

保守疗法对腰椎间盘突出症的疗效及机理探讨

潘崇海¹ 陆建伟²

(1. 东方医院推拿科,上海 200120; 2. 浙江省中医药研究院附属医院推拿科,浙江 杭州 310012)

腰椎间盘突出症(以下简称 LD)是临床常见的一种病症。推拿、牵引等保守疗法能取得满意效果。获效的原因是使突出的髓核“回纳”其原椎间隙内,还是其它机制的参与?本组观察了 30 例 LD 患者疗效,并在疗效前后以 CT 对照等,就上述问题进行探讨。

1 材料与方法

1.1 观察对象 自 1995. 11. ~ 1996. 9. 根据高等中医院校教学参考丛书《中医推拿学》(人民卫生出版社 1992. 2 版)撰写的 LD 的诊断标准并经 CT 证实,且除外结核、肿瘤、腰椎滑脱等病症,随机收治了 30 例 LD 神经根受压型的患者。其中男性 22 例,女性 8 例;最大年龄 57 岁,最小年龄 26 岁,平均年龄 44. 8 岁;病程最长 3 年,最短 4 天,平均病程 8 个月;无明显致病因素 18 例,因腰损伤致病 6 例,其它因素(如咳嗽、劳累等)致病 6 例。

1.2 观察方法 治疗前: 详细询问病史,含主诉、现病史、致病因素等; 详细记录临床体征; 腰 CT。治疗后: 详细记录临床体征,以作疗效评定; 复查腰 CT,以资与疗效前对照。

1.3 治疗方法 本组 30 例患者均采用综合的保守疗法。分四步:

1.3.1 脱水减压:选择急性期的 LD 者。即疼痛剧烈、行走困难,主动直腿抬高 < 30°。以 25% 甘露醇 250ml V. gtt. 20 分钟内滴完,每天一次,3~5 天为限。

1.3.2 麻醉下推拿:经脱水减压后,症状虽有缓解,仍不能独立生活者,采用本法。包括椎间孔和骶裂孔麻醉下推拿,1 次/周,4 次为限。行本法前,需测血压、心率,并除外心血管疾病、糖尿病、感染、严重的体质虚弱者。

(1)椎间孔麻醉下推拿:选择腰部病变节段有明显压痛且伴有明显按压或叩击时下肢有放射痛者。患者俯卧,头高臀低位。常规消毒,铺好洞巾,无菌操作。用 20ml 针筒抽取 1%利多卡因 5ml、注射用水 10ml、地塞米松磷酸钠 10mg 后,摇匀抽取的药液。随后在病变节段的压痛点以 7# 穿刺针穿刺至患侧下肢有放射性麻痛时,并经回抽无血性,再缓缓将混悬液推入。每进入 3~5ml 药液回抽一次且无血性再进液,全部药液在 8~10 分钟进完。完毕后原位休息 10~15 分钟作头高臀低位的骨盆牵引(50~80kg)20 分钟,再行推拿治疗(方法见“骨盆牵引下推拿”)。

(2)骶裂孔麻醉下推拿:选择腰部病变节段处有压痛,但不伴有或不明显的按压或叩击时下肢放射痛。患者的体位、消毒要求、用药、操作中的基本要求同上述。区别在于在骶孔处进针、液体进入无明显阻力。推拿治疗同上。

1.3.3 骨盆牵引下推拿:急性期症状的明显缓解或无急性期

症状者,行本法治疗。患者俯卧的腰后伸位的骨盆牵引,牵引力约 80~100kg,时间 20 分钟。随后在患侧下肢为辅的推拿治疗。包括对腰部的掀压、臀及患肢敏感点的按揉、点压的刺激、强迫抬腿等。

