

中西医结合治疗腰椎间盘突出症 218 例临床分析

中医研究院骨伤科研究所 蒋位庄 沈志祥 朱云龙

腰椎间盘突出症是腰腿痛的主要原因,是骨伤科中的常见病、多发病之一。我们针对该病不同阶段和不同类型的临床特点,以坐姿定位旋转手法为主,进行中西医结合辨证分期治疗,进一步提高了疗效。本文通过对 218 例腰椎间盘突出症的病例分析,就中西医结合非手术治疗的、非手术治疗和手术治疗的适应症以及非手术治疗的作用机制等问题进行讨论。

临 床 资 料

一、一般资料

自 1975 年 7 月至 1980 年 5 月,我们治疗的腰椎间盘突出症患者中,有治疗结果和完整病例记载的共 218 例。其中男性 138 例,女性 80 例,男女之比为 1.7:1。发病年龄最小为 15 岁,最大为 61 岁,其中 20 岁以下 8 例,21~30 岁 45 例,31~40 岁 79 例,41~50 岁 70 例,50 岁以上 16 例,发病者以中壮年为多。病程最长 18 年,最短 2 个月,平均病程 4 年 8 个月。本组患者多数经过各种按摩、推拿、牵引、针灸以及药物治疗未愈者转入本所治疗。

二、诊断依据

1. 症状和体征:腰痛伴下肢放射性疼痛,不同程度的下背部肌肉痉挛和僵硬;腰椎生理曲线和患椎间隙位置关系的异常变化,如侧弯、平直、反弓腰曲、定向性腰椎活动受限;立位或坐位拇指触诊可发现患椎棘突间隙增宽或狭窄,该间隙开闭受限或冻结;侧突型者多为上位棘突下端和下位棘突上端向患侧偏歪(多数)或向健侧偏歪(少数),在该间隙旁有局限性压痛并向同侧下肢放射;神经根紧张试验

和脑脊膜紧张试验阳性,其反应程度常与神经根受刺激或压迫程度相一致;在其受压的神经分布区有感觉和运动(包括腱反射)功能障碍,这在定位诊断上有重要意义。

2. X 线检查:首先应除外其他疾患。本病 X 线示椎间盘突出的间隙常为左右宽窄不等、前后间隙平直或后宽前窄、椎间隙相对狭窄和前后缘增生等是常见的变化。必要时作椎管内对比剂造影检查以明确诊断。

三、治疗方法

本组中 178 例采取非手术治疗,以坐姿定位旋转手法为主⁽¹⁾,配合分筋、理筋、镇定和搬腿引伸、屈髋盘臀等辅助手法,每隔 5~7 天一次;其余 40 例经非手术疗法无效,改行椎间盘摘除术或椎管、神经根管减压术。

自 1978 年以来,根据病人急性期、慢性期、和恢复期的病机和临床特点,我们对非手术疗法的患者除以手法治疗为主外,配合中药辨证施治和医生指导下的康复功能锻炼,疗效有所提高。

1. 急性期:腰腿痛剧烈,腰姿异常,行动困难,压痛点广泛,根性痛明确。病区的硬膜或神经根受压,局部水肿充血,神经根周围呈炎性反应,热敷疼痛加重。舌象通常无特殊变化,脉可弦,通常无明显寒热现象。辨证属气滞血瘀、湿阻经脉。治疗应卧床休息,并予以活血化瘀、通经祛湿药物:川芎、归尾、赤芍、桃仁、红花、鸡血藤、乳香、没药、元胡、木香、威灵仙、草薢、茯苓、木通、泽泻等。

2. 慢性期:腰腿痛减轻,行动改善,压

痛点局限,但呈异常腰姿,有根性知觉及运动障碍。病机为局部炎症开始消散,神经根粘连、受压,椎关节僵硬。患者可呈舌质暗红、边有齿痕或有瘀斑、苔薄或润,脉沉或弦细。证属寒湿瘀阻经脉,予以温阳利湿通络药物:薏苡仁、羌独活、当归、川断、麻黄、桂枝、牛膝、制川乌、制草乌、细辛、狗脊等。根据病情,川乌、草乌可用到15克以上。

