

4. 各类关节炎引起的腰痛, 如类风湿性关节炎, 强直性脊柱炎, 牛皮癣性关节炎等此类疾病均可引起腰背痛。

5. 脊柱病变引起的腰腿痛, 又分先天性脊柱畸形, 如隐性脊柱裂, 椎弓裂, L₅骶化, S₁腰化等。后天性脊柱病变: 骨质退化性变化,

间盘退化性变, 椎管狭窄, 脊椎结核, 原发性肿瘤等。

除此以外, 还有脊柱外的软组织病变引起腰腿痛: 如梨状~综合征, L₅横突综合征, 臂上皮神经炎, 肌筋膜炎, 棘上及棘韧带损伤。腰肌劳损等。

硬膜外封闭及牵引治疗腰椎间盘突出症疗效观察

解放军第89医院创伤外科中心 (山东潍坊 261200)

张希利 王宪臣 姚树汉 丁明 王勇

1986年~1990年我们采用硬膜外腔药物封闭配合腰椎牵引治疗腰椎间盘突出症172例, 并与单纯牵引92例相比较, 经观察和随访, 前者疗效优于后者, 报告如下

临床资料

综合组男128例, 女44例; 年龄 34.5 ± 9.5 岁; 病程6天~4年。突出部位: 左侧91例、右侧76例, 双侧5例, L₄₋₅ 149例、L₅、S₁ 25例。对照组男58例, 女34例; 年龄 35.5 ± 9.5 岁; 病程4天~3年。突出部位: 左侧36例, 右侧52例, 双侧2例; L₄₋₅ 71例、L₅、S₁ 21例。两组病人均有临床症状, 经体检和 X线、B超及 CT 摄片检查诊断为腰椎间盘突出症。

治疗方法

1. 硬膜外腔药物封闭: 患者侧卧于牵引床上, 疼痛明显侧在下, 取L₃₋₄或L₄₋₅为穿刺点, 常规硬膜外穿刺, 成功后, 用2%利多卡因液6~8ml加醋酸强的松龙注射液2ml (50mg)、维生素B₁₂100ug (2ml) 注入硬膜外腔, 然后平卧5~15分钟, 观察无不良反应后, 再俯卧位进行牵引。

2. 牵引: 采用西安东方机械厂生产的YM79-B型电动牵引推拿床。操作: 脱去外衣, 俯卧在牵引床上, 牵引带固定在胸、骶段, 暴露出定位标准处, 调整牵引重量, 开动牵引开关, 使腰段缓慢拉开, 此时密切观察血压、呼吸、脉搏及腰肌紧张情况, 牵引20分钟。然后

将按摩锤对准突出部位, 开动按摩开关使橡皮按摩锤垂直上下锤击震荡突出部位周围 (每分钟50~60次), 复位后固定突出的定位标志处, 解除牵引固定带。按脊柱骨折搬运法, 护送至病房或家中, 仰卧在铺有泡沫的硬板床上。继续处理如下: (1)病人绝对仰卧至24小时以上, 腰围固定。给予流汁、半流汁饮食。(2)24小时后翻身变换体位, 但不宜次数过多。(3)3天后下床在室内轻微活动, 5~7天后行理疗, 如: 超短波治疗, 促进其康复。(4)牵引后可给予止痛、舒筋活血、维生素类药物口服。

综合组采用以上方法进行治疗, 对照组只进行牵引后理疗。

结果和体会

疗效标准 治愈: 临床症状、体征消失, 活动自如, 可恢复原工作。显效: 临床体征消失, 自觉症状尚有小腿外侧及足背外侧轻度麻木不舒适, 活动功能正常, 可以从事一般工作。好转: 腰腿痛明显好转, 传导性疼痛减轻, 可恢复工作。无效: 症状与体征同术前, 无明显改善。(见附表)

