

此外,应用该固定架,无需对骨折断端周围的软组织及骨膜进行剥离,从而最大限度地保护了骨折断端的血运。文献资料报道其固定针孔的感染率为 0.9%^[2],明显低于其它固定方式,本组 24 例病人均采用这种固定,表层感染率为 20%,深层感染率为 0。除超关节皮肤撕脱者外,均不需石膏固定。术后组织反应期一过,即可功能锻炼,骨折愈合快,关节功能恢复良好,未发

生针孔感染。

参考文献

1. Bastiani GD, et al. The treatment of fracture with axial dynamic fixtor. J Bone Joint Surg (Br), 1984, 66: 538.
2. 黄承达. 骨折外固定的理论与实践. 广东省第四次骨科学术会议资料汇编, 1991, 2.

(收稿: 1996-12-02; 修回: 1997-03-31)

三维多功能牵引治疗腰椎间盘突出症

山东省临沂市沂蒙医院 (276002) 王好平 许波 高迎吉

我院采用济南华飞产业公司“长弓”牌 SWQ 三维多功能牵引床治疗腰椎间盘突出症 300 例取得满意效果, 介绍如下。

临床资料 300 例中男 195 例, 女 105 例; 年龄 25~81 岁, 60 岁以上 21 例; 病史 7 天~15 年; 腰痛伴有下肢痛 285 例, 大小便障碍 6 例, 脊柱侧弯 102 例, 腰旁压痛 279 例; X 线平片: 300 例腰椎正侧位片中, 187 例有不同程度的腰椎侧弯, 172 例有不同程度的骨质增生, 300 例均有不同程度的腰椎间隙狭窄。CT 检查: 300 例中行 CT 检者 234 例, L_{3~4} 间盘突出者 45 例, L_{4~5} 间盘突出者 117 例, L₅~S₁ 间盘突出者 30 例, L_{3~5} 二节间盘突出者 30 例, L₃~S₁ 三节间盘突出者 12 例。

治疗方法 所有病人都除外牵引禁忌症, 病人俯卧于牵引床上, 胸背部与臀部分别固定于牵引床的胸腹板和臀腿板上, 臀腿板向下成一角度, 病变间隙为角顶点, 在臀腿板旋转(左或右)的同时, 胸板做纵向牵引。向微机输入有关数据: 牵引距离 45~70mm, 与病人身高成正比。倾角(即臀腿板下降角度)10~20 度, 平均 15 度。转角(即臀腿板的旋转角度)8~20 度, 平均 14 度, (左侧突出者左转右侧突出者右转)。手法: 术者位于患侧, 牵引的同时医生辅以手法配合, 此治疗过程可连续进行 1~3 次, 每次只需 1~2 秒。术毕将病人平抬到病床上, 绝对卧床 8 小时后方可下床稍做活动。不能过度活动腰部, 应尽量做到卧床休息 3 天。同时给予甘露醇、地塞米松、青霉素等药物治疗。3 天后再根据病人情况行恢复辅助治疗。

治疗结果 疗效评价标准: 优: 症状、体征消失,

恢复工作; 良: 主要症状、体征基本消失, 可坚持工作, 但劳累后症状有所加重; 可: 主要症状、体征有明显好转; 差: 症状、体征有好转或无变化。治疗结果: 优 258 例, 良, 38 例, 可 4 例。

讨论 该床主要由牵引装置、成角装置、旋转装置和控制装置等组成。该床的床板由头胸板和臀腿板组成。在牵引力的作用下, 头胸板能沿位于床上的轨滑动实现牵引, 臀腿板能沿床的横轴上下转动, 形成所需角度, 实现旋转。该床由微机控制, 按照医生设定的指令自动完成所需动作, 可纠正椎间的三维结构改变。

应用牵引法治疗时, 屈曲位成角能使椎间隙后部张大, 有利于突出物的还纳, 同时还可减轻对腹壁的牵拉, 防止牵引时腹壁对内脏的挤压, 使作用力主要在病变的椎间隙。屈曲位还可使后关节间隙增宽, 使之处于相对失稳状态, 有利于纠正旋转移位。瞬间纵向牵引能使椎间隙突然产生负压, 其产生的负压可向内吸引突出物; 突然拉紧的后纵韧带的弹力可迫使突出物向椎间隙内还纳。旋转可纠正小关节错位、旋转和移位, 能松懈突出物与周围粘连并使之发生微小位移。利用以上综合用途可减轻或解除突出物对神经根的压迫, 纠正椎间失衡, 达到椎间载荷的相对平衡, 使症状缓解或消失。

值得指出的是: 伴有椎管狭窄的病人(6 例), 经牵引治疗后, 症状、体征明显好转, 其原因有待探讨。本组病例经该床治疗无一例出现副作用。我们观察到, 发病时间短, 单纯性间盘突出, 年轻者治疗效果较好。

(收稿: 1996-12-02)