

手法整复治疗脊柱外伤性截瘫

湖南省石门县中医院 (415300) 李育志

我院从1984年12月至1988年10月,以手法整复脊柱骨折合并截瘫,共37例,报告如下。

临床资料

1.一般资料:男、32例、女5例;年龄18—40岁33例,40—60岁4例;颈椎伤4例,胸腰段33例;完全瘫20例,部分瘫17例。

2.分类:屈曲压缩型:20例,有移位16例,平均移位0.8cm,全瘫5例,不完全瘫10例。屈曲脱位型:12例,平均移位1.4cm,全瘫9例,不完全瘫3例。屈曲旋转骨折脱位:4例,平均前后脱位2cm,4例全瘫。伸直型:1例,不全瘫。

3.治疗方法:本组病人俯卧位手法整复32例。仰卧位5例。患者俯卧位于硬板床上,双腋下放置宽布带(床单亦可),髋部包骨盆,放置宽布带,左右交叉,一头拉腋胸,一头拉骨盆双下肢,需4—8人,上下对抗持续、平衡牵引几分钟,勿过伸位。术者:对照X光片,摸准移位远端,后凸畸形处,用右手用力向下按压,有时可听得“咔嚓”响声,畸形消失,脊突在一条轴线上,再保护复位处,仰卧位,复位处放置10cm高枕头做垫,保持稳定位。注意,肌肉关节被动活动,按摩。一般4周后,可作床上挺胸腹锻炼,可行胸、腰、围五点支撑法,5—6周三点支撑法。部分瘫痪者6周后下床锻炼。全瘫者8—12周可下床锻炼站,或练走,但必须有人保护。配合综合治疗:如治疗早期,脱水疗法,激素,运用促进微循环药

物。中药,分早、中、晚期治疗,防治褥疮尿路感染,关节僵硬,合并症及功能重建康复治疗。

4.治疗结果:37例中,经3个月—3年不同时间随访,32例达解剖复位,5例达生理对位。全瘫20例中完全恢复5例,部分恢复11例,截瘫指数平均下降3级,无恢复4例。部分瘫痪17例中,完全恢复10例,部分恢复7例。截瘫指数平均下降2.5级。

讨 论

1.手法整复时间:急性期应在24小时内整复,6小时内为治疗黄金时代。

2.手法禁忌症:(1)伴有脑、胸、腹内脏伤或本身脊柱原发型病变者;(2)椎管中明显较大骨块存留;(3)手法复位差,截瘫平面不断上升,有硬膜外进行性出血,血肿,经腰穿,压颈试验,示脑脊液梗阻者。

3.手法整复是仰卧式或俯卧式,均有报导。以仰卧式多。但我们这组37例病人则俯卧式32例经术后复查达解剖对位。我们体会,俯卧法,对抗牵引后,术者定位准确些,复位好用力些。只是注意不过伸。复位后保护好仰卧位。而仰卧位术者不好用力,定位也不太准。

4.我们采用手法整复,方法简单,整复速度快,损伤少。脊柱骨折,脱位畸形能及时纠正,恢复生理曲线,解除了对脊髓压迫。是一种有效方法之一。

假设F1为一个力学单位,将附表中各组数据分别代入上式,通过计算,F2值分别为:24、15.3、15、18.4、15.3个力学单位。由此可见,整复时,在膝部施加一个单位的向下背侧的扳拉力,就可以股骨大粗隆部为支点,使股骨头产生15~24个单位的向前下方移位的复位力。因此,施法时,仅需一名助手固定骨

盆,术者一人操作即可复位;同时,只要摆好体位,在术者双手环抱膝部用力下扳,患者感到疼痛的瞬间,复位已告成功,因此不需麻醉。

我们体会:“屈扳法”对于无合并骨折及血管、神经损伤的新鲜髓关节后脱位的整复,不失为一种理想的复位方法。