

临床研究

脊髓型颈椎病非手术疗法选择的临床研究

Clinical study of non-operative treatment for cervical syndromes of myelopathy

李俊杰¹ 王尚全²

LI Jun-jie, WANG Shang-quan

【关键词】 脊髓； 颈椎 【Key words】 Spinal cord； Cervical vertebrae

近 10 年来我们在采用颈椎后路椎板减压、或前路椎间盘摘除、椎间植骨融合手术治疗髓型颈椎病的同时,对于大部分脊髓型颈椎病的患者,采用手法配合中药治疗,取得了满意的疗效。并着重探讨脊髓型颈椎病非手术疗法选择的临床标准及客观依据。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 146 例中男 97 例,女 49 例;年龄 31~78 岁,平均年龄 53.37 岁;病程 1 个月~25 年。

1.2 临床表现 表现为不同程度的颈背痛,四肢麻木无力,行走不稳,踩棉花感,二便功能障碍等。查体表现为四肢肌力下降,肌张力增高,腱反射亢进,浅感觉减退,出现病理反射等。颈椎触诊多查及棘突偏歪,棘上韧带剥离感,棘间隙加宽或变窄,棘上、棘旁压痛等。

1.3 影像学检查 X 线片均以颈椎退行性改变,骨质增生为基本特征,其中椎体后缘不同程度骨赘 69 例;一个或多个椎间隙狭窄 45 例;颈曲改变 108 例,以及相应节段之“双边”、“双凸”、“双凹”改变 87 例。CT 及 MRI 表现为间盘突出 106 例、椎体后缘骨赘 75 例;其中同一节段间盘突出合并椎体后缘骨赘 57 例;后纵韧带骨化 8 例;黄韧带肥厚 36 例;多节段间盘突出或椎体后缘骨赘合并黄韧带肥厚,脊髓呈串糖葫芦状 19 例等。

2 治疗方法

2.1 保守治疗 131 例以手法配合中药为主治疗。中药:拟以调和气血、滋补肝肾、活血化瘀之方药:鹿衔草、丹参、当归、熟地、赤芍、鹿角胶、菟丝子、黄芪等药物组成并随证加减。手法:以颈椎定点旋转复位及软组织松解手法治疗。临床颈椎触诊结合影像学定位诊断后,用一手拇指顶住偏歪的棘突向健侧推,或隆起的横突向前侧推,另一手使脊柱向棘突偏歪侧顺时针或逆时针旋转,两手动作协同,将偏歪的棘突拨正,使相邻的椎体恢复正常的力学平衡。其复位前后结合软组织松解手法。其中伴上肢疼痛、麻木者配合牵引治疗。

2.2 手术治疗 15 例按手术适应证^[1]行手术治疗者 11 例,经保守治疗无效后行手术治疗者 4 例。其中前路椎间盘摘除、椎间植骨融合手术 3 例;后路椎板减压 12 例。除 1 例肢体功能无明显改善外,余疗效满意。

3 治疗结果

参考“40 分评定标准试行方案”^[1]自拟疗效标准 优:临床症状明显好转或消失,体证明显改善,正常工作。改善率 > 85%。良:临床症状较明显好转,体证有改善,能工作。改善率 > 60%。可:临床症状、体证有改善。改善率 > 30%。差:临床症状、体证无变化。保守治疗的 131 例中,优 36 例,良 62 例,可 29 例,差 4 例。

4 讨论

4.1 非保守治疗适应证的病例 首先我们统计保守治疗无效的 4 例及手术治疗的 15 例,共 19 例病历:其中 3 例为 2 个节段间盘突出,其中一个节段突出物巨大,于椎管矢状径上占位大于椎管 1/2 以上;有 5 例为 3 个以上椎间隙均有较大间盘突出,脊髓受压明显;有 5 例为多节段间盘突出且合并椎体后缘骨赘及黄韧带肥厚,其中 1 例合并 OPLL,脊髓前后均有明显卡压,呈串糖葫芦状。有 2 例为多节段间盘突出,且突出物骨化,于椎管内占位 1/2 以上;有 2 例间盘突出合并椎体后下缘骨赘,且以骨赘压迫为主,脊髓受压明显,且压迹呈非常尖利的锐角性压迫;有 1 例表现为多节段间盘膨出合并第 5 颈椎 度滑脱,椎管狭窄;有 1 例为发育性椎管狭窄(椎管矢状径小于 11cm)且合并间盘突出及椎体后缘骨质增生。