3. 恢复期:腰痛消失,根性疼痛明显减轻,行动较自如,腰姿改善,但仍有局部知觉异常。此期神经根张力开始缓解,根周可有慢性粘连,由于肌肉损伤、小关节僵凝,致使脊柱内外平衡失调。此时尚有腰膝软弱,肌肉无力,不耐风寒,常见舌淡苔薄,脉弱。证属肝肾不足,经脉失荣。以康复功能锻炼为主,并予以补肾强腰、通络和脉药物:黄芪、当归、杜仲、川断、狗脊、熟地、淫羊藿、桂枝、肉苁蓉、附片、伸筋草,湿加茯苓、草薢,寒加川乌、草乌,痛加乳香、没药。黄芪、当归宜重用。

本组非手术疗法疗程最短为20天,最长5个月,一般疗程为3个月左右。在进入恢复期后患者可进行一些轻工作。

四、治疗结果

1. 疗效评定标准:优:症状、体征完全消失或基本消失,恢复原来工作;良:症状、体征基本消失,残留轻度腰部不适或足部麻木,可恢复原来工作;可:症状和体征部分消失,需要进行一些辅助治疗,能做些轻工作;差:主要症状、体征无好转。

2. 疗效分析:根据治疗后半年的随访结果,单纯手法组119例,优良率为74.7%;手法加中药组59例,优良率为88.1%;手术组40例,优良率为90%(附表)。

在178例非手术治疗组中得到1年以上至4年半远期随访的有87例,平均随访时间为2年4个月,随访结果获优者35例(40.2%),良者38例(43.7%),可者9例(10.3%),差者5例(5.8%),优良率为83.9%。与近期疗效相比,疗效相似,表明这种方法的疗效比较稳

附表 218例近期疗效分析

分 组	总例数	治 疗 效 果			
		优	良	可	差
单纯手法组	119	41(34.4)	48(40.3)	21(17.7)	9(7.6)
手法加中药组	59	23(39.0)	29(49.1)	4(6.8)	3(5.1)
手术组	40	30(75.0)	6(15.0)	3(7.5)	1(2.5)

注:表内数字为例数(%)

定。

五、治疗前后X线对照观察

我们对以手法治疗为主的部分患者作了治疗前后的X线对照检查,观察结果分述如下:

1. 患椎间隙的改变:脊髓碘油造影共观察24例。手法前均显示患椎间隙造影剂充盈缺损或压迹存在。手法治疗后1~3个月复查:弧形压迹消失3例(12.5%),明显缩小或原压迹不清楚者5例(20.8%),无明显变化16例(66.7%)。有明显变化8例均为初次发病,椎间隙无明显狭窄或增生。我们认为此种类型患者,其椎间盘外层纤维环和后纵韧带完整,髓核的弹性尚好,通过手法可能使突出物还纳或部分还纳。

2. 腰椎生理曲线的改变:共观察28例。治疗前均有侧弯、平直或反弓腰椎曲线异常。治疗后摄片复查示:生理曲线恢复正常14例(50%),改善8例(28.6%),无明显变化6例(21.4%)。

3. 患椎椎间活动情况:共观察46例。治疗前患椎椎间隙左右宽窄不等34例(74%),后宽前窄者28例(60%)。在症状消失或基本消失后摄片复查,大部分有不同程度的改善。我们对其中8例手法治疗患者在电视X线下进行受累间隙的动态观察,发现治疗前患椎椎间隙活动明显减少或消失,待症状好转或消失时,该间隙的活动度也随之增加或恢复正常,与附近椎间活动协调一致。

讨 论

一、中西医结合非手术治疗的探讨

自1934年Mixer-Barr发表了手术治疗

腰椎间盘突出症的论文以来⁽²⁾,国内外手术治疗方面积累了丰富的经验,解除了不少病人的痛苦。但由于手术带来的“医源性损害”也屡见不鲜。最近 Robert⁽³⁾ 用电子计算机 X 线断层扫描测定 110 例曾做过腰椎间盘突出切除术的患者,发现有 28% 的病人出现晚发性椎管狭窄症。过邦辅⁽⁴⁾等亦有关于手术后继发性椎管狭窄而出现坐骨神经痛的报道。因此,手术范围必须严格控制,适应症需要周密选择。

祖国医学用按摩、推拿手法治疗腰椎间盘突出症方面有丰富经验^(5,6),国外有些学者也肯定了手法治疗的作用^(7~9),但对于疗效的说法不一。从本组病例疗效结果看出,手法治疗在解除神经根的张力和突出物对神经根的压迫方面确有一定的作用。我们体会到由于患者年龄、职业以及每个具体病例的病理变化的不同,治疗方法及其实施的手法也应有不同的选择。

