

仰卧垫臀屈髋屈膝治疗腰椎滑脱

山东威海海军风湿病研究中心(264200) 郝凤廷

笔者于 1990 年 4 月~1992 年 8 月,采取仰卧垫臀屈髋屈膝自身牵引法治疗 I 度腰椎真性滑脱症 12 例,收效满意,报告如下。

临床资料

本组 12 例,男 5 例,女 7 例;年龄 35~76 岁,平均 43 岁;病程 15 天~5 年,平均 1.5 年;有外伤史者 4 例,急慢性劳损者 6 例,诱因不详者 2 例;全部病例均经腰椎正侧位及左右前斜位 X 线摄片确诊为腰椎峡部不连,腰椎滑脱,其中 L₅ 滑脱 9 例,L₄ 滑脱 2 例,L₃ 滑脱 1 例,滑脱度数(Meyerding 法)均为 I 度。临床主要症状:腰痛者 10 例,合并腿痛或下肢麻木者(单/双)7 例;单纯腿痛或麻木者 2 例;间歇性跛行 4 例,直腿抬高试验阳性者 2 例。

治疗方法

本组确诊后,均采取仰卧垫臀屈髋屈膝自身牵引法治疗。方法:患者仰卧于硬板床上,在 S_{1,2} 之间将臀部垫高 1.5~2.0cm(用毛巾折迭成 4~5cm 宽,厚约 1.5~2.0cm 即可),自然屈髋屈膝,同时将双足垫高以维持髋关节屈曲 85°~90°,使下肢重力趋于髋部以增加腰椎(L_{4,5})后凸力量,每日 3 次,分别在早晨起床前、午休及晚上睡眠前进行,每次 30~60 分钟,20 天为一疗程,治疗期间注意休息,避免久站及负重。腰痛或腿痛严重者配合口服非甾体消炎镇痛剂治疗。

注意事项:L₅ 滑脱者,臀部加垫不宜过高,同时,双足必须垫高以维持髋关节屈曲 85°~90°,否则,由于臀部垫高,下肢重力趋于下方,则使腰椎后凸力量减小,影响治疗效果,并且容易引起下胸上腰处酸痛。

疗效评定及治疗结果

优:腰痛或腿痛麻木消失,腰部屈伸正常,恢复原工作或劳动,7 例;良:腰痛或腿痛基本消失,腰部屈伸轻受限,可做轻工作或劳动,2

例;好转:腰痛或腿痛显著减轻,久站或负重后加重,2 例;无效:腰腿痛同治疗前无明显改善,1 例。总有效率 91%。有效治疗时间,最短 15 天,最长 52 天,平均 28 天;治疗过程中 3 例因垫臀过高曾出现下胸上腰处酸痛,纠正方法后即缓解,其余患者均无不良反应。

12 例患者就诊前均采用过按摩,热敷,休息,非甾体类消炎镇痛剂等治疗,疗效不佳。本组有效病例中,随访 9 例,坚持本法治疗者 7 例,最短半年,最长 2 年 3 个月,平均 14 个月,均疗效巩固,胜任正常活动。

典型病例

李××,男,60 岁,农民。腰和右臀部疼痛及右大腿前外侧麻木 20 天,于 1991 年 3 月 4 日入院,住院号 72635。自诉劳动后出现下腰和右臀部疼痛,右大腿前外侧麻木,腰部屈伸、站立、行走困难,大小便正常,卧床休息及口服伸筋丹等治疗无明显好转而就诊。查体:腰椎屈伸受限,L₅、S₁ 棘突间及右侧压痛,无下肢放射痛,直腿抬高试验阴性、膝腱反射(+),未引出病理反射。入院后查血沉 12mm/h,经腰椎 X 线摄片诊为 L₅ 椎弓崩裂并滑脱(I 度)。采用仰卧垫臀屈髋屈膝自身牵引法治疗。每日早中晚各 1 次,开始每次 15~30 分钟,配合布洛芬,维生素 B₁ 治疗,腰痛减轻后延长至 30~60 分钟。治疗 10 天后患者即可下床室内行走,25 天后腰痛和右臀部疼痛及右大腿前外侧麻木基本消失,腰部活动及行走自如,住院 32 天出院。出院后坚持医院的治疗措施,已恢复正常劳动,随访 2 年 3 个月,疗效巩固。

