

# 腰椎间盘突出症保守治疗机理的再认识

周游 陈健 陆群 钱红仙

(浙江医科大学附属第二医院, 浙江 杭州 310009)

腰椎间盘突出症的治疗中保守治疗占重要地位, 笔者通过 130 例患者保守治疗的疗效分析, 对保守治疗机理有了更进一步认识。

## 1 临床资料

本组 130 例中男 78 例, 女 52 例; 年龄 18~70 岁。病程 5 天~17 年。急性发病: 首发或慢性病例急性发病, 症状急重, 不能独立行走, 起病 3 周内 64 例; 慢性发病: 症状较轻, 能独立行走, 起病 3 周以上 66 例。腰痛活动受限 103 例, 伴下肢痛麻 107 例。体检: 腰脊柱侧歪 39 例; 腰部叩压痛(+) 94 例。直腿抬高试验: 患肢较健肢低 2° 至 30° 以上 116 例; 屈颈试验(+) 71 例。有明显扭挫伤者 32 例。130 例均经 CT 检查, 其中 L<sub>4,5</sub> 突膨出 38 例, L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 突膨出 44 例, L<sub>3,4</sub> 突膨出 19 例, L<sub>4,5</sub>~S<sub>1</sub> 突膨出同时并存 59 例。均有不同程度单或双侧侧隐窝狭窄, 硬膜囊变或不变形。骨性椎管狭窄 12 例, 继发性椎管狭窄 32 例。

## 2 治疗方法

本组 130 例均行保守治疗。按起病分急性组 64 例, 慢性组 66 例。再随机分别分成急性组中: 治疗 1 组 33 例, 对照 1 组 31 例; 慢性组中: 治疗 2 组 37 例, 对照 2 组 29 例。对照组均以 0.8% Lidocaine 25ml+ H. C. A 125mg 进行单纯硬膜外封闭, 7 天一次, 共行 2 次。治疗组在硬膜外封闭施行后 1 小时内加用手法整复治疗, 共 4 种: ①直腿抬高法。患者仰卧位, 双下肢分别直腿抬高, 过屈髋 15 至 20 秒。②弹蹬下肢法。患者仰卧位, 髋髂放松后发力将双下肢分别用力拔伸 3 至 4 次。③腰骶过伸法。患者俯卧位, 将腰骶关节以肘或足跟压住, 分别往后抬举双下肢使腰骶段脊柱尽量过伸。④斜扳法。患者侧卧位, 关键要使患者放弃抵抗, 使腰骶段脊柱充分达到斜扳限度。

## 3 治疗结果

疗效标准: 痊愈, 疼痛、麻木症状消除或基本消除; 好转, 疼痛、麻木症状改善, 能恢复日常工作生活; 无效, 疼痛、麻木症状无任何改善甚至加重。本组 130 例中痊愈 51 例, 好转 61 例。治疗 1 组痊愈 13 例, 好转 16 例, 无效 4 例; 对照 1 组痊愈 12 例, 好转 14 例, 无效 5 例; 治疗 2 组痊愈 18 例, 好转 17 例, 无效 2 例; 对照 2 组痊愈 8 例, 好转 14 例, 无效 7 例。

疗效比较统计学处理: 治疗 1 组与对照 1 组间无显著差异 ( $P > 0.05$ ); 治疗 2 组与对照 2 组之间存在显著差异 ( $P < 0.05$ ), 治疗 2 组疗效明显优于对照 2 组; 治疗 1 与 2 组、对照 1 与 2 组比较均无显著差异 ( $P > 0.05$ ), 疗效相似。

## 4 讨论

(1) 大多数急性组致病以突膨出基础上的急重的无菌性炎症化学性刺激为主。由于炎症水肿严重, 又有突膨出物的压迫,

太多的神经根牵拉手法会进一步造成神经组织受损, 所以对急性病例我们今后将更倾向于单纯硬膜外封闭而尽量少结合手法整复, 但对于急性发病前存在患下肢反复迁延的麻木、吊筋、吊痛感患者, 我们认为压迫的基础上尚有神经组织的粘连存在, 仍主张硬膜外封闭结合手法整复。少数病例由于直接的机械性压迫引起临床症状, 必须手术治疗, 但不能依此否定大多数椎间盘突膨出症的无菌性炎症是建立在椎间盘突膨出占位的基础上的论点, 没有机械性压迫占位就没有无菌性炎症。

(2) 经治疗前后的神经在突膨出未解除的情况下有一定的耐受性, 仍能维持正常的代谢与功能, 并不总是有症状表现, 只有当所受到的压力达到一定的阈值才产生炎症而致病, 除非剧烈的突出。在突膨出基础上产生的炎症导致两种结果: 炎症的化学刺激——产生疼痛; 炎症水肿的物理占位, 不同于突膨出物直接的占位, 但可加重占位改变——产生麻木。通过药物的作用这两种结果均为可逆, 这可解释为什么药物治疗不仅可以消除疼痛而且可以消除麻木感, 而以往的经验是药物消炎止痛而手法解除麻木。

(3) 纤维性粘连物质导致: ①神经与突膨出物和周围软组织之间通过粘连物质产生的张力改变。②神经与突膨出物之间已狭窄的空间继续被纤维物质占位, 产生压力。我们虽不能从解剖上证实手法整复所产生神经根 1.5~4.0mm 甚至 8mm 的移位<sup>[1]</sup>能使粘连松解分离, 但其力的传导作用能使前述的张力和压力改变, 从而改善神经的代谢与功能, 改善粘连引起的吊筋、吊痛与麻木感。但这种力的效用是暂时的, 我们认为至少有部分粘连松解, 才能使粘连导致的病症有所改变。手法整复对于松解粘连确有较显著的临床价值。但并不能依此认为松解粘连较消除无菌性炎症更为重要, 临床普遍应用的手法松解术大多是在硬膜外封闭的基础上进行的, 单纯的神经根手法松解往往会引起进一步的炎症。我们同时认为: 手法力的作用能改变致病时椎间盘突膨出物与受压神经之间所处的高张力状态及此状态下的解剖形态与位置, 使之恢复至发病前无症状时的低张力状态及此状态下的解剖形态与位置, 虽然我们目前 CT 所复查的突膨出物的横向位移征象不在多数, 尚待进一步验证。

(4) 大多数慢性病例和一些急性病例是在患者自身重力结合日常不正确的生活和工作姿态的劳损中缓慢起病的, 功能代谢与解剖形态上无症状的病理平衡状态早已产生, 这是保守治疗得以成功的最重要的病因病理学基础, 恢复这种平衡状态是保守治疗唯一首要的任务。

## 参考文献

[1] 郭世绛. 临床骨科解剖学. 天津: 天津科学技术出版社, 1988. 201.

(编辑: 连智华)