

脊神经后支阻滞治疗非特异性腰痛的临床观察

张军 肖璟

(天津中医药大学第一附属医院 天津 300193)

关键词:非特异性腰痛;脊神经后支;阻滞

中图分类号:R681.55

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.03.028

以腰痛就诊的患者中,一部分可以找到明确的病因如椎间盘突出、椎管狭窄、感染、肿物、结核、风湿、骨折、骨质疏松等,其他大部分患者找不到明确的病因。在腰椎 X 线、CT、MRI 等检查多无阳性发现,一般称为非特异性腰痛。在此类病例中,脊神经后支源性腰痛占绝大部分,约为 80%^[1],与脊神经后支主干受直接刺激有关,亦有学者称为脊神经后支综合征^[2]。本院于 2012 年 8 月~2013 年 7 月采用神经阻滞联合臭氧治疗 31 例该类患者,疗效满意。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选取我院 2012 年 8 月~2013 年 7 月治疗的非特异性腰痛患者 31 例,其中男性 18 例,女性 13 例;年龄 26~72 岁,平均 51 岁;病程 1 个月~3 年。

1.2 诊断标准 (1)脊神经后支性腰痛临床表现:急慢性下腰痛,痛区恒定可位于下腰正中、腰骶部、臀部,也可伴大腿后外侧,但疼痛部位一般不会延伸至膝关节以下。腰椎向某方向或几个方向活动时,症状可加重,严重者甚至不能站立和行走。(2)自觉痛区上方 2~3 个腰椎节段的同侧关节突部有深压痛点,有向自觉疼痛区域放射痛,直腿抬高试验阴性,下肢肌力、感觉及腱反射正常。(3)腰椎 X 线、CT、MRI 等检查多无阳性发现。(4)排除腰椎感染、肿瘤、结核及腰间盘突出所致的腰痛,排除内脏疾患所致牵涉痛。

1.3 治疗方法 采用腰部脊神经后支神经阻滞联合臭氧治疗。患者俯卧位,腹部垫一薄枕,通过各节腰椎上下棘突连线的上中 1/3 交界处作一水平线,该线作为横突的上缘线;在 L₁ 的横突线上旁开正中线 2.4 cm 取一点,而后在 L₅ 的横突线上棘突旁开 3.2 cm 取一点;将此两点连成直线,此线和各横突上缘线交点作为各节脊神经后支主干的发出点,于主诉痛区上 2~3 节段查找有明显压痛及放射痛区的后支发出点,用定点笔标记^[3]。常规碘伏消毒后,铺孔单,取 0.5%利多卡因给予标记点局部麻醉,腰部穿刺针垂直进针,缓慢进针针尖抵至横突后向上

倾斜 10° 向横突上缘寻至有明显向痛区放射部为准。注射药物:取 0.5%利多卡因 2 ml 加曲安奈德 1 ml,局部回抽无回血后注射药物,复取 30 μg/ml 臭氧 5~10 ml 注入,治疗后卧床 6 h。

1.4 疗效标准 采用视觉模拟评分法 (VAS) 评分,用一条 10 cm 长的直线,标以 0 至 10,0 表示无痛,10 表示最痛,让患者标出目前疼痛位置,测量其距离,以表述其疼痛程度。

1.5 统计学处理 采用 SPSS13.0 软件处理数据,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

1.6 治疗结果 31 例患者经治疗后疼痛症状消失,腰部肌肉紧张痉挛缓解,腰椎活动度正常;治疗前 VAS 评分为 (5.3± 0.8) 分,治疗后 1 周随访 VAS 评分为 (1.8± 0.4) 分,治疗后 VAS 评分明显低于治疗前,具有统计学意义 ($P<0.05$);所有患者均无血管神经损伤、感染等并发症发生。

2 讨论

长期以来急慢性下腰痛的患者,少部分可以找到明确的病因,如腰椎间盘突出症、椎管狭窄、感染、风湿等,而大部分病例找不到明显病因,影像资料没有明确的阳性发现,即称之为非特异性腰痛。随着对该类病例研究的深入,越来越多的研究学者关注脊神经后支引起的疼痛问题,认为脊神经后支在腰痛的病因学上有着重要的意义。根据解剖观察各脊神经后支的形成与椎间关节关系密切,腰后支穿出骨纤维孔后,经过横突关节突,周围脂肪组织较少,尤其经过横突时由韧带固定在横突上,这一段相对固定,无明显的脂肪组织包绕,在腰椎前屈,对侧弯对侧旋转时,随活动范围加大同侧横突间韧带紧张加剧了脊神经后支所受的牵拉力,是后支性腰痛的解剖学基础和神经牵拉损伤的生物力学基础^[4]。当腰椎间关节损伤时后支所受牵拉力更显著加大,使后支受到过度牵拉而损伤。临床常见因横突或关节突肥大,背部肌肉劳损、撕裂、肌纤维、腱纤维或韧带的出血肿胀等原因使脊神经后支受压,张力增大,导致腰痛^[5]。