综合组与对照组的显效率分别为83.1%和71.7%。经统计学处理具有显著性差异($P < 0.05$)。

腰椎间盘突出症是由于椎间盘的纤维环破裂, 髓核突出, 直接压迫和刺激神经根, 使神经根及周围产生肿胀、粘连、炎症,

附表 两组疗效比较

| 治疗结果 | 例数 | | 百分率 | |
|------|-----|-----|-------|-------|
| | 综合组 | 对照组 | 综合组 | 对照组 |
| 治愈 | 128 | 53 | 74.3 | 57.6 |
| 显效 | 15 | 13 | 8.8 | 14.1 |
| 好转 | 21 | 15 | 12.2 | 16.3 |
| 无效 | 8 | 11 | 4.7 | 11.9 |
| 合计 | 172 | 92 | 100.0 | 100.0 |

出现疼痛。牵引治疗此病目前仍是一种行之有效、方法简便、疗效显著的治疗方法。但牵引治疗时，紧张的腰部肌肉松弛是不完全的，对那些有恐惧心理、肌肉松弛效果较差，甚至反而更紧张。为此我们采用硬膜外腔药物封闭后进行牵引治疗，使受累神经根在突出物上由紧张变松弛。椎体间隙增大，产生椎间盘内负压，利于纤维环外层和后纵韧带的张力及突出部位锤击之冲击力，使突出之髓核还纳或改变

位置，解除对神经根的压迫和刺激。硬膜外腔注药可使药物直接作用于病变部位，改变局部的血液循环，减轻神经根的水肿、充血及炎性增生性变。维生素B₁₂具有营养神经、促进神经组织代谢和神经细胞再生，可增强对致病因素的抵抗力，从而达到满意的临床疗效。且比单纯运用牵引、理疗、按摩等方法治疗疗效显著，治疗时间缩短，本组病例综合组平均治疗2.5次，而对照组则平均8次，具非常显著性差异(P<0.01)。综合组治疗5次均判定无效。

牵引后病人腰部保护很重要，不宜过早进行大运动量的功能活动。循序渐进地增加运动量和必要的物理疗法，如超短波、电兴奋、中频电疗后效果更佳。6年来，采用此法治疗腰椎间盘突出症，远期疗效满意，复发率低。对经保守治疗无效病例，以手术治疗为佳。

抱膝圈治疗髌骨骨折致腓总神经损伤1例

安徽省怀宁县中医骨伤医院 (246100) 马进

夏×，男，39岁，农业。因左膝部外伤，肿痛，膝关节功能障碍一天入院。X片示左髌骨横断骨折，两断端分离<1cm，余骨未见异常。入院后，抽取关节腔内淤血，遂以抱膝圈及长腿夹板外固定。第三天患者诉左小腿外侧及足背皮肤麻木，踝背伸及伸趾无力查体：左膝轻度肿胀，足下垂，踝背伸及伸趾肌力几近0°，小腿外侧及足背皮肤触觉迟钝，末梢血运无异。拟诊，抱膝圈系带捆扎不当致腓总神经损伤。经调整抱膝圈系带，肌活VitB₁、B₁₂及中药活血化瘀、益气通络等综合治疗后，左小腿及足背皮肤麻木消失，踝背伸肌力渐恢复正

常。

讨论 髌骨骨折断端分离<1cm，一般整复后，采用抱膝圈外固定，造成腓总神经损伤者临床报道不多。造成腓总神经损伤的主要原因，由于抱膝圈系带捆扎过紧，使经过腠窝向外下斜行的腓总神经的卡压而致损伤。因此，抱膝圈系带捆扎时，腠窝外侧应以纸垫或棉垫予以保护，并经常检查系带松紧度。当患者主诉伸趾无力，小腿外侧皮肤感觉异常时，应及时调整抱膝圈系带，解除腓总神经的卡压，防止腓总神经损伤的进一步加重，并及时治疗。

启 事

卫生部科技司需求推广十年百项成果第二批新技术之一“骨折复位固定器疗法”，我们定于今年12月份开始在北京分批举办培训班，详情与报名事宜请与该所业务处苏静联系，电话4032686 邮编100700 详细地址：北京东直门内海运仓中国中医研究院骨伤科研究所。