金葡液结合牵引治疗腰椎间盘突出症30例报告

贺 宁 杨丽群 赖嘉第

腰椎间盘突出症是最为常见的一种腰腿痛。1995年1月～1996年12月，我科采用金葡液腰椎板后注射结合骨盆牵引治疗本症30例，近期观察效果满意，现总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料：本组共30例，男23例，女7例，年龄28～72岁。发病时间最短的2周，最长的10个月。

1.2 临床表现及影像学检查：30例患者均有腰痛伴一侧或双侧下肢放射性坐骨神经痛，患椎旁有局限性的压痛或叩击痛。在静止状态下，患肢及臀部有酸胀刺痛蚁行感13例，跛形步态5例。25例患肢直腿抬高试验小于60°，加强试验阳性，13例腱反射减弱，12例X线平片有椎间隙狭窄，8例有不同程度的骨质增生及小关节突肥大。30例腰椎CT扫描诊断为腰椎间盘突出症，其中$L_{4\sim5}$14例、$L_5\sim S_1$9例，$L_{4\sim5}$及$L_5\sim S_1$发病7例。

1.3 治疗方法

1.3.1 治疗组：金葡液腰椎板后注射结合骨盆牵引。治疗前常规检查：包括血尿常规与肝功、肾功以及胸透、心电图。试敏：取皮试液0.1ml，行前臂皮内试验，15分钟后观察结果。注射部位丘疹直径在1.5cm内者为阴性，皮试阴性者方可用药。注射方法：先在腰背部体表正确定位。取金葡液2ml加1%利多卡因2ml混合备用。以病变椎间隙为中心，在上下各一个椎体的棘突旁开1.5cm，注射针45°刺入直达椎板后，回抽无血，分4点各注入混合液1ml，每周1次，6次为一疗程。用药后反应：少数患者在注射后可有发热头痛、关节痛及注射部位疼痛等反应，一般可自行消退，反应严重或持续不退者应予对症处理。注意事项：切勿将药液注入血管内及神经干上。过敏体质，心、肾、肝功能不全，孕妇及局部皮肤条件不好者慎用。

骨盆牵引：在金葡液注射后20分钟再行骨盆牵引。病人仰卧于牵引床上，床脚垫高10cm，腰部系好牵引带，根据病人的体重，腰部对牵引重量的反应和牵引绳的紧张度，调整重量。一般重量为7～10kg，每日2次，每次1小时，6日为一疗程。（配合金葡液治疗）。这个重量患者可长期接受，不会引起肌肉痉挛，孕妇、经期妇女、老年患者合并高血压、心脏病及有脊柱先天畸形者禁忌牵引。

1.3.2 对照组：硬脊膜外腔注射皮质激素类药物。患者侧卧位，患侧在下，取$L_{4\sim5}$、L_5S_1上一间隙硬脊膜外腔穿刺，成功后向尾端注入醋酸强地松龙125mg加0.5%利多卡因10ml，注射后侧卧5分钟，平卧30分钟。此疗法每周一次，可注射3～5次。

1.4 疗效评定标准[1]：①优：腰腿痛消失，直腿抬高阴性，下肢无神经功能障碍或仅有少许感觉减退，能做原工作。②良：腰腿偶有微痛，直腿抬高＞70°，下肢有轻度感觉减退，能做原工作。③进步：腰腿痛大部分消失，直腿抬高＞60°，下肢有轻度运动及感觉减退，能做一般工作。④差：腰腿痛减轻不明显，直腿抬高＜60°，下肢有中度运动与感觉减退，能做轻工作。

