

据有人统计发生于胸₁₂~腰₂之骨折约占胸腰段脊椎骨折 65~67%。作用于脊柱的暴力主要可分解为纵向或横向两个分力,而造成胸腰椎压缩性骨折的主要暴力为纵向分力(或称垂直分力)是沿脊柱长轴传导的挤压力量,这种力量超过椎骨的抗压能力,就能造成脊柱的挤压性骨折,而发生脊柱脱位较少。当然,哪一个分力将起主要作用视暴力大小,来自何方和受伤时病人的体位有关。临床上所受伤势轻重不同,椎骨压缩程度也不一样,故治疗亦各不相同,但主要治疗目的纠正脊柱后凸畸形,避免使后部软组织的张力增加,易产生慢性劳损;恢复椎间关节面方向改变而导致后关节紊乱和日后退化性关节炎。因此,治疗着眼于矫正畸形,恢复椎间关节的正常关系,消除软组织劳损的潜在因素,并为软组织和骨折修复创造适宜的条件。

持续牵引加垫枕法合牵引和垫枕二种治疗作用为

一体,在尽早恢复脊柱正常功能中起到了满意的治疗效果。持续牵引既能整复骨折和维持复位后的位置又能防止与矫正关节畸形,能使椎间隙增大,减低其内部压力,骨折处血肿对椎旁交感神经的刺激,又能解除肌肉痉挛与疼痛。垫枕逐渐加高,避免由于施用暴力所带来一些预想不到的后果,加大了脊柱背伸,前纵韧带内收缩变为紧张,与韧带附着在一起的被压缩的椎体前部有可能恢复其压缩前的外形。从 37 例病人治疗结果分析中看出:40~62 岁 25 例中老年人均能承受这种治疗方法,37 例病人中 X 光片均显示不同程度地恢复其原有压缩改变,6 例病人其伴有损伤平面以下出现不完全性的运动,皮肤感觉障碍和肠麻痹症状全部消失。总之运用持续牵引加垫枕法治疗胸腰椎骨压缩性骨折,患者使用方便、易于接受,安全可靠,疗效满意。

(收稿:1998-01-15)

膝关节退行性骨关节病的治疗

金甬 万全庆*

浙江省宁波市中医院 (315010)

运用养血活血、内外结合治疗膝关节退行性骨关节病,取得满意疗效,现介绍如下。

临床资料

1. 80 例中男 27 例,女 53 例;平均年龄 64 岁。右膝 49 例,左膝 31 例。随机分为两组,治疗组为 60 例,对照组为 20 例。

2. 临床表现:膝关节开始活动时痛,上下楼梯时特别明显,稍活动以后症状可减轻,负重和活动多时疼痛又会加重。并伴有关节肿胀,僵硬,部分患者因病久而出现股四头肌萎缩,关节活动明显受限。

3. X 线表现:可在髌骨后上角或后下角,胫骨平台一侧或两侧见有骨质增生,胫骨髁间隆起变尖,部分患者可见膝关节内侧或外侧间隙部分区域狭窄。

治疗方法

1. 治疗组:采用养血活血为基本组方,药物组成为:生黄芪 30g,当归 10g,赤白芍各 20g,泽兰 10g,川桂枝 10g,怀牛膝 15g,桑枝 15g,清甘草 5g。肾阳虚者加鹿角胶、仙茅、仙灵脾;风湿者加海风藤、防风、川独活、细辛;寒胜者加麻黄、小茴香、附片;痛甚者加炙川乌、炙草乌;湿胜者加防己、苍术、海桐皮;湿

壅化热者加黄柏、知母。日服一剂,早晚二服。

治疗组同时外用中药薰洗,组方:羌活 10g,独活 10g,川乌 10g,草乌 10g,海桐皮 10g,莪术 10g,透骨草 10g,路路通 10g,艾叶 10g,王不留行 10g,三棱 10g。把药物加水后加热煮沸 20 分钟,先用热气薰蒸膝部,待水温稍减,用药水热敷患膝,每次 15 分钟,每天 3 次。

2. 对照组:内服消炎痛片,每日 3 次,每次 50mg。外用双氯芬酸钠乳膏外搽患处,每日 3 次。

两组患者治疗以 15 天为一疗程,治疗二疗程。治疗期间注意休息,避免过度负重,避风保暖。

治疗结果

疗效标准:根据 1995 年 1 月 1 日实施的中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》,显效:膝关节肿胀疼痛消失,关节活动正常。好转:关节肿痛减轻,活动功能改善。未愈:症状无改善,并出现关节僵硬。治疗两疗程后疗效显示,治疗组:显效 19 例,有效 36 例,未愈 5 例,有效率达 91.7%。对照组:显效 2 例,有效 11 例,未愈合达 7 例,有效率 65%。两组疗效有显著差异。

