

年,最短 4 个月,年龄 21~60 岁,术后效果均满意,说明病程长短、年龄大小与治疗效果没有明显关系。我们认为影像学没有明显的创伤性关节炎表现,这种畸形在任何时候都能手术矫正,以恢复踝关节功能并可避免和减少损伤性关节炎的发生。

(收稿:1999-09-07 编辑:程爱华)

Dick 钉与 Luque 棒结合治疗腰椎滑脱症

韩木春

(武进市中医院,江苏 武进 213161)

自 1991 年以来,作者采用 Dick 钉结合 Luque 棒复位固定加植骨治疗 L₅ 滑脱 5 例,获得满意效果,现报告如下。

1 临床资料

本组 5 例,男 2 例,女 3 例,年龄 34~46 岁,病程 2~3 年。均有反复发作性腰骶痛,经长期保守治疗无效,其中 3 例伴坐骨神经痛,直腿抬高试验阳性,趾背伸肌力减弱,屈颈试验阳性,右侧 2 例,左侧 1 例。X 线片显示:双侧椎弓峡部崩裂伴 II 度滑脱 3 例, I 度滑脱 2 例。全部手术行全椎板切除探查椎管和神经根,2 例伴右侧椎间盘突出,1 例左侧椎间盘突出。采用张家港医疗器械厂生产的改良 Dick 钉和 Luque 棒相结合复位固定,取髂后嵴骨块于 L₄、S₁ 棘突间 H 形植骨,同时 L₅ 横突与 S₁ 植骨融合。

2 手术方法

在连续硬膜外麻醉下,选 L₂ 棘突下缘至 S₂ 后正中切口,暴露 L₃~S₂ 椎板及 L₄ 关节突,切除 L₅ 椎板及峡部不连处增生的纤维组织和骨痂,探查椎管和神经根。在横突中线与小关节突外缘垂直线的交点咬除骨质约 0.5cm×0.5cm(稍偏外侧),用细小刮匙轻轻地刮除松质骨,朝向前内下方,与脊柱的矢状面和横切面各呈 15° 角,约深达 1cm,改用 1mm 克氏针尾凭手感提插,有插进松质骨的感觉,到达椎体前缘有骨皮质感觉即结束。再退回探查孔壁四周均有骨皮质感觉者,则证实位置理想。拔出克氏针,顺针孔旋入椎弓根螺钉。螺钉尾部接复位杆,在上下对抗牵引状态下提拉复位杆进行复位,然后去除复位杆,将两根 Luque 棒剪断成为 L₂ 至 S₂ 长度,套上夹钳(改良 Dick 钉之夹钳孔径与 Luque 棒粗细相当)并与椎弓根螺钉尾部衔接,同时旋上螺帽,再通过旋紧螺帽提拉滑脱椎体进一步达到复位。如果放置在棘突两侧的 Luque 棒间距过宽,可将原 Dick 固定器中连接杆上的夹钳套在 Luque 棒上再与椎弓根螺钉上的夹钳衔接,可缩短两 Luque 棒间距,使其位置恰到好处。取髂后嵴骨块,制成 H 形植于 L₄ 与 S₁ 棘突之间,于骨块的背侧用钢丝连接两侧 Luque 棒,既固定骨块,又有固定两棒的作用,在 L₃、L₄ 棘突间同样穿钢丝连接两侧的 Luque 棒。同时将 L₅ 横突背侧用骨锉锉成毛糙面,相对应的 S₁ 修整后植入骨块,用丝线固定,双侧留置负压引流管,术后 48 小时拔除。

3 治疗结果

术后 X 线摄片复查,除 1 例 II 度滑脱恢复至 I 度以内之外,其余均达到理想复位。经 2 年以上随访摄片复查,除 1 例采用切下的椎板植于 L₅ 横突 S₁ 间未达到骨性愈合外,其余均达到骨性愈合。

4 讨论

对于需要手术治疗的腰椎滑脱症,良好的植骨融合是保持腰椎长期稳定的关键。要达到良好的植骨融合必须有坚强的内固定为植骨融合提供必备的条件,如果能同时获得安全复位,就更为理想。近年来采用 Rog-Camille、Staffee、CD 和 RF 等内固定器械使滑椎复位已成为可能,且固定有效,又不失较多的脊椎功能,但这些方法技术上要求高,需要影像学协助。作者采用改良 Dick 器械中的椎弓根螺钉、夹钳与 Luque 棒相结合进行复位固定加植骨融合,方法简便,无需影像学定位可以完成手术,也可以使滑椎复位,固定稳妥,术后不需外固定,卧床休息 1 月后可下床活动。

