

治疗结果

评定标准:参考《中医病证诊断疗效标准》^[1]治愈:临床症状消失,阳性体征转阴、恢复正常工作。好转:症状基本消失,阳性体征基本消失或减弱,基本上能从事正常或轻工作,生活能自理。无效:经二个疗程的治疗症状改善不明显或无效,阳性体征无变化,不能从事正常工作,日常生活受影响。

治疗结果经治 146 例,治愈 104 例,好转 35 例,无效 7 例,有效率 95.2%。分型治疗情况:颈型 26 例,治愈 24 例,好转 2 例;神经根型 60 例,治愈 48 例,好转 12 例;椎动脉型 28 例,治疗痊愈 20 例,好转 6 例,无效 2 例;颈交感神经型 16 例,治愈 12 例,好转 2 例,无效 2 例;脊髓型 16 例,好转 13 例,无效 3 例。

讨论

颈椎病是常见疑难病之一,本病内因肝肾亏损,外因是颈肌过度劳累,复感邪气,致使颈肌痉挛,经络受阻,气血不通而发病,所以说本病是正虚为本,邪实为标,现代医学认为颈椎间盘老化及颈椎负载过大,使得颈椎失稳,椎间盘退变而造成颈椎病,临床见症并不单是机械性刺激压迫神经、血管或脊髓所致,而且和颈局部无菌性炎症有关系,颈部在有害物质的刺激下,可以出现症状也可以使症状加重。中医指针疗法^[2]以指代针通过经络,在体表点按相应的穴位,从而达到调和阴阳、扶正祛邪、疏通经络的目的,除去机体致病因素机体阴阳调和,经络通畅,气血内溉脏腑,外濡腠理,使生理功能正常,在术中应抓住疾病的本质,分清主次,根据具体情况辨证施治,方能得心应手。手法治疗关键是纠正颈椎关节移位,如棘突偏歪,骨错缝,滑膜嵌

顿等是颈椎病治疗的根本,是其他任何治疗方法所不能及的,施术得当,患者有霍然而愈的感觉,另外有活血化瘀,剥离粘连,调养脾胃,消炎止痛,强腰补肾等作用。同时在临床上治疗无菌性炎症恢复颈椎功能效果也非常明显。中药内服,利用药物活血化瘀,通经活络,理气化痰,消炎止痛,养血荣筋,补益肝肾等功能,对颈椎病各型的治疗都有良好的效果,中药确有抗炎、镇痛、解痉作用^[3],现代医学认为血粘度增高和椎动脉型颈椎病有密切关系^[4],同时中药对血粘度增高有治疗作用^[5],对机体的无菌性炎症也有很好的治疗效果。综上所述,指针综合疗法是治疗颈椎病较好的保守疗法。保守疗法有一定的局限性,和不可操作性,尤其是对脊髓型颈椎病后期的患者,疗效不令人满意,笔者认为目前保守疗法,尚不能取得满意效果时,脊髓压迫症状很明显又具备手术条件者,可抓住病机,手术治疗,消除症状,提高患者的生活质量,与此同时今后应更加努力探讨,提高保守治疗的效果。

参考文献

1. 国家中医药管理局.《中医病证诊断疗效标准》.南京:南京大学出版社.1994;186~189
2. 陈佑邦,石学敏.中国针灸治疗学.中国科学技术出版社,1990;208
3. 王拥军,施杞.伤科接骨法与芬必得治疗颈椎病的临床疗效对比.中医正骨,1997;4(3):3
4. 陈健.颈椎退行性眩晕患者的血液流变学变化及补阳还五汤对其治疗作用的研究.中国中医骨伤科杂志,1995;3(1):4
5. 毛象刚.川芎的临床应用.教师进修杂志,1989;(8):31

(收稿:1999-01-30)

椎管扩大成形术治疗腰椎管狭窄和椎间盘突出症

李保泉 邬 王峰 盛炎炎 周章武 张建华

安徽中医学院第一附属医院(合肥 230031)

我们从 1991 年开始,用棘突横植、棘突纵向劈开分叉再植、“半开门”三种术式选择性治疗腰椎管狭窄症,或伴有椎间盘突出或重症巨大椎间盘突出症患者 18 例,取得较为满意效果,报告如下。

临床资料

本组 18 例中男 11 例,女 7 例;年龄 23~67 岁;病史 3 月~15 年。临床表现:14 例有间歇性跛行;11 例因剧痛难以直立、下床行走,或只可步行数步,下腰棘突间或旁皆有不同程度的压痛;8 例局部叩击有放射

痛,直腿抬高试验阳性;7 例腰部不同程度前屈受限;18 例腰部后伸出现下肢麻木加重。16 例 CT 检查报告 13 例椎管狭窄,其中 8 例主要为 L_{4,5}间隙,5 例为 L_{4,5}、L₅S₁ 间隙椎管狭窄,并有 3 例合并 L_{4,5}椎间盘突出;另有 3 例报告椎间盘髓核向后外侧突出达 0.7~0.9cm。2 例行脊髓造影,L_{4,5}椎间隙 X 线侧位片呈拿破仑帽状压迹,考虑椎间盘突出引起。

治疗方法

1. 棘突基底纵向劈开再植法:将相应狭窄节段两

侧椎板皆用钳咬开,保留完整的棘突,病灶处理完毕后,将取下的棘突于其基底部劈开,利用其皮质骨韧性,将劈开处向两侧分叉张开,残余椎板凿毛糙,使劈开棘突骑跨于椎板咬除缺损处,分叉两脚分别与毛糙处相合,用 7 号丝线缝合两脚固定之。本组用此法治疗 4 例,椎管狭窄和椎间盘突出症各 2 例。

