

## · 临床研究 ·

## 重症腰椎间盘突出症非手术治疗方法探讨及影像学分析

## Exploration of non-operative treatment and analysis of image on severe prolapse of lumbar intervertebral disc

李星 周卫 张禄堂 章永东 张世民 黎作旭 刘昱彰

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

【关键词】 椎间盘移位; 正骨手法; 图像分析, 计算机辅助 【Key words】 Intervertebral disk displacement; Bone setting manipulation; Image analysis, computer-assisted

自 1996 年起我们运用腰椎牵抖整复及下肢拔伸、压腿等方法治疗 82 例腰椎间盘突出较大(突出物高度大于 8 mm)临床疼痛症状明显,但因各种原因难以行手术的患者,取得比较满意的效果,现报告如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 本组 82 例,男 43 例,女 39 例;年龄 14~65 岁,平均 38 岁。病程 2 个月~12 年。8 例有弯腰拾物扭腰史,3 例有暴力手法后症状明显加重史,全部病历均行腰部 CT 或 MRI 检查,住院时间为 30~65 d,平均 38 d。

1.2 临床特点与影像学改变 该型患者一般都有较剧烈的腰痛伴下肢疼痛,站立行走明显受限;直腿抬高试验小于 20°者 8 例,小于 40°者 52 例;加强试验均阳性。CT 或 MRI 检查证实突出物高度大于 8 mm。突出部位:L<sub>3,4</sub>2 例,L<sub>4,5</sub>38 例,L<sub>5</sub>S<sub>1</sub>42 例。双间隙突出者占 16 例,突出物顶点位椎管中央者 14 例,(L<sub>4,5</sub>8 例、L<sub>5</sub>S<sub>1</sub>6 例)其余均位于椎管一侧。在所具有的 57 份 CT 片中我们观察到突出物呈半圆型凸起表面光滑 38 例,表面小锯齿样改变 4 例,突出物呈小山峰或菜花样 8 例,呈团块样位于侧隐窝处 7 例,病变节段小关节退行性改变使小关节内聚 7 例,病变节段椎管前后径 < 13 mm 者 8 例。突出物高度 > 10 mm 者 17 例。

## 2 治疗方法

2.1 一般治疗 卧床休息,睡硬板床。可选用复方丹参、川芎嗪或脉络宁等注射液静脉给药,同时使用甘露醇或地塞米松 10 mg/d,连用 5~7 d。骨盆布兜牵引 8 kg,每次 30 min,每日牵引 1 次,若牵引时觉疼痛减轻者每日牵引 2 次。牵引的同时可做中药离子导入腰部及患肢。

2.2 手法治疗 先行腰背部及下肢软组织放松手法。腰部痛点按(强度以病人可接受的疼痛为限)舒筋晃腰法配合滚、揉、推、拿手法放松两侧腰背部肌肉及下肢肌肉解除肌肉痉挛,同时点按环跳、志室、承扶、委中、昆仑等穴约 10 min;再行腰椎牵抖整复法,即令患者俯卧双手伸直抓住治疗床上方,腰背部肌肉放松或由助手抓住患者腋部,术者双手握住患者双踝部用力提牵双下肢使患者腹部离开床面后,左右轻轻摇

晃数秒钟,突然发力向上牵抖腰部,要尽量使患者腰部腾起,再放下,如此反复 3~5 遍。如患者牵抖时疼痛剧烈不能接受则可在对抗牵引时轻抖患者腰部及患肢。此后续行腰部软组织放松及掌推两侧骶棘肌及督脉诸穴,以局部有酸胀感为宜。最后行双下肢拔伸及被动直腿抬高压腿手法。即令患者仰卧,患肢尽量屈髋屈膝,术者用腹部或双手置于患者小腿上用力下压 5~10 秒,再双手合力向上拔伸患肢 3~5 遍,尤如仰卧蹬踏动作。然后做患肢被动直腿抬高压腿锻炼 5~10 遍。拔伸及抬高患肢的高度应根据病情逐步增加。待到疼痛有所改善后再行腰椎斜扳。