2 结果

金葡液注射结合骨盆牵引治疗腰椎间盘突出症1个疗程9例，2个疗程13例，3个疗程5例，4个疗程3例。连续观察6～24周，平均12.4周。两组疗效见附表。

硬脊膜外腔封闭对照组共35例，其中优12例，良17例，进步4例，差2例，优良率为82.8%（见附表）。

附表 治疗组与对照组两组疗效

疗法	例数	优	良	进步	差	优良率(%)
金葡液椎板后注射	30	19	7	3	1	86.7
硬脊膜外腔封闭	35	12	17	4	2	82.9

3 讨论

3.1 金葡液是特殊菌种的代谢产物，经分离、纯化、加工处理而制成的生物制剂。其药理作用含有多种内源性、外源性酶，通过生物活性物质作用于人体，直接或间接调整人体的机能。腰椎间盘突出症是椎间盘在退行病变的基础上，其弹性和抗负荷力减退，在外力作用下，使已变性的纤维环破裂，髓核水肿突出，压迫神经根，引发下肢痛。金葡液局部注射后，它可直接作用于后纵韧带及髓核，其药物的生长调节因子和乌氨酸能激活细胞代谢，加速蛋白质和核酸的合成，病变区的微血管增生，周围组织软化，渗透增强，从而改善局部的新陈代谢，清除致炎物质，降低神经的兴奋性，减轻急性炎性引起的疼痛，从而达到治疗目的。

3.2 本组全部病例采用金葡液椎板后注射结合骨盆牵引治疗。1～3个疗程后，大部分患者自觉症状明显改善，这是因为金葡液的生物活性物质具有较强的消炎止痛作用。而骨盆牵引能减轻椎间盘内的压力，解除腰背肌痉挛，利于髓核回缩。在随访病历中，无1例腰腿痛急性复发，7例偶有轻微的钝性腰痛，3例椎间小关节的排列由原来的不对称转为对称，2例经3个疗程治疗后自觉症状和体症全部消失，但CT复查发现其治疗前后髓核突出的形态、位置、大小均无明显变化。影像学检查结果似乎与疾病表现不符，但客观依据提示，引起腰痛的原因不能用单一髓核突出压迫硬膜囊和后纵韧带解释。而椎间小关节疾患也可能是引起腰背疼痛的原因之一。

3.3 腰椎间盘突出症的治疗，主要分非手术与手术治疗。多数患者经非手术治疗可取得良好的效果，有报道单纯骨盆牵引满意率可达30%[2]。本组病例采用金葡液椎板后注射并结合骨盆牵引治疗腰椎间盘突出症，近期疗效为87%，而传统的硬脊膜外腔封闭疗法组近期优良率为82.8%，低于金葡液治疗组，和文献报道相接近[3]。本疗法起效快，疼痛缓解明显，病人乐于接受，可做为保守治疗的一种方法。

3.4 接受金葡液治疗后，少数患者可能出现一些类似感冒的症状，这些不良反应都发生在治疗的早期。本组观察到2

作者单位：宁夏银川市第二医院骨科 750011

© 1994-2006 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

例有发热反应，体温在 38℃ 左右，2 例有头痛，四肢关节酸痛，1 例有注射部位疼痛，经对症处理后都迅速缓解。本组病例在治疗期间未发现有过敏反应和心、肝、肾功能损害。但须注意药物的不良反应，严格无菌操作，谨防意外。

4 参考文献

1 赵敦炎，等. 腰椎间盘突出症合并侧隐窝狭窄的诊断和治疗. 中华骨科杂志，1991，1：45

2 邵宣，等. 实用颈腰背痛学. 北京：人民军医出版社，1992：384

3 崔光礼，等. 硬膜外腔药物注射配合超短波治疗腰椎间盘突出症 34 例分析. 中华麻醉学杂志，1990，5：304

（收稿：1997—05—22　修回：1997—07—14）责编：马兴忠

迪也拉富瓦(Dieulafoy)氏病的诊治

马燕萍　王春华

Dieulafoy 氏病是一个并不少见的临床难题[1]。全世界文献共有 156 例，最近我院收治了 2 例原因不明的上消化道出血病人，经过外科手术和病理证实为 Dieulafoy 氏病，现报告如下。

