

· 经验交流 ·

硬膜外腔液压疗法加物理疗法治疗腰椎间盘突出症

张月娥 张为 张安仁 余华 郑闵琴 孙燕

我科自 1998 年 1 月~2002 年 5 月,采用硬膜外腔药物液压疗法加物理疗法治疗腰椎间盘突出症患者 66 例,现报道如下。

资料与方法

一、一般资料

腰椎间盘突出症患者 132 例,其中男 79 例,女 53 例;年龄 23~68 岁,平均 38.6 岁;病程 3 个月~20 年。所有病例均经 CT 或 MRI 确诊, L_{4-5} 突出 51 例, $L_5 \sim S_1$ 突出 76 例, L_{3-4} 突出 5 例。伴腰椎骨质增生 33 例,伴有椎管狭窄 6 例,术后复发者 3 例。将 132 例随机分为观察组与对照组各 66 例。2 组患者的年龄、症状、体征及 CT、MRI 所见均相似,具有可比性。

二、治疗方法

1. 观察组:(1)硬膜外腔药物液压疗法:20%利多卡因 5 ml、Vit B₁ 100 mg、Vit B₁₂ 0.5 mg、胞二磷胆碱 500 mg、地塞米松 5 mg、糜蛋白酶 4 000 单位、生理盐水 30~50 ml 组成混合药液 45~65 ml。患者俯卧位(头部垫高,防止药液流向头部),取骶管裂孔(两骶骨角连线中点的凹陷处)为进针点,常规消毒铺无菌洞巾,用 6 号注射针头垂直刺入皮肤后,针尖向头部改变方向,与骶部皮肤成 45°角,穿破骶尾韧带时有落空感后,将针尖与皮肤夹角减至 15°,向前推进 2 cm 左右,抽吸无回血、无脑脊液,推入空气 2 ml,如推入顺利、无阻力,将事先配好的药液加压滴入,10~15 min 滴完。然后患者侧卧(患肢在下)0.5~1 h。每周治疗 1 次。66 例患者中,治疗 3 次 48 例,治疗 4 次 16 例,治疗 5 次 2 例。(2)腰椎电动牵引:患者俯卧于牵引床上,胸、骶段牵引带固定,先轻缓持续牵引数分钟,再逐步加大

牵引重量,持续牵引 20 min。牵引力量视患者年龄、性别、体重、病情、体质及耐受程度而定,一般为 50~65 kg。每日 1 次,共治疗 20 次。牵毕平卧 30 min,弹力腰围固定,卧硬板床。(3)短波:采用 BVD 型短波电疗机(上海产)作腰骶部治疗,电缆法,温热量,每日 1 次,每次 20 min,共治疗 20 次。(4)电脑中频:腰骶臀部及下肢疼痛部位并置法,耐受量,每次 20 min,每日 1 次,共治疗 20 次。

2. 对照组:采用腰椎电动牵引、短波、电脑中频,治疗方法及次数同上。同时加用针灸、推拿治疗,针灸主穴为华佗夹脊,配穴为背俞、环跳、殷门、委中、承山等。推拿采用揉、穴位按压、斜扳推拿等手法。每项治疗均 20 次。

三、疗效标准

临床治愈:症状体征消失,直腿抬高试验 $>80^\circ$,患肢功能恢复正常,能参加正常工作;显效:症状体征大部分消失,直腿抬高试验 $60 \sim 80^\circ$,腰及患肢功能基本恢复,可做原工作;好转:症状减轻,体征部分消失,可做轻工作;无效:症状、体征、功能无变化。

四、腰腿痛评估

采用张鸣生等^[1]的腰腿痛评价量表进行评估。

结 果

2 组患者治疗前腰腿痛评估总积分比较, $t=0.0246, P>0.05$,差异无显著性。2 组治疗后总积分比较, $t=1.7237, P<0.05$,差异有显著性(表 1)。

