

不同牵引方式治疗退变性腰椎管侧隐窝狭窄症

周 兵

(广西龙潭医院, 柳州 广西 545005)

[摘要] 目的: 探讨四维牵引法治疗退变性腰椎管侧隐窝狭窄症中的临床疗效。方法: 选取退变性腰椎管侧隐窝狭窄症 72 例, 随机分为观察组与对照组, 观察组采用常规治疗配合四维牵引治疗, 对照组采用常规治疗配合骨盆牵引治疗, 对比两组患者治疗前、治疗后及随访 3 个月时日本矫形协会腰椎评分标准(JOA)评分、视觉模拟疼痛评分(VAS 评分), 并比较两组疗效优良率。结果: 观察组与对照组治疗后 JOA 评分分别为 (22.19 ± 2.09) 分、 (21.62 ± 1.70) 分, VAS 评分分别为 (1.75 ± 0.63) 分、 (2.07 ± 0.74) 分, 较治疗前明显改善 ($P < 0.05$), 治疗后两组间比较无显著差异 ($P > 0.05$); 观察组随访 3 个月时 JOA、VAS 评分为 (21.99 ± 1.86) 分、 (1.78 ± 0.98) 分, 对照组为 (20.50 ± 2.03) 分、 (2.80 ± 1.15) 分, 观察组优于对照组 ($P < 0.05$); 且观察组治疗后优良率显著高于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 四维牵引治疗退变性腰椎管侧隐窝狭窄症的疗效确切持久。

[关键词] 退变性腰椎管侧隐窝狭窄症; 牵引术; 疗效

[中图分类号] R681.57 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1000-2707(2013)04-0438-02

退变性腰椎管侧隐窝狭窄症(DLRS), 临床上又称为上关节突综合症, 是导致中老年腰腿痛的常见病因, 是腰椎管狭窄症的一种重要类型, 且随着人口老龄化, 其发病率日渐增多^[1]。有研究报道, 四维牵引治疗腰椎管狭窄症疗效显著^[2]。为观察四维牵引治疗 DLRS 的临床效果, 选取 2009 年 5 月 ~ 2011 年 9 月收治的 DLRS 患者在常规治疗的基础上配合四维牵引治疗, 结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2009 年 5 月 ~ 2011 年 9 月收治的 DLRS 患者 72 例, 男 37 例, 女 35 例; 年龄 44 ~ 82 岁, 平均 63 岁; 病程 9 月 ~ 14 年, 平均 (3.3 ± 1.8) 年。全部病例均有腰痛或下肢麻木不适, 其中腰痛及下肢放射痛 61 例, 腰痛及下肢感觉异常 65 例, 间歇性跛行 67 例, 每次行走距离 10 ~ 200 m 不等。直腿抬高试验阳性 17 例, 其中双侧阳性 8 例, 单侧阳性 9 例, 下肢部分肌力减弱 29 例, 其中双侧 14 例, 单侧 15 例。入院后常规拍摄腰椎正侧位、双侧斜位、过伸过屈动力位片, 并行 CT 扫描及 MRI 检查, 均证实有中央椎管和侧隐窝狭窄。

1.2 分组及治疗方法

72 例患者随机分为观察组与对照组, 每组各

36 例。两组患者均给予口服甲钴胺分散片加非甾体类抗炎药作为常规治疗。观察组在常规治疗的基础上配合四维牵引治疗, 采用四维脊柱牵引床(专利号: ZL0326102111)行牵引治疗, 俯卧位, 于双腋下、双腿系牵引带, 摇动滑轮使双下肢过伸悬吊牵引。升高患者下半身呈悬吊状, 与水平面 25° 夹角。根据患者情况可逐渐增大角度, 最高牵引角度为 45° 。每次牵引 30 min, 每日 1 次, 10 次为 1 个疗程。对照组在常规治疗的基础上配合骨盆牵引治疗, 采用 ATA 型自动牵引床(专利号: Q/19YJ02-2001)进行骨盆牵引, 患者取仰卧位, 分别在骨盆和肋下系上牵引带, 牵引重量为患者体重的 50%。每次牵引 30 min, 每日 1 次, 10 次为 1 个疗程。

1.3 疗效评价标准

对比两组患者治疗前、治疗后及随访 3 个月时 JOA、VAS 评分结果。依据 JOA 评分改善率制定疗效评价标准, 优: 腰部 JOA 改善率 $\geq 75\%$, 疼痛症状消失, 腰腿功能基本正常; 良: $75\% > \text{JOA 改善率} \geq 50\%$, 腰腿痛和功能明显改善; 可: $50\% > \text{JOA 改善率} \geq 25\%$, 疼痛减轻, 劳累后仍疼痛; 差: $\text{JOA 改善率} < 25\%$, 症状、体征无改善。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 12.0 统计软件处理本实验数据, 计量资料以均数 \pm 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 进行 t 检验, $P < 0.05$ 为有差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后 JOA、VAS 评分比较

