

腰椎间盘突出症的分型及其临床意义

张祿堂 李星 张世民 章永东 周卫 黎作旭 刘昱彰 兰吉瑞

(中国中医研究院望京医院,北京 100102)

【摘要】 目的 对腰椎间盘突出症就蒋氏分类及其临床意义进行讨论。方法 根据腰椎间盘各组成部分及不同阶段的病理变化;从椎间盘到关节突关节,从软组织到骨结构,从青少年到中老年的病理特点,将椎间盘突出症分为软骨板破裂、弹力、退变失稳和增生狭窄四型。对 396 例不同类型的治疗结果进行分析。结果 从 294 例非手术治疗表明,弹力型优良率达 92.65%,增生狭窄型为 57.50%,两者有显著性差异($P < 0.05$)。手术治疗 102 例,优良率为 92.16%。结论 弹力型大多数可通过非手术达到满意结果,增生狭窄、软骨板破裂晚期以手术治疗为主。

【关键词】 椎间盘突出,腰 治疗效果 分类法

The Classification into Different Types of Prolapsed Lumbar Intervertebral Disc ZHANG Lu-tang, LI Xing, ZHANG Shi-min, et al. Wangjing Hospital, China Academy of Traditional Chinese Medicine (Beijing, 100102)

【Abstract】 Objective To investigate the classification into different types of prolapsed lumbar intervertebral disc (PLID) and its clinical significance. **Methods** Based on the fundamental analysis of the special pathological features of PLID in the adolescence, the middle aged and the elderly, as well as the structural changes in the intervertebral disc, including the soft and the osseous tissue, the authors classified the lesions of PLID into four different types: 1. The ruptured annulus fibrosus type. 2. The elastic protrusion of the intervertebral disc. 3. The degenerated and the unstable PLID and 4. The hypertrophied lesion with spinal stenosis. A total of 396 cases of the different types were reviewed. **Results** Among the 294 cases undergone conservative management, the elastic protrusion type had excellent results in 92.65%, while in the hypertrophied and the stenosis group, the rate was 57.50%, demonstrating a significant difference ($P < 0.05$). One hundred and two cases were treated with surgery and the excellent rate was 92.16%. **Conclusion** Mostly the elastic protruded lesions can be effectively treated with conservative means and for the hypertrophied lesions with spinal stenosis, and those with ruptured annulus fibrosus of the late stage, surgical treatment is the chief option.

【Key Words】 Intervertebral disk displacement, lumbar Treatment effectiveness Classification

腰椎间盘突出症常根据临床症状轻重,病程长短及复发情况来决定治疗方法。我科在总结既往诊治经验的基础上,近两年来根据蒋氏^[1]分型原则选择治疗方法,取得满意疗效。本文对我科 1997 年 10 月~1999 年 11 月 396 例住院患者的治疗结果进行总结,现报道如下。

1 临床资料

在 396 例中,男性 223 例,女性 173 例。年龄 13~80 岁,病程 3 天~38 年。全部病例均属重症住院患者,失去正常工作能力,生活不能自理或需要别人照顾。

诊断及分型标准参照有关文献^[2]。本组病例除临床症状符合诊断标准外,均经 CT、MRI 检查或脊

髓造影检查确定诊断。主要病变部位:L_{3,4} 14 例,占 3.54%;L_{4,5} 210 例,占 53.03%;L₅S₁ 172 例,占 43.43%。突出间隙:单间隙突出 244 例,占 61.62%;双间隙突出 138 例,占 34.85%;三间隙突出 14 例,占 3.54%。按蒋氏病理分型诊断^[1]:396 例中软骨板破裂型 18 例,占 4.55%;弹力型 148 例,占 37.37%;退变失稳型 94 例,占 23.74%;增生狭窄型 136 例,占 34.34%。

2 治疗方法

396 例中,22 例腰腿痛剧烈,突出物占椎管容积 2/3 以上,或有进行性肌肉麻痹、膀胱直肠功能障碍,行急诊手术减压。374 例入院后,按不同证型,服用中药汤剂^[2]。对疼痛明显,翻身及行动困难的急性

病患者,采用短期甘露醇、地塞米松、川芎嗪加葡萄糖液静脉滴注。平卧硬板床休息,动态胸带骨盆对抗牵引,腰部中药离子导入。急性期缓解以后,根据不同类型采取相应正骨推拿手法治疗,疗程为 15 ~ 30 天。

经过上述治疗方法,主要症状、体征未减轻,或虽有减轻但仍然困扰病人生活质量或影响工作能力者,采用手术治疗,此类病人 80 例,加 22 例急诊手术,手术病人共 102 例,手术率占住院总数的 25.76%。

3 治疗结果

据疗效判定标准(略)^[2]分痊愈(优),显效(良),有效(可)和无效(差)4 级。

非手术治疗中弹力型椎间盘突出优良率最高,达 92.65%;增生狭窄型为 57.50%。两者比较, $P < 0.05$,有非常显著性差异;退变失稳型与增生狭窄型比较, $P < 0.05$,也有显著差异,结果见表 1。

