

## 经验交流

## 假性腰椎滑移的非手术治疗

浙江省绍兴第四医院 (312007) 蔡飞龙

本人从 1989~1995 年,采用非手术综合疗法诊治假性腰椎体滑移 38 例,取得满意疗效,现总结如下。

## 临床资料

38 例中男 15 例,女 23 例;年龄 35~76 岁;病程最短 1 周,最长 5 年;L<sub>3</sub> 滑移 4 例, L<sub>4</sub> 滑移 21 例, L<sub>5</sub> 滑移 13 例。主要临床表现为腰骶部弥漫性疼痛,并以酸胀为主,久站、久坐及久行后加重,活动及劳累后更明显。本组 38 例中有臀部酸胀痛者 29 例,两侧下肢放射痛者 10 例,单侧下肢放射痛者 16 例,皮肤麻木者 15 例,直腿抬高试验阳性者 8 例,有间歇性跛行者 10 例。全部病人经腰椎正侧位及前后斜位 X 线片而确诊为假性腰椎滑移(已剔除椎弓根断或裂者),其中 24 例滑移 0.2~0.3cm, 9 例滑移 0.4cm, 5 例滑移 0.5cm, 2 例滑移 0.6~0.7cm。全部病人作 L<sub>3</sub>~S<sub>1</sub> 椎间盘 CT 扫描,排除椎间盘突出,其中 32 例有椎间盘膨隆但不超过 0.3cm,均无神经根受压及侧隐窝狭窄,无骨性椎管狭窄。凡膨隆超过 0.4cm,并有神经根受压、侧隐窝狭窄或骨性椎管狭窄者,不列入本组病例中。

## 治疗方法

假性腰椎滑移的治法包括按摩推拿、骨盆牵引、仰卧屈膝屈髋垫臀法及中药内服。

1. 推拿按摩疗法:每天 1 次,每次 1 小时左右。首先用点穴法点击棘突两旁穴位及腰肌、两侧臀部、膝关节后部穴位 10~15 分钟,再用揉法、揉压法 10~15 分钟。善后,腰椎向前滑移者取仰卧位,屈膝屈髋使大腿紧贴腹部有弹性地加压,使臀部离开床面;腰椎向后滑移者取俯卧位,术者一手按压滑移腰椎棘突,一手扳伸下肢,每侧数次,交替进行,最后抬起双侧下肢,使腰骶尽量后伸,从而使滑移椎体趋向正常位置。

2. 骨盆牵引法:用骨盆带持续牵引,每次 1 小时,每天 2 次。使脊椎拉伸,增加前后纵韧带的张力,松解椎后小关节囊的扭曲嵌顿及小关节脱位,使椎体恢复原位。在牵引时应适当垫高臀部使腰部架空,以利于恢复。

3. 仰卧屈膝屈髋垫臀法:用于椎体向前滑移的患者。病人仰卧,臀部用毛巾垫高 2~2.5cm,使腰部架空,并自然屈膝屈髋,两小腿垫高使其在骶部产生向

上的拉力,而上腰部依靠躯体自身的重量产生向下的力,从而改变了腰骶部的动力结构,使滑移椎体回复原位。此法禁用于椎体向后滑移的患者。

4. 中药:以补肝肾、强筋骨为拟方宗旨。主方组成:炒杜仲、炒淮山、宣木瓜、生熟地、补骨脂、骨碎补、茯苓、泽泻、紫丹参、山茱萸、淮牛膝、肾阳虚者加淫羊藿、菟丝子、锁阳等;肾阴虚者加炙鳖甲、炙龟板、制黄精等;肾气虚者加炒白术、生黄芪、五味子等;血虚加当归、鸡血藤、杞子等;痛或麻木者加延胡索、川草乌、全蝎等。

## 治疗结果

优:症状消失,腰部屈曲正常,恢复原工作或活动,22 例;良:腰痛消失,阴雨天有滞重感,腰部伸屈轻度受限,下肢放射痛及麻木消失,能参加轻便工作,8 例;好转:腰痛显著减轻,麻木不明显,活动及劳动后症状加重,6 例;无效:腰腿痛及下肢放射痛无明显减轻,2 例。总有效率 94.7%。两例无效者均为 75 岁以上患者,X 线片上见 L<sub>4,5</sub> 前后缘骨赘增生并两椎体上下缘形成骨桥,治疗 3 周后不能忍受上述 2、3 两种疗法而终止治疗。治疗时间最短 2 周,最长达 8 周。

## 讨论

本组病例属椎弓根完整型腰椎滑脱,亦称假性腰椎滑脱,系由于椎间盘松弛,丧失弹性,而腰椎上下关节突关节面呈倾斜的矢状面,对脊柱起限制和稳定作用,并限制椎体向前向后及过伸过屈。当椎后关节退变或功能紊乱,小关节发生纵向移位、重叠甚至半脱位,丧失对椎体活动的限制,在脊柱过伸或过屈时,脊柱发生一定程度的向前或向后滑动,但主要是上部的腰椎向前滑移而发病。其临床症状发生的原因有:①滑移椎体刺激周围软组织,产生无菌性炎性渗出,并进一步刺激神经末梢或炎性肿胀挤压神经根而出现疼痛或放射痛等症状;②椎间盘退行性变或椎间隙狭窄,使黄韧带肥厚皱褶、折迭、粘连,使马尾神经及神经根受到挤压或扭曲,因而出现一系列症状;③椎体及小关节骨质增生的刺激作用,骨质增生一般以下腰段更明显,故腰痛以腰骶部弥漫性疼痛为主;④因椎体活动时,上下关节突的纵向移位,小关节囊肥厚及增生而向上向前延伸,

