

# 腰椎管狭窄症合并腰椎间盘突出症的治疗

汤雅全 代君 宋翠琴 汪云 施亚峰\*

(安徽中医学院第一附属医院, 安徽 合肥 230031)

自 1984 年 5 月至 1996 年 6 月, 采用后路椎管扩大减压术加彻底髓核摘除术, 术后早期开始功能锻炼及中药分期辨证施治等综合疗法, 治疗腰椎管狭窄症伴腰椎间盘突出症 52 例, 效果满意, 报告如下。

## 1 临床资料

本组男 37 例, 女 15 例, 年龄 24 岁~ 70 岁, 平均 44.5 岁。病程 6 个月~ 23 年, 平均 3 年 4 个月。有明显外伤史者 16 例, 全部病例均经非手术治疗无效或反复发作, 严重影响工作和生活。腰痛 48 例, 腿痛 49 例, 腿麻木 48 例, 下肢无力 11 例, 抽筋 5 例, 跛行 40 例, 间歇跛行 45 例。腰椎侧弯 30 例, 腰生理弧度变浅或消失 41 例, 腰部后凸 11 例。腰前屈受限 41 例, 后伸受限 42 例。棘突间和/或棘突旁压痛 49 例, 其中伴放射痛者 46 例。下肢明显变细 5 例, 下肢肌力减弱 39 例, 感觉障碍 51 例, 膝、跟腱反射障碍 41 例。X 线平片检查腰椎侧弯 30 例; 腰 5 不全骶化 15 例, 骶椎腰化 2 例, 隐性骶裂 5 例; 椎间隙变窄 L<sub>4,5</sub> 12 例, L<sub>5</sub>~ S<sub>1</sub> 7 例, L<sub>4,5</sub>、L<sub>5</sub>~ S<sub>1</sub> 5 例, L<sub>3,4</sub> 3 例, L<sub>3</sub>~ S<sub>2</sub> 2 例, C<sub>5,6</sub> 1 例, 关节突间关节退变肥大 30 例, 腰椎退变性滑脱 10 例。

## 2 治疗方法

### 2.1 手术治疗

采用局部浸润麻醉。以术前定位的患椎棘突为中心, 作后正中切口。在进行骨膜下剥离暴露椎板时, 从棘上韧带的一侧切开, 尽量保留棘上韧带的完整性。本组均作全椎板切除术, 根据病变范围, 少则切除一个椎板, 多则切除 4 个椎板 (3 个椎板及切口上、下的半椎板)。彻底减压, 直到探查椎管与有关神经根管通畅, 患者告诉术者其术前症状完全消失为止。彻底止血, 关闭切口时, 肌肉不作缝合, 用 10 号丝线间断缝合棘上韧带和深筋膜, 用 7 号丝线全层间断缝合皮肤和皮下组织。

### 2.2 术后中医辨证分期分型施治

2.2.1 术后早期 (术后 1~ 3 天): 气血亏虚型宜气血双补、凉血、止血, 以十全大补汤加减治之。湿热内蕴型宜清热凉血、理气除湿, 以神功内托散加减治之。

2.2.2 术后中期 (术后 4~ 14 天): 气滞血瘀型宜补气益血、活血化瘀, 行气通络为治。风湿型宜祛风除湿, 温经通络。

2.2.3 术后晚期 (术后 15~ 30 天): 肝肾亏损型宜培补肝肾、舒筋活络, 佐以软坚散结。术后中、晚期各型, 均以“壮腰定痛汤”<sup>[1]</sup> 加减。

2.3 术后动静结合, 早期开始功能锻炼 术后 24~ 48 小时内, 采用仰卧位, 腰部垫薄枕, 双下肢诸关节练屈伸活动。术

后拔除引流条后, 做“拱桥式”腰背肌锻炼; 患者还在医生的协助下, 作“直腿抬高加强试验”和“拉塞格试验”式的锻炼, 每天 2~ 3 次, 每次做到患者微感疲劳为止。循序渐进, 持之以恒。

## 3 治疗结果

3.1 疗效标准 优: 腰腿痛、下肢麻木、乏力、间歇性跛行等症状消失, 腰部无压痛及放射痛, 各方向活动正常, 患肢感觉、肌力、腱反射正常, 直腿抬高及加强试验阴性, 恢复原工作。良: 以上症状、体征基本消失, 恢复原工作。可: 症状、体征明显改善, 从事重体力劳动有困难。差: 症状、体征改善不明显, 不能从事原工作。

3.2 治疗结果 本组 52 例平均住院时间 21 天, 随访时间 1.5~ 13 年, 平均 6.5 年, 优 47 例, 良 4 例, 可 1 例。

## 4 讨论

腰椎管狭窄症伴腰椎间盘突出症者可高达 92.7%, 这类患者兼有两者的症状和特征。引起狭窄的病理改变不是单一的, 往往是几个相对狭窄因素的叠加, 形成绝对狭窄<sup>[2]</sup>, 特别是合并腰椎间盘突出突出的情况下, 对硬膜囊和/或神经根的压迫更为严重。

充分暴露、彻底减压是取得满意疗效的前提和基础。至于手术所引起的脊柱不稳和可能产生医源性椎管狭窄问题, 我们采取了以下措施: ①术中在充分暴露、减压 (包括完整地摘除椎间盘) 的前提下, 不随意加重任何组织的损伤<sup>[2]</sup>, 特别是注意保持关节突关节面的完整性和关节的稳定性, 同时避免神经损伤; ②尽量保持棘上韧带的完整; ③术中彻底止血, 术后充分引流, 防止水肿机化、神经粘连; ④术后中药辨证内服, 旨在将手术创伤、出血引起的全身不良反应和局部炎症反应, 减少到适当程度; ⑤术后 24~ 48 小时拔除引流条后, 即鼓励和指导病人作锻炼, 以便增强脊柱外源性稳定因素, 尽量弥补因手术造成的脊柱内源性稳定因素的损失, 同时达到软化瘢痕组织, 防止硬膜囊和神经根的粘连、受压。

另外, 我们还认为, 根据术中减压范围, 术后卧床硬板床 1~ 3 个月; 半年内下床时以腰围保护, 避免弯腰、负重; 半年后去腰围行功能锻炼, 渐恢复原工作, 但下床后每天仍坚持腰背肌锻炼及“直腿抬高加强试验”式的功能锻炼, 对于巩固和进一步提高疗效亦至关重要。

## 参考文献

- [1] 汤雅全. 壮腰定痛汤为主治疗腰椎滑脱症 50 例疗效观察. 中医正骨, 1996, 8(3): 25.
- [2] 刘广杰, 林发雄, 吴南林, 等. 对腰椎管狭窄症的有关问题的研究探讨. 中华骨科杂志, 1982, 2(6): 333.

(收稿: 1998 06 11 编辑: 李为农)