

# 腰椎骨折脱位罕见类型 “纵牵横挤”复位成功一例报告

湖北省仙桃市中医院 董希武

脊柱胸腰段压缩性骨折脱位合并脊髓损伤，为临床上常见病例。本例腰椎附件骨折和侧方重叠移位，而脊髓未有横断性损伤，临床未出现截瘫症，实属罕见，现报告如下：

## 临床资料

病史摘要：患者李××、男 29岁湖北仙桃籍，住院号192。于1986年2月3日下午2时，患者拉板车（载有三块水泥预制板）时，因下坡向右急转弯过快，左侧腰背部被水泥预制板猛烈撞击，顿时腰背部剧痛，就地卧倒，不能站立，于五点钟车送我院门诊，未经拍片拟诊“第一腰椎压缩性骨折”而住院。

一般检查：发育良好，营养中等，神志清楚，表情痛苦，强迫屈腿侧卧位，血压100/60 mmHg，心肺无异常，腹部柔软，肝脾未触及，髋、膝、踝关节活动无明显障碍，因活动牵拉腰痛加剧，腰部活动小于正常范围，腰椎<sub>1</sub>以下皮肤感觉正常，提睾反射，膝腱反射，跟腱反射存在，小便通畅，大便受伤前两天未解。但无腹痛，腹胀及腹肌紧张，脊柱生理性弯曲消失，腰椎<sub>1</sub>以上棘突明显偏向右侧，局部压痛，皮肤轻度擦伤，躯干活动困难。

2月4日X光摄片检查 正位腰椎<sub>1</sub>向右完全滑脱，移位3/4，腰椎<sub>2</sub>左侧向上，右侧向下与腰椎<sub>3</sub>平面接触呈45°，腰椎<sub>3</sub>~5棘突纵线向右略成弧形改变。腰椎<sub>1</sub>左侧横突及腰椎<sub>2</sub>右侧横突骨折。腰椎<sub>1</sub>下关节突与腰椎<sub>2</sub>上关节突骨折。侧位片：腰椎<sub>1</sub>与腰椎<sub>2</sub>重叠4/5，腰椎<sub>2</sub>椎弓根骨折，但移位不明显。

损伤较常见，而滑囊炎是其中常见损伤之一，特别是最易发生退行性改变和劳损的慢性滑囊炎，本组43例中，慢性滑囊炎竟占72.09%。而本方治疗此病具有独特之效。

3.滑囊又叫滑液囊，它分泌滑液以保护关节腔及关节面软骨的磨损，若损伤及劳损后，滑囊分泌大量的滑液和血液，从而引起肿胀和疼痛等一系列症状，所以在治疗中，既可利用本方药外敷加压包扎，抬高患肢制动，又可逐淤破结生新，活血养血，补气益血，通经除湿，起到“坚者削之，留者攻之，邪者祛之，衰者补之”的辨证施治的目的，对慢性滑囊炎患者也要强调

诊断：(1)腰椎<sub>1</sub>向右侧完全脱位。

(2)腰椎<sub>1</sub>、2附件骨折。

治疗：为使脱位椎体恢复正常解剖位、以利创伤部位稳定和修复，按“欲合先离”，“离而复合”原则，故归纳“纵牵横挤”手法复位方案。整复器械采用自动牵引床，上、下牵引带各一件，具体操作如下：

(1)脊柱纵向牵引：沿脊柱纵轴线，既脱位两端施行对抗牵引，牵引前注射“强痛定100 mg”，以缓解疼痛，患者首先仰卧牵引床上，上牵引带像开胸式背心穿好，上至腋窝，下至季肋，两皮带由腋窝至头顶顶部，胸前扣紧，下牵引带系腰腹部至两髂脊、扣紧，皮带超过膝关节，由牵引床上缆绳勾住上，下牵引皮带，开动电钮，稳定平衡地徐徐牵动，牵引量缓慢递增至最大量80公斤，同时密切注意肢体感觉，免伤脊髓，牵引时间为15分钟，但患者自觉疼痛未减，俯卧观察，椎柱上下棘突纵线畸形无改变。可见单仰卧牵引未获得成功。然后改俯卧牵引，同上系住上下牵引带，当牵引量递增至65公斤时，直观上下错位棘突纵线略有松开，继增至80公斤，并维持其牵引量。

(2)横向对挤脊柱：这是决定复位要领，由两助手分在患者脊柱右侧上段，左侧下段，同时用手掌分别用力推挤右胸肋中线及左腰髂部位，此时维持量未变，见脊柱纵线畸形渐趋消失，患者自觉腰痛锐减，下肢活动仍无障碍，感觉无异常，停止“纵牵横挤”。

(3)按揉舒筋：以轻巧柔和手法，术者用双手小鱼际按揉胸椎<sub>12</sub>至腰椎<sub>5</sub>两旁肌肉，以力深

股四头肌锻炼，以促进残留的肿胀消退，萎缩的肌肉恢复，从而达到巩固疗效的目的。

## 参考文献

- 李国衡：膝关节慢性创伤性滑膜炎的治疗（附36例疗效观察）中国骨伤科杂志1987三卷三期 P43
- 周沛等：中医滑膜炎冲剂治疗膝关节创伤性滑膜炎的疗效观察与实践研究  
中国运动医学杂志1986.4 P198
- 戴干成：膝关节创伤性滑膜炎治疗  
骨伤科通讯1988年1期 P13

