

中西医结合治疗颈椎间盘脱出症

刘云兴

(四川省攀枝花市中心医院 攀枝花 617000)

关键词:颈椎间盘突出症;中西医结合疗法;扑炎痛;超声中频电脑康复治疗仪;推拿;牵引;中药疗法

中图分类号:R 681.53

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2004)06-0035-01

颈椎间盘脱出症病因较复杂,发病年龄提前,发病率逐渐上升,病程较长,给治疗带来一定的困难,以往的单一疗法不令人满意。我院自 1997 年 3 月~2000 年 3 月收治 165 例颈椎间盘脱出症患者,采用中西医结合综合治疗取得显著疗效。现总结如下:

1 临床资料

本组 165 例,男 75 例,女 90 例;年龄最小 19 岁,最大 60 岁,平均 41 岁;病程最长 5 年,最短 3d;劳损发病 132 例,外伤 33 例;发病特点急性 48 例,缓慢发病 117 例;有头部症状者 85 例,颈肩背症状者 125 例;疼痛性质多为酸胀痛、锐痛持续发作。全部病例影像学检查及临床症状均符合颈椎间盘脱出症。

2 治疗

2.1 物理治疗 治疗初期先通过物理治疗、超声中频电脑康复治疗仪、颈肩部的理疗,有助于缓解急性期颈肌的紧张,促进血液循环,有利于消炎、消肿。

2.2 推拿治疗 患者俯卧位,以消除头部对颈椎体的压力,得到暂时放松,医生以轻柔的手法沿脊椎两侧的阿是穴或大椎、风池、肩井等穴位作拿法、揉法、弹拨法等来缓解紧张的肌肉韧带,以减轻痛苦。

2.3 牵引固定 患者取仰卧位,头部伸出床沿,助手两手握持患者腰部两侧向下牵引固定,医者抱其头部,嘱患者放松,自然呼吸,上下二者均匀缓慢、持续用力,水平位牵拉 3min 左右,待颈肌松懈后,保持水平位,适度左右旋转患者颈部,

生,且有利于脏器维持正常生理功能,提高术后生存率,改善生命质量,缩短治疗周期,实现早日康复。虽然国际上 AO 学派提倡呈“品”字打入 3 枚钉对断端防旋转有重要作用,但笔者认为,在直径如此小的股骨颈内穿入 3 枚直径 7.3mm 空心加压螺钉,势必占据股骨颈体积的大部分,而使骨质的接触面大为缩小,从而影响骨折的愈合。且 3 枚钉在断端形成的异物反应亦同样影响骨折的愈合。故本组 92 例,均采用 2 枚空心加压螺钉固定,术后“丁”字鞋固定,很好地维持骨折位置的稳定,且提高了骨折愈合率。

4.3 固定的注意事项 解剖复位是手术成功的基础,良好的复位和牢固的固定是骨折治疗成功的关键,细节上应注意如下方面:首先是螺纹钉的长度以尾端紧贴外侧骨皮质,钉的尖端距股骨头软骨面 0.5cm,过短过长均不能对断端起到有效的加压作用,其次是螺纹钉的螺纹长度一定要能完全通过骨折线,只有螺纹完全通过骨折线才能起到加压作用。骨折端之间紧密结合,相互接触可消除阻止骨折愈合的剪切应力,规避断钉风险,避免骨折对局部骨膜和血液供应的进一

往往可听到“咯嗒”响声,表示复位手法有效,再轻轻放开双手,嘱患者放松卧床,保持原位 1~2h。

2.4 颈项、肩背部牵引推拿 患者推拿治疗前牵引 10~20min,重量大约在 15~25kg。推拿治疗时患者取坐位,先于颈肩部大面积按揉 3~5min,然后于痛点处施压力、揉揉等复合手法 3~5min,并拿风池、肩井、天宗等穴位 2~4min,再对颈椎棘突两侧进行弹拨,最后在颈肩背部施揉法,叩击点压,10min 左右。

2.5 内服中药、西药 中药活血散瘀,通络解痉,止痛除痹,改善颈、肩、脑血液循环。西药扑炎痛,消炎止痛。

2.6 疗效标准 痊愈:经治疗临床症状与体征消失,无明显不适。显效:临床症状与体征基本消失,但劳累及阴雨天颈肩背部仍有不适感。有效:临床症状与体征较治疗前减轻。无效:症状与体征无改善,甚至症状加重。

