

破裂型腰椎间盘突出症的临床特征分析

Analysis of special clinical features of ruptured lumbar intervertebral disc herniation

李星 周卫 章永东 张禄堂 张世民 黎作旭 刘昱彰

LI Xing, ZHOU Wei, ZHANG Yongdong, ZHANG Lutang, ZHANG Shimin, LI Zuoxu, LIU Yuzhang

关键词 椎间盘移位; 正骨手法; 外科手术 **Key words** Intervertebral disc displacement; Manipulation; Surgical, operative

腰椎间盘突出由退变向纤维环部分破裂, 全层破裂, 髓核脱出甚至游离至椎管内的发展是腰突症的病理发展过程。有些外在因素, 可能导致此过程的加速, 使病情加重甚至出现严重并发症。因此如何避免这些不利因素和选择切实可靠的治疗就显得尤为重要。我们从 1992~2000 年间收治了 92 例最后由手术证实为破裂型腰椎间盘突出症患者。并对这些病例的临床病史特征进行分析, 以探讨可能导致纤维环全层破裂的相关因素。

1 临床资料

111 一般资料 92 例病人中, 男 62 例, 女 30 例; 年龄 25~68 岁, 平均 47 岁。工人 42 例, 农民 28 例, 职员 22 例, 全部病例均由 CT、MRI 或脊髓造影检查证实为腰椎间盘突出症。其中 L_{3,4} 突出 4 例, L_{4,5} 突出 58 例, L₅S₁ 突出 30 例; 单间隙椎间盘突出 71 例占 77%, 双间隙突出 21 例占 23%。

112 病史特点 本组病例均为复发性腰腿痛患者, 病史最短 0.5 年, 最长 20 年, 均接受过各种推拿等治疗。在治疗过程中有 21 例患者因使用大力侧扳或坐位定点复位, 重力后伸压腰手法后, 疼痛突然加重, 不能站立行走。经卧床休息、理疗药物等综合保守治疗后疼痛仍不改善, 其中两侧出现马尾神经损害现象; 7 例出现患肢麻木加重, 1 例出现足下垂现象。此外有 24 例患者在治疗过程中由于弯腰提重物、滑倒扭腰或弹跳运动后使原有的疼痛症状加重; 8 例患者在经保守治疗症状基本缓解后突因剧烈咳嗽, 打喷嚏, 用力排便后使疼痛症状加重; 39 例长期反复发作病人, 以往每次保守治疗均能缓解, 在本次发作治疗过程中出现过疼痛加重症状反复不定, 虽经各次正规保守治疗症状可略改善, 但不能完全缓解, 尚有明显的腰腿疼痛或麻木症状迁延不愈达 2~3 个月, 3 例出现足下垂现象。

113 CT 表现 本组 92 例病历中共有 52 份近期腰椎 CT 片, 其主要有以下几种表现: ① 椎间盘后缘局限性凸起可呈半圆形软组织影, 表面不规整 13 例; ② 突出的间盘表现为乳头样或小山峰样改变 8 例; ③ 呈黄豆样, 短长条状或类圆形软组织影突出在椎管内 8 例; ④ 突出间盘包埋在单侧神经根管开

口处, 边界不甚清楚 5 例; ⑤ 巨大突出, 突出物呈不规则状, 游离在椎间盘上或下方者 6 例, 位于硬膜囊背面 3 例, 位于椎弓根侧方 6 例。此外尚有 8 例突出间盘伴钙化现象。

2 治疗方法

211 手术方式 本组病例均行手术治疗, 其中椎板间隙扩大开窗减压, 侧隐窝扩大, 髓核摘除 52 例; 单例开窗减压, 侧隐窝扩大, 髓核摘除 32 例; 双间隙手术减压, 髓核摘除 21 例。

