

• 骨伤论坛 •

腰椎间盘突出症单元的模式与建立

林秋吉¹*, 石学敏²

(1. 天津中医药大学, 天津 300193; 2. 天津中医药大学第一附属医院)

【摘要】 腰椎间盘突出症单元是腰椎间盘突出症医疗管理的新模式, 包括对腰椎间盘突出症患者进行手术治疗与非手术治疗(针灸、中药、牵引、推拿手法、支具、运动疗法、心理辅导和健康教育等)。该模式是目前腰椎间盘突出症临床治疗最为有效的方式。

【关键词】 腰椎间盘突出症; 临床医疗模式; 模式建立

Pattern and establishment of lumbar intervertebral disc protrusion unit LN Qiu-ji¹, SHI Xue-min² Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 300193, China

ABSTRACT Lumbar intervertebral disc protrusion unit is a new medical management pattern. It includes surgical treatment and nonsurgical treatment (acupuncture, Chinese medicine, traction, Chinese massage and manipulation, waist brace, exercise therapy, psychotherapy, health education). It is an effective way for the treatment of lumbar intervertebral disc protrusion.

Key words Lumbar intervertebral disc protrusion; Clinical practice patterns; Establishment of pattern

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma 2007, 20(7): 461-463 www.zgsszz.com

腰椎间盘突出症(lumbar intervertebral disc protrusion, LDP)是因腰椎间盘的退行性变、损伤、积累性劳损,导致腰椎间盘纤维环或软骨板破裂,髓核突出到椎管、椎间孔或椎体内,刺激或压迫硬膜囊和神经根,引起以腰腿痛、神经功能障碍为主症的临床综合征;马尾神经损伤者,还可出现马鞍区感觉异常和大小便功能障碍,严重者致截瘫。它是临床常见病和多发病,也是导致腰腿痛最常见的原因之一,约占腰腿痛患者的20%^[1]。其病情复杂,容易复发,严重影响了人们日常的学习、工作和生活,因此,如何更加有效地防治腰椎间盘突出症成为医学界需要解决的难题之一。而腰椎间盘突出症单元(lumbar intervertebral disc protrusion unit, LIDPU)概念的提出与建立为腰椎间盘突出症患者的管理和治疗开辟了新的模式,使临床实践焕然一新。

1 缘由

目前治疗腰椎间盘突出症虽然有手术治疗与非手术治疗(西药、中药、牵引、针灸、推拿手法、理疗、介入等)可供选择,但是它们各有局限性,且总体效果、远期效果尚不尽如人意,而且还由此产生了一些严峻的问题。比如疗效并不理想的方法仍然被采用,耗费大量钱财的患者没有得到合理、有效的治疗;有针对性的健康教育被长期忽视,以致一些患者反复发作;注重疾病症状的改善,忽视心理支持与治疗等。因此,在现有条件下,如何最大程度地缓解腰椎间盘突出症患者的躯体症状,改善身心状况,防止疾病复发,提高他们的生存与生

活质量,是医学界和整个社会共同关心的问题。

大量临床实践表明,治疗腰椎间盘突出症中最有效的方法并非是单一药物或单一手段,综合疗法才是正确的发展方向^[2-3]。近年来,随着循证医学的普及、推广,已经有50多年历史的一种脑血管疾病的高效管理模式——卒中单元(stroke unit, SU),以疗效佳、卫生经济学指标优而受到空前重视,它强调脑血管疾病治疗的标准化和多学科医疗,把患者的功能预后以及患者和家属的满意度作为重要的临床目标,体现了对患者的人文关怀,极大地改善了脑血管疾病的医疗状况^[4-5]。受此医疗理念和模式的启发,我们在诊治腰椎间盘突出症时,将多学科、多系统的诊疗观有机地溶合,中西医并用,提出并建立“腰椎间盘突出症单元”,以期实现本病医疗新的突破。

2 概念

腰椎间盘突出症单元是指改善腰椎间盘突出症患者医疗管理模式和提高疗效的系统,它能为腰椎间盘突出症患者提供手术治疗与非手术治疗(针灸、中药、牵引、推拿手法、支具、运动疗法、心理辅导和健康教育等)。改善患者症状、使之重新溶入社会是其基本的目标;在诊断、评价、治疗、康复等方面做到及时、合理、确切、规范以及多学科合作是其基本要求。

根据临床实际情况及本病特点,腰椎间盘突出症单元目前只有独立的工作人员而未划分出固定的病房,主要是经过统一培训的、成员相对稳定的医疗小组为腰椎间盘突出症患者提供标准、规范、全方位的医疗服务,且延续至家庭医疗和社区医疗,形式上类似于移动卒中单元和延伸卒中单元。其核心工作人员包括骨伤科医师、针灸科医师、推拿科医师、专