2.7 治疗效果 每日治疗 1 次,14 次为 1 个疗程,治疗次数最少 5 次,最多达 5 个疗程。其中 1 个疗程 28 例,2 个疗程 61 例,3 个疗程 59 例,3 个疗程以上 17 例。按上述标准评定,痊愈 86 例,显效 39 例,有效 35 例,无效 5 例。

3 讨论

颈椎间盘脱出本属老年人的多发病。但近几年青壮年发病率普遍提高,其机理目前尚无统一认识。但与人的生活方式和生活习惯变化等关系较密切。长期低头伏案工作,不良的睡眠姿势,使椎间盘在头部重力及颈肌纵向压缩力的作用下,将逐渐向周围膨出,刺激、压迫神经或血管、脊髓等组织,

步损伤,减少骨折不愈合和股骨头坏死的发生率。本组 92 例患者,除 1 例合并中风偏瘫病人卧床时间较长外,其余病人均在 2 月内扶拐下床活动,加速骨折愈合。术后 1~2 周行髋膝关节功能锻炼,有利于关节功能的恢复。因手术时机早,血运早期重建,骨折更易愈合,故可避免股骨头缺血坏死,且可早期下床活动,早期行髋膝关节功能锻炼,获得满意疗效。

总之,采用局麻下小切口中空加压螺丝钉内固定术治疗股骨颈骨折,体现 AO 提出的:解剖复位,稳固的内固定,无(微)创技术,早期活动指导原则。可提高骨折愈合率,减少并发症的发生。

参考文献

[1] 毛权,夏晓斌,金登峰,等.中空加压螺钉内固定治疗股骨颈骨折 36 例报告[J].中医正骨,2000,12(7):47
[2] 李勇,丁文清,赵鹏,等.折断加压螺纹钉倒三角内固定治疗老年性股骨颈骨折[J].中医正骨,2001,13(10):25

(收稿日期:2004-07-23)

牵引及手法整脊治疗腰椎间盘突出症 69 例

杨林全 刘明元 杨少华

(江西中西医结合医院 南昌 330077)

关键词 腰椎间盘突出症 牵引 伤科手法 整脊治疗

中图分类号 R 681.5³

文献标识码 B

文献编号: 1671-4040(2004)06- 0036-02

腰椎间盘突出症(以下简称腰突症)是骨科常见病,多发病。我科自 2001 年至今门诊收治 69 例腰突症患者,采用牵引及手法整脊治疗,获得满意的临床效果。现报告如下:

1 临床资料

按国家中医药管理局《中医病症诊断疗效标准》^[1]收治门诊病例 69 例,其中男 47 例,女 22 例;年龄 31~50 岁,平均年龄 39 岁;病程 10d~2 年,平均 1.1 年;临床严重者 14 例(直腿抬高试验 <30°不能平卧及下地行走,腰痛及下肢疼痛麻木,肢体运动和感觉功能障碍),中度者 32 例(直腿抬高试验 30~50°直立行走 <100m,下肢疼痛麻木,肢体无明显运动感觉障碍),轻度者 23 例(直腿抬高试验 50~70°腰痛及下肢麻木不明显,肢体无运动感觉障碍)。根据临床表现,结合 CT 等检查 L_{4/5}突出 28 例,L_{5/S₁}突出者 37 例,L_{4/5}合并 L_{5/S₁}突出者 4 例,其中合并椎管狭窄者 3 例;腰椎骨质增生 14 例,偏左突出 31 例,偏右突出 36 例,中央型 2 例。

2 治疗方法

2.1 牵引治疗 用牵引带束紧肩部及骨盆,牵引力度从每侧 10Kg 开始,逐渐增加重量一般不超过体重的 0.618 倍,即体重黄金分割法,以腰部有牵引感,且舒适为度。每天上、下午各牵引 1 次,每次约 30min,以减轻双侧骶棘肌的紧张状态,为手法治疗做准备。

