

## 个案报道

### 十字牵引法整复腰椎纵形劈裂骨折1例

陕西省武功县人民医院 (712200) 吴益民 郭志勋

腰椎纵形劈裂骨折并脱位国内报道极少, 我院收治1例。

患者, 男, 26岁, 农民。住院号60051。于1990年5月12日以土崩塌伤腰部3小时的主诉急诊入院。查体: 一般状况良好, 体健, 强迫体位。腰部肿胀明显, 局部皮肤擦伤, 有4×5.5 cm<sup>2</sup>的皮下血肿, L<sub>2</sub>、<sub>3</sub>棘突压痛(++), 损伤平面以下皮肤感觉减退, 双下肢肌力Ⅱ级, 提睾反射、肛周反射均消失, 病理反射未引出。伤后尿潴留, 未解大便。

X片示: 正位片L<sub>3</sub>椎体纵形劈裂为两块, 左半块椎体随上端脊柱向左移位, 滑脱约3.5 cm, 两半块椎体间距约3cm, 椎弓、椎板及左侧横突骨折。侧位片L<sub>3</sub>椎体楔形变, 约3度, 无前后移位。诊断: L<sub>3</sub>椎体纵形劈裂骨折并脱位, 马尾神经损伤。

治疗方法: 受伤次日晚在全麻下闭合手法整复。十字牵引法: 用腰椎牵引带两副, 分别固定胸廓及骨盆, 沿身体纵轴对抗牵引, 牵引重量20kg。左右各用一中号手术巾, 绕过受伤椎体, 上下各置一块, 侧方对抗牵引, 牵引重量15kg。持续20分钟, 患处手法推拿整复。再次

X线床头拍片, 正位L<sub>3</sub>椎体两骨块合拢, 两骨块间距约0.7cm, 外形满意, 上下椎体移位基本纠正。侧位L<sub>3</sub>椎体楔形变消失, 椎体完全对位, 仅隐约可见一骨折线。术后维持重力牵引。第三日查体, 损伤平面以下皮肤感觉正常, 双下肢肌力接近正常, 自行排便。五周后出院休养, 随访一年, 患者可参加一般体力劳动。

体会: 腰椎纵形劈裂骨折并脱位, 临床极少见。椎体劈为两块, 两块间距甚大, 上端椎体侧向滑脱, 侧位骨块重叠如楔形, 有马尾神经损伤体征, 截瘫指数4 (运动1, 感觉1, 括约肌2)。患者脊柱稳定性已丧失, 若搬动转院, 有椎体再移位和加重马尾神经损伤的危险。虽有手术探查的指征, 我们采用十字牵引法, 闭合手法整复获得成功。及时恢复了脊柱的完整性和椎管腔内径, 马尾神经受压症状及时解除, 故患者预后极佳。此法不要求特殊设备, 操作简便, 痛苦小, 在麻醉、放射人员配合下即可施行, 是基层医院整复脊柱损伤的一个切实有效的方法。

### 外伤性不全性截瘫综合治验1例

河北省唐山市化学厂医务室 (063000) 王久增 王大力\*

患者史××, 男, 37岁, 安装工。1989年5月15日自14米高处摔地, 当时昏迷约4分钟, 醒后腰痛剧烈, 双下肢麻木, 不能活动, 大小便失禁。X线片示: 骨盆、腰<sub>5</sub>、骶骨多处骨折。经多处医院治疗三年后, 仍有大小便失禁, 右下肢麻木, 不能活动, 阴茎不能勃起。而于1991年5月来我处诊治, 查胫前后肌肌力

Ⅲ级, 小腿三头肌肌力Ⅱ级, 伸踝趾肌群肌力0级, 腓骨肌肌力0级, 跟腱反射消失, 右小腿外侧, 大腿后侧和阴部深浅感觉减退, 右臀肌及小腿肌肉萎缩, 左下肢除大腿后部深浅感觉减退外, 余正常。诊断为外伤性不全性截瘫。经我们综合治疗8个月后, 大小便可控制, 能弃

