

• 临床观察 •

非手术治疗老年患者腰椎管狭窄症的疗效观察

白晓东,匡正达,邢更彦,庞晓东,杜明奎

[摘要] 目的 探讨应用非手术方法治疗老年患者腰椎管狭窄症的疗效。方法 对 74 例老年(>60 岁)腰椎管狭窄的患者采用手法矫正椎体的假性滑移、药物治疗、适当的腰背肌功能锻炼综合治疗。随访至少 2 年。采用自定标准评定疗效。结果 优(无疼痛及间歇性跛行,无功能限制,不用止痛剂)34 例,良(偶然疼痛及间歇性跛行,轻度功能受限,偶尔使用止痛剂)27 例,一般(中度的疼痛及间歇性跛行,中度功能限制,无运动,经常使用止痛剂)11 例,差(中度每天疼痛及间歇性跛行,或偶尔严重疼痛,每天日常生活活动受限,应用强止痛剂)2 例。结论 对老年腰椎管狭窄症采取综合的非手术方法能取得一定疗效。

[关键词] 腰椎管狭窄;老年;非手术疗法

中图分类号:R681.5 文献标识码:B 文章编号:1006-9771(2006)01-0072-01

[本文著录格式] 白晓东,匡正达,邢更彦,等.非手术治疗老年患者腰椎管狭窄症的疗效观察[J].中国康复理论与实践,2006,12(1):72.

临床治疗腰椎管狭窄症,解除神经组织的压迫是外科治疗的着眼点,而物理康复治疗、药物治疗也有效。

1 资料和方法

1.1 一般资料 1998 年 6 月~2001 年 12 月,我院共收治 74 例老年腰椎管狭窄的患者,年龄 62~76 岁。均通过其他方法治疗至少 2 年,疗效不满意或复发;经 X 线平片、CT 和 MRI 检查提示有椎体及小关节突骨质增生明显,椎间盘变性(假性椎体滑移)位于 L₄₋₅、L₅~S₁ 或以上两个间隙,但无明确的椎间盘突出;无新鲜或陈旧性骨折、感染、炎症或肿瘤;无腰椎手术史。

1.2 治疗方法

1.2.1 手法矫正腰椎椎体的假性滑移 根据影像学检查,确定半脱位的椎体节段,以腰椎棘突(椎体间楔形开口)或乳突(闭口)为接触点,向前上或前下推压,以矫正其向后的半脱位。

1.2.2 药物治疗 常用血管扩张剂、血小板凝集抑制剂及神经营养药物,如凯时注射液、复方丹参注射液、三磷酸胞苷二钠、神经妥乐平等;在急性期可使用脱水治疗。

1.2.3 适当的腰背肌功能锻炼 采用循序渐进的锻炼方法,首先进行俯卧位抬高单腿或双腿;在锻炼 3 周后,接着进行上半身“小飞燕”;在患者症状有所改善后,进行上、下半身同时“小燕飞”。每次持续 20 min,不强调锻炼次数。

2 结果

本组 74 例,术后随访至少 2 年,临床疗效:优(无疼痛,无功能限制,不用止痛剂)34 例(46%),良(偶然疼痛,轻度功能受限,偶尔使用止痛剂)27 例(36.3%),一般(中度的疼痛,中度功能限制,无运动,经常使用止痛剂)11 例(14.5%),差(中度每天疼痛,或偶尔严重疼痛,每天日常生活活动受限,应用强止痛剂)2 例(3%)。

3 讨论

腰椎管狭窄是指脊柱的椎管由于种种原因而狭窄,压迫了神经组织,导致下肢,会阴部出现相应的症状。以麻木感为主的多神经根障碍为“马尾型”,以疼痛为主的单神经根障碍为“神经根型”,两者合并发生的多神经根障碍为“混合型”^[1]。其发病机制不但有对脊髓、马尾及神经根的直接物理性压迫,循

环异常也是一条很重要的原因^[2,3],特别是神经性间歇性跛行症状的出现与马尾、神经根的循环之间存在着很深的关系。Kavanaugh 认为,脊椎椎管的狭窄导致相应截面以下的脊髓压上升,当这种压力超过马尾静脉压时,静脉回流障碍,导致马尾或神经根的淤血及缺氧,并导致相应症状的发生^[2]。

分析老年患者腰椎管狭窄症影像学检查可见腰椎骨质增生,椎体退变,多伴有椎体运动节段的不稳,常为上位椎体相对于下位椎体向后半脱位。手法矫正腰椎椎体的假性滑移,恢复腰椎正常的生理曲度,有助于解除对神经根的压迫。

自 Porter 报道对于神经性间歇性跛行“钙通宁(Calcitonin)”有效^[4]以来,增加马尾、神经根血流的治疗原则正逐步受到关注。我们曾在术中发现,临床表现为间歇性跛行的患者,椎管内硬膜外静脉怒张,明显淤血,术中电凝止血,消除硬膜外静脉怒张,术后症状改善明显。因此,我们在保守治疗时也采用具有强烈的扩张血管、增加血流量及抑制血小板凝集作用的凯时注射液,对较轻的腰椎管狭窄同样有效。但重度狭窄的病例可能不适合此方法,因为血流量的增加可引起硬膜外静脉怒张,增加了对马尾或神经根的压迫。对于有下肢麻木感的患者同时应用神经营养药,以改善其功能。

患者多因椎体、椎间盘退变,腰椎不稳而假性滑移,因椎体滑移导致了腰椎管的狭窄,加强腰背肌锻炼,通过强大的腰背肌来稳定腰椎间的不稳。

通过综合治疗,可以明显改善由于腰椎体、椎间盘退行性变、椎体假性滑移导致的椎管狭窄症的症状,如腰椎管狭窄症患者的间歇性跛行、下肢麻木及下肢痛等。

[参考文献]

- [1] Mizushima Y, Hamano T, Yokoyama K. Tissue distribution and anti-inflammatory activity of corticosteroids incorporated in lipid emulsion [J]. Ann Rheum Dis, 1982, 41: 263-267.
- [2] Kavanaugh GJ, Svien HJ, Holman CB, et al. "Pseudoclaudication" syndrome produced by compression of the cauda equina [J]. JAMA, 1968, 206: 2477-2481.
- [3] Mizushima Y, Yanagawa A, Hoshi K. Prostaglandin E1 is more effective, when incorporated in lipid microspheres for treatment of peripheral vascular disease in man [J]. J Pharm Arm Pharmacol, 1983, 35: 666-667.
- [4] Porter RW, Hibbert C, Evans JG, et al. Calcitonin treatment for neurogenic claudication [J]. Spine, 1983, 8: 585-592.

(收稿日期:2005-09-28)

作者单位:武警总医院骨科,北京市 100039。作者简介:白晓东(1970-),男,甘肃通渭县人,硕士,主治医师,主要研究方向:脊柱及脊髓损伤的康复。