

# 双向牵引治疗腰椎间盘突出症

吴继功 曹正山\* 马中立

中国人民解放军第五三四医院 (洛阳 471003)

采用双向牵引法治疗腰椎间盘突出症 121 例, 报道如下。

## 临床资料

本组 121 例中男 83 例, 女 38 例; 年龄 18~72 岁。病程 1 个月~25 年。临床症状: 腰部疼痛 109 例, 神经根性症状 82 例, 马尾受压症状 7 例。脊柱生理弯曲变浅或消失、或脊柱侧弯 89 例。辅助检查 CT (MRI 或脊髓造影) 121 例均显示椎间盘突出或膨出。随访 3 个月~3 年。

## 治疗方法

1. 适应症: (1) 初次发作, 病程短的患者。(2) 病程长但症状及体征较轻的患者。(3) 经特殊检查突出较小的病人。(4) 由于全身性疾病或局部皮肤疾病, 不能施行手术者。(5) 不同意手术的患者。

2. 牵引方法: 取仰卧位, 采用胸部、骨盆纵向牵引, 每侧重量 5kg~10kg。在此基础上加用垂直向上牵引, 用较宽的牵引带置臀部, 牵引时臀部刚离床面, 通过自身重量垂直牵引, 使腰椎接近前凸、呈后伸位。对于症状较重向上牵引不适应者, 则先在下腰部垫一软支撑物, 维持前凸位, 适应后则改用牵引带牵引。牵引时开始双膝屈曲, 后渐伸直。牵引时间: 30 分钟~1 小时, 每日 1~2 次, 2 周为 1 疗程。

3. 其它治疗: 保证卧床休息的时间, 牵引治疗的同时辅红外线、电烤、微电流刺激等。

## 治疗结果

治愈: 症状消失, 腰部活动正常, 能恢复正常工作, 53 例; 好转: 症状大部分消失, 腰肌痉挛消失, 直腿抬高试验可 60°, 能恢复一般工作, 48 例; 无效: 20 例。治愈好转率 83.5%。

## 讨论

1. 治疗机理: 减轻水肿, 祛炎。牵引是治疗腰椎间盘突出症重要方法之一, 大致分为手法牵引、机械牵引

及垂直悬吊等方法。通过后纵韧带紧张, 黄韧带相对松弛, 椎管内压力的降低有助椎间盘周围静脉、淋巴回流, 去除水肿, 加速炎症的减退。椎间压力的降低, 促进椎间盘的还纳, 达治疗目的。

2. 恢复紊乱的后部结构。腰椎间盘突出或膨出时, 患者为减轻疼痛而改变姿势或外伤及突出本身引起腰椎后部结构发生变化, 使得脊柱出现生理弯曲的改变及代偿性侧弯, 使得小关节移位及不对称。Cyron 等<sup>[1]</sup>在尸体标本实验中, 小关节不对称增加了纤维环的扭转应力, 会使间盘损伤或变性机会增加。张光铂等<sup>[2]</sup>对 54 例慢性腰痛者行 CT、MRI 成像, 认为小关节不对称增加椎间盘退变的危险性。双向牵引时腰椎被动后伸, 在生理前凸恢复趋势下牵引, 使小关节松弛、复位, 恢复脊柱后部结构正常的对吻关系, 减轻间盘的扭转负荷, 减少纤维环进一步损伤的机会。

3. 促进突出还纳及神经根逃逸。腰椎前凸恢复使得椎间隙上下后缘靠近, 同时屈膝、伸膝时, 神经根的松紧有助于逃逸椎间盘压迫。椎间隙的加宽又具有前宽后窄趋势, 椎体后缘上下形成挤压, 加上后纵韧带紧张使突出的椎间盘较易还纳, 恢复椎间高度及正常结构关系。

4. 注意事项。双向牵引并非适应所有椎间盘突出者, 对于以腰痛较明显者效果较佳。本组仅有间盘突出较小或中央型突出较小者治疗效果佳。而对于有椎管狭窄及椎间盘脱出或游离者, 使用本法有加重可能, 若有腰椎前凸加重者不主张双向牵引。

## 参考文献

1. Cyron BM, Hutton WC. Articular tropism and stability of the lumbar spine. Spine, 1980, 5: 168
2. 张光铂, 绳厚福, 史振才. 腰椎间盘突出小关节不对称与椎间盘变性. 中国脊柱脊髓杂志, 1997, 7 (5): 199

(收稿: 1998-01-15)

\* 解放军 80512 部队