讨论

腰椎滑脱患者临床上主要表现为下腰痛或下肢麻木、疼痛,其疼痛原因:①椎体滑脱致腰椎不稳,周围软组织长期处于紧张状态,产生无菌性炎症,刺激或挤压末梢神经;②椎间

盘变性,椎间隙变窄,椎弓崩裂致后关节错乱,使神经根扭曲受压;③黄韧带肥厚、折迭,粘连压迫等。

采用仰卧垫臀屈髋屈膝自身牵引法治疗腰椎滑脱,通过自身体重及生物力学的作用原理,能够增加腰椎后凸的力量,减小骨盆前倾。一方面可促进前移椎体复位,防止继续滑脱;另一方面由于使腰椎间隙,特别是 L₅S₁ 之间的后侧间隙明显增大,使腰骶角变小,可减小 L₅ 滑脱的剪力,同时由于腰椎持续后凸,对骶棘肌可产生牵引作用,可缓解骶棘肌的反射性痉挛和减轻软组织的无菌性炎症,有利于减轻腰

椎滑脱的剪力;并且还可减轻黄韧带的折迭、粘连及其对椎管和神经根的影响,因而能取得良好疗效。

仰卧垫臀屈髋屈膝自身牵引法,不需任何医疗器械、设备,具有方法简便易行,有效率高,无痛苦及不良反应等优点。

参考文献

1. 吴汝舟,等. 腰椎滑脱内固定复位疗法. 中华骨科杂志 1992;12(3):171.
2. 刘润田. 脊柱外科学,第1版. 天津:科学技术出版社,1981:431—444.

前臂骨折夹板过紧致伏克曼缺血性挛缩 2 例

内蒙赤峰市医院(024000)王永安

我院 1992 年下半年连续收治 2 例前臂骨折,应用夹板固定不当后造成肢体残废病例。报告如下。

例 1,高×,女,30 岁,牧民。因骑马摔伤右前臂致右桡骨中段骨折。伤后第二天在当地行手法整复小夹板外固定术。术后医嘱其要保持夹板的紧张度,切不可随意解开布带。2 日后,患肢剧痛,前臂及手部高度肿胀,出现水泡。未予处理。7 日后右手主动活动丧失,前臂夹板间隙有脓汁流出时,方将夹板松解,前臂背侧中段出现大块溃疡,治疗 3 个月效不佳转我院。查体:右前臂明显肌肉萎缩,前臂背侧中段可见 5×4cm 溃疡面,桡骨外露 1.5cm,部分伸肌腱外露变黑、变硬。挤压溃疡内有黄白色脓汁流出,掌指关节背伸,指间关节屈曲畸形,腕以下各关节僵硬,屈伸活动消失,前臂及手的皮肤感觉减退,桡动脉搏动弱。X 片示:右桡骨中段骨折,对位对线尚可,骨痂生长不明显。诊断:右前臂缺血性肌挛缩,伴皮肤溃疡。治疗:皮肤溃疡换药一月后,行坏死肌腱剪除,皮肤松解缝合,住院二个月溃疡

愈合,半年后复查腕以下关节畸形无改善。

例 2,李×,女,34 岁。右尺桡骨中段双折,小夹板固定术后 6 天入院。查体:T:39°C,P:110 次/分,右前臂夹板压迫处明显凹陷,数处压痕,大部分皮肤坏死糜烂,表皮暗紫、脱落,皮下组织暗红色、有恶臭味,腕以下关节运动完全丧失,前臂以下感觉消失,桡动脉无搏动。X 片示:右尺桡骨中段双折。诊断:右前臂缺血性坏死。治疗:入院急诊行右上臂中下 1/3 截肢术,术中解剖前臂肌肉全部坏死。

讨 论

本组 2 例患者因使用小夹板不当而致肌挛缩及肢体坏疽,造成残废及截肢,教训惨痛。由于小夹板绑扎过紧,导致骨筋膜室容积骤减,加上创伤性水肿的发展,使骨筋膜室内压增高,阻断室内血液循环,形成缺血—水肿恶性循环,使肌肉组织和神经缺血。表现为肢体剧烈疼痛,感觉迟钝或麻木,轻者发生缺血性肌挛缩,重者肢体坏死。造成不可挽回的损伤。