

• 综述 •

综合康复治疗腰椎间盘突出症概况

苏忠寿 刘淑娟 于洪波

[关键词] 腰椎间盘突出症;保守治疗;综述

中图分类号:R681.5 文献标识码:A 文章编号:1006-9771(2005)12-1011-02

[本文著录格式] 苏忠寿,刘淑娟,于洪波.综合康复治疗腰椎间盘突出症概况[J].中国康复理论与实践,2005,11(12):1011-1012.

腰椎间盘突出症(prolapse of lumbar intervertebral disc, PLID)是骨科、疼痛科和康复科常见病,也是腰腿痛的常见病因。自1934年Mixer和Barr首先提出腰椎间盘突出可导致腰腿痛至今已70年^[1]。经过几十年的临床诊治研究,人们对该症的治疗已积累了丰富的经验。目前的治疗方法分保守治疗、微创手术及手术3大类。Hirsch等人早在1965年即提出PLID的症状除机械压迫外,局部自身免疫性炎症和化学因素,如乳酸堆积、pH改变也是不可忽视的因素。临床研究也证实,髓核还纳或手术切除不是消除症状的惟一途径,因此保守治疗具有广阔的前景^[2]。

梅芳瑞等报道,PLID所致的根性疼痛主要由非特异性炎症引起,这种炎症来自两方面,一是退变的髓核内含有乳酸、氢离子、前列腺素E₂和磷脂酶等具有强烈刺激和致痛作用的物质;二是神经根受压迫和刺激后其本身将产生炎症反应,释放组织胺、缓激肽、白细胞介素-1(interleukin-1, IL-1),以及白三烯等炎症介质,亦具有同样的刺激和致痛作用^[3]。胡有谷指出,80%~90%的PLID患者可以经非手术治疗而愈^[4]。笔者结合近几年文献报道对该病的保守治疗综述如下:

1 手法治疗

1.1 传统手法 有推、拿、按、摩、牵、抖、揉、滚、擦,以及叩击类;运动关节类(包括腰椎旋转法、摇腰法、屈腰法、扳法、拔伸法)等。

1.2 点穴疗法 具体手法有点法(一指点、三指点、五指点)、按法(包括按压、按拨)、掐法、拍打法、叩打法、复位法(包括侧扳复位、拉压复位、旋转复位、推肩复位)等,常用于病程较短的凸起型或病程较长但症状不重、年龄较轻、无神经根或马尾神经损害的病例。

1.3 手法治疗PLID镇痛机理 主要是改善微循环,缓解局部痉挛,促进炎症吸收,纠正脊柱内外平衡,改变突出物的位置,产生镇痛物质。陈氏等检测患者静脉血发现,手法治疗能降低5-羟色胺、去甲基肾上腺素,升高 β -内啡肽和多巴胺,改善微循环,促进神经组织内外水肿的吸收,缓解痛觉神经末梢的过敏状态,提高痛阈,发挥既消炎又镇痛的作用;而且推拿还能调整椎管内外平衡,加强脊柱的稳定性,提高代偿能力,解除突出的椎间盘髓核对神经根的压迫,使其变性移位,恢复神经根的自主活动^[5]。李勇等运用脊柱调整法(晃脊柱、侧卧滚脊、屈髋摇

臂、背法、抱膝滚腰、拉伸抖腰、节段定位斜扳、下肢伸筋)治疗911例患者,总有效率98.6%^[6]。苏忠寿运用贾氏点穴疗法,以三指点、五指点手法点腰背部及下肢穴位,按拨椎旁痛点、痛线、痛区,并取受限姿势治疗;同时进行手法复位,采用扭转法(包括推肩扭转、扳膝扭转)、扳法(包括斜扳及腰腿伸扳)、拉压法(包括拉单腿、拉双腿、过伸体位拉压)及旋转复位,选1~2种复位方法配合一定的药物治疗1980例,治愈792例(40%)、好转990例(50%),总有效率90%^[7]。

