

板放置的部位无关。但是,钢板放置部位对已经发生感染的创口的预后却有一定的影响。钢板置于前内侧,创口一旦感染,局部皮肤坏死,钢板容易外露,急性期过后,创面也难以收口愈合。本组 1 例在钢板小面积暴露下直至骨折愈合,一年后取钢板同时行简单的病灶清除术,术后切口 I 期愈合,功能恢复良好。对于严重的胫腓骨开放粉碎性骨折,创口污染重,伤后时间长,感染可能性较大者,以最简单的螺钉复位固定再加用外固定架固定为妥。

参考文献

1. Gustilo RB, et al. The management of open fractures. J Bone

and Joint surg, 1990, 72 (A): 299.
 2. 柴本甫. 国外医学创伤与外科基本问题分册, 1981, 3: 136.
 3. 刘宪民, 祖启明, 龚旭生, 等. 胫腓骨折接骨板按放置的生物力学实验. 骨与关节损伤杂志, 1990, 5 (3): 152.
 4. 刘建国, 徐萃香. 应力遮挡效应与骨关节固定综合症. 中华骨科杂志, 1994, 14 (6): 374.
 5. 刘兴国. 钢板放置部位对开放性胫腓骨折感染的影响. 骨与关节损伤杂志, 1991, 6 (4): 235.

(收稿: 1997-04-30)

腰椎关节突封闭配合手法治疗腰椎间盘突出症

浙江省瑞安市人民医院 (325200) 木荣华

采用腰椎关节突关节封闭配合手法治疗病程长久, 纠缠难愈的腰椎间盘突出症 60 例, 效果满意, 现介绍如下。

临床资料 本组 60 例中男 32 例, 女 28 例; 年龄 20~65 岁; 全部病例病史均在 1 年以上, 最长为 12 年; 全部病例均经 CT 明确诊断, L₄~₅ 突出 25 例, L₅~S₁ 突出 35 例。

治疗方法 1. 腰椎关节突关节封闭: (1) 药物组成: 1% 普鲁卡因 3ml, 注射用水 3ml, 确炎舒松 A10mg。(2) 操作方法: 病人俯卧, 腰部垫枕, 术侧垫高 30°, 常规备皮。在病所棘突连线外 4cm 处作皮肤浸润, 然后用 9 号穿刺针 (13cm) 调整针尖与皮肤倾斜 45° 缓慢进针, 在透视下将针尖刺入上下关节突间关节间隙, 再缓慢注射药水。患者俯卧 5 分钟后, 再开始手法治疗

2. 手法治疗: 常规揉、揉、点、按, 等手法放松腰臀肌 10 分钟。整复手法: (1) 牵引抖腰法: 患者俯卧, 助手双手持抱患者两腋窝, 术者两手握住患者踝部, 在用力牵引下, 上下抖动患者腰部。(2) 后伸压腰法: 患者俯卧, 术者屈臂用肘尖压住患者病所棘突, 另一手持抱患者两膝, 逐渐伸腿后扳, 当腰部后伸到最大限度时, 术者突然两手同时交错用力。(3) 牵引压腰法: 患者俯卧, 一助手持抱患者两腋窝, 另一助手握住两踝关节, 相对用力牵引, 术者用双手叠压病所棘突向下用力, 相持下, 术者和两助手突然同时发力。(4) 腰侧斜

扳法; 患者侧卧, 术者立于患者对面, 一手臂屈肘置于患者髂骨翼后侧, 向内按压, 另一手屈肘按患者肩关节前侧, 向外推按, 当腰旋转到一定程度时, 双手突然交错用力, 可听到“喀嚓”的声响。左右各行 1 次。上述 4 个手法反复施展 3 次。手法施展完毕后, 患者应俯卧半小时。

治疗结果 1. 疗效标准: 优: 症状和体征完全消失, 恢复原来工作; 良: 症状和体征基本消失, 可以坚持工作; 可: 症状和体征部分消失, 可以从事较轻工作; 差: 症状和体征无明显好转。2. 结果: 本组 60 例, 优 21 例, 良 32 例, 可 5 例, 差 2 例, 优良率为 88. 4%。

讨 论 腰椎关节突关节封闭, 低浓度的麻醉药和激素类药物能解除局部的炎症水肿, 消除上下关节突关节囊的张力, 为下一步手法整复治疗作好基础。另外, 局部的激素类药物还可起“液体剥离”作用, 解除神经根的粘连。手法治疗的主要作用为: (1) 局部手法刺激, 能升高痛阈, 减少神经根的激惹症状。(2) 解除肌肉, 韧带紧张状态, 阻断恶性循环。(3) 牵引抖腰、后伸压腰、牵引压腰、腰侧斜扳等手法能使腰椎间隙增宽, 从而减轻或解除突出物对神经根的压迫。同时整复手法能调整关节突位置, 纠正上下关节突滑移, 恢复其正常结构。从而使症状缓解。

(收稿: 1996-12-02)