曲安奈德具有抗炎作用,和利多卡因可以将上

关节突与横突根部交界处的脊神经后内侧支靶点阻滞,并可抑制局部炎性浸润,减轻组织充血水肿,同时不会损害局部的神经^[6]。局部注射臭氧因其具有抗炎作用,通过臭氧拮抗炎症反应的免疫因子释放,改善静脉回流,减轻神经根的水肿及粘连,且通过臭氧对周围神经的直接刺激作用,促进抑制性中间神经元,释放脑啡肽起镇痛作用^[7]。综上所述,针对非特异性腰痛的病例,在良好定位的基础上采用药物进行神经根阻滞阻断局部的神经痛觉传导途径,抑制局部炎性反应,配合臭氧注射减轻神经根的水肿及粘连,抑制免疫因子,促进镇痛物质释放,可达到良好的临床效果,且操作简便,未见明显并发症,值

得临床推广应用。

参考文献

[1]靳安民.非特异性腰痛的对因治疗[J].第一军医大学学报,2002,22(12):1057-1060
[2]邵振海,陈仲,靳安民,等.脊神经后支综合症[J].中国矫形外科杂志,2002,9(6):611-612
[3]梁桂生,薛静旋,龙玲.脊神经后支定位温银针治疗非特异性下腰痛的临床研究[J].微创医学,2013,8(3):289-290
[4]陈志仲,邵振海,朱青安,等.脊神经后支性腰痛的解剖学和生物力学研究[J].骨与关节损伤杂志,1994,9(2):116-118
[5]王斌,易南,马虹,等.腰骶部脊神经后支行经特点及骨纤维管道解剖测量[J].中国疼痛医学杂志,2006,12(2):88-90
[6]丁伟国,顾春江,陶初华,等.腰椎脊神经后内侧支阻滞治疗关节突源性腰痛疗效观察[J].浙江中西医结合杂志,2013,23(5):361-362
[7]陈雪松,宋超,王世平,等.腰脊神经后支综合症的微创介入治疗[J].中国冶金工业医学杂志,2011,28(1):50-51

(收稿日期:2014-10-08)

关节镜下手术治疗膝关节半月板损伤的效果观察

齐权律¹ 崔伟² 李书振² 龚德飞² 蒋杰¹ 高俊凯¹

(1 广西中医药大学 南宁 530001;2 广西中医药大学附属瑞康医院 南宁 530011)

摘要:目的:观察关节镜下手术治疗膝关节半月板损伤的临床效果。方法:选取 2012 年 7 月~2014 年 3 月广西中医药大学附属瑞康医院收治的 45 例膝关节半月板损伤患者,采取关节镜下手术治疗,观察患者临床效果。结果:经过治疗,患者 Lysholm 评分相较于治疗前差异明显,总有效率为 95.56%,治疗前后患者临床症状差异显著,有统计学意义(P<0.05)。结论:关节镜下手术治疗膝关节能够有效保留膝关节半月板,术中损伤轻、痛苦少,疗效佳、恢复快,有利于恢复膝关节正常功能,值得临床广泛应用。

关键词:膝关节半月板损伤;关节镜;手术治疗;治疗效果

中图分类号:R684

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.03.029

膝关节半月板损伤是骨科常见的一类损伤,临床中以往认为膝关节半月板的血供情况相对较差,遭受创伤后通常难以恢复,因此传统方法为切开关节,完全切除半月板。但是切除半月板后,膝关节的负荷传导就会发生紊乱,致使膝关节及早出现退行性变,严重损害患者身体健康与生活质量。保存半月板的主要功能目前已经成为临床治疗目的,对 2012 年 7 月~2014 年 3 月广西中医药大学附属瑞康医院收治的 45 例膝关节半月板损伤患者采取关节镜下手术治疗,效果明显。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取 2012 年 7 月~2014 年 3 月广西中医药大学附属瑞康医院收治的 45 例膝关节半月板损伤患者,采取关节镜下手术治疗,男性 26 例,平均年龄(46.73±3.41)岁,平均病程(2.34±0.37)年;女性 19 例,平均年龄(45.98±3.64)岁,平均病程(2.59±1.52)年。左膝 21 例,右膝 24 例;术前膝关节平均 Lysholm 评分(46.2±23.5)分;患者股四头肌均有不同程度的萎缩,膝关节剧烈疼痛,部分

患者伴有腿软、跛行、屈伸受限的症状。

1.2 治疗方法 选择硬膜外阻滞麻醉,取前外侧与前内侧入路,将关节镜镜头置入。细致检查膝关节,然后检查髌股关节、踝骨关节、髌上囊、内侧室、内侧隐窝与外侧隐窝、外侧室。全面评估患者病情,明确半月板的损伤类型与损伤部位,了解关节内滑膜、韧带病变与脂肪垫情况。本组病例中,半月板内侧损伤 18 例,外侧损伤 16 例,双侧损伤 11 例;10 例伴有滑膜炎,6 例关节内存在游离体,24 例合并软骨病变缺损;损伤类型:16 例撕裂伤,9 例纵裂,15 例复杂破裂,5 例水平裂。依据膝关节半月板的损伤类型,选择合适的手术方法。切除破损半月板或者直接缝合,对保留下来的半月板轮廓线与游离缘进行修整,注意保护半月板上的纤维环,保证关节囊稳定性。及时处理其他的关节内病变,最后对关节腔进行彻底灌洗,清除残余碎片^[1]。

1.3 术后处理 对于关节面可能渗血与术中滑膜切除较多的患者,在关节腔中进行负压引流,术后 24 h 拔除。缝合切口,弹力绷带加压包扎。常规使用