

胸腰椎压缩骨折椎间隙改变

山东肥城市中医院 (271600) 许树元 梁鸿举 尚海峰 庞祥俊 秦来浦

创伤所致胸腰椎压缩骨折较常见。既往认为椎体压缩骨折时椎间隙无改变,并以此作为与椎体结核相鉴别的主要征象。我们经过临床观察和病例分析,发现椎体压缩骨折,不但椎间隙改变,其狭窄发生率还比较高,现报告如下。

临床资料

本组200例,其中男167例、女33例;年龄20~70岁;创伤原因:坠落伤127例(63.5%),砸伤38例(19%),撞击伤41例(20.5%),骨折类型:前屈型93%、后伸和侧弯型7%;200例腰椎正侧位X片上,共发现骨折椎体247个,胸椎94个,腰椎153个;单个椎体骨折141例、骨折累及两个相邻椎体34例,骨折同时累及三个相邻椎体18例,呈间隔性者7例;根据椎体骨折形态分六型:前楔形、侧楔形、双楔形、扁平型、纵行、手风琴式;骨折发生部位:以第12胸椎及第1、2腰椎最多见,与文献相符。

狭窄椎间隙与骨折椎体的关系

判断椎间隙狭窄的标准:与相邻上一椎间隙作比较,如果该间隙比相邻上一椎间隙明显窄则定为狭窄;若该间隙与相邻上一椎间隙等宽,或大于上一椎间隙,则列为正常。

本组200例中,出现椎间隙狭窄数153个。其中骨折椎体与相邻上一健椎间隙狭窄数87个,占56.9%;骨折椎体与相邻下一健椎间隙狭窄数14个,占9.1%;两个相邻骨折椎体间

隙狭窄数22个,占14%,椎体骨折并脱位与健椎间隙狭窄数30个,占20%。

讨 论

各种不同的创伤外力作用于脊柱,由于其外力的方向和强度不同,受压椎体的形态改变亦不同。当剧烈的暴力使椎间盘碎裂或脱出,椎间隙就出现狭窄。

本组病例椎体压缩骨折,椎间隙狭窄多见于骨折椎体与上一相邻健椎之间,占56.9%。该骨折椎体上缘均有不同程度断裂,而骨折椎体与相邻下一健椎的间隙狭窄较少见,占9.1%;这类病例中,同样看到椎体下缘断裂,椎体下缘没有断裂的病例,都没有椎间隙的变化。因此,椎间隙狭窄与相邻椎体面的骨折有密切关系。

本文200例中,有35例骨折合并脱位,椎间隙狭窄者30例,占85.7%。这说明椎体骨折合并脱位时,椎间隙狭窄较多见。

老年人由于骨质疏松,引起的椎体压缩骨折,椎间隙一般不狭窄。据文献报道,有时还可能较正常间隙增宽,这可能是椎间盘膨胀性压力的结果。

综上所述,不论何种原因造成椎间盘碎裂、脱出或溶解破坏,都可以造成椎间隙狭窄。所以当椎体压缩骨折伴有椎间盘碎裂、脱出时,亦会导致椎间隙的狭窄。

腰椎真性滑脱非手术综合治疗体会

沈阳建筑机械厂职工医院 (110044) 张朝汉

临床资料

我院自1985年治疗腰椎真性滑脱,随访2年以上者14例,均在脊柱牵引条件下行骨盆悬吊,并在牵引悬吊间歇期行手术复位、封闭、理疗等综合性治疗及腰背肌训练。全部临床治愈,报导如下。

本组14例,男性6例,女性8例;滑脱部位L₃₋₄1例, L₄₋₅12例, L_{5-S₁}1例;年龄最小28岁,最大64岁,平均48岁,平均治愈时间3.5月;临床治愈14例,滑脱完全复位10例。椎弓根细颈症并崩裂14例,其中一度滑脱10例,二度滑脱4例;

腰骶角 $>45^\circ$ 14例；间盘退变合并膨出9例。

治疗方法

1. 仰卧硬板床，床脚垫高，足部固定，双手上拉床头，使腰部受牵拉而开大间隙，以利治疗。

2. 一般治疗：

(1) 理疗：超短波、神灯、磁疗及蜡疗并药物透入药等。

(2) 药物（消炎痛、双氯灭痛、芬必得，配合钙剂、鱼肝油及滋补药等口服）及中药辩证应用壮骨关节丸、杜仲虎骨丸、腰痛宁、疏络丸、接骨丹、琥珀丸等。

(3) 封闭疗法：(0.5% Novocain或Lidocain双侧神经根管封闭)。

(4) 针灸或温针：以椎旁穴为主，温针用药物艾卷。

3. 骨盆悬吊并腰椎牵引术：患者仰卧，按生物力学原理以1/2体重的牵拉力，在持续性牵引脊柱的基础上，行骨盆悬吊，(以骨盆离

床为准)。如因疼痛而难以耐受时，可先行阶段性腰神经根管封闭术。牵引时间依据病情及耐受力而定，每次1~3小时，每日可进行2~3次。待X光摄片复查滑脱椎体复位后(约15~30天)，只行骨盆悬吊巩固一个月。鼓励患者仰卧，臀部垫高睡眠。同时加强腰背肌训练1~3个月。

4. 腰背肌训练法：(1) 仰卧五点支撑法；(2) 俯卧背肌练习法（燕飞运动）；(3) 仰卧，屈腿蹬足挺髌法；(4) 按摩及手法、以背部拿脊强身、腰部松弛解痉，配合应用牵抖颤腰，牵拉蹬足，十字搬推，屈髌旋腰，斜扳（髌向前、肩向后）等诸法。(5) 离床时用低位腰围或携带式腰牵器保护腰部。

体会

腰椎真性滑脱行非手术综合性治疗符合生物力学原理，可解剖学复位及病理上恢复，疗效满意，对年长体弱和不适合手术患者是一个可行的补偿疗法。凡无严重神经损害者均可行此法，青壮年及体质好者疗效亦佳。

20例跟骨骨折治疗体会

湖南省湘乡市人民医院骨科 (411400) 易里力

跟骨骨折的治疗方法多种多样，但要得到满意的复位常较困难。我们收治20例，采用Omoto手法、撬拨法、塑形石膏外固定等治疗，效果满意。

临床资料

本组病例按王亦璁氏分类法^[1]，分为波及距下关节和未波及距下关节的骨折两类。前者13例（粉碎塌陷中央型骨折占7例），后者7例（前突骨折2例，鸟嘴形骨折1例，粗隆骨折2例，未累及距下关节的斜形骨折2例）。

治疗方法

1. 临界角超过 30° （指距下关节面和跟骨后关节面之间所成角，正常为 0° ）的2例，后关节面骨折片很小，我们行切开直视下撬拨复位，植骨填充塌陷区，并手法整复外侧壁骨折移位，

快速拍片证实复位效果，然后石膏托外固定。

2. Omoto手法^[2]复位结合斯氏针经皮撬拨复位5例，术后管形石膏固定。

3. 挤压手法结合Omoto手法复位，并塑形石膏固定12例。挤压手法用以纠正外侧壁骨折移位，Omoto手法即在麻醉下，用强烈牵引的内收手法造成距下关节和骨折内部的内翻倾向，当韧带完整时，由于韧带的支持，关节不会过度张开，而塌陷的骨折块能从“咬合”的位置分开，继外展手法之后再被推向上方。（但如果附着在关节骨折块上的韧带被撕裂，用此法则不能使骨折复位）。

4. 大部分病例均内服中药，并早期冷敷，早期功能锻炼，抬高患肢。