

中西医结合治疗腰椎间盘突出症 45 例

熊作炎 王余俊

贵州省黔南州医院 (558000)

我们采用中西医结合方法、治疗 45 例腰椎间盘突出症患者,效果满意,现报道如下。

临床资料

本组 45 例中男 22 例,女 23 例;年龄 35~65 岁;病程 3 月~8 年;有明显腰扭伤史 4 例;临床表现:本组所有患者均有下腰痛,伴有一侧或双侧下肢麻木,下肢均无神经系统定位的感觉、运动障碍体征,直腿抬高试验阳性 5 例,伴有间歇性跛行 20 例,其中单侧间歇性跛行 12 例,双侧间歇性跛行 8 例;CT 扫描结果:所有病例均进行 L₃~S₁ 平扫, L_{3,4}+L_{4,5} 椎间盘膨出 15 例, L_{4,5}+L₅S₁ 椎间盘膨出 8 例, L_{3,4}+L_{4,5}+L₅S₁ 椎间盘膨出 20 例, L₅S₁ 椎间盘膨出 2 例;膨出合并椎体、小关节退变 15 例,膨出合并椎间盘突出 4 例。

治疗方法

1. 骨盆或下肢牵引:腰痛症状重者用下肢牵引,下肢麻木重者用骨盆牵引。每日 2 次,每次 1 小时。牵引可以减少椎间压力,使膨出退缩、拉紧黄韧带、关节囊,使椎管容量增大。

2. 推拿手法:(1)斜扳:患者侧卧,患侧下肢在上,屈髋屈膝,另一下肢在下,伸直。术者立于其背侧,一手扶患肩,一手扶髋,两手向相反方向扳动,每侧 2~3 次,有时可听到响声。依上法再作另一侧。(2)旋转髋部:患者仰卧,屈髋屈膝,术者双手扶着患者双膝,左右旋转髋部,每侧 6~8 次。(3)下蹬下肢:患者仰卧,下肢屈髋屈膝,术者双手握位患者踝部,令患者向下蹬,术者顺势向下牵拉其下肢,每侧 5~6 次。

3. 小关节周围注射药物:取 0.5% 奴夫卡因 20ml 加入强的松龙 2ml 或复方当归液 4ml。于 L_{4,5}, L₅S₁ 棘突下旁两侧缘 2cm 处注入关节周围,每次 4 点,每点 5ml。用强的松龙每 5 日一次,用复方当归每 2 日一次,二者交替应用,10 天为一疗程。

以上治疗,10 天为一疗程。45 例中,一疗程 10 例,二疗程 27 例、三疗程以上 8 例。

治疗结果

本组随访 8 月~2 年,平均 16 个月。疗效评定:显效:腰腿痛症状全部消失,恢复工作;有效:腰及腿部症状大部消失,站久后仍有腰部酸胀感或过度劳累后

又易复发;无效:腰腿痛未减轻或停止治疗后症状又出现。治疗结果:显效 8 例,有效 33 例,无效 4 例,总有效率 91%。

讨 论

1. 发病机制:椎间盘膨出后刺激纤维环,后纵韧带、硬膜内的窦椎神经而出现下腰痛及下肢麻木症状。其症状的出现与膨出程度、部位、椎管容量,继发病变有直接关系。(1)单纯膨出:刺激窦椎神经仅出现下腰痛,无下肢麻木,腰部肌肉痉挛。(2)膨出靠前外侧:椎体前外侧有脊神经的前分枝及交感神经分枝支配,膨出可以产生局部及相应节段前枝的放射痛,放射只到臀及大腿,但症状不重。(3)膨出靠椎体后方及后外侧:此处相邻结构为硬膜及神经根,可出现间歇性跛行或真性坐骨神经痛症状,但症状也比椎间盘突出的轻微。(4)膨出合并椎管狭窄:可出现广泛下腰痛,扩散到一侧或两侧臀部,甚至膝下,但不如椎间盘突出症皮节分布清楚,痛多在走路时加重,半数可有下肢麻木,牵引可缓解。(5)膨出偏向侧隐窝:出现神经受压,则下肢麻木,但直腿抬高阴性,除非在膨出基础上合并髓核突出,直腿抬高示阳性,患侧可以出现间歇性跛行。(6)膨出靠后正中:虽硬膜受压,不一定出现间歇性跛行,症状的出现要视椎管容量而定。(7)一个间隙的膨出必影响另一间隙,多节段膨出多见,导致膨出症状的复杂性及不典型性。

2. 诊断与鉴别诊断:对 50 岁以上的病人,如长期反复下腰痛,一侧下肢麻木、伴有间歇性跛行、又无典型神经系统症状及体征者要高度怀疑为膨出症,有条件应作 CT 扫描。但 CT 扫描有膨出,不一定有症状,要结合临床。我们根据临床经验,提出以下诊断依据:(1)长期下腰痛,反复发作,或一次轻微外伤后,出现下肢麻木;(2)椎旁肌痉挛,在棘突旁有深压痛,无窜痛;(3)无感觉、运动障碍或不典型,直腿抬高阴性;(4)间歇性跛行可有,可无;(5)在 CT 图像上,膨出表现为椎体缘之外出现对称性的,规则的环形软组织影,外围可出现钙化,椎体边缘可发生唇样增生。椎间盘突出症在 CT 图像上表现为间盘边缘的“局限性”软组织影,形状边缘不规则,这是与膨出的重要鉴别