1.3.4 推拿:腰部症状不明显、神经根也未见明显受压之体征,受压的神经远端有轻微的酸、麻、胀者,作本法治疗。方法除去对腰部掀压外,余同上。手法刺激量适中。

2 治疗结果

2.1 疗效评定标准与结果 依据主诉、体征、生活和工作能力等予以评定。痊愈:无明显主诉,直腿抬高同于健侧,腰部无压痛,叩击或按压时无下肢放射痛,恢复原来工作,完全独立生活。本组病例经治,痊愈者 21 例,占全组人数的 70%,平均治疗次数为 14 次。显效:诉小腿外侧有轻微的酸、麻、胀,直腿抬高举较健侧 < 5°~10°,腰部无压痛、无按压、叩击时的下肢放射痛,恢复原来工作,能独立生活。本组病人有 7 例获显效,占总人数的 23.3%,平均治疗次数为 16 次。好转:除小腿外侧轻微的酸、麻、胀外,无其它主诉,直腿抬高低于健侧 10~20°,腰部有轻微的压痛而无按压或叩击时下肢放射痛。不能胜任原来工作,基本能独立生活。本组病人有 2 例好转,占总人数的 6.7%,平均治疗次数为 30 次。无效:综合治疗 8 次而无临床主诉、体征的改变。本组病例无一例无效。

2.2 治疗前后的腰 CT 比较 本组病例于治疗前的腰 CT 表现并结合临床,L₄₋₅髓核侧方突出者为 10 例,L₅~S₁髓核侧方突出 20 例,计 30 例,治疗后的 21 例痊愈中,L₄₋₅占 7 例,L₅~S₁占 14 例;显效 7 例中,L₄₋₅占 3 例,L₅~S₁占 4 例;2 例好转均为 L₄₋₅的 L. D. 治疗后,再经腰 CT 复查,其结果与治疗前相比,无一例发生改变。

3 讨论

3.1 牵引、推拿治疗 LD 不能使突出的髓核回纳于原椎间隙中。持回纳观点者,国内外均见报道,至 90 年代仍有人提出^[1,2,3]而本组病例在其疗效前后的 CT 比较和分析,无一例有突出的髓核回纳的改变。这一结果与曙光医院对 LD 者作手术治疗时,用器械直接挤压突出的髓核不能使其回纳^[4]和那些经推拿治疗后,“症状消失或大为改善者,治疗前后的椎管造影显示改变^[4]”及与张显蕊、金辽沙等以 MRI、CT 观察推拿治疗 LD 后,其“疗效前后髓核的形态、大小和密度没有改变^[5,6]”相一致。资料也表明,经脊髓造影、椎间盘造影、CT 扫描、MRI 显像者,有 20%~30%髓核突出造成神经根机械性压迫的异常表现,但临床无任何疼痛病史^[8]。上述明确地表明,保守治疗神经根受压的 LD,其临床疗效获得与突出的髓核回纳至原椎间隙内从而解除神经根受压的“机理”无相

关。

3.2 消除水肿、促进炎症吸收是临床取效的因素之一。当神经根受压后,因局部静脉回流受阻,其周围“表现为水肿和炎症”^[7]。“炎症的产生是基于髓核突出后,产生化学反应和组织胺的释放及“人工突触”的形成^[7],出现神经支配区的疼痛。鉴此:本组有 22 例患者给予利尿脱水剂甘露醇,其总有效率达 86.5% (其中一例用该法处理 3 天,症状消失,再作 CT,仍显示 L₄₋₅ 髓核向左后突出压迫神经根)。结果提示,采用消除水肿方法对 LD 早期或急性期是有效的,符合了以水肿为主要病理改变的观点;本组中有 25 例采用麻醉下推拿法。选用地塞米松为主要药物。它抗炎作用强,又是将该药直接作用于神经根周围。通过激素的作用,降低了毛细血管的通透性、减少充血、抑制炎症的浸润及渗出,使细胞间质水肿消退,还能抑制神经对组织胺物质的反应^[7]。这 25 例患者计 72 例次麻醉(骶裂孔 42 例次、椎间孔 30 例次)下推拿后,急性期症状迅速而又较大程度的缓解。

3.3 解除粘连是疗效取得的因素之二。在 LD 后期,受压的神经根会出现“神经内纤维化及其它变性改变”,而周围粘连是变性改变之一。本组以综合的治疗方法,旨在解除粘连,结果是满意的,佐证了方法选择是符合临床的。