2 组疗效比较, $\chi^2=4.15, P<0.05$,差异有显著性(表 2)。

表 1 2 组患者治疗前、后腰腿痛评估比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	治 疗 前				治 疗 后			
		症状和生活、工作能力	椎管外体征	椎管内体征	总积分	症状和生活、工作能力	椎管外体征	椎管内体征	总积分
观察组	66	7.28 $\pm$ 3.42	7.29 $\pm$ 4.31	6.64 $\pm$ 2.36	21.21 $\pm$ 8.63	0.63 $\pm$ 0.41	0.21 $\pm$ 0.11	0.76 $\pm$ 0.18	1.60 $\pm$ 0.67*
对照组	66	7.26 $\pm$ 3.45	7.30 $\pm$ 4.35	6.62 $\pm$ 2.38	21.18 $\pm$ 8.57	1.56 $\pm$ 0.52	0.98 $\pm$ 0.22	1.49 $\pm$ 0.65	4.03 $\pm$ 1.24

注: * 与对照组比较, $P<0.05$

表 2 两组疗效比较(例)

组 别	例数	治愈	显效	好转	无效	总有效
观察组	66	38	22	6	0	66
对照组	66	31	21	10	4	62

注: * 与对照组比较, $P<0.05$

讨 论

在腰椎间盘突出症的综合治疗中,硬膜外腔药物液压疗法可使药物直接到达病变部位,达到消炎、止痛、营养神经、改善微循环、松懈粘连、促进椎间盘还纳及致痛物质排出的作用,使局

部创面得到愈合,恢复神经干和神经末梢的正常功能。腰椎电动牵引可增宽变窄的椎间隙,矫正紊乱的小关节,解除或减轻对神经根的压迫,使粘连松解,间盘纤维环内形成负压,部分早期患者突出的髓核得以还纳,从而使症状减轻或消失。高频电疗有明显的扩张血管、加速血液循环、提高供氧量、加速局部酸性产物及废物的排除、消除无菌性炎症、抑制感觉神经及良好的止痛作用。电脑中频能降低局部组织的兴奋性,使痛阈增高,改善淋巴和血液循环,促进炎症吸收,起到镇痛作用。针灸、推拿可舒筋、活血、通络、解除肌痉挛、止痛,早期突出的椎间盘、紊乱的腰椎小关节经过斜扳等推拿手法可以达到复位还纳。

观察组因加用硬膜外腔药物液压疗法,使药物直接作用于病变部位,因而患者症状缓解更快,治愈率较高。

作者单位:610083 成都,成都军区总医院理疗康复科(张月娥、张安仁、余华、郑闵琴、孙燕);成都军区联勤部卫生部(张为)

用硬膜外腔药物液压疗法治疗腰椎间盘突出症时,应严格掌握适应证,高血压、冠心病、脑血管病、年老体弱及药物过敏患者最好不用此法治疗。

2000,23:198-199.

(收稿日期:2002-07-04)

(本文编辑:郭正成)

参 考 文 献

- 1 张鸣生,林仲民. 腰腿痛评价量表的可行性研究. 中华理疗杂志,

腰椎间盘突出症非手术治疗疗效观察

夏新蜀 余和平 胡渝萍

腰椎间盘突出症是常见病,一般倾向用正规的非手术治疗。现将 1995~1999 年间我科采用物理治疗、药物治疗、硬膜外封闭治疗的腰椎间盘突出症患者 232 例的疗效进行对比分析,报道如下。

资料和方法

一、一般资料

232 例均为确诊的住院患者,其中 CT 检查 157 例, MRI 检查 67 例,椎管造影 8 例。将患者分为 3 组:(1)物理治疗组 107 例,其中男性 68 例,女性 39 例;1 个节段突出 52 例,2 个节段突出 41 例,3 个节段突出 14 例;平均住院 30.35 d。(2)药物治疗组 57 例,其中男性 38 例,女性 19 例;1 个节段突出 30 例,2 个节段突出 19 例,3 个节段突出 8 例;平均住院 25.94 d。(3)封闭治疗组 68 例,其中男性 48 例,女性 20 例;1 个节段突出 34 例,2 个节段突出 27 例,3 个节段突出 7 例;平均住院 24.80 d。3 组患者的年龄、病程及病情等相近,具有可比性。