本方法的作用原理:Luque 棒起杠杆作用,L₃、S₁ 椎板为支点,椎弓根螺钉、夹钳连接 L₅ 椎体和 Luque 棒,对 L₅ 椎体产生向后上方的拉力,复位效果显著。术中在纵轴牵引状态下提拉复位,然后可能还有所剩残余的移位椎体则可在旋紧椎弓根螺钉尾部的螺帽过程中得到进一步的矫正,获得理想的复位,则在术中可直视下证实。

此方法具备如下优点:①只需置入两根椎弓根螺钉即可,这与其它方法需置入多个椎弓根螺钉相比,操作较为简便、安全,其固定强度及稳定性,维持脊柱的功能方面,不亚于其它的内固定。术后经多次摄片复查,没有发现再移位。②安装 Luque 棒比较方便,因每边只有 1 枚椎弓根螺钉,不受所置入其螺钉的方向和角度的限制,两棒之间的距离,可通过加减夹钳调节,不像 Rog-Camille……等内固定器械板孔或滑槽比较固定,有时可能会因对合不准使手术者处于难堪的局面。

(收稿:1999-05-19 编辑:程爱华)

病人自控硬膜外镇痛加牵引治疗腰椎间盘突出症

蹇洪 骆明恩 何明武

(十堰市太和医院,湖北 十堰 442000)

病人自控硬膜外镇痛(patient controlled epidural analgesia, PCEA)是一种用药量小、安全、可靠的镇痛新方法。我院于 1997 年 1 月~1998 年 12 月,采用该疗法治疗 124 例腰椎间盘突出症患者,疗效良好,现报告如下。

1 临床资料

本组 124 例中男 83 例,女 41 例;年龄 31~52 岁;病程 1 月~12 年;全部病例均经 CT 确诊为腰椎间盘突出症;均经单纯牵引、按摩治疗无效而疼痛症状明显者。

2 治疗方法

2.1 PCEA 镇痛方法与配药 我们采用由微型计算机控制的微量给药泵向硬膜外腔持续注射药物。首次注入负荷量 5~8ml 的药物后,微量泵定时注入基础剂量 2ml/h 的药物,同时

病人根据疼痛情况每间隔 15 分钟可追加 2ml 的药物, 夜间由微量泵参照日间用量自动给药。其单位时间内的最大剂量为 10ml/h, 留管时间 1 周。药物配方为: 生理盐水 200ml, 0.75% 布比卡因 33.4ml, 芬太尼 0.4mg, 康宁克通 50mg, 维生素 B₁₂ 250μg, 丹参 2ml, 当归 4ml。经配制后布比卡因浓度为 0.125%, 芬太尼 2μg/ml。

2.2 治疗方案 先行 PCEA 治疗 1 周, 再行骨盆牵引治疗 1 周, 然后卧床休息 1 周。骨盆牵引重量为体重的 50% ~ 70%, 每日牵引 3 次, 每次 1 小时。

3 结果

3.1 疗效标准 优: 症状及体征消失, 直腿抬高试验 70° 阴性, 恢复正常工作; 良: 症状与体征大部分消失, 直腿抬高试验 50° 阴性, 基本恢复工作; 可: 症状及体征部分消失, 直腿抬高试验 30° 阴性, 不能参加正常工作, 但生活能自理; 无效: 症状与体征无改善或改善后近期又加重。

3.2 治疗结果 经随访半年, 疗效优 59 例, 良 43 例, 可 20 例, 无效 2 例。总有效率 98.39%, 优良率 82.26%。无一例并发症发生。

4 讨论

本疗法以 PCEA 治疗为主, 牵引治疗为辅。该疗法能有效消除神经根的非特异性炎症, 减轻局部酸中毒, 减轻神经根的粘连与卡压, 从病因上解除根性疼痛而达到治疗目的。PCEA 的用药负荷量为最佳硬膜外腔阻滞麻醉药浓度及剂量的 1/3, 仅阻滞感觉及交感神经而不阻滞运动神经, 病人可自由活动, 其作用连续, 持续时间长, 毒副作用及并发症少。

(收稿: 1999 06 10 修回: 2000 05 12 编辑: 程爱华)

电针与腰椎定点牵引治疗腰椎骨折后遗症腰腿痛

董明非
(八一体工大队卫生科, 北京 100091)

