

综合治疗腰椎间盘突出症剧痛患者疗效观察

雷秀强 杨志华

(浙江省安吉县人民医院 安吉 313300)

摘要:目的:探讨腰椎间盘突出症剧痛患者疼痛缓解的有效方法。方法:136 例腰椎间盘突出症剧痛患者随机分成 3 组,采取不同方法对 3 组进行治疗观察疼痛缓解情况。结果:治疗后(骶管注射+点穴推拿+腰牵引)A 组疗效优于(骶管注射+来比林输液)B 组及(甘露醇、地塞米松输液+点穴推拿+腰牵引)C 组。结论:目测类比法显示,用骶管注射配合腰椎牵引、点穴推拿治疗的患者疼痛缓解明显。

关键词:腰椎间盘突出症;剧痛患者;骶管注射;点穴推拿;腰椎牵引

中图分类号:R 681.5*3 文献标识码:B 文献编号:1671-4040(2005)03- 0040-02

对腰椎间盘突出症剧痛患者的疼痛进行针对性治疗,使之有效缓解,是腰椎间盘突出症患者接受非手术治疗的前提和基础。近年来我们观察到运用骶管注射配合点穴推拿、腰椎牵引治疗,对剧痛患者的疼痛缓解疗效显著。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 136 例患者均有腰部或下肢剧痛,行走困难,患肢直腿抬高试验小于 30 度,加强试验阳性,经 CT 或 MRI 检查显示均有不同程度腰椎间盘突出。疼痛程度按数字分级法(VRS)为 3 级(重度)的患者,即疼痛剧烈,不能忍受,需要止痛剂,睡眠受到严重干扰,可伴有植物神经功能紊乱或强迫体位。136 例随机分为 3 组:(1)治疗 A 组(骶管注射治疗+点穴推拿+腰牵引)48 例,其中男 28 例,女 20 例;年龄在 18~68 岁;病程 2d~2 年。(2)治疗 B 组(采用骶管注射治疗+来比林输液)43 例,其中男 25 例,女 18 例;年龄 21~57 岁;病程 3d~2 年。(3)治疗 C 组(甘露醇、地塞米松输液+点穴推拿+腰牵引)45 例,男 28 岁,女 17 例;年龄 25~55 岁;病程 1 月~2 年。

1.2 治疗方法 3 组均绝对卧床休息。A 组:(1)骶管注射治疗。俯卧位,取骶管裂孔,常规消毒铺巾,1%普鲁卡因局部分注 1 个皮丘,9 号输液针头进入骶管后注入生理盐水 200mL、2%利多卡因针 5 mL、曲安缩松针 40mg、维生素 B₁₂ 针 0.5mg、维生素 B₆100mg 当日 1 次。(2)点穴推拿治疗。用掌指关节及其间凹自上而下按压,滚揉腰背部督脉及两侧足太阳膀胱经,弹拨、按揉两侧腰肌,以患侧为主。重点点按穴位有肾俞、气海俞、大肠俞、志室、腰眼、环跳、委中、委阳、阳陵泉、承山、昆仑、解溪等,每次 20~30min,1d 1 次。(3)腰牵引疗法。使用杭州力胜三维牵引推拿治疗床(HLS-V 型),给予持续牵引,力量 30~65kg,每次 20~30min,1d 1 次。治疗 B 组:(1)骶管注射治疗(同上)。(2)来比林针 1.5g,生理盐水 250 mL,静滴,2 次/d。治疗 C 组:(1)20%甘露醇 250mL,静滴 2 次/d;5%糖盐水 250mL,地塞米松 10mg,维生素 C 针

2.0g,维生素 B₆0.1g,1 次/d。(2)点穴推拿+腰牵引同治疗 A 组。

2 疗效观察

2.1 疗效标准 疼痛的测定用目测类比定级法(VAS)法,即以长度为 10cm 的标尺,两端分别代表想象中最痛和无痛情况,在治疗前及每个疗程后,让患者在线段上指出,表示疼痛程度的适当部位,“0”为最痛“10”为无痛。

2.2 治疗结果 见表 1。

表 1 3 组疗效比较($\bar{x} \pm s$)							
组别	n	治疗前	第 1 天后	第 3 天后	第 7 天后		
A 组 a	48	1.89± 0.76	5.61± 0.43	6.72± 0.63	7.12± 0.76		
B 组 b	43	1.90± 0.66	5.18± 0.81	6.17± 0.38	6.74± 0.53		
C 组 c	45	2.18± 0.49	3.35± 0.55	4.53± 0.79	5.53± 0.87		