除机械性因素以外,许多学者承认炎性反应对疼痛的重要作用。Hirsch⁽⁸⁾指出:由于纤维环的破裂产生富有血管的结缔组织反应——自身免疫反应,使局部无氧代谢增加,乳酸堆积,氢离子浓度增高,此种反应激惹神经感受器可导致腰腿痛。我们在手术切除的突出椎间盘组织的病理检查中,多次证实这种炎症反应是存在的。在局部麻醉下作椎间盘切除时,只要轻微刺激突出物或附近结缔组织(有时肉眼可判定有充血和水肿)就会出现敏感的疼痛反应,在急性发作期间作手术的病人,普遍见到根袖的水肿和局部血管扩张现象,选用活血化瘀、通经祛湿法治疗有确切疗效。在慢性期和恢复期除手法解除机械性压迫以缓解对神经根或硬膜囊的张力外,运用中药辨证施治以调整脏腑功能及内环境的平衡,并适当地配合屈髋、屈膝、伸展下肢和腹背肌的功能锻炼,正确地处理“静”(适当休息)和“动”(逐渐加强康复期的功能活动)的关系,能提高疗效和缩短疗程,合理的生活制度和正确的劳动姿势有利于预防复发。

二、非手术治疗和手术治疗的选择

腰椎间盘突出症由于临床病理变化不同,

在治疗方法上应有不同的选择,我们通过 对 178 例非手术治疗的临床疗效分析,初步认为具备下列情况者非手术治疗效果比较满意:

(1) 腰腿痛初次发病,病史较短,虽腰腿痛明显,但无明显的运动功能损害者;(2) 卧床休息后症状减轻,腰背肌痉挛缓解,站立和行走后症状加重者;(3) 腰形改变在站立或行走时明显,坐位或卧位时减轻,在特定姿势下坐骨神经放射痛减轻者;(4) 病程长,呈间歇性发作,其腰腿痛与气候变化及全身健康状况有密切联系者,手法加中药辨证施治效果较好。对 X 线检查示患椎间隙的椎体后缘有明显骨赘形成者施手法时应谨慎,如施手法时对神经根有明显刺激则应停止手法治疗。

我们分析本组 40 例经过手法加中药治疗无明显效果最后改为手术治疗的临床特征,初步认为本病的手术适应症为:(1) 有坐骨神经根性疼痛及根性定位体征持续存在者;(2) 相应的肌肉萎缩和肌力减退明显者;(3) 腰痛及姿势异常,经手法加中药等综合治疗后无明显改变者;(4) 中心型椎间盘突出症,马尾神经刺激症状持续存在者;(5) 症状反复发作,脊髓碘油造影示椎间隙梗阻,患侧弧形压迹或神经根袖不显影者。

三、坐姿定位旋转手法治疗机制的探讨

临床腰椎生理曲线检查及患椎间隙动态观察表明,治疗前后生理曲线和患椎椎间活动可发生变化及好转,我们认为主要是通过定位旋转手法,可使受累间隙的椎间关节产生在解剖生理范围内的大幅度旋转活动,使纤维环和后纵韧带发生扭转和牵拉,在旋转的过程中对突出的髓核产生周边压力,使突出组织还纳或向周围松散,因而减轻或消除了神经根的张力,使症状缓解。另一方面,椎间关节位置得到纠正后,可能解除由于关节囊或黄韧带对神经根的压迫。对合并有小关节僵硬者,施旋转手法能松解粘连,增加活动范围,缓解疼痛。近年来有人提出“硬脊膜痛”⁽¹⁰⁾的概念,指出硬脊膜的前表面有丰富的感觉神经分布,向后突出

(下转第16页)

一诊：咳嗽不已，咯痰不利，掌心烘热，多日不已，胃纳不馨。脉细数，苔黄腻。虽得于时症之后，而今则气营交惫炙肺。当坚阴泄热而和营卫。

大白芍 4.5 克，桂枝 0.6 克（与白芍同炒），炒条芩 4.5 克，炒知母 9 克，枇杷叶 9 克（去毛、包煎），嫩白薇 9 克，浙贝母 9 克，光杏仁 9 克，香谷芽 9 克。