3.4 改善受压神经根营养障碍是疗效取得的因素之三。解剖学表明,脊神经根的动静网不如周围神经丰富,又缺乏与周围神经组织结构的血管相沟通。因此,在脊神经根处的血供很差。又当神经根受压,神经轴浆因受压而中断,神经体液运转发生障碍^[8]。推拿治疗能提高血循环,尤其是局部循环。血循环的改善和提高,加速了对炎症后的代谢产物的吸收。

3.5 提高髓核 pH 值和免疫机制是疗效取得原因之四。曾对手术治疗的 L₄₋₅ 者测定了局部组织为酸性,证实髓核 pH 是低值^[8]。实验还表明,髓核是体内最大的无血管的封闭结构,排除在人体免疫反应之外。当髓核突出后,则与机体免疫机制发生密切接触,髓核的基质便形成抗原,随之产生免疫反应^[7]。本组病例经推拿治疗,无疑加速了局部血循环,从而提高了髓核的 pH 值;激素的局部使用,能直接提高髓核的免疫功能。

参考文献

- [1] 李金学,蒋位庄. 国外手法治疗腰痛及其机理研究概况. 中国骨伤, 1996, 9. (1): 57-59.
- [2] 蔡立忠,苏元坡. 保守治疗腰椎间盘突出症. 中国骨伤, 1996, 9. (1): 22.
- [3] 张云深. 复位前后配合骶管滴注治疗腰椎间盘突出. 中国骨伤, 1996, 9. (11): 30.
- [4] 上海中医学院附属曙光医院骨科. 硬膜外麻醉下推拿治疗 300 例腰腿痛的临床小结. 医学情报交流, 1979, 3. (9): 29-36.
- [5] 张显松. 腰椎旋转手法治疗腰椎间盘突出症的机理(附 20 例 MRI 成像分析). 中医整骨, 1993, 5. (3): 5-6.
- [6] 金辽沙,王坤正,陈君长,等. 非手术治疗腰椎间盘突出症的临床研究. 中国骨伤, 1996, 9. (4): 3-5.
- [7] 邓相华,吴祖尧. 腰椎间盘突出症发病机理和硬膜外激素注射疗法(文献综述). 国外医学参考资料外科学分册, 1979, 6. (3): 149-154.
- [8] 吕刚,王星铎. 疼痛与神经损伤. 中华骨科杂志, 1996, 6. (3): 182-184.

(收稿:1997-07-10 修回:1997-10-22 编辑:李为农)

手法介绍

患手绕头法治疗肩关节前脱位

李新建 刘洪恩 周莅莅

(长春中医学院针灸骨伤医院,吉林 长春 130012)

我们采用患手绕头法治疗肩关节前脱位,疗效满意,现介绍如下。

1 临床资料

本组共 16 例,均为单侧,男性,年龄 26~48 岁,其中 6 例合并肱骨大结节骨折。经用本法整复,全部复位。16 例均随访 6~12 个月,无明显后遗症。

2 治疗方法

病人仰卧或坐位,令病人患手缓缓上举至对侧耳上,离头部约一拳宽。然后保持上臂的上举内收位,患手再沿头前部至患侧头后部绕行,并逐渐进一步让臂部上举,以使肱骨头与周围组织游离,并找到关节囊撕裂处,当听滑动的弹响声时,即表示已经复位。此时,用手扶住患臂肘部慢慢落下。

复位后其关节功能立即恢复,但必须予以妥善固定,使受伤的软组织得到修复,以防日后形成习惯性脱位。可将上臂置于内收、内旋、肘关节屈曲 90 度功能位,用三角巾悬吊胸前 2~3 周。

3 讨论

目前,手法整复肩关节前脱位的主要方法有 Kocker 法(旋转复位法)、Hippocrate 法(手牵足蹬法),以及 Stimson 法(悬垂牵引法)等。但这些方法操作比较复杂,工作强度大,复位过程需多人参加,并常需使用麻醉剂,给复位带来困难。我们采用的患手绕头法,则避免了上述缺点。本法简便,省力,迅速,可一人操作。并且,有时在我们向患者说明而患者又配合的情况下,患者本人可自行复位。

(编辑:李为农)