

决的极重要的因素,而脊柱骨折所致的脊髓受压多来自硬脊膜前方,后路复位内固定亦具有一定间接减压作用,但难于获得彻底的回纳。我们在术中,将伤椎上椎板的下1/3及伤椎椎板的上2/3切除,即能扩大开窗达到全椎板切除一样的减压作用,又能保留骨折椎椎板的相对完整性,减少了骨结构的破坏,增加了稳定性。牵开硬脊膜后,前方的骨折回植或减压,这种减压较充分。我们注意了伤椎上下椎体的上下角有无骨折块,若有骨折块,可将之切除。因此术前CT检查十分有必要。之后可以行有效的植骨,这样即能复位达到一个好的固定,又能充分减压,对脊髓功能的恢复创造了一个良好的环境。我们的患者神经功能除几例不可

逆的损伤以外,其余均得到最大限度的恢复。

对于椎体压缩大于1/2的爆裂性骨折,CT显示椎体后方有骨块凸入椎管,但无神经症状的患者,我们主张先保守治疗,若复位后石膏固定后仍有后凸加大,就要行手术治疗,但后凸角度不大,不主张手术治疗。

参考文献

1. Weistein, JN, Spratt, KF, Spengler, D, et al. Spinal pedicle fixation: reliability and validity of roentgenogram-based assessment and surgical factors on successful screw placement. Spine, 1988, 13: 1012.

(收稿: 1996-07-19)

晚期妊娠腰椎压缩性骨折合并泌尿系感染一例

广东医学院附属医院 (湛江市 524001)

古剑雄 莫通

××,女,38岁,因跌伤后腰痛不能站立11天抬床入院。患者停经8个月,入院前11天的晚上从2m高楼梯摔下,臀部先着地,致腰痛不能站立伴大小便困难。入院体检:面色稍苍白,腹隆起,孕8个月,LOA,胎头未入盆,胎心好,(经“B”超及妇产科医师检查确诊),膀胱区压痛明显,肠鸣音减弱,第1腰椎棘突向后突出0.6cm,压痛明显,双下肢肌力III~IV级,肌张力正常,脐以下肢体浅感觉减退,提肛反射消失。腰椎X光片:第1腰椎压缩性骨折。尿常规:WBC++,成堆脓细胞。诊断:1.第1腰椎压缩性骨折;2.脊髓圆锥挫伤;3.泌尿系感染;4.晚期妊娠。治疗以体疗功能训练为主,配合按摩、药物及心理治疗:1.让患者仰卧于木板床上,在骨折椎体处垫一3~5cm厚的棉枕,保持脊柱过伸位,嘱患者双手撑着腰部,提起臀部(即五点支撑法),逐渐进行背伸锻炼,每日20~30次,并予按摩膀胱区、骶部及双下肢肌肉,被动活动双下肢关节。2.嘱患者多饮水,予0.1%呋喃西林200ml膀胱冲洗及外阴冲洗,每日各1次;中药为补中益气汤加减,每日1剂,并予静滴复方氨基酸、间断低流量吸氧等治疗。3.孕妇曾2次流产,患病以来精神紧张,焦虑不安,每日与其交谈2次,予分析病情,安慰,鼓励等心理治疗,使其精神放松,并用自来水滴声诱导排尿。经上述综合治疗1周,患者可自排大小便,10天后可在扶携下站立,住院25天,面色红润,胎儿正常,腰痛

消失,膀胱区无压痛,脐以下肢体浅感觉恢复正常,提肛反射正常,双下肢肌力V级,可自行下地行走;复查腰椎X光片:腰椎生理曲线趋于正常;尿常规:正常;临床痊愈出院。

讨论 本例为晚期妊娠,因第1腰椎压缩性骨折合并脊髓圆锥挫伤致大小便障碍,不完全性截瘫。为使腰椎复位,在骨折椎体处垫一3~5cm厚的平枕,保持脊柱过伸位,有助于突出的椎体回纳;让孕妇进行腰背肌的功能训练,利用背伸肌的强大肌力及背伸姿势,使脊柱过伸,借椎体前方前纵韧带及椎间盘纤维环的张力可使压缩的椎体自行复位,从而恢复椎管内径和脊柱的形态,脊髓压迫解除。且由于早期活动可防止骨质疏松,避免伤椎再出现楔形改变,坚持功能锻炼使背伸肌强壮有力,以免引起慢性腰痛,且有助孕妇生产。本例因大小便困难伴卧床而致泌尿系感染,应尽快控制炎症,以免引起宫内感染及早产。治疗中应按摩膀胱区及用自来水滴声诱导排尿,使孕妇产生排尿条件反射。因为孕妇,用药应谨慎,尽量使用外用局部冲洗,及时消除炎症。同时加强护理及支持治疗,骶部按摩预防褥疮,给予间断低流量吸氧、补中益气汤及复方氨基酸,改善孕妇和胎儿的营养状况;本例为高龄孕妇,有习惯性流产史,应注意避免引起早产或胎儿死亡的各种因素如牵引、重手法复位、强烈针刺等。

(收稿: 1995-06-21)