表 1 294 例腰椎间盘突出症非手术分型疗效分析($\bar{x} \pm s$)

分型	例数	优	良	可	差	优良率 (%)
软骨板破裂型	12	3(25.00)	4(33.33)	3(25.00)	2(16.67)	58.33
弹力型	136	76(55.88)	50(36.77)	6(4.41)	4(2.94)	92.65
退变失稳型	66	26(39.39)	26(39.39)	12(18.18)	2(3.03)	78.78
增生狭窄型	80	18(22.50)	28(35.00)	18(22.50)	16(20.00)	57.50
总计	294	123(41.84)	108(36.74)	39(13.27)	24(8.16)	78.58

手术患者各型之间治疗效果差异不大,疗效相似,但软骨板破裂型及弹力型患者优良率高于其他类型,结果见表 2。

表 2 102 例腰椎间盘突出症手术分型疗效分析($\bar{x} \pm s$)

分型	例数	优	良	可	差	优良率 (%)
软骨板破裂型	6	5(83.33)	1(16.67)	0	0	100
弹力型	12	10(83.33)	2(16.67)	0	0	100
退变失稳型	28	16(57.14)	10(35.71)	2(7.14)	0	92.85
增生狭窄型	56	34(60.71)	16(28.57)	6(10.71)	0	89.28
总计	102	65(63.73)	29(28.43)	8(7.84)	0	92.16

本组 102 例手术病人,无一例手术失败,皮肤切口轻度感染 2 例。手术后残留腰部不适及患肢稍痛及麻木感 8 例,占手术病人 7.84%。

4 讨论

关于腰椎间盘突出症的分型方法,目前国内外学者均按纤维环破裂及髓核突出于椎管内的程度或

位置关系进行分类^[3]。我们以中医整体观和辨证论治为原则,根据椎间盘各组成部分及其相关组织不同时期病理及形态学的变化,从椎间盘到小关节,从软组织到骨结构,从青少年到中老年的病理发展过程,提出因果关系的分型诊断和治疗原则。

4.1 按病理转归及发展过程分类 见文献^[1]。

4.2 按椎间盘突出发生原因分类 目前国内外广泛承认的概念是,纤维环破裂产生的髓核突出是腰椎间盘突出症的直接原因。蒋氏^[4]于 1982 年在国内首次提出了软骨终板后缘破裂连同纤维环与髓核组织向椎管内突出的概念,命名为软骨板破裂症,此名称逐渐被其他学者所引用^[5,6],这是椎间盘突出症的一种特殊类型,我们将此类病症又分为青少年型及成年型两种^[7],前者是未愈合的软骨板(髓环)与椎体分离向椎管内突入,后者是严重退变失营养的软骨终板破裂突入椎管,前者有明显外伤史或骨骺发育障碍,后者是中老年软骨板退行性病变所致。软骨板破裂症往往带有少量椎体后缘松质骨突入椎管,这在影像学上明显可见。因此,我们认为从病因上讲,可分为纤维环破裂型和软骨板破裂型两种类型,前者为软性突出,后者为硬性突出。

4.3 蒋氏分类法对治疗方法选择的指导意义

4.3.1 软骨板破裂型 蒋氏将少年软骨板破裂症分为破裂、移位、骨化三阶段,如果在早期能明确诊断,给予卧床休息、牵引、复位,能使破裂部位逐渐愈合,避免移位与骨化,能达到痊愈的目的。本组 12 例中仅有 3 例属此范围,痊愈为 25%,后期发病者均应手术治疗,在手术中应将骨化或钙化之突出物一并切除,本组 6 例手术优良率达 100%。

4.3.2 弹力型 此型因外层纤维环及后纵韧带完整,保持一定的弹性回缩力,髓核组织的变形性较好,椎间隙宽度正常,卧床休息、牵引及正确的推拿手法,能使突出物部分还纳、移位或减低张力,改变突出物与神经根的位置关系,达到缓解或解除临床症状的目的。本组此类疾病 148 例,手术率仅为 8.11%,非手术治疗优良率为 92.65%。从既往病例随访中发现,随着时间的迁移,残留部分症状的患者,自愈率较其他类型为高。此类 12 例需手术患者,皆采用小切口开窗式摘除突出物,因出血少、创伤小,痊愈率 83.33%,优良率达 100%。此种类型,无论非手术或手术均可得到满意效果,但首先选择非手术治疗。

4.3.3 退变失稳型 此类患者治疗目的是消除症

状、增加患椎间隙的稳定性,本组非手术治疗优良率为 78.78%,手术率为 29.79%。非手术治疗仍是首选方法,宜施定位旋转手法,矫正旋转移位。牵引疗法可恢复椎体前后移位,症状缓解后支架固定。此类患者应避免反复多次推拿旋转。中药外敷可消除腰部酸胀疼痛。本组手术 28 例,优良率 92.85%,术中发现此类患者棘间韧带松弛或部分断裂比例很高。在摘除突出物及扩大神经根管的前提下,尽量保留关节突,利用腰背筋膜折叠缝合修复棘间韧带,可增加稳定性,避免术后滑椎加重。