二诊：前用坚阴泄热调和营卫之后，身热得退未几，晨起咯血，今又少食，四肢疲软。脉细滑而数。正气大惫，内热稽留，再拟前法进步。

大白芍 4.5 克，桂枝 0.6 克（与白芍同炒），地骨皮 9 克，竹沥夏 6 克，光杏仁 12 克，青蒿梗 4.5 克，嫩白薇 9 克，橘白络各 4.5 克，朱茯苓 12 克，炒条芩 9 克，焦梔皮 9 克，银柴胡 2.4 克。

三诊：昨晚身热较凉而咳嗽不得宁，咳痰粘稠，膈痛口干。脉数，苔腻。病久体虚，痰热留恋，气营两伤，拟养阴清热。

炙鳖甲 12 克，地骨皮 9 克，净连翘 9 克，枇杷叶 9 克（去毛、包煎），大麦冬 6 克（去心、辰砂拌），肥知母 9 克，川贝母 9 克，海蛤壳 12 克，嫩白薇 9 克，天花粉 9 克，橘白络各 6 克。

按：本例对阴虚咳嗽咯血者用桂枝之治法。只要病者有营卫失和之症，即可用之，不必拘泥于“血家忌桂”之说。取桂枝、白芍可调和营卫，同时桂枝又能疏通肺络之瘀血，使肺络瘀阻消散，气血畅通，随之咳减血止。这也是秦老的经验之一。

例十：陈××，男。

咳痰甚多，色白而腻，神疲纳呆。苔白腻，脉细濡。脾为生痰之源，脾虚则生痰，拟健脾补肺法。

潞党参 9 克，炒白术 9 克，云茯苓 9 克，福泽泻 9 克，炙兜铃 9 克，海蛤壳 12 克，竹沥夏 6 克，橘白络各 6 克，浙贝母 9 克，炙甘草 3 克。

按：脾为生痰之源，肺为贮痰之器，本例为肺脾同病，故予健脾补肺之法。

三、体 会

1. 人之肺脏，居于上焦而司呼吸。治疗宜宣、宜轻、宜顺。常用桑叶、菊花、枇杷叶、瓜蒌、白前、橘红、橘络、贝母、杏仁、半夏、蛤壳、桔梗等药。宣肺尚有温宣与凉宣之别，温宣者加麻黄、苏子、干姜等药，凉宣者加银花、连翘、芦根等。

2. 肺为娇脏，久咳不愈常导致伤阴震络咯血，秦老治咳非常重视护养肺阴，凡遇咳嗽咯血，久咳痰粘不畅或咽燥等症都及时使用沙参、芦根、花粉等润肺之品。

3. 治咳化痰务尽。肺为华盖而司呼吸，肺的呼吸功能必须在肺络通畅时才能正常进行。一旦痰浊阻塞肺络，肺脏清肃功能失司，导致咳嗽，故秦老着重指出治咳化痰务尽。临床不少长期咳嗽患者，多由于咳嗽早期化痰不尽或过早峻补，造成痰浊恋肺，迁延而致慢性咳嗽。

（上接第32页）

物正好压于硬脊膜的敏感部分，直腿抬高时硬脊膜可向下移动 1~2 毫米，下腰椎水平的硬脊膜痛可反射至臀、腹股沟及腹部，一旦硬脊膜的压力解除，这种疼痛也就消失。因此，手法也有可能使突出物离开硬脊膜的敏感区或改变突出物与神经根的关系，使腰腿痛缓解。

在手术治疗组中有因施手法不当而症状加重的患者，提示我们在施手法治疗的过程中必须时刻分析每个患者的病理变化及临床特点，密切观察病人的反应和体征变化，手法宜稳、准、轻、巧，切忌粗暴。

参 考 文 献

- (1) 冯天有编：中西医结合治疗软组织损伤。人民卫生出版社，1977。
- (2) Crenshaw AH: Campbell's Operative Orthopedics, 5th ed Mosby, St Louis, 1971.
- (3) Robert MQ, et al: Am J of Roentgenol (13) 12: 1059, 1978.
- (4) 过邦辅等：第一届全国骨科学术会议论文摘要。第 72 页，中华医学会，1980。
- (5) 积水潭医院腰腿痛研究小组：中华外科杂志 (1):28, 1961。
- (6) 江苏常熟县人民医院：中华医学杂志 (1):13, 1976。
- (7) Chrisman OD: J Bone Joint Surg (A)46:517, 1964.
- (8) Hirsch C: J Bone Joint Surg (A)47:991, 1965.
- (9) Merrill CM: J Bone Joint Surg (A)47:1073, 1965.
- (10) James C: Lancet 1 (8070):919, 1978.