\*华北煤炭医学院附属医院

拐行走，可骑自行车，阴茎可勃起，查右胫前后肌，小腿三头肌肌力Ⅳ级，伸踝趾肌群，腓骨肌肌力Ⅲ级，跟腱反射减弱，感觉检查及肌萎缩均较前好转，患者满意而回。

治疗方法：1. 针灸：(1)选穴：肾俞、大肠俞、命门、阳关、环跳、承扶、股门、委中、承山、昆仑、足三里、阳陵泉、下巨虚、绝骨、解溪、太冲等穴。每次选5~6穴，交替使用。(2)针刺方法：用28号毫针，刺入1~3寸得气后强刺激1~2分钟，加用脉冲电流断续波60次/分，电流量以患者能耐受为限，每次30分钟。20次为一疗程，中间休息3天。

2 穴位注射：(1)选穴：大小便失禁主取腰俞穴，配次髎、关元、三阴交等。(2)药物：维生素B<sub>1</sub>注射液200mg，维生素B<sub>12</sub>注射液1mg，地塞米松5~10mg，生理盐水10~15ml。(3)操作：采用俯卧位，下腹部垫枕，使臀部凸起，常规消毒，找到骶骨裂孔，用7号针头，20ml注射器，先垂直刺入骶孔碰到骨质后稍退出，然后斜向上刺入骶管约2~3cm，待有针感，抽吸无回血和脊液再推注药液10~15ml，

余下分别注入关元，三阴交(双)。隔1~2日一次。

3. 手法治疗：以揉法，按揉法为主自下腰部起沿膀胱经，经臀部大腿后部至小腿后部操作，有时配合腰部斜扳法。上述手法操作每周2~3次，每次约30分钟，并强调患者被动和主动功能锻炼。

4. 中药治疗：以补阳还五汤为基础方，配合补肾等药随证加减。

体会：患者外伤筋骨，内伤肾督，瘀血阻滞，气血不通，经脉及肢体失养，以致二便失禁，下肢麻木，肌肉萎缩，瘫痪失用。通过针灸和手法等治疗，可以活血祛瘀，疏通经脉，通调任督，改善筋脉、肌肉、骨、皮毛等组织的血行和濡养，使肢体的功能逐步得到恢复。腰为肾之府，肾主二便，可生殖，肾督伤，则肾气不固，膀胱失约而小便淋漓；肾阳不能温摄大肠，则时有大便失禁；命门火衰则不能勃起。针灸除肾俞等穴外，着重以腰俞穴药物注射，配合益气活血补肾之剂，故收效较佳。

## 糖尿病性骨关节病1例

解放军第262医院 (100088) 张永廉

患者，女，53岁。3年前出现双下肢麻木，感觉减退，两足逐渐肿胀，活动受限。1991年5月左足跟部肿胀，溃烂，两个月后右足皮肤也出现溃烂，久治不愈，1991年8月来院就诊，右足肿胀，右足背及左跟部各有2×3cm及2×2cm大之溃烂区，周围之软组织为紫红色。化验：血糖380mg%，尿糖(+++)。X线：右踝第一，二趾骨之远近端骨质吸收，破坏，距间关节消失。右跟骨有园形骨质破坏，左足第二跖骨变细，呈笔尖状，第一跖骨有多发小园形骨质吸收，直径约2~3mm。临床诊断：(1)糖尿病，(2)糖尿病性骨关节病，(3)糖尿病

性皮肤溃疡。

讨论：糖尿病性骨关节病，也称糖尿病性骨病，为糖尿病少见之并发症，发病率为0.1%。本病绝大多数发生于足部，故有糖尿病足之称。糖尿病性骨关节病之发病机理还不十分明确，一般认为糖尿病性神经损伤及糖尿病性血管病是本病发病的主要原因。在其发病中个别糖尿病患者表现为足部无痛性肿胀，溃烂，且久治不愈，故临床应全面检查。本病临床特点为大多发生于跖趾或趾间关节处，且多个关节同时受累，关节软骨面早期破坏，骨质无明显硬化。