2 牵引疗法

牵引方式大体可分为骨盆牵引(间断或持续牵引)、机械牵引(三维快速、脉冲式、振动式)等。明新杰等认为,牵引一方面可使椎间隙加宽,缓解肌肉痉挛,使小关节拉开复位,椎间孔扩大,减轻对神经根的挤压;另一方面,椎间隙加宽后产生的负压使后纵韧带紧张,黄韧带松弛,对髓核突出部分产生周边压力,使其移位还纳,改善突出物与神经根的关系,达到治疗的目的^[8]。曹氏运用三维多功能床治疗PLID 4054例,总有效率97.6%^[9],显示平面、成角、旋转的三维牵引方法治疗时间短,患者痛苦小,效果好。朱氏运用DFQ-400型多方位牵引床治疗650例,总有效率90.6%,且病程短(<3个月)、突出物小(<0.8cm)者效果好;病程长及突出物巨大者效果不甚理想,但术后复发患者经牵引多能缓解^[10]。总之,无论采取那种牵引方式,为达到理想效果,必须选择好适应证,对高龄多病、骨质疏松、椎管狭窄或牵引后症状加重者应停止牵引,改用其他方法,且操作时应严格掌握操作方法。

3 封闭疗法

封闭疗法对神经系统有保护、镇痛、消除炎症及液体剥离等作用。该法包括腰部硬膜外腔封闭、骶管封闭、椎间孔神经根封闭、局部痛点封闭等。文献报道硬膜外腔封闭注射治疗有效率近70%,约65%的PLID根性神经痛患者经硬膜外腔激素注射治疗后不必手术,但干性疼痛者效果较差^[11]。丁文莉等采用硬膜外腔封闭治疗PLID 1232例,总有效率87%^[12]。郭兴利等运用骶管冲击疗法(单次冲击疗法和连续冲击疗法)治疗PLID 87例,结果疗效优62例(71.3%)、显效20例(22%)^[13]。另有椎间孔神经根封闭及椎旁痛点封闭方法,药物可直达病所,比较安全可靠。如患肢麻木无力、肌力差,可在患肢穴位交替注射神经营养剂。

4 药物治疗

药物治疗的目的在于减轻神经根无菌性炎症水肿,改善局部血液循环,阻止炎症介质对组织的进一步侵害,并降低神经根的敏感性。目前,药物疗法大多采用甘露醇、地塞米松、复方

作者单位:266100 山东青岛市,青岛市第八人民医院点穴科。作者简介:苏忠寿(1947-),男,山东青岛市人,副主任医师,长期从事颈、肩、腰腿痛及瘫痪的治疗与研究。

丹参或红花针静脉滴注。此外,张维斌等采用 β -七叶皂甙钠,配合地塞米松治疗 PLID,对重型、神经根型(旁侧型)取得满意效果,36 例患者治愈 11 例(30.6%)、显效 13 例(36.1%)、有效 9 例(25%)、总有效率 91.7%^[14]。陈庆明等应用 β -七叶皂甙钠治疗 PLID 178 例,治疗 7 d 后症状缓解率 91.07%,体征缓解率 83.14%;14 d 后分别为 94.38%和 92.13%^[15]。

甘露醇不仅是有效的脱水剂,而且是一种氧自由基清除剂,有利于清除因神经根缺氧而增多的自由基;地塞米松有很好的清除无菌性炎症的作用,两药合用可产生很好的消炎、消肿作用。丹参或红花液有活血化瘀作用,与上述药物合用可获得相得益彰的效果。临床经验表明,病程短(<3 个月)、无其他合并症的患者应用上述药物的效果明显。病程长者可给予神经营养剂注射,口服消炎镇痛药及活血药。 β -七叶皂甙钠有较强的抗渗出和增加静脉张力作用,可降低毛细血管的通透性,减轻突出的椎间盘组织和神经根管周围组织的肿胀,解除对神经根的压迫和刺激,从而缓解疼痛。

