

复位前后配合骶管滴注治疗腰椎间盘突出症

青岛工人温泉疗养院(266207)张云深 王玲

我们自 1992 年 4 月~1993 年 7 月对 113 例腰椎间盘突出症患者采取牵引复位前后配合骶管滴注治疗,获得良好效果,现报告如下。

临床资料

本组 113 例中男 83 例,女 30 例;年龄 21~67 岁;单间盘突出 87 例,多间盘突出 25 例,间盘突出伴有椎体滑脱 1 例;全部病例均经 CT、椎管造影或磁共振检查,合并椎管狭窄者 23 例,黄韧带肥厚 18 例。

治疗方法

1. 复位前骶管滴注:①药物组成:生理盐水 100ml, Vit_{B12} 100μg, Vit_{B6} 100mg, 氟美松 15mg, 辅酶 A100^u, ATP40mg, 2%利多卡因 5ml, 简称利多卡因复合液。②操作方法:常规皮肤消毒,无菌操作,医者持 5ml 注射器吸 2%利多卡因 3ml,配 2ml 注射用水稀释后,用 9 号注射针头刺入骶管,回抽无血、推注无阻力时接输液管,以每分钟约 40 滴速输入骶管,待 2 天后牵引复位。

2. 复位方法:①提扳松解:病人俯卧位,全身肌肉放松,医者 1 手掌沟扣住患椎棘突,小鱼际肌重点着力于病变间隙患侧旁。另手及前臂慢用力向后提伸健侧大腿并向患侧旋至极限时速用力旋伸提扳,同时扣住棘突之掌根向对侧内下方对抗用力推压,相互配合。②侧扳松解:健侧卧位,伸健腿,屈患腿。助手两手拇指叠加用力下压固定病变间隙旁。术者立于病人腹侧(以右侧卧位为例),左手固定肩部,右前臂固定髋部,先慢用力推肩旋髋确定交叉力点在定点部位时,速用力推肩旋髋,同时助手用力下压配合,患健两侧均行侧扳松解。③牵拉推压复位:俯卧位,固定腋部及骨盆于牵引床上,根据其体重、脊柱长度及具体病情预选拉力、拉距及床面屈曲位角度。术者立于病人患侧,拇指与另手掌根部叠加按在病变间隙旁,在牵引床(青岛产 JQ- I 型牵引床)运行牵引时向对侧前下方作短促性用力推压,力量必须达到能使病变间隙瞬间增宽。助手双手把握踝部,同时用力向后上方拉抖患侧下肢,连续配合施术 2~3 次。伴有脊柱反常后凸、侧弯畸形者选定所需时间持续牵引并配合震颤冲击手法旋以整复。当查体原压痛点及叩击放射痛不明显或消失,直腿抬高程度

明显增加或恢复正常时,复位即告成功。俟后抬送病人回病房卧硬板床,8~72 小时后带腰围起床。上述诸松解复位法均在 JQ- I 型脊柱牵引床上依次施术。

3. 复位后骶管滴注:取利多卡因复合液 130ml,加生理盐水到 200~250ml,按上法进行骶管滴注。间隔 8 天 1 次,连续用药 4~5 次。适当辅以中西药、电理疗、以加速康复。

治疗结果

根据胡氏疗效标准^[1],治愈:症状完全消失或接近消失,直腿抬高可达 85 度左右,能恢复原工作 58 例;显效:症状大部分消失,直腿抬高试验超过 70°,可恢复原工作 45 例;好转:症状部分消失,直腿抬高较前显著改善,可担任较轻工作 6 例;无效:症状无明显减轻,不能参加工作 4 例。

讨论

采用复位前骶管滴注将药物输入腰骶部硬膜外腔,膨撑舒通硬膜外腔隙,起到液体剥离作用,松解粘连,漂浮游离神经根,缓解椎间盘突出物对神经根的压迫,避免间盘复位时椎管内损伤,还有可能在复位时起到“液压传力”作用,加强复位效果。诸药配方无化学反应和药理拮抗,充填在硬膜外腔,对神经、突出的纤维环及髓核组织有直接营养作用,降低纤维化,促使组织结构和功能恢复。

复位首先采用提扳、侧扳松解手法,矫正椎间小关节的变异和内在不平衡,回旋棘₁偏歪,松解椎间小关节及周围粘连,纠正椎体在间盘突出时产生的横向及旋转位移。牵拉推压复位集医者推压时对病变间隙的直接冲击力、牵引床运行牵引和助手瞬间猛力拉抖下肢所形成的牵拉力、及硬膜外腔液体的膨撑剥离作用。在它们共同作用下,促使病变间隙突然增宽,突出物回纳,间盘复位时并减轻或解除突出物对神经根的压迫,调整椎间失衡,使症状缓解消失。

