

一次手法复位治疗胸腰段脊椎压缩性骨折 14 例

江苏省泗洪县人民医院 (223900) 王培刚 王庆荣 朱冬承 庞施义 赵楷生

我院自 1991 年 2 月~1993 年 9 月为 14 例无神经损伤的胸腰段椎体压缩性骨折患者,在麻醉下施行手法复位治疗,经 5 月~3 年随访,效果满意。

临床资料

本组男 7 例,女 7 例;年龄 19~77 岁;高处坠落伤 8 例,车祸伤 6 例;受伤椎体 T₁₂3 例, L₁9 例, L₂2 例;X 线片上伤后椎体前缘高度 0~2.2cm,平均 1.6cm。14 例患者均无神经系统损伤表现,均在伤后 1 周内接受手法复位治疗。

复位方法

14 例患者均作硬膜外麻醉,麻醉满意后拔除硬膜外导管,以免复位时导管断在组织中。将患者俯卧位置于 10cm 高的床板上,头端三人牵引患者腋下及双上肢,足端由四人牵引双下肢,两端同时用力作对抗牵引,使患者胸腹壁离床面 10cm 左右,5 分钟后在两端持续对抗牵引下,复位者站立患者一侧,双手重叠,手掌置于伤椎突起的棘突处,用力向下作冲击式按压 5~10 次,此时多数患者都会因复位椎体前缘张开而发出响声。检查脊柱后突畸形消失。改仰卧位,伤处垫软枕 10cm,卧床休息 3 天后伤处疼痛渐止,作腰背肌功能锻炼,8~12 周后不负重下床行走,1 个月后开始从事轻体力劳动。

治疗结果

复位后椎体前缘高度由复位前的 0~2.2cm 增高至 2.0~3.0cm,平均 2.45cm,将复位前后 X 线片中椎体前缘高度作统计学处理, $p < 0.01$, 差异有高度显著性。随访 14 例患者畸形未再加重,均保持了复位后的椎体前缘高度,除 1 例 77 岁患者经常腰痛外,其他患者均无腰痛及其它并发症,且负重功能好。

讨 论

对于椎体压缩性骨折,应严格掌握手法复位的适应症。应为单纯椎体压缩性骨折,仅伤及脊柱的前柱及中柱的前部分,椎板椎弓根及关节突无骨折,且没有其它严重合并伤的患者,对于有脊髓损伤截瘫的病人应慎重考虑,以免因复位而加重脊髓损伤。作 CT 检查发现椎管内有碎骨片的亦不宜手法复位。复位最好在伤后 1 周内进行,时间越长复位难度越大。另外,复位

应在满意的麻醉下进行,这样复位时病人没有痛苦,而且腰腹部肌肉较松弛有利于复位成功。复位时多人作对抗牵引很重要,马氏^[1]、刘氏^[2]、梁氏^[3]等报导的复位方法,多是利用病人自身的重力达到复位目的。我们的体会是单纯利用病人自身的重力往往达不到满意的复位力量,因而我们强调多人作对抗牵引,复位者双掌重叠同时用力作冲击式按压能够加大复位力量,提高复位成功率。压缩性骨折时前纵韧带形成皱褶,没有断裂,它可以承受 300kg 以上的拉力^[4],加上腹壁肌肉的张力,复位时不会出现椎体前缘过度张开而超过正常的前缘高度。复位后必需加强腰背肌的功能锻炼,卧床时间也要足够长,这样才可避免椎体复位程度的再丢失。

手法复位可以完全消除或部分减轻椎体的楔形变,因而能够完全恢复或部分增加伤椎的负重能力,还可以避免后柱组织的慢性劳损,这对于体力劳动者意义重大。对于椎体压缩 1/3 以下的稳定性骨折,通常不考虑手术治疗,传统的治疗是卧床垫枕疗法,这样复位是逐步进行的,但往往达不到满意的程度。一次性手法复位可使椎体复位一次完成。对于椎体压缩超过 1/3 的不稳定骨折,临床多考虑手术治疗,我们采用手法复位,可以变不稳定骨折为稳定性骨折,可以使得病人免受手术之苦,尤其在一些不具备手术条件的基层医院,更不失为解除病人痛苦、改善功能的有效方法。即使有的病人复位不满意,仍可再作手术治疗,手法复位不会影响手术效果。(此文承蒙南京大学医学院附属鼓楼医院李承球教授指导,特表感谢。)

参考文献

1. 马玉良.等.脊柱复位架治疗胸腰椎压缩性骨折 173 例报告. 中医正骨,1992;4(3):23.
2. 刘国光.肾托复位治疗胸腰椎屈曲型骨折 68 例观察.骨与关节损伤杂志,1993;8(2):137.
3. 梁博桂.顶升复位治疗胸腰椎屈曲骨折(附 69 例疗效分析). 骨与关节损伤杂志,1990;5(1):22.
4. 饶书城主编.脊柱外科手术学.第 1 版.北京:人民卫生出版社,1993:5.

(收稿:1994—08—01)