4.2 保守治疗适应证的病例 统计疗效优、良的 98 例病历,我们发现大部分病例都有共同的特点。(1)压迫物的大小:CT 或 MRI 显示单纯性间盘突出、或椎体后缘骨赘、或后纵韧带骨化、或黄韧带肥厚、或几种情况并存,其压迫物于椎管矢状径上占位小于 1/3。(有学者报导用硬膜囊矢状径及脊髓矢状径横径比值^[2]或用脊髓面积的大小^[2,3]来判断脊髓受压程度)。(2)脊髓受压的形态:脊髓受压,其压迹呈钝性即光滑的弧形压迹,疗效佳,其压迹呈锐角性压迫以及多节段退变,其受压脊髓呈串糖葫芦状,受压范围广,脊髓损伤重,疗效差。本组优、良的病例,其脊髓受压在 CT 或 MRI 横断面,尤其矢状面上多呈钝性的弧形压迹。(3)对椎间失稳的看法:本组保守的病例中,其中合并椎间失稳,即 X 线片上在病变节段出现颈曲改变及“双边”、“双凸”、“双凹”征,其功能位片上出现微小位移者(除外椎间功能位位移大于 3mm 者)。颈椎触诊查及棘间隙加宽或变窄,棘突偏歪改变,其疗效较好。在间盘突出或椎管狭窄等情况下,椎间失稳是一个主要的致病及加重病情的因素^[1,4,5],椎间失稳、椎体的位移,由于各方向的剪

1. 北京电力总医院,北京 100073; 2. 中国中医研究院望京医院

力作用,尤其是产生旋转的剪力^[4]作用,使其椎间承受更大的牵张和扭曲(剪)应力,不仅使已突出的间盘更加突出,同时加快并逐渐加重本节段的病变,使脊髓及神经根等的卡压进一步加重。尤其是旁中央型的间盘突出。有学者称之为动态性椎管狭窄^[6]。当椎间关节的稳定得以重建之后,局部创伤不再发生,即使“压迫”并未完全解除,病情也可以稳定或症状消失^[7]。

4.3 脊髓型颈椎病保守治疗的适应证 综上所述,我们对髓型颈椎病的保守治疗的标准提出了以下观点:(1)早、中期的脊髓型颈椎病,尚无不全性截瘫、大小便失禁、非进行性加重。(2)影像学检查其间盘突出、或椎体后缘赘、或后纵韧带骨化、或黄韧带肥厚、或几种情况并存,于椎管内占位小于 1/3。(3)椎管发育较宽并排除发育性椎管狭窄,X 线片上椎管中矢径和椎体中矢径比值小于 0.75^[8]。(4)脊髓虽有压迹,但呈钝性的弧形压迹而非锐角性压迫。(5)病变节段椎间出现颈曲改变及“双边”、“双凸”、“双凹”之椎间紊乱征(除外功能位椎体滑移超过 3mm 者),其手法配合中药治疗大多有明显疗效。但手法治疗一定要稳、准、巧,切忌暴力。有个别病例疗效不佳,考虑为脊髓长时间受压、脊髓变性所致、或尚待进一步研究。

4.4 手法配合中药治疗髓型颈椎病的机理 我们认为:运用滋补肝肾、活血通络之中药,能够促进脊髓滋养血管的血运,纠正局部静脉淤阻,改善无菌性炎症反应,改善脊髓的神经营

养。而运用手法松解肌肉,减轻椎间压力,调正椎体位移,纠正椎间紊乱,改变椎间不正常的力学关系,改变椎管内突出之间盘组织等与脊髓、神经根之间的关系,减轻或解除神经根、脊髓受压,个别病例使尚有弹性的突出之间盘组织还纳而达到治疗目的。所以对于大部分脊髓型颈椎病的患者,选择性的进行手法配合中药治疗,不失为一种较理想的办法。