疼痛目测类比法结果显示:治疗前,3 组较为接近有可比性;第 1 天后 A 组、B 组明显大于 C 组,且明显大于治疗前。说明骶管注射治疗能在早期较快地改善腰椎间盘突出症患者的疼痛症状,对治疗 A 组、B 组统计学处理(P<0.05)差异有显著性,表明骶管注射治疗,结合点穴推拿加腰牵引治疗对腰椎间盘突出症患者疼痛缓解更为有效。对治疗 A 组、C 组统计学处理(P<0.05)差异有显著性,也表明骶管注射治疗结合点穴推拿加腰牵引治疗对腰椎间盘突出症患者疼痛缓解更为有效。

3 讨论

腰椎间盘突出症剧痛患者,疼痛是其最无法忍受的症状,在疼痛目测类比法中,经常有人认为最痛,标尺读数为“0”,同时也误认为自身腰椎间盘突出最大,急于选择手术治疗。因此在非手术治疗中快速缓解疼痛或延长剧痛的发作间歇是治疗腰椎间盘突出症剧痛患者的关键。骶管注射治疗,操作简单,危险性低,止痛作用快速,是基层医院急诊止痛的有效方法之一。骶管注射治疗借助注入药物的作用及其混合液的压力,降低毛细血管通透性,分离组织粘连^[1],局部麻醉药抑制

进早期骨折活动。本组全部采用静力固定法固定,全部愈合,无一锁钉松动断裂。

5 结语

可见交锁髓内钉治疗胫骨远端骨折,是一种操作安全、方便、创伤小、愈合快的方法。是目前骨科内固定趋势,亦符合微创理论观点。

参考文献

[1]GustiloRB,Merkow RL,TemplemanD.Current Concept review:the

management of open fracture[J].J Bone Joint Surg(Am),1990,72:299
[2]李强,罗先正,刘长贵.扩髓交锁髓内钉治疗胫骨不稳定骨折[J].中华骨科杂志,1997,17(4):244~247
[3]关长勇,马远征,陈兴等.扩髓型交锁髓内钉治疗胫腓骨下段骨折[J].骨与关节损伤杂志,2002,17(6):437~438
[4]杨建成,朱斌.交锁髓内钉内固定治疗胫骨骨不连原因分析[J].骨与关节损伤杂志,2002,17(9):378~379

(收稿日期:2004-11-29)

顺行法交锁髓内钉治疗肱骨骨折 17 例

陈镇秋 胡锐明

(广东省顺德市中西医结合医院 顺德 528300)

摘要:目的:观察交锁髓内钉治疗肱骨骨折的疗效。方法:本组 17 例均采用顺行法交锁髓内钉治疗肱骨骨折。结果:17 例平均随访 12 个月(6~18 个月),手术均获得成功,骨折全部愈合,评定优良率 100%。结论:顺行法交锁髓内钉治疗肱骨骨折疗效满意,尤其是对多段、粉碎性肱骨骨折及骨不连和病理性骨折的治疗。

关键词:肱骨骨折;骨折固定术;髓内钉

中图分类号:R 683.41

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2005)03-0041-02

肱骨干骨折约占全身所有骨折的 1.31%^[1],肱骨骨折处理方法很多,包括保守治疗和手术治疗。闭合性骨折可采用保守治疗如石膏固定、夹板固定和尺骨鹰嘴骨牵引等,对严重创伤所致多段、粉碎性肱骨骨折或骨不连和病理性骨折通常采用手术内固定,常用方法为钢板螺钉固定、髓内钉固定,不同学者的报告其结果相差甚大。近年有报道交锁髓内钉治疗肱骨骨折,减少了桡神经损伤,控制骨折端旋转及钉滑动刺激相邻关节的不利因素,具有牢固固定、手术创伤小、可早期功能锻炼等优点。自 1999 年 1 月~2003 年 1 月笔者对 17 例肱骨骨折行顺行法交锁髓内钉(分别为美国 Smith Nephew 公司及澳大利亚 Autofix 公司生产)手术,疗效满意。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 男 6 例,女 11 例;年龄 22~67 岁,平均 44 岁;右侧 7 例,左侧 10 例;致伤原因:车祸伤 6 例,坠落伤 9 例,打击伤 2 例;新鲜骨折 12 例,陈旧 5 例,其中 3 例系非手术治疗失败,经多次整复骨折位置不佳,1 例钢板内固定术后 6 个月螺钉松动无骨痂生成;合并桡神经损伤 2 例,合并同侧尺桡骨骨折 3 例,合并颅脑损伤 4 例;采用切开复位 4 例,余均为闭合复位;骨折部位:近 1/3 骨折 5 例,中段 12 例。