复位后骶管滴注彻底清除复位后椎管内炎症,增加营养,调节代谢,稳定完善间盘复位,消除粘连因素,达到神经及其周围组织恢复的目的。

椎弓根螺钉加压棍治疗 胸腰椎不稳定性骨折并截瘫

广西百色地区医院(533000) 杨小平 朱刚劲

我科自 1993 年 6 月至 1994 年 3 月用椎弓根螺钉加压棍治疗胸腰椎不稳定性骨折脱位并截瘫 5 例,效果较好,报告如下。

临床资料

本组男 3 例,女 2 例;年龄 20~42 岁;均为外伤性胸腰椎不稳定性骨折并截瘫;受伤部位:第 10、12 胸椎骨折 1 例,第 11 胸椎骨折 1 例,第 1 腰椎骨折 3 例,均为屈曲型;骨折脱位型 3 例,粉碎型 2 例;受伤至手术时间最长 80 天,最短 3 天,全为完全性瘫痪。

治疗方法

手术均在气管插管全麻下进行。取俯卧位,以骨折部位为中心的背部正中直切口,显露骨折椎体及其上、下各 1~2 个椎体。骨膜下剥离显露棘突、椎板、横突及上、下关节突。咬除骨折椎体的棘突(注意保留棘上韧带,以利缝合后保护硬脊膜)、椎板,进行开窗椎管减压。并探查椎管、脊髓或马尾神经,清除压迫或损伤神经组织的骨片、椎间盘、黄韧带、血块等组织,并充分止血。在可能的情况下试行牵拉使椎体复位。

安装椎弓根螺钉加压棍:先在骨折椎体的上、下椎体选择进钉点。该点为横突中线与小关节突外缘垂直线交点或上下关节突下缘与横突中心的交点,并与脊柱的矢状面大致成 10~15 度方向进钉。为证实位置的准确性,笔者习惯用布巾钳轻钳夹横突,以了解定位的情况,并及时、准确调整。用尖头咬骨钳咬去进钉点少许骨质,使局部形成平面,利于钻孔。用 3.2~3.5mm 的钻头钻孔,注意掌握手感,了解有否钻出椎弓根、椎体外。旋入弓根螺丝钉,使其末端低于棘突水平,操作中要注意保持进钉方向,不能摇摆。上毕四根螺钉后连接两侧加压棍,往两端旋紧螺丝帽,使其牵引椎体复位。

治疗结果

本组平均固定椎体节数为 3.6 个,术后照片除一例基本复位外,其余都完全复位,螺钉进位准确,无松动现象,固定满意。术后 2 周可以床上活动,出院时截瘫平面均明显下降,双下肢肌力 III~IV 级,无褥疮、尿路感染、肺炎等并发症。部分病人仍在康复治疗中。

讨论

胸腰椎不稳定性骨折治疗方法近期内发展比较快,由 Harrington 氏棒、Luque 氏棒,发展到现在的椎弓根内固定,前两种方法对脊柱的固定效果好,但由于切口长、创伤大,须在完全复位下方可固定,其依赖固定的椎板较椎弓根薄弱,且 Luque 氏棒还在椎管内操作,更容易损伤或加重损伤神经系统。而椎弓根螺丝钉加压棍固定,是通过椎体最坚强部位固定脊柱的三个柱,形成最为坚强的固定,从而阻止了脊柱伤段的屈曲、伸展及旋转,有利于骨折的愈合和脊髓的恢复。我们使用的椎弓根螺钉加压棍与田氏报道^[1]的相同,该术式切口较短,创伤小,比较安全,固定确切。文献报道均强调应在清晰度高的 X 线电视屏监视下进行,或在定位器定位下进行,以免螺丝钉误入椎管内。本组在无 X 线电视监视下定好位,把握好角度,使螺丝钉准确沿椎弓根进入椎体,从而达到良好复位、固定。我们体会是:①定位要准确,可用布巾钳夹住横突,利于定点;②钻孔时要保持一定角度(即进钉点始终向外侧倾斜 10~15 度);③注意掌握手感,及时调整方向,避免钻出椎体外或进入椎管内。

参考文献

1. 田慧中,等. 椎弓根定位器和弓根螺丝钉加压棍的临床应用. 中华骨科杂志. 1990;10(6):403

(收稿:1994-09-24)

参考文献

1. 胡有谷. 腰椎间盘突出症. 第 1 版. 北京:人民卫生出版社,1985:220

社,1985:220

(收稿:1994-09-01;修回:1995-04-03)