通讯者:沈晓明 安徽中医学院针灸骨伤临床学院,安徽 合肥 230038 Tel: 0551-5169310

* 该作者为天津中医药大学 2005级博士研究生,新加坡籍

业护士、康复治疗师、心理医师和健康教育工作者等。

3 特点

腰椎间盘突出症单元主要有如下特点: ①它是一种针对腰椎间盘突出症的管理系统, 在这个系统中并不包含新的治疗方法; ②它是一种多元医疗模式, 强调多学科的合作、优势互补, 而不是简单地叠加; ③它有标准化的诊断、治疗与康复方案, 并且配备有更好的医疗设施和服务; ④它将多学科、多系统的诊疗观有机地融为一体, 中西医并用, 突出中医特色, 形成一套完整的综合诊疗体系; ⑤它的专业医疗小组成员分工协作, 工作全面, 使腰椎间盘突出症的诊断、评估、针对性治疗、预防性治疗、康复训练、健康教育等联合进行; ⑥它的专业医疗小组与患者关系密切, 每位患者都有一套系统性的、个体化的医疗方案。

4 要素

4.1 组建专业医疗小组 腰椎间盘突出症单元实施的是多元医疗模式, 其基本工作方式是腰椎间盘突出症专业医疗小组的团队工作, 小组核心成员有骨伤科医师、针灸科医师、推拿科医师、专业护士、康复治疗师、心理医师和健康教育工作者, 他们在统一领导下, 互相协作。

4.2 制定标准文件 首先, 是临床指南, 即根据循证医学结论及国家、地区指南等制定的治疗原则或规范。其次, 是临床路径, 即多学科的医疗计划, 它利用最佳资源限定医疗的最好顺序、时间安排和结局, 形成一整套对腰椎间盘突出症患者进行诊断、评价、治疗、康复等的标准流程。

4.3 制定标准工作时间表 在腰椎间盘突出症单元的医疗活动中, 专业医疗小组工作以及与患者的信息交流有固定的时间和固定的方式。

5 内容

5.1 标准化的诊断体系 以国际公认或国家行业标准为主, 包括腰椎间盘突出症西医临床诊断标准、定位诊断标准、解剖分型诊断标准、病理分型诊断标准^[6], 以及腰椎间盘突出症中医证候诊断标准^[7]; 同时, 根据腰椎间盘突出症的病理演变及临床症状、体征, 制定其临床分期标准。

5.2 标准化的评价体系

5.2.1 Oswestry 功能障碍指数 (Oswestry disability index, ODI)^[8] ODI 为患者自我量化功能障碍的问卷调查表, 主要包括疼痛 (疼痛程度、疼痛对睡眠的影响)、单项功能 (提携物、坐、站立、行走) 和个人综合功能 (日常活动能力、工作/家务、社会活动、郊游) 3 方面, 共 10 项, 每项有 6 个备选答案。将 10 个项目的选择答案相应得分累加后, 计算其占 10 项最高分合计 (50 分) 的比例, 即为 ODI。0 为正常, 越接近 1 则功能障碍越严重。

5.2.2 手术治疗适应证 有严重的马尾神经麻痹, 即有肛门及膀胱括约肌功能障碍; 有明显的椎管狭窄; 经 3~6 个月系统、正规的非手术治疗, 仍有进行性神经功能障碍。

5.2.3 非手术治疗适应证 初次发病, 病程尚短; 病程虽长, 但症状和体征较轻, 休息后症状能部分缓解; CT、MRI 等特殊检查发现椎间盘突出较小; X 线、CT、MRI 等特殊检查发现椎间盘突出无钙化, 且不合并椎管狭窄; 年龄较大, 不能耐受手术, 或已不参加体力劳动的老年患者; 由于全身性疾病或局部