参考文献

- 1 第二届颈椎病专题座谈会纪要. 中华外科杂志, 1993, 31(8): 474-475.
- 2 姜永宏, 王仪生, 李松解. 脊髓型颈椎病 CT 脊髓造影测量研究. 中华骨科杂志, 1990, 10(2): 135.
- 3 邑晓东, 马忠泰, 张瑜. 颈脊髓压迫症脊髓受压程度与术后效果的关系. 中华外科杂志, 1999, 37(10): 612.
- 4 王沛, 郭世斌, 张文修, 等. 颈椎生理曲线异常和颈椎病的发病. 中华骨科杂志, 1995, 15(10): 668-669.
- 5 王清, 党耕町. 节段性不稳定在颈椎病性脊髓病发病中的作用. 中华骨科杂志, 1997, 17(8): 483-484.
- 6 宋滇文, 贾连顺. 脊髓型颈椎病的发病过程与自然史. 中华骨科杂志, 1999, 19(9): 544.
- 7 党耕町. 颈椎病外科治疗中的一些问题. 中华骨科杂志, 1999, 19(9): 518.
- 8 党耕町. “比值法”与发育性颈椎管狭窄的诊断. 中国脊柱脊髓杂志, 1992, 2(4): 146.

(收稿:2001-07-20 编辑:李为农)

病例报告

髂腰肌血肿股神经麻痹 2 例

郭文川 林璋 陈恩博 林亚辉
(龙海市第一医院, 福建 龙海 363100)

临床上没有明确暴力外伤史的髂腰肌出血偶可见到,由于解剖上的原因髂腰肌的血肿易合并股神经麻痹,本文报告 1994 年以来 2 例在日常活动后发生的髂腰肌血肿股神经麻痹。

1 临床资料

1.1 男, 15 岁。因左侧屈髋畸形腿痛 7 天入院。入院前 7 天于体育课热身活动时, 突感左大腿上侧酸痛肿胀感, 第二天出现髋部屈曲畸形, 大腿前侧疼痛麻木, 在院外按“扭伤”治疗。查体: 左侧屈髋畸形, 左大腿前侧感觉丧失, 大腿萎缩。X 线未发现骨盆、髋关节异常。入院 10 天按“股神经麻痹”行股神经探查手术, 术中见左侧髂腰肌陈旧性血肿, 经血肿引流腹股沟肌肉裂孔减压术, 随访半年, 感觉改善不明显。

1.2 男, 17 岁。因左侧屈髋畸形腿痛 2 天入院。2 天前于骑摩托车 5 公里后感左侧腹股沟区酸痛不适, 伸髋不利, 8 小时后大腿前侧剧痛痛辄疼痛加剧, 左大腿麻木感, 屈髋畸形, 无发热, 在院外按“伤筋”推拿按摩。6 岁时发现“血友病”, 多次

因皮肤、牙龈及上消化道出血住院治疗。查: 左侧屈髋畸形, 髋关节自主活动丧失, 左髋窝包块, 固定、界不清, 左大腿前侧痛觉过敏, 左大腿前外侧感觉减退, 左膝腱反射消失。CT: 髂腰肌肿胀边界清楚, CT 值 30-50 左右。超声波发现腰肌区可见液性暗区。肿物穿刺先抽出血清样液, 接着抽出不凝固血液。血检测: 第 因子缺乏。诊断: 髂腰肌血肿股神经麻痹, 血友病。

2 讨论

临床上没有明确暴力外伤史的髂腰肌出血并不多见, 本组 2 例均没有明显的外伤史, 以屈髋畸形、股神经受压症状而入院, 院外均按伤筋治疗。诊断关键在于仔细体检, 以解剖关系加以分析, 5 年前的第一例因辅助检查不全面, 延迟手术, 术后神经恢复不满意, 第二例因血友病没有手术。临床上应与髂窝脓肿、髂窝肿瘤鉴别。股神经位于髂腰筋膜后方, 由于肌肉裂孔狭窄, 其上、内及后外的构成质坚, 髂腰肌出血, 间隙压力的增大容易使股神经受压损伤。

(收稿:2001-06-26 编辑:李为农)