2.2 手法整脊治疗

2.2.1 准备手法 患者取偏卧位,先于其背腰骶部施以揉、擦、拿、按、弹拔等手法 10~15min,解松腰骶部。

2.2.2 侧卧斜板法 患者侧卧,术者在患者身后,用一肘放在肩前,另一肘放在髻后,两肘相互配合,轻轻摇摆几次,使患者充分放松腰部肌肉,猛力旋转腰部可产生响声。

2.2.3 旋转复位法 医者在坐患者之后,拇指诊查清偏歪棘突,以棘突右偏歪为侧,右手自患者右腋下伸向前,掌部压于

颈后(嘱患者低头、双脚踏地、坐稳不移动),助手面对患者站立,两脚夹住患者在左大腿,双可压住左大腿根部,医者左手拇指扣住偏向右棘突,右手拉住患者颈部使身体前屈 90°连续向右侧弯,尽量大于 45°在最侧弯处使患者躯干向后内侧旋转,同时左手拇指顺向左上推项患椎棘突,即可察觉指下椎体轻微错动,伴随“咔嚓”响声,复位成功。

2.2.4 直腿抬高手法 患者平躺,先行患肢大幅度摇髋踢腿,活动数次,伸直腰关节,行强迫直腿抬高 3~5 次,然后抬高患腿至患者能忍耐处,固定患腿于医者肩上,医者用双手扳动患者足踝部,使踝关节被动屈伸 4~5 次,最后手直腿抬高最高处时行快速强迫直腿抬高 1 次,然后向上或 45°踢腿数次,活动下肢。同法行健肢摇髋、踢腿、直腿抬高活动数次,术后卧床休息,每次 30min,1 次/d、然后配合功能锻炼。本组 69 例患者,治疗时间最长 60d,最短 20d,平均 32d。

3 治疗结果

3.1 疗效评判标准 参照中医病证诊断疗效标准^[1]。治愈:腰腿痛消失,直腿抬高 70°以上,能恢复工作。好转:腰腿痛减轻,腰部活动功能改善。未愈:症状体征未改善。

3.2 结果 本组病例 69 例,治愈 47 例,占 68.1%;好转 19 例,占 27.5%;无效 3 例,占 4.3%;总有效率 95.7%。

4 讨论

腰突症多由于急性损伤或慢性劳损等因素促使已退行性变的椎间盘突出,进而刺激和压迫脊髓、血管、神经而发病。只有约 19%的病人需手术治疗^[2]。顾氏报道^[4]牵引及手法对腰突症生物力学测试发现。牵引下 L_{4/5}椎间隙负压最大,前纵韧带张力大,后纵韧带处松弛状态,棘突旁加压或牵抖后、椎间负压加大,后纵韧带张力加大。侯氏报道^[5]斜搬手法是一种复杂的三维自由运动,可获最大合理的手法效果,可调整神经根容积,松动上下关节突及粘连,改善局部血液循

椎管相对狭窄,可产生无菌性炎症,而出现一系列症状。此病多发生于 C_{5/6}、C_{6/7}之间,由于这些椎间盘活动最多,而最易劳损,加之此处椎管内正是颈髓膨大之所在,椎管内腔相对狭窄,使颈髓无游动之余地,一旦间盘脱出,轻微压迫,即可出现症状。因此 95%的椎间盘病变发生于此。颈肌的劳损,使颈椎的力度失去外在平衡,起不到保护功能,当一侧的力量负荷过重、过大时而易引发此病。

该中西医结合疗法,初期不急于手法复位,通过理疗、牵引、放松,减轻椎体、椎间盘的过度负荷,使椎间隙增宽,椎间盘内压力下降,有利于髓核还纳及纤维环修复。物理疗法有利于周围组织的血液循环加快,有利于周围组织的水肿、炎

症的吸收,提高机体对代谢物质的吸收能力。内服中、西药,活血化瘀,通络解痉,抗炎止痛,改善局部血液循环。此期的手法宜轻柔,忌过重,症状改善内部组织水肿消退后,施用手法牵引、旋转复位,使关节紊乱得以矫正,被嵌套的滑膜得以解除,椎间关系恢复正常。进一步还纳椎间盘,松懈了神经根的粘连,劳损的肌肉得到改善,恢复其伸张收缩功能,解除痉挛,缓解疼痛起到保护、维护椎体的稳定性。最后进行手法推拿可巩固疗效,增强椎体内外平衡,活血通络促进椎间盘恢复,使椎体恢复正常生理曲度。

(收稿日期: 2004 -09-23)