2 棘突横向植骨法:用棘突咬骨钳靠近基底将棘突一次性咬下,常规全椎板切除,清除病变组织,将咬下的棘突稍加修理,桥架于椎板缺损处,两端用 7 号丝线缝合固定。本组 9 例椎管狭窄症中,2 例为 L_{4,5}、L₅S₁ 间隙同时发病,1 例并发椎间盘突出,另有 1 例为单纯椎间盘突出症,共 10 例患者用此法治疗。

3“半开门”法:保留并游离棘上韧带,选症状体征重一侧椎板偏关节突处,用三关节咬骨钳或钳咬开一纵形沟槽,深达黄韧带;对侧用小钳也咬开一纵形沟槽,不咬穿椎板内侧骨质,切断棘间韧带,切断咬除上下端黄韧带。利用杠杆原理,用骨膜起子于患侧椎板下方上撬,掀起,造成对侧椎板青枝骨折。完成病灶清除术后,再用 7 号丝线缝合于棘上韧带和掀起的椎板(可用巾钳打孔)、棘间韧带或黄韧带上。本组用此法治疗 4 例,其中 2 例椎管狭窄并发同侧椎间盘突出,另 2 例为巨大椎间盘突出。2 例椎管狭窄者 L_{4,5}、L₅S₁ 间隙同时发病,其间棘间韧带和黄韧带不予切断,一起掀向对侧。

治疗结果

疗效评定 优:术后基本无症状和阳性体征,恢复原工作者 15 例。良:跛行消失,偶有轻度腰腿疼痛麻木,带腰围可参加一般劳动者 2 例。可:劳累后出现轻度跛行、患肢仍有麻痛不适,但比术前大有好转。尚需间断服药者 1 例。本组术后良和可共 3 例,后经给予中药补阳还五汤内服,症状得以控制。

讨论

我们选择的三种椎管扩大成形术,没有在减压后将整块椎板放回原位,而是将病变处清除,左右侧隐窝、椎管前、后侧椎管予以扩大,包括棘突横植于椎板缺损处,我们认为这样做:(1)椎管后壁仍为骨性组织保护脊髓;(2)仍可保持脊柱的稳定性;(3)防止椎管外软组织及疤痕粘连牵拉硬膜囊。否则,如有粘连又会出现腰腿痛。半开门式手术保留棘上韧带,并把其缝

合固定在棘间韧带、黄韧带或椎板上,目的是保证扩大了椎管,把椎弓稳定在新的位置上^[1]。固定后的棘突稍偏向对侧,掀起的椎板处缺口约 0.5cm,骶棘肌一般不易进入缺损处与硬膜囊粘连。手术损伤脊柱的稳定结构是手术后晚期腰椎间盘突出再脱出的重要因素之一,特别是后路手术既损伤脊髓的后柱,又因手术清除部分的间盘组织,使前、后纵韧带松弛^[2]。本组手术中的病灶处清理虽然广泛,但由于采取了上述三种术式保持了脊柱的稳定性,也就防止或减少了术后晚期椎间盘突出再脱出的可能。

我们体会,三种术式均适用于椎管狭窄和伴有椎间盘突出治疗。而棘突纵劈再植和椎板全切除棘突横植术尤适用于椎管狭窄症的治疗。因这两种术式对造成两侧侧隐窝的狭窄组织更便于清除。而半开门式手术,适用于一侧椎管狭窄或伴有同侧椎间盘突出症者,因为如对侧侧隐窝处有增生病变,将难以清除。前两种术式中,棘突劈开再植既恢复了脊柱结构的外形,又保留了棘上韧带的完整;而棘突横植术,仅需用棘突咬骨钳近棘突基底将其体尾完整地咬下,稍加修理即可,操作简便,术野暴露充分。半开门式椎管扩大成形术,操作较为复杂,稍不注意,即会造成椎板开门“轴”侧完全骨折,但如成功,将是最理想的术式。

作为治疗手段的手术,考虑到近远期效果,应宁简勿繁,对于一般单纯椎间盘突出症,行开窗或扩大开窗可解决的问题,就没有必要再作椎管扩大成形术。本组治疗结果有 2 例良好,1 例尚可,此 3 例手术结束时简单查体良好,主诉很轻松,症状出现在术后 1~3 天内。考虑手术局麻药中加入肾上腺素 1mg,局部未置负压吸引仅用半皮管引流,回病房后,血管扩张出血,血肿压迫刺激神经根所致。后经内服中药补阳还五汤^[3]以活血祛瘀,补气利水而渐渐好转,但应吸取教训,局麻药中少加或不加肾上腺素,术后应行负压吸引。

参考文献

1. 汤华丰,柴本甫,沈才伟,等. 腰椎管成形术治疗腰椎管狭窄的临床观察. 中华骨科杂志, 1995; 15(1): 238
2. 吴振东,王海义,王欢,等. 腰椎间盘突出症再手术原因探讨. 中华骨科杂志, 1994; 14(1): 33
3. 李保泉,丁鐸,曹日隆,等. 补阳还五汤治疗瘀血型腰椎管狭窄症. 中国中医骨伤科杂志, 1992(1) 8: 43

(收稿: 1996-04-05)