透到脊柱, 患者有温热舒适感为宜, 而使局部紧张肌肉得以松弛, 气血得以流畅, 进一步减轻局部疼痛。

(4) 中药内服: 以活血化瘀, 通腑降气为主应用桃仁承气汤加减, (药物从略) 每日一付。

2月5日X光第二次摄片复查正位腰椎<sub>1,2</sub>原脱位有显著改善, 移位约1.5cm椎间隙轻度狭窄。侧位: 原腰椎<sub>1,2</sub>重叠移位已恢复正常位, 但正位片尚不理想, 还有进一步改善可能, 故按上述三法, 每日一次, 连续六天。

2月13日X光第三次复查腰椎<sub>1,2</sub>移位有进一步改善, 移位1cm、两侧横突反椎弓根骨折线基本消失, 其脊椎棘突纵线及曲度有改善。

继卧硬板床, 内服中药改以“接骨续筋”与“通经活络”为主, 内服“正骨紫金丸”, 局部采用按揉手法并擦舒筋药水, 住院19天, 患者要求出院, 七天后步行来院致谢, 出院两个月开始铲土劳动, 至今已两年有余, 仍然体力劳动未间断, 一天连续劳动数小时无不适之感, 被动与主动前屈、后伸、侧弯及旋转躯干无障碍, 已基本恢复正常。

### 讨论与体会

此例属暴力直接冲击脊柱胸腰段左侧, 作用力与脊柱所形成角近90°, 水平分力较大, 造成第一腰椎完全脱位, 作用于第一、二腰椎关节突, 横突及椎弓部分骨折和部分韧带撕裂。本例严重脱位伴附件骨折, 而脊髓未形成横断性损伤及临床未出现截瘫, 此属罕见病例。其主要原因

是成人脊髓末端仅达第一腰椎下缘, 第二腰椎以下为马尾神经, 椎管容积相对较大而腰椎骨折脱位所造成的剪力未伤及马尾神经的缘故。

本例为非稳定性腰椎骨折脱位, 在未治疗之前, 有人提示: 现在未瘫, “纵牵横挤”有可能导致瘫痪, 并介绍82年6期中华骨科杂志类似一例, 采用保守疗法。

本例在很短时间得到康复的原因, 首先正确运用“纵牵横挤”与传统手法有机配合, 从实践体会只有俯卧“纵牵横挤”等手法是使腰椎复位捷径之道。其次是治疗及时, 从入院诊断到首次复位未超过18小时, 脊柱基本恢复正常解剖位, 后又连续六次采用相同手法, 完全达到正常解剖位, 若延长治疗, 或采用不适当措施, 躯干略有活动, 必然加重骨折脱位创伤。延迟日久, 损伤部位血肿, 水肿、粘连脊髓可能变性, 那时复位颇为困难, 并发症接踵而至, 预后多为不良。

对病例的分析, 特别是发生机理, 只是笔者拙见和推断, 在此抛砖引玉, 冀望同道斧正。

此文呈蒙湖北中医学院、熊敦善教授, 武汉市第一医院付主任医师鲁周同指导。特此致谢。

### 参考资料

1. 《中华骨科杂志》1982年6期  
“腰椎骨折脱位罕见类型一例报告”
2. 《临床骨科学》天津医院骨科编484页  
“非稳定型脊柱骨折或脱位处理”
3. 《腰痛痛》葛宝丰编著 181页  
“脊柱骨折和脱位”

(上接第21页)

中午下班后自感颈项困痛, 活动不便, 头晕不适。曾于多方治疗, 症状时轻时重, 前来本院求治。体查: 颈项右斜, 颈2棘突处有轻度压痛, 活动受限, 前屈25°, 背伸10°, 左屈25°, 右屈20°, 左旋25°, 右旋30°, 摄X线片: 环齿关节开口正位片示, 环枢中轴线偏离1.8mm, 环齿间隙不等。诊断为环枢半脱位。使用扳按旋转手法进行整复, 患者颈斜和疼痛症状消失, X线摄片复查: 齿状突正中, 环枢椎中轴线正常。以法牵引及硬纸皮高颈围固定二周而愈。

### 讨论

一、颈椎的后关节比较短小, 后关节面接近水平位, 如果长期低头工作劳损, 或外来暴力致使颈部过屈和过伸, 都会使后关节的关节束松弛或撕裂, 上一个颈椎的下关节很易向前滑移, 造成颈椎半脱位。患者常有神经根刺激症状, 出现枕后颈项困痛, 肩背部与上肢放射性疼痛, 或麻

木无力。临床上应根据以上病史和症状, 以及颈椎棘突的畸形压痛之体征, 而考虑为本病, 切误诊与漏诊。

二、对本病治疗要先做到准确诊断, 既要认真细致的临床检查, 又必须摄X线正、侧位片加以确诊。及早采用本法复位治疗。本组病例所见, 早期复位治疗者效果甚佳, 病程长者复位疗效次之, 外伤脱位者手法复位较劳损脱位疗效好。

三、实施手法时, 用力要适度, 两手须协调, 避免采用暴力复位, 粗暴妄目的复位方法, 容易使脱位加重, 或造成齿突和关节突骨折。所以, 要求对抗牵引必须顺势进行, 扳按不能用力太过, 旋转幅度不要过大, 急于求成的心理, 往往会导致复位失败。本组28例是一次手法复位成功外, 8例需整复2次, 5例整复3次。

四、应用扳按旋转手法整复颈椎半脱位, 是一种简易可靠的治疗方法。本组41例中有30例达到解剖复位和近解剖复位, 有效率达到100%, 较以往单纯使用内服外敷药物治疗或针灸理疗的效果显著。