2.3 其它疗法 中药根据病情辨证论治,本组病例多为气滞血瘀型,治以舒经活络、活血化瘀,可用川芎、红花、桃仁、赤芍、乳香、没药、鸡血藤、三七等。针灸可针刺足太阳膀胱经诸穴,腰部痛点温针灸,针刺腰夹脊穴+盒灸。每日 1 次,10 次为 1 疗程。对少数治疗效果欠佳者可用康宁克通 40 mg + 0.5%利多卡因行硬膜外封闭或神经根封闭,每周 1 次,3 次为 1 疗程。

## 3 治疗结果

3.1 疗效评定标准 优:症状体征基本消失,恢复原工作;良:症状体征明显改善,残留轻度腰部不适或下肢麻木,可恢复原工作或从事较轻工作;可:症状和体征部分消失,需要进行一些辅助治疗,能做些轻工作;差:症状体征无好转或加重。

3.2 治疗效果 82 例患者中,突出位于 L<sub>3,4</sub>间隙的 2 例患者治疗效果为优良;L<sub>4,5</sub>间隙的 38 例中 8 例为优,17 例为良,6 例为可,7 例效果差;L<sub>5</sub>S<sub>1</sub>的 42 例中 19 例为优,12 例良,4 例可,7 例为差。随访时间最短 3 个月,最长 5 年。治疗结果显示,L<sub>4,5</sub>椎间盘突出症治疗后优良率可达 65.78%,L<sub>5</sub>S<sub>1</sub>优良率为 76.32%,L<sub>3,4</sub>因例数少无比较意义。对 9 例治疗后效果达到优良的患者(其中 L<sub>4,5</sub>间隙 4 例,L<sub>5</sub>S<sub>1</sub>5 例)行 CT 复查发现其中有 3 例(L<sub>4,5</sub>间隙 1 例,L<sub>5</sub>S<sub>1</sub>2 例)治疗后突出影较原有所增大,且边缘较原略不规整。14 例效果欠佳病例 CT 片观察发现,这些病例中,中央型突出 8 例,椎管前后径 < 13 mm 占 6 例,病变节段小关节退行性改变使小关节内聚 5 例,突出物影呈小山峰或菜花样 6 例,呈团块样位于侧隐窝 3 例,突出物高度 > 10 mm 者 9 例,而突出物呈半圆型凸起表面光滑的

38 例中有 7 例效果欠佳。

#### 4 讨论

**4.1 治疗方法及适应证的选择** 腰椎间盘突出巨大,临床症状又明显的患者采用手术治疗的机率是很高的,但部分病人因患有心血管疾病或糖尿病等不适应手术或心理因素不愿手术,需行保守治疗。对于这些患者如何选择适当的治疗方法是至关重要的。在长期的临床实践过程中,我们逐步摸索、总结出一套行之有效的的手法治疗三步法,且充分体会到正确的推拿手法对治疗该病的重要性,尤其是腰椎的扳法常能起到改善突出髓核与神经根的压迫、调整腰椎小关节、纠正关节错位<sup>[1]</sup>达到治疗效果。但此类患者就诊时疼痛症状多很严重,常常难以站立行走甚至俯卧,此时如硬性手法治疗往往使疼痛加重,病人难以接受。因此在急性期时先给予绝对卧床休息,最好能做到床上大小便为最佳,配合使用脱水剂、镇痛药、针灸、封闭等治疗 1~2 周后再行手法。为弥补不能行腰椎扳法之缺陷,我们采用软组织放松、牵抖腰椎和拔伸患肢及被动直腿抬高腿手法,其主要作用是在牵引放松腰背肌状态下突然抖腰使腰椎小关节微动、椎间隙后部增宽、后纵韧带及纤维环后部紧张,续之重力下抛使髓核受到向前推挤的力,有助于改善突出物对神经根的压迫,许多病人反映行此手法后感到腰背部轻松,疼痛减轻。而续行的患肢拔伸压腿可使坐骨神经产生牵张、松弛及上下移位约 5~10 mm 左右<sup>[2]</sup>,这对改变神经根压迫,促进神经根本身的血液循环和神经根炎症水肿的消退有较大帮助。这些手法的实施要循序渐进,依据病人的适应性逐渐加强和加大,尤其是直腿抬高腿手法更是不能一味强压硬拽,以免加重神经损害。