两组患者治疗后 JOA、VAS 评分较治疗前明显改善,治疗前后比较差异有统计学意义($P < 0.05$),治疗后两组间比较无显著差异($P > 0.05$);

表 1 两组患者治疗前后 JOA、VAS 评分比较($\bar{x} \pm s$)

Tab. 1 Comparison of JOA and VAS scores between the 2 groups of patients before and after treatment							
组别	n	VAS 评分(分)			JOA 评分(分)		
		治疗前	治疗后	随访 3 个月	治疗前	治疗后	随访 3 个月
观察组	36	6.53 ± 0.78	1.75 ± 0.63	1.78 ± 0.98	13.11 ± 1.81	22.19 ± 2.09	21.99 ± 1.86
对照组	36	6.54 ± 0.92	2.07 ± 0.74	2.80 ± 1.15	13.22 ± 1.62	21.62 ± 1.70	20.50 ± 2.03

表 2 两组患者临床疗效对比($n, \%$)
Tab. 2 Comparison of clinical curative results between the 2 groups of patients

组别	n	优	良	可	差	优良率
观察组	36	4(11.1)	25(69.4)	7(19.4)	0(0.0)	29(80.6)
对照组	36	0(0.0)	21(58.3)	11(30.6)	4(11.1)	21(58.3)

3 讨论

目前临床上普遍认可的 DLRS 发病机理为机械压迫、血液循环障碍和炎症介质刺激 3 种机制。压迫机制是 DLRS 主要诱发原因,是目前得到最多认同的机制,受压强度越大、时间越长,神经功能损害越重,在去除压迫后,神经功能的恢复时间延长,且功能恢复的程度也明显减弱,甚至不能完全恢复^[3]。血液循环障碍是引起神经源性间歇性跛行的重要影响因素,站立或行走时由于地心引力影响,血液循环逐渐变差,导致渐渐出现间歇性跛行,当平躺休息时,血液循环逐渐改善使症状缓解^[4]。另有研究显示,机械性压迫和血液循环障碍不会直接引起疼痛,下肢疼痛与炎症性产物刺激有密切关系^[5]。神经根炎性水肿时会释放缓激肽、组织胺、前列腺素 E1 及 E2、白三烯等炎症介质,这些物质具有强烈的致痛和刺激作用。

脊柱的牵引治疗主要是应用作用力和反作用力的原理,使力量作用于脊柱,达到分离关节面、牵伸周围软组织和改变骨结构之间的角度力线等目的^[6]。四维牵引作用机理类似于后伸牵引,有多个方向的共同作用力,对椎体周围关系有一定的复原作用。除了能松解腰背部肌肉、纠正脊柱畸形

观察组 3 个月后随访 JOA、VAS 评分改善均好于对照组,组间比较差异有统计学意义($P < 0.05$),结果见表 1。

2.2 两组患者疗效比较

观察组治疗后优良率显著高于对照组,组间比较差异有统计学意义($P < 0.05$),结果见表 2。

外,还能使变直的腰曲得到改善。其牵引作用力能到达腰椎每个节段,通过调整腰大肌、竖脊肌等椎周肌肉,产生脊柱后伸应力,以达到改善或恢复腰椎曲度的目的^[7]。本研究中,观察组患者肌肉痉挛状态缓解显著,与上述理论相符。骨盆牵引属于慢速牵引和水平牵引,只有一个轴向的相互作用力,虽然也可以松解病变椎间关节和椎体的韧带,但没有调整腰椎恢复正常关系的作用,因此疗效不能持久。本组资料显示,两组患者治疗后 JOA 评分及 VAS 评分较治疗前明显改善,两组间差异不具有统计学意义,说明两种疗法对 DLRS 均有效。随访 3 个月后观察组 JOA 及 VAS 评分维持在较满意的水平,且与对照组比较有统计学差异,说明四维牵引疗效较持久。观察组治疗后优良率显著高于对照组($P < 0.05$),表明四维牵引可持续性的牵引肌肉,对缓解肌肉痉挛状态有明显效果,且可增宽腰椎间隙,缓解神经受压症状,并能缓解腰背肌肉疼痛,改善腰部活动度。

本组资料表明,四维牵引治疗 DLRS 的疗效确切持久,是 DLRS 的有效治疗方法。

4 参考文献

[1] 韦以宗,王秀光,潘东华. 调曲脊柱法治疗腰椎管狭窄症 90 例疗效报告[J]. 世界中医骨科杂志,2012(2): 45-47.

