤后仍尽可能修复, 且胫前动脉最有可能损伤的部位在胫腓间隙, 会造成结扎或修复的困难. 前外侧入路更易损伤胫前动静脉. 而 Henry (后外侧) 入路为显露腓骨近端的手术方法, 经过改良其入路后, 一方面显露腓总神经和腓肠肌外侧头为扩大术野做准备, 另一方面通过切断腓肠肌外侧头和比目鱼肌外侧部分使胫腓后间隙充分暴露, 从而清晰地显露出胫前动脉穿骨间膜部位并能得到充分保护, 这是安全切除病灶而不损伤胫前动脉的关键, 也是手术成功的关键.

(收稿: 1997—08—21)