5 中医中药治疗

5.1 中医治疗 PLID 属中医“痹症”、“腰痛”范畴,肾虚及劳损为病因基础,多因遭受扭伤、风寒、湿邪外袭而发病。中药内服治疗 PLID 效果好且安全,患者易接受。中成药服用方便,临床应用较普遍。洪时清等应用归熟汤治疗 218 例,优良率 92.7%^[16]。黄赞等将此病分为急性期(气滞血瘀型以行气化瘀通络为主;风寒型以疏风散寒、活血为主)、缓解期(以疏风活血、和营通络为主)、康复期(阳虚型以温补肾阳、健腰为主;阴虚型以滋肾养血、固腰为主),治疗 300 例总有效率 97.3%^[17]。

5.2 针灸及中医外治法 针灸可以提高痛阈,使脑内啡样物质增多,促使周围血液中致痛物质氢离子、组织胺、缓激肽的浓度降低,具有良好的镇痛作用^[18]。而且针灸操作方便,疗效可靠,便于推广。马胜应用针灸治疗 120 例,治愈 88 例(73.3%)、好转 27 例(22.5%)、总有效率 95.8%^[19]。中药熏洗(蒸)腰部可使药液、蒸汽直接作用于患处,通过药力与热力改善病变部位的血液循环,促进炎症物质吸收,消除神经根的充血水肿,减轻神经根与周围组织的粘连,并能缓解局部肌肉痉挛,使疼痛得到缓解。王荣英采用中药祛风活血方剂熏洗腰部治疗 32 例患者,治愈 10 例、显效 8 例,总有效率 87.5%^[20]。

6 其他疗法

6.1 小针刀疗法 可剥离粘连,松解拘紧组织,改善微循环,临床常用于病程较长、症状不严重者。

6.2 物理疗法 有中频电疗、超短波、药物导入、频谱等,解除肌肉痉挛,促进水肿炎症吸收和止痛的效果较好。

6.3 心理疏导 有利于解除患者的紧张与恐惧,使其积极配合医生治疗,作用不可忽视。

7 功能锻炼与卧床休息

7.1 功能锻炼 科学合理的功能锻炼对腰椎有保护作用,可缩短疗程,巩固疗效,防止复发,对慢性腰痛还具有治疗作用。功能锻炼应循序渐进,避免新的创伤,并需持之以恒。周国骏等对两组患者采用同样的方法治疗,但治疗组加强腰肌功能锻炼,结果治愈率较对照组提高 19.8%,复发率由 12%降至 4%,表明功能锻炼对巩固疗效有明显作用^[21]。

7.2 卧床休息 卧床休息对于提高疗效亦非常重要,尤其是腰肌损伤急性发作的患者更为重要。周秉文认为,绝对卧床休息

时椎管内压力降低,椎间盘内压最低,有利于突出过程的停止及修复,有利于神经消除水肿^[22]。急性期卧床休息不应少于两周;卧床后下床时腰部要制动挺直,要有人扶助,避免晕倒或再度扭伤;下床站立时要仰头挺胸,佩带腰围,蹲坐避免弯腰。

综上所述,针对致病病因进行保守治疗,其目的是解除或减轻突出的椎间盘髓核对神经根的压迫,促进神经根周围炎症的吸收,促使体内分泌镇痛物质。采取保守疗法时,应认真分析病情,全面查体,掌握好适应证,选择能发挥最佳效果的治疗方法。应将 CT 检查与神经定位相结合,做好鉴别诊断,避免误诊、漏诊。手法操作时要做到手法巧、用力小、痛苦少、效果好,不提倡重手法,以免损伤软组织。压痛点是软组织慢性损伤产生无菌性炎症导致粘连、挛缩所致。如果在压痛点反复用重手法按压、按拨,会加重软组织损伤,使炎症渗出增加,加重神经根粘连,增加手术治疗的难度,影响手术效果。急性期不能强行手法治疗,应以卧床休息、药物及针灸等方法治疗为主。高血脂、糖尿病、下肢慢性静脉炎患者的血液黏稠度高、血流缓慢,长期卧床后起床时易引起肺栓塞,建议这类患者不要长期卧床,卧床治疗时要做一定范围的活动。

