

对插均载脊柱骨折复位器治疗胸腰椎压缩性骨折

浙江省青春医院 (杭州 310016) 董根生 王明华*

胸腰椎压缩性骨折是常见骨折之一。作者根据过伸复位原理,在原垫枕练功法^[1]基础上设制对插均载脊柱骨折复位器,用于治疗胸腰椎压缩性骨折 50 例,疗效满意。

临床资料

本组 50 例中,男 34 例,女 16 例;年龄 11~69 岁,以 20~40 岁为多,占 41 例;骨折部位 T₄~L₅,以 T₁₁~L₂ 为多,共 42 例,以 L₁ 为最多,占 27 例;按 Nicoll 分类法,50 例中,稳定型骨折 21 例,不稳定 29 例。其中有不同程度脱位者 19 例,合并椎板或关节突骨折 12 例;椎体前缘被压缩 2/3 以上者 17 例,粉碎性骨折 13 例;合并不全性截瘫 11 例;同时伴有其他部位骨折 24 例,复合伤 8 例。

治疗方法

对插均载脊柱骨折复位器构造及特点:该复位器主要由三大系统组成(图 1):①滑轨对偶枕基础系统:不锈钢定位滑轨 1 支和硬木对偶自销枕 1 对。硬枕按人体腰背生理弧度设计加工,分大、中、小号;②无级升降调节系统:升降稳定架 1 对,升降标尺螺杆 1 对和角状固定块 1 对。角状固定块一翼与硬枕一端固定,另一翼上攻有螺孔,与升降螺杆相配套;③应力均匀负载系统:由衬有弹簧钢片的人造革护腰改制,经力学测试性能良好。

注意早期防治休克及其他急性并发症。待病情稳定后,以夹板或石膏托固定四肢骨折。对脊柱骨折,均卧硬板床,酌情整复。只要病人全身情况允许,对痛觉耐受较差或估计整复度数较大者,采用选择性局麻后再用脊柱骨折复位器快速稳步抬高复位。整复时,在骨折部先佩带均载护腰,插入定位滑轨,引导对偶枕从身体两侧插入并在两端置一升降稳定螺杆,根据病人骨折压缩程度及全身情况,每 5~10 分钟调节升高一次,一般 1~2 小时内即可完成复位。

胸腰椎压缩骨折复位时,需克服剩余变形的力^[2]。压缩程度越重,其残余变形的储存能量越小,故较低的垫枕高度就足以克服剩余变形的力。椎体压缩程度轻,其剩余变形储存的能量大,故必须加高垫枕高度来克服剩余变形的力。如脊柱粉碎性骨折和压缩在 1/2 以上的骨折,仅将脊柱抬高上升 4cm 即可达到满意复位。而压缩在 1/3 或 1/4 病例,脊柱抬高上升必须达 4cm 以上,但不宜高过 6cm (不计生理弧度)。

病人胸腰部抬高到 10cm 以上,身体长期处于超过伸状态往往很不舒服,甚至难以忍受。在病人的建议要求下,可采用日夜交替升降复位。既在白天保持超过伸复位,配合功能锻炼(腰肌锻炼),晚上把复位器降至基础伸展位(3cm)。以保证患者夜间充分休息,白天更好地练功。

只要病人情况允许,一般在整复后 1~2 天教会病人逐步练功。练功方法因伤情而异,练功量逐渐增加,一般都可在 3~6 周内,在骨折愈合前达到练功要求^[3]。6~8 周开始下床活动。

治疗结果

本组 50 例,全部随访,随访时间最长 3 年半,最短 8 个月,平均 13 个月。按 1975 年全国中西医结合治疗骨折经验交流会制定的标准统计,优良者 48 例,优良率为 96%。1 例患者因自动出院中断治疗,以致功能康复欠满意。

讨 论

胸腰椎压缩性骨折是骨科临床上常见的创伤之一。传统的垫枕疗法,需要二三个人把病人抬起,并另需一人把软枕垫入病人腰背部。由于软枕被压缩,若要

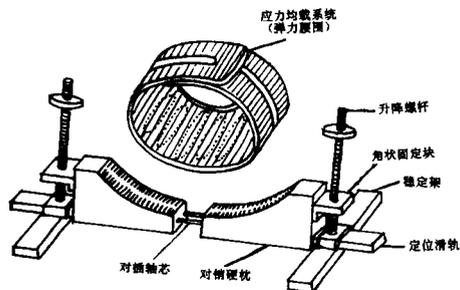


图 1 对插均载脊柱骨折复位器

治疗方法

对重病者须认真检查伤情,早期诊断,即时处理。

* 杭州市红会医院

使骨折真正能达到复位或使病人感到舒适,需要经常调整垫枕的高度及位置。有时为了调整一次垫枕,往往要把几个护理人员都累得汗流满面;而患者也疼痛得叫苦连天。且疗程较长,一般均需卧床治疗 3~5 个月方可酌情下床活动。由于种种不便,过去胸腰椎压缩性骨折患者,不是因病人承受不了痛苦而拒绝垫枕整复,就是由于缺乏得力的护理而中断治疗。因此,过去胸腰椎压缩性骨折患者真正达到理想的复位愈合的为数不多。

