

胸腰椎压缩性骨折的非手术治疗

江苏无锡市北塘区人民医院(214043) 史亦中

临床资料

本组为胸腰椎压缩性骨折无截瘫合并症者,共31例,男26例,女5例;年龄最小32岁,最大71岁,50岁以上28例;21例为高处坠落,7例为腰部前屈位时坠落重物压倒,1例为坐车越过铁轨时颠簸伤;全椎体压缩并涉及后柱损伤1例,椎体前缘压缩超过 $\frac{1}{3}$ ~ $\frac{1}{2}$ 的14例, $< \frac{1}{3}$ 的17例;施用手法复位和石膏背心固定的24例,未作手法复位的7例。

治疗方法

1. 患者俯卧于推床上,推床与手术台摆成“T”字形,伤椎段两侧骶棘肌注入1%普鲁卡因各15~20ml,以减少施手法时的阻力。让患者的肩臂勾伏于手术台上,助手帮助稳住患者勿让下掉,将患者身下的推床慢慢后撤至其髻前上棘的下方,将手术台慢慢抬高20cm。术者一手掌根缓缓下压伤椎,另一手前臂托住患者前胸壁缓慢而平稳地使其作相应背伸,随后以石膏背心固定此体位4~5周。本法由两桌法衍化而成,适于壮年或体质较强者。

2. 患者俯卧于硬板床上,伤椎段骶棘肌麻醉同上。以布兜捆住患者两侧大腿远侧段(膝上),并通过穿过定滑轮的绳索,由助手将其下半身向上缓缓悬起。术者一手掌根缓缓下压伤椎后侧,另一手前臂托住其两髋及两大腿前侧缓慢而平稳地使其作相应背伸。随后,一面让助手继续悬提其下肢并使其前胸壁亦渐渐离开床面,一面立即以石膏背心固定此体位,本法可用于年老体弱但无严重心血管疾患者。

3. 不作手法正复:平卧硬板床,伤椎后垫入小软枕,枕与躯体(腰部)横径等长,宽10cm,枕高保持10cm,压瘪后需再增加充填物。不宜用普通枕头,太大,起不到杠杆复位的作用。亦不宜用木枕或竹枕,太硬,易出现压疮。本法适于年老体弱不能承受上述手法正

复者。

疗效标准及结果

症状消失,步态自如,无腰酸背痛等后遗症,正复后X线片显示椎体前缘与后缘等高或差距 $< 0.2\text{cm}$ 者为优;症状消失,功能恢复,无后遗症,X线片显示前缘压缩改善但较后缘高度差 $> 0.2\text{cm}$ 者为良;椎体楔形变无改善,日常工作生活无影响,但腰部活动范围较伤前明显受限,劳累及阴雨天有腰背酸痛后遗症为好转。本组24例优,均为施用手法正复者,良2例,好转5例,有效率84%。

讨论

1. 胸腰椎压缩性骨折无截瘫合并症者,除全椎体受压并涉及后柱损伤和无外伤史的老年性骨质疏松楔形变外,特别发生在下胸椎、上腰椎,笔者认为均应争取作手法正复,即使前缘压缩 $< \frac{1}{3}$ 。这对胸腰段脊柱生物力学性能的恢复和后遗症的避免,均有积极意义。

2. 手法整复时,患者俯卧时间较长,打石膏背心时动作应迅速,要有助手配合。上腹部应先填入旧的内衣,打好后再抽出,保留一定空隙,以免进食后腹胀不适。石膏背心的前面上至胸骨柄,下至耻骨联合上(至少应到阴毛际线以上),才能有效保持背伸体位,保证复位效果。石膏全层干透之前不可翻身与侧卧,冬天可以插灯烘烤。石膏背心对纵向压力无阻挡作用,故在4~5周内不可取半卧、坐或立位,更不可下床行走。

3. 患者若因腹膜后血肿使肠蠕动减弱而出现腹胀、便秘、尿潴留等,应作相应处理,但不要輕易拆除石膏固定。石膏背心拆除后应立即进行腰、腹肌锻炼。

4. 单纯平卧硬板床和伤椎处垫小枕常不能满意复位,因患者不易配合常自取侧卧位。垫枕常因疼痛而不能坚持,高度也总因压瘪而不够要求。

(收稿:1994-05-13)

启 事

本部现存少量1992、1993年的《中国骨伤》。单行本每年7.20元,精装合订本1992、1993年每年每本16.80元(以上均含邮资)。1994年的《中国骨伤》,单行本每年15.00元(含邮资)。

欲购者,来款请寄:100700北京东直门内北新仓18号中国中医研究院《中国骨伤》编辑部收。汇款时请写清收件人邮编、地址及姓名。