1.2 手术方法 复位方法:手术在臂丛神经阻滞麻醉及 C 臂 X 线机监视下进行,患者取仰卧位,头转向健侧,患肢放于床边支架上,常规皮肤消毒,铺巾,贴护皮膜,据 X 线片及健康肢体长度选择合适髓内钉,一般选用直径 7~8mm,长度 18~24cm。对新鲜骨折及无血管神经损伤的可采用闭合复位;

对闭合复位困难的或陈旧骨折需植骨处理的当采用切开复位,于肩峰外侧经大结节中间作纵行切口长约 4~5cm,钝性分离三角肌不超过 4cm,以免损伤腋神经;于肱骨大结节顶部内侧肱二头肌腱后方约 0.5cm 处确定进钉点,骨锥穿刺于肱骨大结节内侧,肱骨大结节与肱骨头关节面边缘之间。插入导针, C 臂 X 线机辅助下闭合复位扩髓。扩髓时,助手紧握骨折远端,保持骨折复位,透视下复位插入髓腔锉导针至鹰嘴窝上 2cm,依次扩髓使超过髓内钉直径 0.5~1mm,拔除导针置入髓内钉。注意实际所选髓内钉大小比扩髓小 1mm,使钉尾低于肱骨关节面 5mm 防止术后影响功能,透视观察保证骨折复位良好,近端连接瞄准器,于肱骨外科颈处置入 1 枚锁钉,钉尾拧入封闭螺帽。远端锁钉置于椭圆形孔最远端,有利于术后骨折间加压,促进骨折愈合。缝合包扎术口,患肢悬吊制动。

1.3 中药辅佐疗法 内服按骨折损伤三期辨证论治:初期以活血化瘀、消肿止痛为主,方以骨一方加减:归尾 15g、川芎 15g、红花 10g、桃仁 10g、没药 10g、乳香 10g、田七 10g、路路通 10g、血竭 15g;中期以舒筋通络、接骨续筋为主,方以骨二方加减:川断 15g、牛膝 15g、当归 15g、威灵仙 15g、狗脊 15g、厚朴 15g、生地 30g、川芎 15g、骨碎补 15g;后期以补益肝肾、强筋壮骨为主,方以骨三方加减:党参 15g、牛膝 15g、威灵仙 15g、狗脊 15g、杜仲 15g、熟地 20g、川芎 15g、白芍 15g;均每日煮 1 剂,分早晚 2 次服用。外用热敷熏洗患肢于术口愈合后,以上肢损伤洗方舒筋通络,行气止痛。组成:伸筋草 15g、透骨草 15g、五加皮 12g、三棱 12g、莪术 12g、海桐皮 12g、牛

神经细胞膜的钠和钙离子流,阻断疼痛信号的传入。曲安缩松抗炎作用强且持久,而能消除神经损伤部位的炎症和水肿,以消除或减轻神经组织的伤害性传导^[2],维生素 B₁₂、B₆ 等能帮助损伤神经的修复。点穴推拿,使手法所到之处气血通畅,经络通达,阴阳调和。按压督脉之处可以理筋整复,调整椎间盘与神经根之间的相对位置,在空间力学上达到新的平衡^[3],手法还可纠正小关节的功能紊乱,松解粘连。通过腰椎牵引可使后纵韧带紧张,黄韧带松弛,使椎管内压力降低,促进椎间盘周围静脉、淋巴回流,减轻对神经组织的卡压,相应地调整了腰肌的失衡及滑膜嵌顿^[4]。同时我们注意到骶管注射治疗后,能有效地缓解疼痛,更能安静地接受牵引、推拿治疗,起到相辅相成的作用。由此可见,在骶管注射治疗后,配

合点穴推拿、腰椎牵引,能有效地缓解疼痛,做到缓解疼痛与纠正腰椎间盘突出相配合,为争取非手术治疗腰椎间盘突出症创造有利时机。

参考文献

[1]杜鸿林,刘兵,赵晓芳,等.中西医结合治疗肱骨干骨折 75 例分析[J].实用中西医结合临床,2003,3(4):19
[2]贾博奇,鲁云兰.现代临床实用药物手册[M].北京:北京医科大学出版社,2002.587
[3]李保军,孙敬霞,杨巧凤.手法治疗腰椎间盘突出症临床观察[J].颈腰痛杂志,2002,23(1):17
[4]贾天明.牵引加药物治疗急重症根性坐骨神经痛[J].颈腰痛杂志,2002.23(1):50

(收稿日期:2004-11-29)