

手法介绍

椎旁麻醉下手法治疗腰椎间盘突出症

浙江中医学院门诊部 (310009) 袁相龙

我科1985年至1990年,采用椎旁神经根麻醉下一次整骨手法治疗腰椎间盘突出症,取得良好效果。6年来共治200余例,其中对172例进行复查随访。现介绍如下。

一 般 资 料

男性104例,女性68例;发病年龄最小20岁,最大61岁,以21~45岁为好发年龄;体力劳动者121例(占70.3%),非体力劳动者51例(占29.7%);有腰部外伤史者109例(占63.3%),无明显外伤史者63例(占36.7%)。发病部位在L₄、L₅左侧96例,右侧60例;在L₅、S₁左侧9例,右侧7例。病程最短6日,最长3年。全部病人主诉均有腰腿痛。阳性体征为腰部活动受限,腰脊柱侧弯,直腿抬高受限,腰部压痛,并有下肢放射痛。

治 疗 方 法

1. 术前禁食3~6小时,排空二便。2. 患者取俯卧位,常规方法行椎旁神经根麻醉,成功后即可行手法治疗。3. 脊柱旋转法。患者仰卧,助手固定肩部,术者将患者屈膝屈髋后旋转腰部。4. 压腿法:患者仰卧,术者先将患腿屈膝屈髋,再缓慢伸膝,直腿抬高至90°,加足底下压。5. 斜扳法:侧卧位,先患侧,后健侧。6. 机械骨盆牵引:患者俯卧,将牵引带分别固定上腰部及骨盆,顺轴牵引15分钟。7. 腰椎后伸位挤压法:患者俯卧,胸部及大腿前部各垫棉被一条,卷成高与宽约30cm,术者肘部按压在患侧椎旁痛点,进行挤压。8. 药物选用:①0.5~1%普鲁卡因30ml加强的松龙75mg混合液。②0.5~1%普鲁卡因30ml加地塞米松20mg混合液。

疗 效 评 定

1. 痊愈:腰腿痛消失及体征检查阴性,并恢复原工作者,132例(占76.7%)。2. 好转:腰部仍有酸胀不适感,脊柱无畸形,椎旁按压放射痛阴性,直腿抬高大于70°,尚能坚持工作者,26例(占15.1%)。3. 无效:症状及体征无明显改善者,14例(占8.1%)。

典 型 病 例

卢××,男,37岁,修理工,1986年7月2日入院。左腰腿痛半年,扭伤所致,步履艰难。体检:脊柱侧弯,腰段凸向右侧,右L₄、L₅椎旁压痛,并放射至右小腿外侧,叩击放射痛尤甚。直腿抬高右侧40°,左侧80°,拉西克征阳性,仰卧挺腹试验阳性,屈颈试验阳性,右小腿外侧及足背皮肤痛觉减弱,拇趾背伸无力,跟腱反射正常。X线片示:L₄、L₅椎间隙变窄,椎体前缘呈唇样骨质增生。

临床诊断右L₄、L₅椎间盘突出,经一次整骨复位腰腿痛消失,主要体征已转为阴性。于7月23日出院,5个月后恢复工作。

体 会

1. 椎间孔麻醉操作简便(不受医院条件限制),选择性较强,病员清醒易于配合。通过药物以止痛、消炎,放松腰肌而便于整骨手法。

2. 诊断必须明确,适应症从严掌握,对患有心脏病、高血压者及孕妇禁止施术。

3. 手法整复后,应绝对卧硬板床休息一周,腰部垫软枕高12~15cm,以保持腰椎生理曲度。睡姿应仰卧位和俯卧位,每天翻身4~5次,这有利于组织的恢复及手法反应的消失。

4. 对有马鞍区症状,高度怀疑中央型椎间盘突出者要慎用。

5. 一周后在腰围的保护下起床。起床正确姿势，先侧卧，慢起坐，后站立。使椎间盘压力保持最低限度的变化，腰围保护3个月，半年内避免负重及腰部剧烈活动。

6. 腰腿痛基本减轻后即可进行腰背肌锻炼。强有力的腰背肌对稳定脊柱，保持椎间结

构的平衡至关重要。

7. 术后的残留症状：如腰部酸胀，臀部酸痛，皮肤感觉异常，肌萎缩等在起床后及时给予轻手法局部推拿或中药治疗，可望早日康复。

旋折反拔法复位尺桡骨双骨折

广西桂林市中医院 (541002) 陈桂武

我科从1987年以来，运用旋折反拔复位法，治疗110例新鲜尺桡骨双骨折，均获成功，现报告如下。

一 般 资 料

本组110例病例中，年龄最大的68岁，最小的2.5岁，成人(18岁以上)47例，青少年及儿童(18岁以下)63例，成人多为车祸伤或机器伤，青少年及儿童多为日常生活或体育活动中跌仆致伤。骨折线在同一平面或接近同一平面的39例，骨折线不在同一平面的71例；上1/3骨折13例，中上或中下(含中段)1/3骨折46例，下1/3骨折的51例。骨折重叠在2cm以上，向尺或桡侧成角大于15°以上45例，重叠大于1cm以上且有轻度成角的50例，轻度重叠(小于1cm)的15例(青枝骨折不在统计范围)。入院时间最长的是伤后1周，最短时间是伤后1小时。

复 位 方 法

复位前，必须认真阅片，了解骨折的移位情况及受伤机制，一般可不用麻醉。

复位时，患者平卧位，伤肢呈外展60°及曲肘90°，手掌心朝下，甲助手握住伤肢远端腕关节处，(暂不牵引)如骨折有成角现象、向尺或桡偏移位及向掌侧移位时，施术者则先行旋转手法将骨折远端旋向背侧移位，并纠正其轴线，然后术者面对乙助手，双手四指分别握

紧尺桡骨折之近端，双手拇指分别顶住骨折之远端向下顶折使两折断端成角60°以上。再向上提，乙助手则迅速在牵引的情况下将骨折远端向掌侧加大成角30°至60°之间缓慢牵引，若术者两拇指下感觉骨折远端有向下滑动并与近端之骨皮质相接触时，再将远折端恢复至中线，同时术者对复位后进行检查，若分骨时无明显骨擦感，冲击时有骨干力存在，即告复位成功，施行固定。

体 会

对于前臂双骨折，临床上复位有一定的困难，特别是上1/3部位的骨折，笔者采用的旋折反拔复位法，在临床上收到较好的疗效，尤其对前臂中下段的双骨折，更为适用。本法要求术者的动作熟练与协调，乙助手的配合得当才能发挥最佳效果。

本法在临床中有如下特点，其一是在不拔伸牵引的情况下，术者不用克服两助手的牵拉力及伤肢的肌紧张力，成角、尺桡偏移位容易纠正；而且在顶折、端提时用力也轻。其二是在纠正尺桡偏、成角移位后再选择两骨折端成角60°左右的位置下牵引，原理是以骨折近折端为支点，使骨折远端能沿肢体长轴向下滑动，符合力学中的杠杆作用；也符合骨伤科手法中稳、准、巧、快的原则，实为临床上治疗前臂双骨折的理想复位方法。