皮肤疾病不能施行手术者; 临床症状、体征与特殊检查结果不符, 且难以用某个节段的椎间盘突出解释; 不同意手术的患者。

5.3 标准化的治疗与康复体系

5.3.1 手术治疗方案 经后路腰椎间盘突出切除术等。

5.3.2 非手术治疗与康复方案 ①健康教育。治疗时机: 腰椎间盘突出症急性期、缓解期、恢复期以及手术后。方法: 通过语言、书面与多媒体、示范教育等方式, 介绍疾病有关知识, 介绍腰椎间盘突出症单元, 日常生活指导, 自我防护指导, 运动锻炼指导。②心理治疗。治疗时机: 腰椎间盘突出症急性期、缓解期、恢复期以及手术后。方法: 医疗支持, 改变认知, 各种心理状况的干预, 调动积极性, 行为疗法。③牵引治疗。治疗时机: 腰椎间盘突出症急性期、缓解期。方法: 骨盆电动牵引。④手法治疗。治疗时机: 腰椎间盘突出症急性期、缓解期、恢复期。其中急性期实施第 1 步, 缓解期按顺序实施第 1~3 步, 恢复期实施第 3 步。方法: 第 1 步, 松肌解痉, 包括擦法、按揉法、点按法; 第 2 步, 斜扳整复, 作斜扳法; 第 3 步, 舒筋整理, 包括按压法、屈髋屈膝按压法、直腿抬高法、抖动法、拍打法。⑤针灸治疗。治疗时机: 腰椎间盘突出症急性期、缓解期、恢复期。方法: 调神通络针法, 主穴: 腰部华佗夹脊穴 (以腰椎间盘突出节段及下一节段为主), 内关、水沟, 阿是穴刺络拔罐; 辅穴: 单侧型椎间盘突出、双侧型椎间盘突出, 均配秩边、环跳、委中、阳陵泉、悬钟、昆仑, 单侧者取患侧, 双侧者取两侧; 中央型椎间盘突出、上下型椎间盘突出, 均配命门、腰阳关、腰俞。⑥外敷治疗。治疗时机: 腰椎间盘突出症急性期、缓解期、恢复期。方药组成: 透骨草 30 g 木瓜 9 g 防风 10 g 羌活 15 g 红花 12 g 川芎 12 g 生乳香 6 g 生没药 6 g 川牛膝 12 g 伸筋草 30 g 芙蓉叶 30 g。方法: 每次将以上药物分装于 2 个布袋中, 上锅蒸热, 取出 1 个敷于腰部, 待凉后再取出另 1 个交替使用。⑦中药内服治疗。治疗时机: 腰椎间盘突出症急性期、缓解期、恢复期。方药组成: 桃仁 12 g 红花 9 g 当归 15 g 川芎 6 g 赤芍 9 g 熟地 12 g 川牛膝 10 g 痛甚者, 加延胡 10 g 寒邪偏甚者, 加制附片 6 g 细辛 3 g 湿邪偏甚者, 加苍术 12 g 黄柏 6 g 苡仁 30 g 肝肾不足者, 阳虚加淫羊藿 10 g 仙茅 10 g 阴虚加旱莲草、女贞子 10 g。方法: 每日 1 剂, 水煎分 2 次服。⑧支具治疗。治疗时机: 腰椎间盘突出症急性期、缓解期、恢复期以及手术后。其中急性期疼痛较重者, 在治疗前后要佩戴腰围, 但卧床休息时取下; 缓解期、恢复期以及手术后, 因病情较轻、疼痛缓解, 所以在做家务劳动、久坐、工作劳累或乘车颠簸等的情况下佩戴腰围, 而散步、直立、运动锻炼时解下。方法: 佩戴腰围。⑨运动疗法。治疗时机: 腰椎间盘突出症恢复期以及手术后。方法: 腰背肌锻炼, 腹肌锻炼, 腰椎活动度锻炼, 下肢肌肉锻炼。

6 实施

6.1 患者初诊时诊断与评价 体格检查、X 线摄片检查、CT 检查; 利用 ODI 评估病情轻重。

6.2 治疗方式的判定与执行 有手术治疗适应证者, 先行手术治疗方案, 术后行非手术治疗与康复方案; 无手术治疗适应证者, 行非手术治疗与康复方案。

6.3 治疗结果的评价 利用 ODI SF-36 健康量表评估治疗

结果, 决定是否离开腰椎间盘突出症单元。

7 结语

腰椎间盘突出症单元在我国应用前景是很广泛的, 我们有必要尽快建立并推广这一新的医疗理念和模式, 以进一步提高本病临床治疗效果, 全面改善患者的生活质量, 使腰椎间盘突出症的诊疗水平进入一个新的、更高的领域。

参考文献

- 1 宋文阁, 赵学军, 傅志俭, 等. 腰椎间盘突出症的诊断. 实用疼痛学杂志, 2005, 1(1): 34-39.
- 2 曾亮, 潘宗奇. 腰椎间盘突出症的保守治疗. 现代中西医结合杂志, 2004, 13(16): 2217-2218