点^[1]。突出症的症状重,多有根性症状及体征。肌筋膜炎产生的疼痛与膨出相似,但痛较表浅,表浅封闭可以使疼痛消失。

3. 治疗: 腰椎间盘突出膨出为椎间盘退变的早期病理改变,即使是膨出已继发有小关节等病理变化,也因其程度轻,完全可以通过牵引、推拿、小关节周围注射药物等中西医结合治疗方法,得到缓解或治愈。只有当膨

出合并有椎间盘突出,或黄韧带肥厚,侧隐窝狭窄时才有手术指征。

参考文献

1. 李果珍. 临床体部 CT 诊断学. 北京: 人民卫生出版社, 1992. 662

(收稿: 1995—10—30)

8 例非典型化脓性膝关节炎误诊分析

王 峰 丁 铨 李保泉

安徽中医学院附属医院 (合肥 230031)

化脓性膝关节炎是临床常见的关节感染,其发病率仅次于髋关节。早期诊断是获得良好治疗的关键。根据典型的全身及局部症状和体征,大多诊断不困难。但对于少数症状、体征不典型的低毒感染或感染早期病例,稍有疏忽则较易误诊或漏诊。作者 1990~1995 年在临床中遇到 8 例,现结合文献分析报道如下。

临床资料

本组 8 例,男 3 例,女 5 例;年龄 12~39 岁;发病至确诊时间 4~10 天;误诊为类风湿性关节炎 3 例,创伤性滑膜炎 3 例,急性风湿热 1 例,关节结核 1 例,其中 1 例原有类风湿。

治疗方法: 4 例关节穿刺冲洗注入抗生素,2 例套管针穿刺冲洗,2 例关节切开排脓病灶清除;结果 7 例获得痊愈,功能完全恢复,1 例遗有轻度关节屈曲障碍。

讨 论

1. 临床特征: 化脓性膝关节炎是由细菌引起的一种关节感染性疾患,其严重程度取决于致病菌的类型、数目、致病力及病人全身和局部的抵抗力。典型病例具有发病急骤,全身中毒症状明显,关节局部显著的红、肿、热、痛,关节运动障碍,关节腔大量积液,以及血百分、血沉明显增高、增快等特征。对于一些病程较短,或低毒感染的病例,即“非典型”化脓性膝关节炎,虽然可能缺乏上述典型表现,但仔细分析也有一定的共性。本组病例归纳起来即具有以下临床特征:(1)发病前多有关节局部轻度的损伤史,如跌倒、扭伤、剧烈运动,缺少明确的其它部位感染灶。(2)发病后全身中毒症状不明显,多以低热或中度发热为主要表现,可伴乏力、疲劳感。(3)关节局部表现为轻度至中度肿胀,浮髌试验多为阳性。关节周围皮温增高,但皮色多无改变。压痛阳性。(4)关节功能不同程度受限,以屈曲或

负重明显。(5)化验检查白细胞计数多在 $10 \times 10^9/L$ 以下,中性偏高,在 70%~80% 之间;血沉增快多在 30~50mm/h 以下,X 线片一般无特殊改变。

2. 临床诊断及鉴别: 根据机体抵抗力的强弱、致病菌毒力的大小和病程长短的不同,化脓性关节炎基本可分浆液性渗出期、浆液纤维蛋白渗出期和脓性渗出期三期。诊断的主要手段包括病史采集,临床体检,白细胞计数、血沉等化验检查,关节穿刺和关节液检查,X 线等放射学检查。对大多数病史较典型,尤其是后两期的病例,临床仅凭症状、体征并辅以白细胞计数、血沉检查即可确诊。这时的关节穿刺多为证实诊断、判断病程及决定治疗方案手段。但对一些低毒性、早期(如浆液性渗出期)等所谓“不典型”的关节感染,如仅凭病史(不明确)、症状体征(不典型)及化验室检查(无特异)则较难确诊,甚至误漏诊。此时如能立即行关节穿刺并做相应检查则多可很快明确诊断。在检查项目上,Fury 认为除作涂片和细菌培养外,还应做关节液内白血球计数及分类计数、关节液中糖量测定及其与血糖差异、关节液粘蛋白醋酸沉淀试验等^[1]。我们认为,关节液镜下大量白细胞及中性较显著增高,尤其是明确的脓球,是非典型化脓性膝关节炎确诊必不可少的重要条件。关节液细菌培养及药敏试验是关节液检查另一主要内容。但培养阴性不能作为否认化脓性感染存在的依据,因为低毒感染以及培养前曾使用抗生素的病例,其培养往往阴性。不同菌种的培养阳性率不同。另外,培养的阳性率还与病程有关,早期可能为阴性,越到后期阳性率越高^[2]。本组 8 例中 3 例培养为阳性。其他关节液检查,对非典型化脓性感染多无特异性,应结合临床体检及关节液的涂片检查、细菌培养等分析判断。