

- 2 Asahara T, Bauters C, Pastore C, et al. Local delivery of vascular endothelial growth factor accelerates reendothelialization and attenuates intimal hyperplasia in balloon-injured rat carotid artery. *Circulation*, 1995, 91: 2793-2803.
- 3 Freedman SB, Ismer JM. Therapeutic angiogenesis for coronary artery disease. *Ann Intern Med*, 2002, 136:54-71.
- 4 Ameia GP, Patton WF, Beer DM, et al. Endothelial cell response to pulsed electromagnetic fields: stimulation of growth rate and angiogenesis in vitro. *J Cell Physiol*, 1988, 134: 37-46.
- 5 Epstein SE, Fuchs S, Zhou YF, et al. Therapeutic interventions for enhancing collateral development by administration of growth factors: basic principles, early results and potential hazards. *Cardiovasc Res*, 2001, 49:532-542.

(收稿日期:2002-12-18)

(本文编辑:郭铁成)

· 短篇论著 ·

三维牵引治疗腰椎间盘突出症 100 例

陈元伟

腰椎间盘突出症是常见病、多发病。牵引治疗是其保守治疗中的重要方法之一。牵引的种类多达十几种之多。其中立体牵引治疗实现了平面、成角、旋转牵引,而且治疗时间短,患者痛苦少,从而实现了传统正骨手法难以达到的治疗效果。我院应用三维牵引床治疗腰椎间盘突出症 100 例,现将临床治疗体会报告如下。

腰椎间盘突出症患者 100 例,男性 69 例,女性 31 例;年龄 17~70 岁,平均年龄 39.5 岁;病程少于半年者 17 例,半年~1 年 12 例,1 年以上 71 例,病程最长达 44 年。按发病诱因,其中腰部有外伤史者 32 例,持重物闪腰者 18 例,劳累 5 例,受凉 7 例,无明显诱因 38 例;按突出部位分, L_{4-5} 突出 24 例, L_5S_1 突出 23 例, L_{3-4} 及 L_{4-5} 突出 8 例, L_{4-5} 及 L_5S_1 突出 26 例, L_{3-4} 、 L_{4-5} 及 L_5S_1 突出 4 例;按膨出部位分, L_{3-4} 膨出 2 例, L_{4-5} 膨出 3 例;按突出伴膨出分, L_{4-5} 膨出、 L_5S_1 突出 6 例, L_{4-5} 突出、 L_5S_1 膨出 4 例;其中旁侧型 81 例,中央型突出 4 例,膨出型 5 例,突出伴膨出 10 例;按临床表现分,腰腿痛者 88 例,单纯腰痛者 6 例,单纯腿痛者 6 例。所有患者均经 X 线、CT 或 MRI 证实。突出间盘最小者 4 mm,最大者 10 mm。其诊断符合腰椎间盘突出症标准^[1]。排除严重内脏疾患和骨质疏松、脊柱结核、肿瘤、感染等病症后,即可行牵引治疗。

治疗时,患者俯卧于牵引床上,胸背部与臀腿部分别固定在牵引床胸腹板及臀腿板上,将腰椎间盘突出部位置于上、下两板之间的间隙处。然后根据患者身高、体重、病变部位、突出大小、突出类型及临床体征计算治疗数据,输入微机。纵向牵引距离为 58~70 mm;倾角 15~25°;转角 15~25°,旋转方向与患侧一致。在迅速牵引瞬间,医生用双手拇指重叠固定在突出椎间盘的上位椎体上,并向下推压,使下位椎体产生旋转及牵拉运动 2~3 次。治疗结束后,嘱患者卧硬板床休息 6 h,6 h 内禁止翻身、侧卧,6 h 后可戴护腰下地轻微活动。留院观察或住院期间,静卧 3 d,限制活动,同时辅以 20% 甘露醇加地塞米松 10 mg,5% 葡萄糖生理盐水加氯化钾 5 ml 静脉点滴,每日 2 次,共 3 d。100 例患者中 1 次牵引 72 例,2 次牵引 20 例,3 次牵引 8 例,总牵引次数 136 次,平均牵引 1.36 次。无任何不良反应

发生。

疗效评定标准^[2]为:优—症状体征完全消失,恢复原来工作;良—症状体征基本消失,残留轻度腰部不适或下肢麻木,可恢复原来工作或改换轻工作;可—症状体征部分消失,需要进行一些辅助治疗,能做一些轻工作;差—症状体征无好转或加重。

结果 优 73 例,占 73%;良 22 例,占 22%;可 2 例,占 2%;差 3 例,占 3%。

注意事项与体会 ①由于患者对三维牵引治疗腰椎间盘突出症这一方法缺乏足够的认识,因而患者容易产生恐惧的心理,加上以前久治不愈而对此病治疗失去信心,致使不能密切配合治疗而影响疗效,所以牵引前医生有必要向患者讲明三维牵引操作方法及其安全性。②牵引前饮食要适量,大、小便要排空;牵引后卧床期间,嘱患者食用高蛋白、高维生素、易消化的软食或半流食,防止便秘。③血压偏高或精神过度紧张者,应先服药后治疗。④神经根水肿严重的重症患者,活动受限,腰腿疼痛剧烈,不能平卧或不能配合治疗者,可以先静脉点滴 20% 甘露醇 250 ml 与地塞米松 10 mg,持续 3 d,待脱水消肿后,再行三维牵引治疗,牵引前嘱患者尽量平卧硬板床休息,以缓解因神经根水肿而引起的疼痛,并在床上进行排大、小便练习,以避免因牵引后绝对卧床时出于体位的不习惯而造成尿潴留或便秘。⑤捆绑固定的松紧度一定要合适,捆绑过松,人机配合不当,达不到治疗目的;反之,捆绑过紧容易造成呼吸困难,严重者甚至造成胸部肋骨损伤及软组织损伤。

所有患者 1 周后出院,出院后要加强对腰背肌锻炼,坚持戴护腰 1~2 个月,防止腰部受凉,3~6 个月内避免负重及过急、过猛的弯腰动作;扫地、搬物、打喷嚏等弯腰时要慢慢进行,以防复发。

参 考 文 献

- 1 胡有谷,主编. 腰椎间盘突出症. 第 2 版. 北京:人民卫生出版社, 1995. 221.
- 2 李金学,蒋位庄,范明,等. 计算机控制牵引复位治疗腰间盘突出症临床观察. 中医正骨, 1997, 6:13-16.

(收稿日期:2002-11-21)

(本文编辑:熊芝兰)