作者从 1994 年以来治疗 9 例腰椎骨折后遗症腰腿痛患者, 采用电针及腰椎定点牵引, 疗效满意, 现报告如下。

1 临床资料

本组 9 例, 男 4 例, 女 5 例。最大年龄 65 岁, 最小 18 岁, 病程最长 15 年, 最短 6 个月。其中跌倒臀部着地腰椎压缩性骨折 5 例, 均为老年女性; 2 例撞击伤, 棘突骨折; 1 例高处摔下致峡部骨折; 1 例运动伤横突骨折。诊断标准: ①外伤后 3 个月左右经 X 线拍片或 CT 检查, 提示骨折已愈合, 再经过 3 个月以上功能练习, 仍感腰痛、腿痛, 活动困难者。②腰部有压痛。有些伴有下肢放射痛、麻木, 直腿抬高试验、屈颈试验阳性。

2 治疗方法

2.1 电针 取穴: ①根据 X 线拍片或 CT 提示的病变部位及体征取阿是穴。②取骨折椎体与上、下椎横突间, 左、右各两穴。③如为多个椎体骨折, 可选骨折椎体之间及骨折椎体与上下椎体之间, 每次取四穴, 交替取穴。方法: 患者俯卧位, 直

刺 1.5~2 寸, 得气后, 将 G6805 电针仪的输出线分别接到同侧针柄上, 选择疏密波, 频率 60~100 次/分钟, 强度以病人能忍受为度, 每次 15~20 分钟, 每日 1 次, 10 次为一个疗程。

2.2 腰椎定点牵引法 在电针治疗后, 腰部用放松手法按摩 10 分钟。术者站立患者左侧, 左手在下, 右手重叠于上, 用左手拇指按住腰椎横突与棘突凹陷处, 令其全身放松, 尤其臀部及大腿部肌肉放松, 助手握住同侧踝部作瞬间牵引, 常可听到清脆的“卡嗒”声, 术者由下往上移动按压位置, 每移动一次, 助手牵引一次, 一侧完毕后再牵引另一侧, 每日一次。

3 治疗结果

9 例经过 1~2 个疗程治疗, 疼痛消失, 腰腿活动自如, 行走正常, 只有 1 例下肢仍有麻木感, 经过一段时间练习后恢复, 所有病例随访半年后, 没有复发。

4 讨论

外伤后腰椎骨折, 常伴有不同程度的腰部软组织损伤, 椎体错位, 甚至椎间盘纤维环破裂, 造成椎间盘突出。骨折后出血、水肿引起的无菌性炎症刺激周围的软组织或压迫神经根, 引起一系列的腰腿痛症状。在治疗中单纯采用卧硬板床, 制动等针对骨折治疗, 往往效果不佳, 较重的则很难自行恢复。作者通过电针治疗与腰椎定点牵引, 能够消除无菌性炎症, 减少对神经根等的刺激, 解除粘连, 恢复肌肉弹性及腰椎的正常排列, 可使椎间隙增大, 椎间孔变大, 减轻对神经根的挤压, 缓解疼痛, 针刺腰牵并用, 标本同治, 故收效满意。

(收稿: 1999 09 22 编辑: 程爱华)

指骨牵引治疗 Bennett 骨折

李畅居
(东莞市东坑医院, 广东 东莞 523451)

我院自 1994 年 4 月至 1998 年 5 月用指骨牵引治疗 Bennett 骨折 20 例, 效果满意, 现报告如下。

1 临床资料

本组 20 例, 男 18 例, 女 2 例; 全部均为新鲜骨折, 右手 16 例, 左手 4 例。受伤原因: 跌伤 7 例, 拳击伤 10 例, 扭伤 3 例。其中 2 例为开放损伤, 其余为闭合损伤。

2 治疗方法

20 例全部行指骨牵引治疗, 开放损伤首先行清创、缝合。患指指根阻滞麻醉, 用 8 号或 9 号注射针头代替克氏针, 用手摇钻在拇指远节指骨远端钻入, 然后用牙科钢丝从针头之孔穿出作牵引线, 针头不必拔出, 只需微微向远心端弯曲。这样牵引线牵引时不会切割软组织。在患指前臂上短臂石膏管型, 管型石膏远侧缘达掌指关节, 并将患侧腕关节处于功能位固定。用一 3mm 粗铅丝弯成弓形, 弓形顶端可弯成多个圆形结构, 用来调整牵引角度。弓形宽度正位于拇指两侧, 铅丝两端固定在石膏管型之中, 使之成为一整体。弓底用橡皮环挂在已打结的牙科钢丝中。橡皮的松紧度以掌指关节复位为度, 完成后 X 线复查。并嘱患者回院复查。调整橡皮环的松紧度。3 周可拔除牵引, 缝合伤口的缝线可一起拆线。练习