212 术中病理所见 突出物最高点外层纤维环完全破裂, 呈火山口状突出, 并与神经根粘连 68 例占 74%; 破碎的髓核完全游离进入椎管内压迫在神经根后方且紧密粘连者 17 例占 18.5%, 在硬膜囊外侧或后方压迫者 7 例占 7.5%。在双间隙椎间盘摘除术中发生纤维环全层破裂的均为单个椎间盘, 未发现两个椎间盘均出现纤维环完全破裂的现象。

3 治疗结果

按蒋氏^[1]疗效评定标准分优、良、可、差四级, 其中优 64 例占 69.5%, 良 21 例占 23%, 可 7 例占 7.5%, 差 0 例。全部病例术后症状均有改善, 53 例有较明显诱发因素使疼痛加重, 神经根或马尾神经损害加重者中 46 例是在 1~2 周内行手术治疗, 其疗效优 34 例, 良 11 例, 可 1 例, 优良率为 98%; 短期内未行手术者和另 39 例长期不愈者术后优 30 例, 良 10 例, 可 6 例, 优良率为 87%。

4 讨论

人体椎间盘由成熟向衰退、老化发展至椎间盘突出一般分三个阶段: ① 髓核的进行性退变, 水分减少, 坏死块形成, 纤维环的后侧退变与断裂; ② 髓核从断裂的纤维环中突出; ③ 经多年修复纤维环为纤维结缔组织所取代。在初期, 纤维环可以只是内层破裂, 而外层完整, 坏死髓核组织通过纤维环裂隙处向外隆起, 此时产生的突出多为弹力型^[2], 保守治疗多能取得良好效果^[3], 而在此基础上由于外伤等因素可使椎间盘压力增加, 纤维环全层破裂髓核组织从破裂口向外脱出, 甚至穿过后纵韧带移入椎管形成破裂型椎间盘突出, 给保守治疗增加困难。

本组 92 例病例经手术证实全部为破裂型腰突症。在有诱发加重症状因素但短期内行手术治疗的病人中可见脱出的髓核可压迫神经根导致神经充血水肿, 突出物与神经根或硬

膜有粘连但分解尚易。术后神经根或马尾神经损害症状均基本缓解,疗效较好。而长期反复发作症状迁延不愈的患者术中见突出物与周围粘连重,不易分解甚至包裹住神经根。有 2 例反复手法及多次椎管内注射治疗的病人,手术时无法插入麻醉导管而改为局麻下手术。这类患者术后疼痛改善。但有 7 例残留患肢麻木,2 例足下垂改善不佳。通过对本组病例的临床观察,我们体会到推拿按摩作为祖国医学治疗腰突症的一种方法其作用是不可否定的,但如何正确使用尽量避免由此带来的医源性损害也应引起高度重视,大力粗暴的推拿手法是导致纤维环完全破裂的一个重要因素。这与蒋氏观察结果相符^[4]。有实验研究表明,手法时椎间盘内压增高,可增加纤维环破裂的机会,使髓核从破裂处挤出^[5]。因此在提倡推拿治疗的同时,对于突出物较大的间盘突出,神经根损害症状明显者要慎用大力手法,弯腰负重、扭腰、外伤和突然的腹胀增加也是椎间盘突出病变发展过程中诱发纤维环全层破裂使症状加重的一个不可忽视的因素。此外在长期反复发作的腰突症患者如突然出现症状加重不能缓解或经治疗仅略有改善,以后症状长久不愈提示有纤维环完全破裂,髓核脱出之

可能。早日手术可防止严重粘连,术后症状缓解满意。在临床我们发现纤维环突然破裂使症状加重的病人大多数需要手术治疗,但也有个别病例经保守治疗后症状可完全缓解并恢复正常工作,再做 CT 检查发现突出的髓核较无明显增大,且形态不规整,提示为破裂型腰突症。症状缓解的原因可能是原来紧压在神经根上的突出物由于纤维环完全破裂髓核游离后使受压的神经根与突出间盘的位置发生变化,神经根所受的机械压力减轻,而且这类病人的椎管一般相对较大,再经过及时和适当的保守治疗后使症状得以缓解。

