

# 多方位牵引治疗腰椎间盘突出症影响疗效的因素分析

郎海涛 成鹏 杨红 陈夷

(长海医院, 上海 200433)

我科自 1997 年 1 月至 1997 年 12 月, 采用多方位牵引法治疗腰椎间盘突出症患者 300 余例, 总有效率为 96%。为分析影响多方位牵引治疗腰椎间盘突出症效果的有关因素, 我们选择其中显效和无效的两组病例报告如下。

## 1 临床资料

显效和无效两组 258 例, 男 156 例, 女 102 例; 年龄 17~67 岁, 平均 44.6 岁, 病程 1 周~7 余年。全部病例均由临床科根据临床表现和 CT 或 MRI 检查确诊, 并由理疗科复诊。

## 2 治疗方法

采用山东医疗器械研究所研制的 JXQ-1A 型多方位牵引床, 患者取俯卧位, 根据其体质、病情确定牵引距离、倾角、转角及旋转方向, 踩脚踏开关, 在成角状态下进行快速牵引、旋转, 同时结合手法, 持续一至三秒, 可重复操作, 一周后可行第二次治疗, 第三周评定疗效。在治疗期间均不采用其他治疗方法。

## 3 治疗结果

**3.1 疗效评定标准** 显效: 自觉症状和阳性体征明显好转或消失, 可恢复原工作; 无效: 经 2 次治疗, 症状和体征均无任何改善或进一步加重。

**3.2 治疗结果** ①男性患者显效 137 例占 87.8%; 女性患者显效 93 例, 占 91.2%, 两组比较  $P > 0.05$ 。②年龄  $\leq 35$  岁患者 76 例, 显效 69 例, 占 90.8%; 年龄  $> 35$  岁患者 182 例, 显效 161 例, 占 88.5%, 两组比较  $P > 0.05$ 。③病程在半年以内的患者 178 例, 显效 166 例, 占 93.3%; 超过半年者 80 例, 显效 64 例, 占 80.0%。两组比较  $P < 0.01$ 。④复发患者 83 例, 显效 68 例, 占 81.9%, 首发患者 175 例, 显效 162 例, 占 92.6%, 两组比较  $P < 0.05$ 。⑤单间隙病变者 77 例, 显效 70 例, 占 90.9%; 多间隙病变者 181 例, 显效 160 例, 占 88.4%, 两组比较  $P > 0.05$ 。⑥单间隙病变者中,  $L_{3,4}$  突(膨)出者 3 例, 显效 3 例, 占 100%;  $L_{4,5}$  突出者 40 例, 显效 37 例, 占 92.5%;  $L_5S_1$  突出者 34 例, 显效 30 例, 占 88.2%; 三组比较  $P < 0.01$ 。⑦腰椎间盘变性膨出者 69 例, 显效 58 例, 占 84.1%; 突出者 89 例, 显效 81 例, 占 91.0%, 两组比较  $P > 0.05$ 。⑧单纯突出或膨出者 190 例, 显效 172 例, 占 90.5%; 合并有骨质增生、侧隐窝狭窄等病变者 68 例, 显效 50 例, 占 73.5%, 两组比较  $P < 0.01$ 。

## 4 讨论

腰椎间盘突出症大多数经非手术疗法能够改善和缓解症状, 需要手术的病例不超过 10%<sup>[1]</sup>, 且手术失败率高达 15%~53%<sup>[2]</sup>。多方位牵引是一种操作简便、疗效确实的治疗方法。但目前系统研究腰椎间盘突出症多方位牵引疗效的影响因素尚未见报道。我们选择了治疗中显效及无效两组患者分

析性别、年龄、病程、首发或复发、病变部位、病变性质等对疗效的影响, 从上述治疗结果发现病程、首发或复发、病变部位及病变类型影响疗效。

病程短和首发者疗效明显, 可能由于髓核尚未与周围组织及神经根发生粘连和纤维化, 多方位牵引通过三维力的作用使椎间隙增大, 椎间盘内产生负压, 并利用纤维环周围韧带的张力, 使突出的髓核产生变形或位移, 不同程度地解除对神经根或硬膜囊的压迫。而病程越长, 引起椎间盘本身及其周围组织继发性病理改变就越严重, 突出物呈纤维化、钙化, 与神经根、硬脊膜及周围组织粘连也越严重, 神经根变性或萎缩的可能性也越大, 小关节增生、黄韧带肥厚等继发性椎管狭窄的改变亦越明显, 因而疗效欠佳。年龄是否影响疗效, 目前有争议<sup>[3,4]</sup>, 本组年龄与性别对疗效均无影响。

腰椎多间隙突出与单间隙突出的症状和体征很相似, 临床往往难以区分, 因为可能只是突出的椎间盘的某一个髓核压迫神经根而产生症状(常需影像学鉴别<sup>[5,6]</sup>), 因而该因素对疗效影响不显著, 但也有相反意见<sup>[3]</sup>。不同节段疗效对比以  $L_5S_1$  节段疗效最差, 可能由于  $L_5S_1$  结构位置特殊, 所受杠杆作用和躯体活动时剪力较其他椎间盘为大, 最易退变而突出, 从而使  $S_1$  神经根易受损伤且伤后难恢复<sup>[7]</sup>。由于髓核突出的类型与腰腿痛的程度无明确关系, 突出物的大小与神经根损伤程度呈正相关<sup>[8]</sup>, 故腰椎间盘突出和突出对疗效影响不显著。腰椎间盘突出同时合并椎管狭窄约占 37.6%<sup>[9]</sup>, 且在椎间盘手术失败者中合并侧隐窝狭窄者占 50%<sup>[1]</sup>, 本组疗效亦欠佳。

## 参考文献

- [1] 贾连顺, 刘洪奎, 侯铁胜. 腰椎间盘突出和腰椎管狭窄症再手术的研究. 解放军医学杂志, 1993, 18(3): 178-181.
- [2] 贾连顺, 侯铁胜, 戴力扬, 等. 腰椎间盘突出症外科治疗的讨论. 解放军医学杂志, 1993, 18(6): 463-465.
- [3] 王大伟. 腰椎间盘突出症非手术治疗效果四项因素的统计分析. 广西中医药, 1995, 18(4): 3-4.
- [4] 杨建刚, 薄庆, 李志刚, 等. 推拿配合中药外敷治疗腰椎间盘突出症 188 例. 山西中医, 1996, 12(6): 40-41.
- [5] 吕景余, 陈翠竹, 刘宗智, 等. 腰椎多椎间盘突出症的治疗. 中国骨伤, 1997, 10(1): 58.
- [6] 韦良渠, 刘世杰. 多椎间隙腰椎间盘突出症 236 例分析. 中国骨伤, 1997, 10(2): 34.
- [7] 吕凤祥, 应晓鸥, 顾贤杰. 推拿在不同节段腰椎间盘突出症中的应用价值. 中医正骨, 1994, 6(2): 14-15.
- [8] 侯树勋, 吴闻文, 刘汝落, 等. 髓核突出类型与腰腿痛严重程度的关系. 解放军医学杂志, 1993, 18(5): 349-351.
- [9] 陆裕朴, 王全平, 侯树勋, 等. 腰椎管狭窄合并或不合并椎间盘突出症的手术治疗. 中华骨科杂志, 1988, 8(3): 162-166.

(编辑: 连智华)