对插均载脊柱骨折复位器,是近年在原垫枕练功法基础上改进研制的,并从构造性能及操作方法等方面作了重大改进,纠正了原软枕存在的难安置、易压缩、不能随意升降等缺点,使垫枕练功法达到可靠、可信、可调、可比的抬高度,减少了病人痛苦,提高了骨折复位率和治愈率,缩短了疗程。且操作简便,采用该复位器,只需轻轻松松地扳动两侧螺丝,就能随意地调整垫枕的抬高度。有时缺乏护理,患者自己也能顺利地操作。本文采用该复位器治疗胸腰椎压缩性骨折 50 例,优良率达 96%。

脊柱胸腰段压缩性骨折垫枕复位,应根据脊柱需要抬高度及患者脊柱的生理弧度和臀肌厚度而定。有

人^[2]曾实验证明:脊柱压缩程度越重,其残余变形的储存能量越小,故较低的垫枕高度就以克服剩余变形的力。否则,就必须加高垫枕高度。如椎体压缩 1/2 以上,脊柱需垫高 4cm,测其脊柱生理弧度(从髂前上棘额面至臀部的厚度为 12cm,仰卧臀肌压缩 40%,实际为 7.2cm),临床实际垫枕高度:

$$4\text{cm}(\text{脊柱上升高度}) + 7.2\text{cm}(\text{生理弧度}) = 11.2\text{cm}$$

作者体会本法的关键还在于调动病人的主观能动性。把病情如实地告诉患者,强调垫枕练功的重要意义,使患者自觉地坚持每日认真运用复位器并主动地进行练功,才能获得良好疗效。

参考资料

1. 天津医院骨科. 胸腰椎压缩骨折的新疗法. 中华医学杂志 1976; 56 (1): 22.
2. 顾云五, 肖冠军, 董神慧. 胸腰段脊柱屈曲型压缩骨折“自身复位”疗法的生物力学探讨. 中华骨科杂志 1984; 4 (1): 14.
3. 杨淮云, 尚天裕, 金洪. 中西医结合治疗脊柱骨折合并多发骨折 100 例临床分析, 中医杂志 1981; 22 (9): 18.

(收稿: 1996-12-02 修回: 1997-04-25)

凤阳门千手大法治疗克雷氏骨折经验

台湾彰化县吉裕堂诊所 郑世诚 林鼎尧*

以左腕克雷氏骨折为例,患者取坐位,手法如下:

1. 医生面对患者,左手握住患手掌部,右手握住患肢前臂远端,两手同时用力将前臂置于中立位,使桡骨远端向上。

2. 使患者掌部伸出治疗台外,将整骨圆垫垫在腕关节下方,令患肢掌、臂成一直线。

3. 医生左手将患臂掌部五指集一体把紧,准备向下弯曲牵引,同时保持稳定,不可左右晃动。

4. 医生右手拇指按在患腕内侧,另四指按在患腕外侧,并紧紧把住,同时医生右手掌根部压住桡骨远端移位之骨块处。

5. 医生左手施力将患肢掌部向前下方牵引成角约 70 度左右,利用韧带和肌肉的弹性及伸展性传达牵引

力,将断端的重叠牵开。

6. 医生左手施力将桡骨远端重叠移位的骨块牵开时,术者右手掌根部加速加力将桡骨块推下复位。可反复连续做二次至三次的推压动作。整复后,令患肢掌部伸直,保持稳定的中立位,术者左手要牵直其掌部不可松动,同时右手拇指转到桡骨远端上加力顶住,利用顶住的拇指触摸检查,确认已复位完整时,去掉尺骨下的圆垫,术者左手拇指与另外四指相对用力把住桡骨断端的接合部,并保持腕关节的稳定。

7. 医生两手均衡用力,将患臂转向至掌背部向下,此时术者左手拇指代替右手拇指顶住桡骨远端,右手就可以离开,准备用小夹板固定等治疗。

* 台湾板桥市皇汉中医诊所