讨 论

膝关节退行性骨关节炎属痹证范围,《素问·痹论》:“风寒湿三气杂至合而为痹。”故临床治疗多从祛风散寒胜湿而论治,而叶海主任医师认为:膝关节退行性骨关节炎疾病多见于老年患者,本组病例患者年高体衰,且多有慢性劳损史。其病机以血虚为本,血虚不能濡养筋骨,滑利关节,充盈经脉,经血运行不畅,致患膝关节肿胀,疼痛,活动乏力。治疗的关键在养血活血。因气血互为生化,气为血帅,方中选用生黄芪为主药,益

气生血,行气活血,同时顾护脾胃,避免补血药的滋腻而滞脾胃,妨碍消化。辅以当归,白芍,既能补血而又能活血。并配伍赤芍、泽兰加强行血、止痛;川桂枝温通血脉经络,怀牛膝活血祛瘀,引血下行;桑枝祛风通络,通利关节;清甘草味甘益脾,调和诸药。临床诸药合用,并辨证加减。同时配合中药薰洗,疏通经血,疏导腠理,舒松关节筋络,促进关节功能恢复起到良好作用。

(收稿:1997-12-04)

自制复位器治疗胸腰椎骨折脱位 23 例

苏纪健 黄锦芳* 卢利平

福建省永定县医院 (364100)

我院自 1990~1996 年 3 月共收住胸腰椎骨折 23 例,采用自行改制复位器整复后用哈氏棒或 Dick 钉行内固定,取得较满意效果,报告如下。

临床资料

本组 23 例中男 15 例,女 8 例;年龄 25~50 岁。骨折椎体: T₁₀~L₁ 16 例, L₁~₃ 7 例。骨折类型: 屈曲压缩骨折脱位 4 例,爆裂型并脱位 15 例,屈曲旋转脱位 4 例。病程: 1 周以内 15 例,2 周内 6 例,3 周以上 2 例。应用自制复位器复位后,哈氏棒固定 13 例, Dick 钉固定 10 例。

治疗方法

1. 材料: 取 SUR166 型甲状腺拉钩,规格长 20.5cm,宽 1.0~1.3cm,截除两侧钩端,成为“U”型复位器(见图 1)。

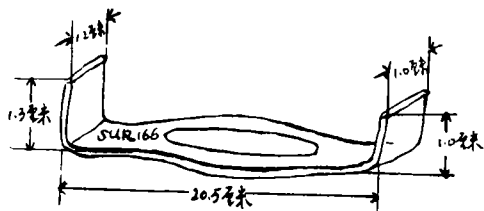


图 1. 改良复位器

2. 方法: 采用后入路,显露并咬除骨折椎板后,显露硬脊膜,将硬脊膜用神经拉钩拉向一侧,将“U”型复位器轻轻地绕过硬脊膜前方,对准骨折脱位突出的

椎体后缘,然后助手牵拉患者躯干上段,另一助手拉下肢,同时配合牵拉下,术者敲击“U”型复位器,敲击时觉得落空感,检查椎管前壁硬脊膜前方无压迫感,示整复完毕,然后再行其他内固定,并对受损脊髓相应治疗。

治疗结果

椎体骨折压缩 1/3 以上合并脱位,出现神经不全损伤,经整复后, X 线摄片复位良好,截瘫按 Frankel 分级,临床随访时间最长 5 年,最短 16 个月,获得 I 级以上恢复的有 16 例,占 70%。经复位后,椎体脱位明显改善,因脊髓神经严重损伤及其他原因,获得 II 级以上恢复的有 6 例,占 26%。经复位,椎体脱位无改善,合并脊髓已完全断裂无改善 1 例。

讨 论

胸腰椎骨折以压缩、爆裂型骨折较为多见,椎体压缩达到超过 1/2 者,常发生慢性不稳定,如早期通过可靠整复方法复位并加良好的内固定(哈氏棒、经椎弓根用螺丝钉或 Dick 器械)恢复椎体有良好效果^[1]。

自制“U”型复位器,其优点是两端不同大小,可以随椎管大小而选择一端,其两端的角度也比较符合椎管,整复器的厚度也只有 0.2cm,灵活,轻巧。硬脊膜拉开后,可达到预想的位置,复位方法简单,又是在术中直视下进行,所以可称之塌陷法减压^[2],能达到较为满意效果。除粉碎性骨缺损,可以给予咬除。整复后椎管内平整,稳定,无压迫脊髓,对脊髓神经的恢复起有一定的作用。再加哈氏棒或 Dick 氏固定,远期疗

* 福建省永定县坎市医院