1 临床资料

病例 1，女性，58 岁，以上腹部疼痛、呕血、黑便 1 周为主诉急诊收入院。既往有高血压病史，否认胃病史。开始每天解柏油样大便数次并伴有呕血，病人出现失血性休克等症状，立即给予抗休克、输血、止血、抗溃疡等治疗 6 天，输血 3000ml，但上消化道出血仍不止，且病情日益加重。经 B 超检查除外肝硬化和门脉高压等表现，急诊胃镜检查未见食道静脉和胃底静脉曲张，胃腔内有大量陈旧性积血和血块，未见溃疡和活动性病灶，幽门及十二指肠正常。经家属同意转外科剖腹探查。打开腹腔探查肝、脾无异常，胃壁无包块和溃疡疤痕及出血病灶，只好行胃壁纵行切开，胃腔内有约 500ml 陈旧性血液和血块。清除胃内潴留物，在胃体上部小弯前壁可见一个不到 1cm 的小溃疡灶，中心部有一破裂的动脉残端，随即行胃大部切除术（毕Ⅱ氏），术后两周痊愈出院。病检报告：胃体小弯前壁有一 0.5cm × 0.5cm 大小浅表粘膜缺损，粘膜小动脉糜烂、扩张。

病例 2，男性，45 岁，主因反复呕血、黑便六年加重 1 周，门诊以溃疡病收入院。否认有肝硬化病史。6 年来反复呕血，解柏油样大便，量不多，自服抗溃疡药物可缓解，1 周前无明显诱因又出现呕血及黑便，量较多，入院后给予输血、止血、抗溃疡治疗，同时应用孟氏液等效果不佳，病人呕血量达 1500ml。在内科治疗 4 天，行胃镜检查未发现食道及胃底静脉曲张，在胃体上部近贲门处可见约 1.5cm 大小浅表溃疡，无活动性出血，十二指肠未发现异常，因反复出血，家属要求转外科治疗。手术打开腹腔，未见明显溃疡及活动性出血，纵行切开胃壁约 10cm 进一步探查见胃体小弯侧前壁近胃角处一星状溃疡灶，中心有一动脉残端，未见活动性出血，行胃大部切除术（毕Ⅱ氏），术后 12 天痊愈出院。病理报告：胃体小弯侧一绿豆大小浅表溃疡，粘膜小动脉糜烂、扩张。

作者单位：宁夏自治区医院内二科　750021

2 讨论

Dieulafoy 氏病临床表现都很一致，患者通常表现为出血与黑便，却无相关病史[2]。本病定义为有浅表溃疡围绕的厚壁动脉血管。内镜检查可因胃内有大量血块而掩盖病灶或检查时无活动性出血而被误诊、漏诊，故内镜检查不是主要手段[2]。选择性腹腔动脉造影不仅可以显示胃粘膜血液溢出的病灶，同时还能发现明显的畸形血管。但 Pointner 认为严重胃肠出血首选的诊断步骤为急诊内镜[3]。

在 1970 年前本病累及死亡率为 76%，近十年已降至 23%[1]。1946 年首次用胃窦部切除术治疗本病获得成功。1961 年首次用结扎术成功治疗胃底部 Dieulafoy 氏病，此后结扎术便广泛应用。近年来有不少报告用双极电凝和注射硬化剂聚多卡醇也获得了一定的疗效。本病病因不详，在组织上的特征为粘膜下胃动脉急性糜烂、扩张，其血管内膜、中膜仍保持完整，无弹力组织异常和血管炎的征象，血管的口径达 1～2mm，为正常的粘膜下动脉的 5～10 倍，无局限性动脉瘤病变，病灶周围胃粘膜正常，孤立性粘膜糜烂（即浅表溃疡）通常为 2～5mm 大小，直接与其下的动脉相通，但多数学者认为 Dieulafoy 氏病的诊断不需要组织学证实[4]。

3 参考文献

1 Words K et al. Dig Surg, 1988, 5(2): 89～94

2 徐萍，等. 迪也拉富瓦氏病. 一个并不少见的临床难题. 国外医学. 消化系统疾病分册，1989：2

3 Pointnen R et al. Gastroenterdogy, 1988, 94(3): 563～566

4 姚恒青，等. 经内镜治疗 Dieulafoy 氏病. 国外医学消化系统疾病分析，1989，2：115

（收稿：1997—11—10）　责编：马兴忠

© 1994-2006 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net