

· 短篇报道 ·

中西医结合治疗腰椎间盘突出症

郭 豪 张惠香 郭德荣

(漯河市协荣郭氏骨病医院, 河南 漯河 462000)

1996~1998年, 我们采用中西医结合治疗腰椎间盘突出症198例, 取得了满意的效果, 报告如下。

临床资料 198例患者中, 男96例, 女102例; 年龄18~60岁。病程1~2个月者114例, 0.5~1年者56例, 1年以上者28例。X线片示, 脊柱侧弯168例, 椎间盘隙变窄68例, 生理屈曲变直90例。CT片示, 椎间盘突出5mm以上者89例, 5mm以下者103例, 突出部分游离到椎管内6例。

治疗方法 1. 中药治疗: 内服中药腰复康(自拟方): 丹参15g、当归15g、粉格20g、黄芪20g、狗脊20g、玄胡15g、怀牛膝15g、甘草6g。若急性发作疼痛剧烈加云苓20g、血力花6g、甘松10g、乳没各6g; 若酸沉、下肢麻木者加天麻10g、地龙10g、伸筋草10g、灵仙10g; 若疼痛游走加川乌、川芎、全虫。外敷中药腰痛散, 其药物组成: 丹参、当归、伸筋草、透骨草、木瓜、苏木、白芷、狗脊、川牛膝, 共为粉末, 每100g加醋50~100g, 装入药袋, 药袋放锅内蒸30分钟, 取出放在腰部及患肢热敷, 注意热敷温度, 避免烫伤皮肤。每次15~30分钟, 每日2次, 2周为1疗程。

2. 脱水剂的应用: 急性期可用25%甘露醇250ml iv gtt 每天一次, 5% GNS250ml+复方丹参注射液静脉滴注每天一次, 以解除神经根水肿; 若有肢体出现痉挛性疼痛者, 5% GS250ml加654—2针10mg 静脉滴注每天一次, 以缓解肌肉痉挛, 5天为1疗程。

3. 牵引: 病人取俯卧位, 分别将胸部、骨盆固定于牵引床上, 胸腹带和臀腿板上。根据病情、症状、体征等综合因素, 设置牵引距离、旋转角、臀腿倾角(距离一般45~65mm、旋转角度 15° 、倾角 15°), 并将上述数据输入微机, 即开始牵引, 牵引后患者卧床2个小时, 绝对卧床休息2~4天。

4. 制动: 牵引完成后, 严格卧床, 重症患者饮食、大小便也不离床。

治疗结果 疗效评定标准: 治愈: 腰腿痛消失, 直腿抬高 70° 以上, 能恢复正常工作; 好转: 腰腿痛减轻, 腰部活动功能改善; 未愈: 症状体征无改善。治疗结果: 本组198例中, 治愈106例, 好转83例, 无效9例。临床中,

病程半年之内者治愈率明显高于病程超过半年者。

讨论 腰椎间盘突出症的发生与外伤、劳损、退变有关, 突出的间盘组织和椎间失稳可对神经根和硬膜囊形成直接的物理刺激或压迫。导致局部组织破坏及疼痛介质的释放, 刺激窦椎神经, 而产生疼痛。牵引可直达突出椎间盘, 即使椎间盘未能完全回纳, 可使神经根和椎间孔的位置得以改善, 神经根粘连得以剥离, 小关节紊乱得以纠正, 达到治疗目的。脱水药物应用, 可使神经根炎性肿胀及突出髓核的水向血浆内转移, 使髓核对神经根的压迫减轻或消除而达到治疗目的。而中药外蒸热敷法, 能加速皮肤对药物吸收, 同时皮肤温度的升高, 可导致皮肤微小血管的扩张, 促进血液和淋巴液的循环, 因此利于血肿和水肿的消散。温热能增加通透性, 提高新陈代谢作用, 对炎症及神经根水肿有良好的疗效。

棘突旁药物注射加手法治疗
腰椎间盘突出症赵 文¹ 王迪华²

(1. 遵义医学院附二院, 贵州 贵阳 550002;

2. 贵阳市妇幼保健院中医科)

自1991年以来, 作者采用棘突旁药物注射加患肢牵引治疗腰突症65例, 疗效满意, 现报告如下。

临床资料 本组65例中男30例, 女35例; 年龄24~70岁; 病程2天~6年; 突出部位: L_{3,4}间盘突出者2例, L_{4,5}间盘突出者41例, L₅S₁间盘突出者18例, L_{4,5}加L₅S₁突出者4例; 左侧31例, 右侧33例, 双侧1例; 2例合并椎管狭窄。全部病例均根据其症状、体征、X线检查或CT检查, 诊断明确。

治疗方法 1. 药物注射: 5%当归注射液(江西青峰制药厂)2ml, 氟美松5mg, V_{it}B₁₂100 μ g, 2%利多卡因2ml。用4cm长5号针头, 10ml注射器抽吸上述药物备用。患者取俯卧位, 在患者棘突旁找到相应压痛点, 若无棘突旁压痛点者, 在相应椎间盘突出平面, 距棘突旁开2~3cm处为进针点。常规皮肤消毒, 医者持针, 针头向内倾斜 5° ~ 10° 进针, 深度3~4cm, 当患者出现酸、麻、胀感为度, 抽无回血, 快速推注药物3~4ml, 这时病人可出现腰及下肢酸胀、发热或轻度发麻为正常现象。

2. 下肢牵引: 患者取俯卧位, 术者立于病人患侧, 以揉滚、推挤、按压等手法施术于患侧腰腿部约5分钟; 助手抓住患者双侧腋窝, 使其固定, 术者紧握患肢足踝部, 同时用力将患肢向后外上方牵引, 并内、外旋转其足5~10次, 然后短促用力拉抖患肢3~5次, 用力以患者小腹部离开床面为宜。治疗结束, 病人卧床休息10~15分钟。

上述治疗隔日1次, 每10次为1疗程, 要求患者治疗期间卧硬板床休息, 尽量减少下地或行走时间。疗程结束后, 进行疗效统计。

治疗结果 疗效评定标准, 治愈: 症状完全消失或接近消失, 直腿抬高试验可达85°左右, 能恢复原工作; 显效: 症状大部分消失, 直腿抬高试验超过70°; 可恢复原工作; 好转: 症状部分消失, 直腿抬高较治疗前显著改善, 可担任较轻工作; 无效: 症状无明显减轻, 不能参加工作。本组病例随访时间半年以上。结果: 治愈

43例, 显效17例, 好转3例, 无效2例。

讨论 在治疗中, 首先将药物直接注射于受累的周围组织及神经根部, 利用组成药物的药理作用, 起到抑制神经末梢的兴奋性, 改善局部的血液循环及电解质紊乱, 纠正酸中毒, 促使神经根周围的局部组织水肿及无菌性炎症迅速消退, 降低了神经内压力, 达到阻断其恶性循环的目的, 从而起到消炎、止痛的作用。由于采用了有别于临床常用的单、双向对称牵引的单向、单侧患肢牵引、拉抖等连续手法, 使牵引力能充分集中于病变部位, 短促用力的拉抖, 可使椎间隙增大, 有利于髓核的部分还纳, 亦可改变髓核对神经根的相对关系, 减轻或消除对神经根的压迫, 达到减轻或消除症状的目的。但对突出范围大或神经根粘连严重等患者, 仍需及时手术治疗。就本组而言, 2例无效患者均合并椎管狭窄症, 后经手术治疗而愈。