- 3 王俊华, 徐远红, 陶雪艳, 等. 腰椎间盘突出症的非手术治疗现状. 中国临床康复, 2004, 8(20): 4069-4071.
- 4 王拥军. 建立卒中单元, 完成卒中医疗模式的转变. 中国康复医学杂志, 2005, 20(4): 243
- 5 石学敏. 脑血管病与中风单元. 天津中医药, 2005, 22(1): 1-3
- 6 鲁玉来, 蔡钦林. 腰椎间盘突出症. 北京: 人民军医出版社, 2001. 165-169.
- 7 国家中医药管理局. 中华人民共和国医药行业标准· 中医病证诊断疗效标准. 南京: 南京大学出版社, 1994. 201-202
- 8 Fairbank JC, Pynsent PB. The Oswestry disability index. Spine 2000, 25: 2940-2953

(收稿日期: 2006-11-10 本文编辑: 李为农)

• 短篇报道 •

椎弓根内固定加椎间植骨术治疗退行性腰椎不稳伴椎管狭窄症

温晓阳, 廖世文, 杨勇, 袁永忠, 严宜琦, 廖劲松
(新余市人民医院骨科, 江西 新余 338025)

2002年 5月 - 2005年 3月对我院通过椎弓根固定加椎间植骨术治疗的退行性腰椎不稳伴椎管狭窄症 32例进行了总结, 报告如下。

1 临床资料

本组 32例, 男 17例, 女 15例; 年龄 51~79岁, 平均 69岁; 病史 5~12年, 平均 9.7年。术前: 腰痛 32例, 臀部及腿痛 31例, 间歇性跛行 26例, 大小便障碍 2例。术前均经过 3年以上的正规保守治疗, 其中合并 1种内科疾病者 13例, 合并 2种或 2种以上者 5例。影像学检查: 退行性滑脱 23例 (术前动力位 X线片示椎体滑移 ≥ 4 mm, 椎间隙角度 $\geq 15^\circ$); 侧凸畸形 9例。单节段狭窄 21例, 多节段狭窄 11例。所有患者均见黄韧带肥厚, 关节突内聚、增生、肥大, 硬膜外脂肪间隙减少或消失, 椎管管径明显变小, 硬膜囊明显受压。全部患者均有不同程度的骨质疏松, 但无严重骨质疏松症。

2 手术方法

均采用全身麻醉, 俯卧位, 选择腰后正中切口。23例退行性滑脱患者, 先植入 4枚椎弓根螺钉, 后进行椎间隙减压, 椎体复位, 椎间盘摘除, 椎体间植骨; 9例伴有侧凸患者, 根据 Cobb角大小, 先后植入 6或 8枚椎弓根螺钉, 后进行靶间隙减压, 侧凸矫正, 椎间盘摘除, 椎体间植骨; 术后卧床 2周后带腰围下床行走, 腰围固定 3个月。

3 结果

手术时间 1.5~3 h, 术中出血 150~2300 ml, 平均 420 ml

其中 18例患者行异体红细胞输血; 术后 2例病情不稳定, 重症监护室监护 48 h, 术后发生足下垂 1例, 1周后有改善, 8周恢复正常; 2例切口浅层感染, 经局部换药, 术后 3周愈合; 2例术后出现泌尿系感染, 经治疗治愈。本组均获得随访, 时间 12~38个月, 临床疗效评定参照 Nahal分级标准: 优, 间歇性跛行、腰腿痛症状完全消失, 恢复原工作; 良, 术后症状消失, 但劳累后有轻度的腰腿痛, 不影响工作; 可, 术后仍有腰腿痛, 未恢复正常; 差, 术后症状未能解除。结果: 优 17例, 良 11例, 可 3例, 差 1例。23例退行性滑脱患者基本复位, 9例侧凸患者侧凸矫正, 未见矫正丢失, 无断钉及螺钉松动现象。

4 讨论

随着社会老龄化的快速进展及老年人群的增长, 退行性腰椎不稳伴椎管狭窄症发病率明显上升, 是引起老年人腰痛、下肢痛、间歇性跛行的一个重要原因, 对于重症患者手术是唯一有效的治疗途径。目前该类手术治疗目的包括: ①彻底减压; ②重建稳定, 尽可能矫正畸形, 恢复椎体的正常排列; ③植骨融合。椎弓根固定系统的使用不但可以复位, 还可促进融合节段术后的制动及加速其融合; 椎体间植骨能维持椎间隙高度, 且接触面积广, 位于脊椎负重中心, 骨融合率高。通过减压可以解除间歇性跛行和根性疼痛症状, 椎弓根固定可以矫正畸形, 恢复矢状面生理曲度, 椎体间植骨可以维持椎间隙高度, 解除腰痛。

(收稿日期: 2007-02-08 本文编辑: 王宏)