[参考文献]

- [1] 谢晓焜. 腰椎间盘突出症治疗研究进展[J]. 中医正骨, 2003, 2, 15 (2): 58.
- [2] 毕胜, 李日凯, 赵卫东, 等. 推拿手法治疗腰椎间盘突出症的机理[J]. 中国康复医学杂志, 2001, 16(1): 8—10.
- [3] 梅芳瑞, 张峡, 李长青. 腰椎间盘突出症的非手术治疗(40 例前瞻性研究)[J]. 颈腰痛杂志, 1999, 20(3): 165—167.
- [4] 胡有谷. 严格掌握手术指征, 提高手术质量[J]. 中华骨科杂志, 1996, 16(7): 411.
- [5] 陈玺, 王佩志, 李吉平. 以推拿为主治疗腰椎间盘突出症的机制探讨[J]. 按摩与导引, 2000, 17(2): 36—37.
- [6] 李勇, 张泽胜, 秦杰. 脊柱调整法治疗腰椎间盘突出症[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2001, 9(2): 48—50.
- [7] 苏忠寿. 手法加药物治疗腰椎间盘突出症镇痛机理研究[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2001, 9(3): 36—37.
- [8] 明新杰, 明立忠, 明新仕. 双向牵引加硬膜外封闭治疗腰椎间盘突出症 96 例报告[J]. 河南诊断与治疗杂志, 2000, 14(1): 26—27.
- [9] 曹在杰, 刘立经, 刘振法. 成角旋转快速牵引治疗腰椎间盘突出症临床分析[J]. 中医正骨, 2001, 13(6): 21—22.
- [10] 朱汉清. 多方位牵引床治疗腰椎间盘突出症[J]. 颈腰痛杂志, 2003, 24(1): 62.
- [11] 程伟. 硬膜外腔注射治疗椎间盘突出症的研究进展[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2002, 10(1): 59.
- [12] 丁文利, 魏洪林, 朱西全. 硬膜外腔阻滞治疗腰椎间盘突出症 1232 例[J]. 颈腰痛杂志, 2002, 23(4): 274.
- [13] 郭兴利, 王立华, 陈志美. 骶管冲击疗法治疗腰椎间盘突出症[J]. 颈腰痛杂志, 1998, 19(3): 208—209.
- [14] 张维斌, 王佳福, 王春生. β -七叶皂甙钠配合地塞米松治疗腰椎间盘突出症[J]. 颈腰痛杂志, 2001, 22(1): 69.
- [15] 陈庆明, 公致敏, 王文龙. β -七叶皂甙钠治疗腰椎间盘突出引起的腿痛[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2001, 14(6): 371.
- [16] 洪时清, 张继嫒. 归熟汤治疗腰椎间盘突出症 218 例疗效观察[J]. 中医正骨, 2003, 15(2): 43.
- [17] 黄赞, 潘观美. 分期辨证施治腰椎间盘突出症临床体会[J]. 中医正骨, 2003, 15(2): 29.
- [18] 邱茂良. 针灸学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1985. 321—322.
- [19] 马胜. 针灸治疗腰椎间盘突出症 120 例疗效观察[J]. 中国针灸, 1998, 18(1): 39.
- [20] 王荣英. 中药熏洗治疗腰椎间盘突出症[J]. 中医外治杂志, 1999, 8 (2): 9.
- [21] 周国骏, 蒋泰媛, 范义平. 腹腰肌锻炼在腰椎间盘突出症治疗中的作用[J]. 中国骨伤, 2001, 14(2): 102.
- [22] 周秉文. 腰背痛[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998. 128.

(收稿日期: 2005-06-28 修回日期: 2005-09-07)