4.3.4 增生狭窄型 本组共 136 例,手术 56 例,手术率为 41.18%,在四个类型中最高。80 例非手术治疗中优良率为 57.50%,为四个类型中最低。从统计数字中看出,仍有 1/2 以上的病人,经过中西医结合的综合治疗,症状、体征可以明显好转,但病程较长,痊愈率较低,仅为 22.50%。此类患者选择治疗方法主要是根据患者身体情况及病人的意愿。在治疗原则上:如症状顽固,影响生活质量严重者应以手术治疗为主。此类患者,多为多节段退变,除某一节段为主要病变以外,其他部位都有相应的变化。决

定手术方式与节段数量,应根据临床症状、体征、影像学表现,仔细分析,术前研究定性、定位是手术成功的关键,既要彻底减压,解除对硬膜和神经根的压迫,又要保持脊柱的稳定性。由于手术方法得当,适应症选择严格,本组手术优良率仍接近 90%。

从我们对 396 例住院病人的治疗结果分析,认为蒋氏的分类方法对提高腰椎间盘突出症的疗效有指导意义。

参考文献

- [1] 蒋位庄,王和鸣主编. 中医骨病学. 第 2 版. 北京:人民卫生出版社,1998. 237-254.
- [2] 蒋位庄,周卫,赵永刚,等. 重症椎间盘源性腰腿痛的辨证施治研究. 中医杂志,1985,26(7):29-32.
- [3] 胡有谷主编. 腰椎间盘突出症. 北京:人民卫生出版社,1994. 123-126.
- [4] 蒋位庄,尚天裕. 少年腰椎软骨板破裂症. 中华骨科杂志,1982,2(1):34-37.
- [5] 杨克勤主编. 脊柱疾病的临床与研究. 北京:北京科学技术出版社,1994. 637.
- [6] 王全平,陆裕朴,李明全,等. 腰椎软骨板破裂症. 中华骨科杂志,1994,14(4):195-198.
- [7] 蒋位庄,周卫,沈志祥,等. 腰椎软骨板破裂症的临床研究. 中国骨伤,1996,9(3):3-5.

(收稿:1999-12-10 编辑:连智华)

短篇报道

中药治疗儿童足舟骨坏死 39 例

田青山 田立

(黑龙江省中医药学校附属医院,黑龙江 哈尔滨 154007)

自 1989 年以来,应用中药内服外敷治疗儿童足舟骨坏死 39 例,获得满意疗效,现介绍如下。

临床资料 39 例中男 23 例,女 16 例;年龄 6~9 岁 12 例,10~13 岁 20 例,14 岁 7 例。诊断标准:局部突然微肿痛,跖屈背伸旋转均受限;跛行逐渐加重,踝关节活动受限;无可追溯外伤史;X 线检查:足舟骨萎缩变小或边缘模糊,轮廓欠清晰;排除其它骨病者。

治疗方法 内服:特效接骨散,外用:局部外敷药。特效接骨散(自拟方)药物:茸片、东北狗骨、胎盘、血竭、制马钱、接骨丹。外敷药物:紫荆皮、五加皮、自然铜、牡蛎、苏木、莒菖子、榆树内白皮

同捣如泥敷局部。

治疗结果 治愈标准:临床症状完全消失,功能恢复;X 线检查,坏死舟骨恢复原形或基本恢复原形(但无任何坏死骨及临床症状)。

39 例足舟骨坏死,全部应用中药内服外敷治疗。其中治愈时间,10 周 12 例,13 周 17 例,15 周 5 例,21 周 3 例,35 周 2 例。26 周随访 26 例,51 周随访 11 例均达到治愈标准,2 例失访。

讨论 足舟骨一般发生骨折不易移位,极易被人忽视误诊误治。其发病机制主要有:足背被重物砸伤,骨折向下方移位;舟骨多次反复损伤,伤后误诊误

治;足踝过度背伸或极度跖屈并足内翻,使距舟楔关节韧带发生断裂,使舟骨脱位。骨折后,骨外膜血供与髓内血供均发生阻碍,骨微循环障碍,从而更进一步引起骨缺血,加速骨坏死形成。应用特效接骨散内服,重在补肝肾、健脾胃、益气血、通经络,以助生化之源,濡养筋骨促骨速生。外敷药能直经毛窍渗入病所,有改善局部血液循环,促进新陈代谢,松解粘连,强健筋骨之效。内外相合改善局部循环和骨的微循环,从而能使软组织挛者复舒,萎者复满,僵者复柔,骨坏死者复生。通过动静结合松解足舟骨周围软组织粘连达到治疗目的。

(编辑:连智华)