参考文献

- 1 蒋位庄,周卫,赵永刚,等.重症椎间盘突出性腰腿痛的辨证施治研究.中医杂志,1985,26(7):2932.
- 2 蒋位庄,王和鸣主编.中医骨病学.第2版1北京:人民卫生出版社,19981237254.
- 3 张禄堂.腰椎间盘突出症的分型及其临床意义.中国骨伤,2000,13(5):259261.
- 4 蒋位庄.推拿后重症腰椎间盘突出症的手术治疗.中国骨伤,1994,2(5):1992195.
- 5 张显松.第二届东西方疼痛会议论文集汇编.北京,1992.102.

(收稿:20020220 编辑:李为农)

#短篇报道#

中医治疗腰椎间盘突出症 168 例

王耀邦
(深圳市人民医院,广东 深圳 518000)

腰椎间盘突出症属于中医的腰腿痛、腰痛及痹症范畴。笔者自 1983 年以来用补肾加味四妙散治疗该病患者 168 例,疗效满意,总结如下。

1 临床资料

168 例患者均按国家中医药管理局颁布的《中医病症诊断疗效标准》^[1]中腰椎间盘突出症的诊断标准。本组 168 例中男 98 例,女 70 例;年龄 25~78 岁,病程 1 天~36 年;L_{3,4} 间盘突出 16 例,L_{4,5} 突出 101 例,L₅S₁ 突出 51 例。按蒋氏^[2]分型法:弹力型 51 例,退变失稳型 43 例,增生狭窄型 74 例。

2 治疗方法

211 推拿手法 ① 俯卧位推拿松解法:患者俯卧,术者立于床左侧,用右手固定于尾骶部固定推揉,左手用掌根于腰背两侧上下按压推摩,以使患者于床上摇摆起来为度。② 侧卧位斜扳法:患者侧卧位,术者立于患者身前,以一肘放置髻后,另一肘放置肩前,先轻轻摇动三次,使腰部肌肉放松,再两肘臂同时相反用力,旋转腰部,即可闻及腰椎各关节弹响复位声。③ 再用俯卧位推拿松解法松解腰部肌肉及软组织一次。

212 药物治疗 方药组成:苍术 10 克、黄柏 10 克、薏苡仁 30 克、牛膝 15 克、狗脊 15 克、独活 6 克、续断 10 克、杜仲 10 克、桑寄生 10 克、葛根 30 克、宽根藤 30 克、桑枝 30 克、海风藤 30 克、威灵仙 15 克、地龙 15 克、白花蛇 1 小条,木瓜 15

克、防己 15 克。痛重者加罂粟壳 10 克、热重者加石膏 30 克、湿重者加重苍术至 20 克、风重者加秦艽 10 克。每日一剂。

3 治疗结果

根据《中华人民共和国中草药行业标准》^[3]中医病症诊断疗效标准^[1]进行疗效评定。15 天为一疗程,最短 7 天,最长 6 个疗程。治愈 98 例,有效 66 例,无效 4 例。

4 讨论

本组病例以手法推拿为基础,先以手法推拿促进腰部血液循环,大量血液流向腰部组织肌肉,使腰部肌肉痉挛状态改善,也加快代谢产物排泄,促进无菌性炎症消退。再配合中药治疗起到了良好的效果。

腰椎间盘突出症按中医辨证论治原则可分为瘀血、寒湿、湿热、肾虚四型,为学术界所共识,但笔者在多年的临床探索中发现本病以肾虚为本,以湿热为标的虚实夹杂症为多见,故拟此方,以杜仲、狗脊、续断、桑寄生补肾顾本,以四妙散去下焦湿热治其标,辅以其他驱风胜湿之品而标本同治也。

参考文献

- 1 国家中医药管理局.中医病症诊断疗效标准.南京:南京大学出版社,1994.201.
- 2 蒋位庄.重症椎间盘突出性腰腿痛的辨证施治研究.中医杂志,1985,26(7):29.

(收稿:20020221 编辑:李为农)