二、治疗方法

1. 物理治疗组:采用超短波、电脑中频、牵引治疗及运动训练。治疗早期强调患者卧硬板床休息,离床时给予腰围制动保护。(1)超短波:电极于腰、臀并置,温热量,每日 2 次,每次 20 min;(2)电脑中频:电极于腰、臀并置,剂量以患者感觉舒适为宜,每日 2 次,每次 20 min;(3)腰椎牵引:仰卧位间歇式牵引,牵引重量从体重的 50% 开始,逐渐增加至体重的 90%,每日牵引 2 次,每次 30 min;(4)运动训练:疼痛减轻后即进行,做仰卧位“半桥”或俯卧位“燕式”腰背肌功能训练,上、下午各 1 次,每次重复动作 10 次,待病情进一步缓解后适当增加运动时间和运动量,出院后仍坚持运动训练。10 d 为 1 个疗程,疗程结束后评定疗效。

2. 药物治疗组:采用静脉滴注与口服相结合。(1)静脉用药:①氢化考的松 100~200 mg(或地塞米松 10~20 mg)加入 5% 葡萄糖 500 ml 中滴注;②弥可保 500~1 000 μg(或 Vit B₁₂ 0.5~1 mg)、复方丹参液 20 ml 加入 5% 葡萄糖 500 ml 中滴注,对激素禁忌者静滴 20% 甘露醇 125~250 ml。(2)口服用药:卡马西平,每次 0.1 g,每日 3 次;鲁南贝特,每次 0.2 g(或布洛芬 50 mg、消炎痛 25 mg),每日 3 次;地巴唑,每次 10 mg,每日 3 次;

因痛影响夜晚睡眠者睡前口服舒乐安定 1~2 mg。静脉用药每日 1 次,10 d 为 1 个疗程。疗程结束后评定疗效,多数患者输液不超过 2 个疗程,停止静脉用药后,继续口服用药维持治疗。

3. 封闭治疗组:采用硬膜外注射混合液。混合液含地塞米松 5 mg(或德宝松 7 mg)、2% 利多卡因 5 ml、Vit B₁₂ 0.5 mg、Vit B₁ 100 mg、生理盐水 5~10 ml。硬膜外注射部位一般为突出的上一节段,常用的注射节段为 L₂₋₃、L₃₋₄、L₄₋₅,每周封闭治疗 1 次,本组封闭治疗 2 次 7 例,封闭 3 次 19 例,封闭 4 次 38 例,封闭 5 次 4 例。封闭治疗结束后评定疗效。

三、疗效判断标准

治愈:腰腿痛症状基本消失,腰部活动正常,直腿抬高试验 >80°,恢复工作;显效:腰腿痛症状明显减轻,腰部活动基本正常,直腿抬高试验 60~80°,恢复轻工作;好转:腰腿痛减轻,腰部活动轻度受限,直腿抬高试验 <60°,能恢复部分轻工作;无效:症状、体征及功能障碍无变化。

结 果

3 组治愈显效率差异有非常显著性 ($\chi^2 = 25.29, P < 0.005$)。物理治疗组优于药物治疗组和封闭治疗组(表 1)。

表 1 3 组治疗结果比较

组 别	例数	治愈		显效		好转		无效	
		例数	%	例数	%	例数	%	例数	%
物理治疗组	107	23	21.50	28	26.19	54	50.47	2	1.87
药物治疗组	57	5	8.77	7	12.28	43	75.44	2	3.51
封闭治疗组	68	6	8.82	4	5.88	56	82.35	2	2.94

讨 论

腰椎间盘突出症的治法颇多,然而尚无一种完全满意的临床治疗方法,这与该病复杂的病理机制及分型有关。众所周知,神经根周围软组织无菌性炎症是腰椎间盘突出症产生疼痛的主要原因^[1],而且约有 40% 患者伴有神经根粘连^[2]。应用甘露醇、激素类药物能减轻水肿,弥可保及 B 族维生素能促进受损神经的恢复,但药物治疗并不能动员自身的抑制疼痛能力,不能解决慢性疼痛问题,而只能用于疼痛的急性发作^[3],且长期应用易造成药物依赖性。采用硬膜外注射可以较快缓解疼痛,减轻神经根周围的充血和水肿,阻滞与某些疼痛综合征的病理生理的反射机制有关的传入和传出神经纤维,但不能有效消除硬