神经根管空间变小，神经根受挤卡，从而产生根性症状。疼痛向臀部及下肢放射，亦即 CT 检查无神经压迫征象而多数患者却有临床表现的原因所在。

针对假性腰椎体滑移的病因病机，采用对应的综合疗法而达到治疗目的。推拿按摩手法，能改善血液循环和肌肉挛缩、松解粘连，使腰椎周围软组织松弛；点穴法，可起到疏通经络、行气活血、止痛的效果；腰部旋转扳伸等手法，可使腰椎小关节功能紊乱恢复及椎体滑移复原；骨盆牵引，使腰部所有纵向韧带张力增

加，尤以前后纵韧带及黄韧带为甚，使皱褶松开，椎后关节位置回复，消除对神经根的挤压，并借助前后纵韧带的拉力，使滑移椎体复原；屈膝屈髋垫臀法，是借助自身躯体的重力及外界作用而产生的力，减小椎体滑移剪力，并使椎体产生反滑移活动而回复正常位置；补肝肾、强筋骨中药内服，主要根据中医理论“腰为肾之府”立方，以加强韧带张力、调理疏通经络、巩固疗效为主。

(收稿：1995-10-30 修回：1996-06-18)

## 俯卧垂直牵引复位法治疗肱骨外科颈骨折

广西灵山县中医院 (535400) 梁才雄

我们采用俯卧垂直牵引复位法治疗肱骨外科颈骨折，现介绍总结如下。

**临床资料** 43 例均为新鲜闭合骨折，其中男 28 例，女 15 例；20 岁以下 14 例，20~40 岁 17 例，40 岁以上 12 例；左侧 26 例，右侧 17 例；外展型 25 例，内收型 18 例。

不用麻醉，病人平卧手术床上，患侧胸前垫一软枕，患肢自然垂直下吊于床边，患侧肘关节屈曲 90 度前臂旋后位，助手一手握住患肢腕部，另一手按压患肢肘关节前部，助手逐渐用力向下按压患肢肘部，进行持续牵引，术者根据骨折类型进行复位。

**外展型：**助手持续牵引下术者一手置于患肩外后侧，固定骨折近端，另一手按于骨折远端内前侧，由内前向外后方挤压远端，同时嘱助手在牵引下内收上臂，嘱病人翻身仰卧的同时，使患侧肘部到达患者胸前，然后将肩关节前屈 30 度，外展 10 度位置，作上臂超肩关节小夹板固定。

**内收型：**助手将患肩外展 60~70 度位持续牵引下，术者一手按压骨折远端外侧，由外向内推按，另一手置于患肘内侧，由内向外推按，同时助手使患肩外展 90 度，然后再将患侧肩关节前屈 60 度，术者用手固定好骨折端后嘱病人翻身，将患侧肩关节外展 30 度，前

屈 30 度位置，作超肩关节小夹板固定。

**治疗结果** 复位后即行 X 线照片检查，结果：解剖对位 21 例，近解剖对位 16 例，功能对位 6 例。

43 例术后半年以上均得到随访，结果：1 例发生创伤性关节炎，2 例活动时肩部感觉疼痛，肩关节活动轻度受限，其余 40 例肩关节功能正常，肩部无疼痛。

**体会** 1. 肱骨外科颈骨折分型较简单，但不管那一类型骨折，只要骨折端有移位，它们都有一个共同的特点，即向前成角畸形。这是由于骨折端受背阔肌、胸大肌、大圆肌、三角肌牵拉所致。我们针对骨折移位这一特点，治疗时采用俯卧垂直牵引法复位。当病人俯卧自然向下垂直下吊患肢时，患肩已向前屈 45 度，持续牵引的同时，向前成角畸形大多数已纠正，这样复位就变得简便了。

2. 新鲜骨折病人一般不用麻醉，而病人俯卧时，肩部肌肉处于最松弛状态，有利于骨折的复位，术者复位时相对比较省力，复位时间就会缩短。

3. 本复位方法对腋部的神经、血管无直接压迫，所以，手术并发症极少。本复位方法还可用于儿童肱骨头骨骺滑脱的复位。

(收稿 1995-02-14)

### 安徽省高校科技函授部 中医函授大专班面向全国招生

本部经安徽省教委批准面向全国招生。选用《全国高等中医院校函授教材》，开设十二门中西课程，与高等教育中医自学考试相配合，由专家教授全国辅导和教学。凡是有高中语文程度者均可报名，附邮 5 元至合肥市望江西路 6-008 信箱中医函大，邮编 230022，简章备案。电话：(0551) 556936。