

骶管注药加轻手法推拿治疗腰椎间盘突出症

江苏省苏州市平江区人民医院 (215000) 闵大联

自 1989 年以来,我们采用骶管注药加轻手法推拿治疗腰椎间盘突出症 24 例,疗效满意,现报告如下。

临床资料

本组 24 例中,男 18 例,女 6 例;年龄 35~68 岁。经 X-CT 证实,椎间盘突出节段为 L₄~₅ 者 11 例、L₅S₁ 者 8 例, L₄、₅ 和 L₅S₁ 者 5 例;中央型 13 例,左旁侧型 5 例,右旁侧型 6 例;伴脊髓受压 2 例,伴腰椎管狭窄 1 例。重手法大推拿后 2 例,髓核摘除术后 1 例。

治疗方法

1. 骶管注药:(1)应用药物:地塞米松 3ml,2%利多卡因 10ml,生理盐水 8ml,总量 20~22ml。(2)操作步骤:患者取俯卧位,在骶部放置海棉垫,二下肢稍放低使其与脊柱呈约 15°角,此时骶部明显向上隆起。腰骶部常规消毒铺巾,确认骶三角骶骨裂孔,进针处局麻,以拇、示指捏持 7 号针头与皮肤呈 15~30°斜面作骶裂孔进针,针尖进入骶管腔后,用 5ml 空针筒先作回吸见无液体或血性液体,再以针筒吸取 2ml 生理盐水推入骶管,若无阻力则证实进针成功,即将配制药液缓慢注入。取仰卧位观察 10 分钟,见无麻醉平面上升即准备做轻手法推拿。

2. 轻手法推拿:分三步进行。(1)取仰卧位,分别作两下肢内收,中立,外展位屈髋、屈膝,依次按压各 3 次;(2)检查平面上升,分别作两下肢直腿抬高,可达极限高度,术者以一臂维持,另一手作踝关节背屈按压 3 次;(3)将两下肢分别作屈髋屈膝、伸腿,似“蹬车”式 360°被动运动各 30 次。以上三步手法推拿均在柔和非暴力下完成。一般每周 1 次,通常 2~3 次,每次治毕让患者卧床休息,嘱其作主动“蹬车”式活动每日 3 次,每次 30~50 下。

治疗结果

疗效标准:优:症状和体征完全消失,恢复原来工作;良:症状和体征基本消失,直腿抬高≥70°,恢复工作;可:症状和体征有减轻,能从事轻工作;差:症状和体征无好转。

结果:本组 24 例中,优 12 例,良 10 例,可 1 例,差 1 例,优良率 91.7%。本组 22 例随访 2 年,其中 19 例无复发;2 例劳累后有轻度症状,服药休息后消除;1 例手术治疗。

讨 论

我们针对腰突症发病的复杂机理及术后复发病例分析,采用骶管注药与轻手法推拿相结合治疗腰突症,经临床观察及随访,收到了满意的疗效,具有疗效确切、安全、适应范围大、尤其适合老年患者等优点。

骶管注药注意点:为防止误穿入硬膜囊盲端的可,根据骶裂孔距硬膜囊盲端约 5~7cm,我们选择用 7 号普通针头作进针用相对提高了安全性,在进针时以拇、示二指端捏持针头操作有手感强、灵活、力度易掌握、不易弯针折针等优点,提高了穿刺成功率。

轻手法推拿的治疗原理和作用与有关文献报道相符合^[1],镇痛状态下进行脊柱推拿手法,通过人体软性结构与硬性结构的系统协调作用,可促进突出物逆行回纳或部分回纳。在突出物难以回纳的情况下,还有可能使其在椎管内发生变位、变形,从而解除突出物与神经根或硬膜囊的病理关系。我们强调:(1)对患者双下肢施行“蹬车”式被动和主动锻炼,能有效地使受压、粘连的神经根得到松解;(2)手法宜轻柔,以避免因重力挤压使椎间盘突出程度反而增加,以致加重对神经根、脊髓压迫刺激。由于轻手法推拿是在骶管注药后进行的,术者应注意:(1)禁用暴力重力,以免麻醉平面上升而发生危险及加快药物扩散吸收而影响疗效;(2)每完成一步手法均需观察麻醉平面,平面稳定方可进行下步手法;(3)该方法最好能在手术室进行,以有效地控制平面及应急。

参考文献

1. 龚正丰,等.镇痛牵引下脊柱推拿疗法对腰椎间盘突出影响的 B 超分析.中国骨伤 1994;7(4):8.

(收稿:1995-06-03;修目:1996-04-06)

讨.中华骨科杂志 1989;9(3):186.

2. 侯春林,等.肌皮瓣在慢性骨髓炎治疗中的应用.中华显微外科杂志 1986;9(1):23.

3. 黄相杰,等.小腿筋膜岛状皮瓣在修复下肢软组织缺损中

的应用.中华显微外科杂志 1991;14(3):180.

(收稿:1995-04-02;修回:1996-04-04)