[2] 诸波,张慈. 脊柱生理曲度改变与脊柱相关疾病的联系[J]. 光明中医,2011(6): 1114-1116.

[3] 马明辉,杨延金,丁宁. 腰椎管狭窄症的诊断及治疗研究进展[J]. 海军总医院学报,2010(3): 160-162.

(下转第 442 页)

绩明显高于传统教学法学生成绩,且差异有统计学意义($P < 0.05$)。病例导入式教学法以学生为主体,教师为主导,激发了学生主动学习的兴趣,充分发挥学生主观能动性。学生在问题的引导下去探索和思考,在不断自主地发现问题、评价问题、解决实际问题的过程中获得知识和能力。实验结果说明病例导入式教学法能培养和提高学生综合分析能力、临床思维能力和实际操作能力,与于增国等^[7]研究结果相符,同时加深了学生对基本概念、基础知识的理解和掌握等,提高了学生学习成绩。

另外,在病例式教学过程中采用了显微镜下同步教学的方法,可通过图像采集系统将其镜下图像实时传输到计算机上,并通过多媒体投影机系统投影到大屏幕上,因此所有同学均能清楚、完整地看到教师调试骨髓涂片及全片观察以寻找病变的全部过程,能及时纠正学生存在的问题,使正常与异常、动态与静态有机地结合在一起,打破了时间和空间限制,学生能够看到教师及其他同学的实验过程,丰富了学习内涵,充分调动了学生的视听能力,有利于学生对骨髓涂片的学习,彻底改变了传统实验教学模式^[8]。

实践证明,病案例式教学法是一种行之有效的教学方法,在教学中使用这种方法,很受学生欢迎。

4 参考文献

- [1] 贾国荣,要志芹,卢燕.《临床血液学与检验》的临床教学体会[J].包头医学院学报,2012(20):107-108.
- [2] 邵学谦,张文华,鲁坤,等.典型病例库的建立及其在普外科见习教学中的应用[J].齐齐哈尔学报,2009(18):2305.
- [3] 黄文,郑健.“典型病例导入式”在临床医学八年制医学生神经内科见习中的应用[J].重庆医学,2009(6):740-741.
- [4] 郑金洲.病例教学指南[M].上海:华东师范大学出版社,2000:1-30.
- [5] 牛继平.病例教学法在传染病学教学中的应用[J].中外健康文摘,2012(35):28-29.
- [6] 夏安周,彭冰,邢淑华.病例教学法在《药理学》课程教学中的运用[J].中国高等医学教育,2009(6):73-74.
- [7] 于增国,伦永志.《临床血液学检验》病例讨论课的实践效果[J].新课程,2007(5):69-70.
- [8] 姜晓刚,张国安,魏红,等.显微数码互动系统及其在形态学实验教学中的应用[J].济宁医学院学报,2012(6):218-219.

(2013-05-22 收稿,2013-07-12 修回)

编辑:周 凌

(上接第 439 页)

- [4] 康学文,王栓科,汪玉良.胸椎管狭窄症手术指征及时机探讨[J].临床骨科杂志,2008(2):205-206.
- [5] 莫景木,杨渊,陈海涛,等.椎弓根螺钉固定及椎间加横突间植骨融合治疗退变性腰椎管狭窄症并腰椎滑脱 52 例[J].广西医学,2010(2):180-181.
- [6] 毛克亚,王岩,肖嵩华,等.微创手术治疗单节段腰椎管狭窄症的疗效评价[J].中国脊柱脊髓杂志,2011(2):

113-117.

- [7] Weinst ein JN, Tosteson T D, Lur ieJD, et al. Surgical versus nonoperative treatment for lumbar spinal stenosis: four-year results of the spine patient outcomes research trial[J]. Spine, 2010(14):1329-1338.

(2013-04-25 收稿,2013-07-11 修回)

编辑:周 凌

注意正确使用“百分点”

百分点(1 百分点=1%)的使用现在越来越多,但不少作者用错了。例如某期刊中说:“2007 年产量为 100 万 t,2008 年达 112 万 t,增加了 12 个百分点。”百分点是一个新的基础数学概念,它只用于比较采用百分数形式表示的数值的增减,例如个人存款的年利率从 3.25% 降至 2.25%,可以说降了 1 个百分点,但不能说降了 1%。如果是降了 1%,则新利率应为 $3.25\% - 3.25\% \times 0.01 = 3.2175\%$ 。可见,上述年产量的增加应该用百分数表示,即说“增加了 12%”。

百分点是一个单位,书写时其前面的“个”应删去,正如“5 小时”、“10 厘米”不应写作“5 个小时”、“10 个厘米”一样。