

对椎间盘源性腰痛治疗如何选择?

刘保卫

(解放军总医院脊柱外科 100853 北京市)

中图分类号:R681.5 文献标识码:C 文章编号:1004-406X(2007)-11-0807-01

腰痛是非常复杂的一组临床综合症状。就目前研究的结果,外科治疗腰痛的基础仅限于对椎小关节和椎间盘疾病的认识。目前针对椎间盘源性腰痛的治疗方法报道越来越多,结合近年来国际、国内的资料和笔者的临床体会谈谈针对椎间盘源性腰痛治疗方法选择的粗浅认识,与同道共同探讨。

按照 Zedblick 提出的概念,椎间盘源性腰痛(discogenic pain)应当包括椎间盘内紊乱(internal disc disruption, IDD)、退行性椎间盘疾病(degenerative disc disease, DDD)以及腰椎节段不稳(segmental instability)三个阶段的三类不同疾病。尽管椎间盘源性腰痛的病理生理过程目前尚不完全清楚,但目前主要有两种学说解释其发病机制。由于 Coppes 等研究发现椎间盘损伤和退变与神经纤维向心性内生相关,因此,机械学说认为,机械载荷(椎间盘内压力增高)作用于退变和撕裂的纤维环区域,使纤维环内的伤害感受器的敏感性增加而易产生腰痛;而化学学说者的研究表明,由于椎间盘内部结构和功能代谢出现异常,如退变、终板损伤或释放出某些因子,刺激椎间盘内疼痛感受器而引起腰痛。无论从哪一种学说的观点出发,Zedblick 的概念中的严重退行性变性椎间盘疾病和节段不稳均不应包括在此范围内,而且在临床上严重的退行性变性椎间盘疾病和腰椎节段不稳已有相应的明确诊断标准。

因为在影像学诊断方面诊断椎间盘源性腰痛缺乏特异性,仅 MRI 扫描椎间盘表现为 T2 加权像呈低信号改变(黑间盘, dark disc)并不能确切地表明疼痛是来源于该椎间盘。椎间盘造影术(discogram)是诊断椎间盘源性腰痛最重要的诊断方法,尽管其有一定的假阳性,但是它是目前唯一有患者主观意识参加的一项检查,其他方法无法替代。椎间盘造影必须包括四个要素:椎间盘形态,椎间盘内压力或可注射的液体量,注射时诱发出主观感觉的疼痛,相邻节段注射时没有主观疼痛反应,这四个要素缺一不可。正常椎间盘能够容纳 1.5~2.5ml 的造影剂,大于 3ml 时为异常;最重要的是造影时能够复制出和平时相同的疼痛;同时,必须对相邻节段进行椎间盘造影作对比。正确地将穿刺针置于髓核内是减少假阳性的关键。

因为腰痛是非常复杂的一组临床综合症状,因此综合治疗是必要的。首先应采取的是保守治疗,其中最重要的是教育患者改变不良的工作和生活习惯,保持正确的坐姿和站姿,合理的功能锻炼,避免久坐、久站、弯腰和抬重物等增加椎间盘压力的动作。对于保守治疗无效的患者,最早采用腰椎融合的方法,但因为此类患者多为较年轻者,远期会产生相邻节段椎间盘退变加速等一系列问题,因此很少再用于临床,取而代之的是各种微创下的椎间盘内减压术(如激光、射频等)。其次从脊柱整个退变过程出发,近年来提出了脊柱退行性变疾病过渡性或阶段性治疗的概念,就是指应用椎间盘内减压术(如激光、射频等)、人工椎间盘置换术和脊柱功能单位的柔性固定等治疗方法。过渡性治疗的方法在能够缓解疼痛症状的同时,对整个脊柱的正常退变过程干扰小,因而在现阶段成为腰痛的主要治疗手段,而腰椎融合的方法是椎间盘源性腰痛的终极治疗方法,术前应权衡利弊,严格掌握适应症。

作者简介:男(1961-),副主任医师,副教授,研究方向:脊柱外科

电话:(010)66939430 E-mail:spinelu@yahoo.com.cn

(收稿日期:2007-08-17)

(本文编辑 卢庆霞)