**4.2 突出节段及影像学改变与疗效的关系** 在治疗过程中我们观察到 L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 椎间盘突出症的治疗效果较 L<sub>4,5</sub> 突出好。这可能是由于 L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 椎管面积较 L<sub>4,5</sub> 的大,硬膜囊矢状径却较

L<sub>4,5</sub> 的小,其硬膜囊前间隙也比 L<sub>4,5</sub> 的大<sup>[3]</sup>,这些解剖学上因素使突出的间盘在 L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 间隙处有较大缓冲空间,同时 L<sub>4,5</sub> 间隙多有较明显的侧隐窝,易产生狭窄卡压神经根影响治疗效果。对于治疗后 CT 复查发现突出影较原有所加大但治疗效果依然较好的情况,这可能是由于纤维环完全破裂髓核脱出后,椎间盘内压力减小,突出物与所压迫的神经根的位置发生相应变化,使神经根的受压情况得以改善,临床症状缓解。而对效果欠佳病例 CT 片分析发现,突出物高度越大,椎管前后径越小,小关节越内聚,可使突出间盘的面积与椎管面积的比值加大,残存的椎管面积变小,突出组织可占据椎管 c 域<sup>[4]</sup>产生明显症状,甚至出现马尾神经症状;较大的中央型及位于侧隐窝的突出尚可严重压迫硬膜囊或使神经根挤压于突出的间盘和骨性组织之间,极大地影响治疗效果,使病程迁延不愈,反复发作;而突出物呈半圆型凸起表面光滑的病例较突出物影呈小山峰或菜花样的治疗结果要佳,这可能是由于后者纤维环破裂髓核脱出较多,炎性物质渗出明显,致神经根及硬膜囊周围炎性反应及增生粘连较重,影响治疗效果。因此对于那些具有上述情况或已出现神经功能丧失表现,如足下垂、马尾神经功能障碍者,以及经过长期正规保守治疗仍不见效或症状加重者,应及时手术,不能片面追求保守治疗,导致严重神经损害。

#### 参考文献

- 1 蒋位庄. 脊源性腰腿痛. 北京:人民卫生出版社,2002. 232.
- 2 张启明,丁少华,姚明,等. 直腿抬高运动对腰椎间盘突出症术后的影响. 中国脊柱脊髓杂志,2000,10(1):61.
- 3 贾连顺. 现代腰椎外科学. 上海:远东出版社,1995. 53.
- 4 胡有谷,吕成昱,陈伯华,等. 腰椎间盘突出症的区域定位. 中华骨科杂志,1998,18(1):16.

(收稿:2003-03-06 编辑:李为农)

## 关于召开“第二届中日韩血瘀证及活血化瘀研究学术大会”的补充通知

由中国中西医结合学会活血化瘀专业委员会、韩国东医病理学会、日本东洋医学会、日本脑神经外科汉方研究会主办,日本微循环学会协办的“第二届中日韩血瘀证及活血化瘀研究学术大会”已于今年 3 月份发出征稿通知。由于受到非典影响,大会组织工作一度中断。目前非典已得到有效遏制,WHO 也于 2003 年 6 月 25 日解除了对中国的旅游等限制,生活秩序已恢复正常。有鉴于此,大会组委会决定本次会议如期举行。希望踊跃投稿、参会。

**征文内容:**①血管源性疾病(包括微循环、大中血管病变)的血瘀证及活血化瘀研究;②心脑血管疾病及疑难病的活血化瘀临床研究;③血瘀证及活血化瘀基础研究;④血瘀证诊断辨证与现代分类。

**征文要求:**①来稿请寄全文及 1 000 字以内的摘要 1 份,最好打印或附软盘;②请自留底稿,恕不退稿;③截稿日期:2003 年 10 月 30 日;④来稿请寄:北京中日友好医院中医心肾科(邮编 100029)。

会议日期及地点:2003 年 11 月 22~24 日,北京;联系方式:电话 010-64289453;传真:010-64217749;网址:shizx@95777.com;联系人:任在方 杜金行 贾海忠

中国中西医结合学会