

表 1 损伤神经及吻合时间与疗效

损伤神经	条	吻合时间	疗效			
			优	良	可	差
坐骨神经	2	24 小时	1			
		1~3 月		1		
腓总神经	1	24 小时	1			
		24 小时	1			
桡神经	20	24 小时	17			
		1~3 月	1	1		
		4~6 月		1		
正中神经	36	24 小时	31	3		
		1~3 月		1		
		4~6 月		1		
尺神经	29	24 小时	21	1	1	
		1~3 月	1	2	1	
		4~6 月		1	1	

讨 论

1. 手术时机宜早不宜迟,本组统计资料表明:处理越早,疗效越佳。

2. 吻合方式:对切割伤神经断裂的吻合,有两种方式:束间吻合及外膜吻合。我们认为,通过广泛游离,屈曲关节,神经移位,来对抗缺损,做到无张力下的吻合,可使其仅有一个吻合口,粗细及内容相当,内粘连少,加快恢复。本组病例均采用外膜吻合。

3. 神经种类及损伤位置对疗效的影响:本组由于下肢例数少不宜比较。上肢神经恢复结果如下:桡神经最佳,正中神经次之,尺神经欠佳。表明含运动为主的较感觉为主的神经恢复好。损伤位置低的较位置高的恢复好,高位恢复需要时间长,使得远方的细小肌肉功能恢复不全(如手内在肌)。本组病例中,腕管部的损伤明显较肘以上的损伤恢复好。

4. 慎防漏诊。

(收稿:1995-11-21)

塔型垫枕练功法治疗胸腰椎压缩性骨折

于达银 钱晓荣 徐万航 何秀萍

江苏省连云港市海港医院 (222046)

1982 年 5 月~1994 年 11 月,我们采用塔型垫枕练功法治疗胸腰椎压缩性骨折 106 例。通过资料较全的 72 例随访与门诊复查,疗效满意,现报告如下。

临床资料

经随访的 72 例皆为住院病人,男 57 例,女 15 例;年龄 14~71 岁;致伤原因:高处跌坠伤 38 例,重物压伤 26 例,车祸伤 8 例,骨折以 T₁₂、L₁ 多见,计 40 例;椎体压缩 1/3 以上者 53 例。住院时间:最短 21 天,最长 93 天。随访时间:出院后进行功能或 X 线片复查,半年~9 年。治疗结果:根据椎体骨折功能恢复标准^[1]评定:功能恢复:优良 58 例,尚可 9 例,差 5 例。

治疗方法

平卧硬板床。以伤椎为中心,垫一高度合适的塔型枕头。3~7 天病人适应后,可开始在床上进行直腿抬高活动,继 5 点练功法(即头部、双肘关节、与双踝关节为支点,挺胸腹部,锻炼腰背肌功能,且逐渐增加次数和幅度)。治疗 3~4 周后摄 X 线片,一般可见骨折复位或基本复位,4~6 周后开始下床活动。塔型枕制法:取

枕头 1 个,将枕头分成平均 3 份,将中间一部份缝合,突出呈塔型,高度以损伤部位要求为准,2~3 条干毛巾,滑石粉少量备用,将缝合好的枕头铺上干毛巾后垫在骨折部位。

讨 论

1. 垫枕与练功的关系:受伤椎体部位用塔型垫枕,是一种过伸位的方法。通过垫枕,骨折复位后,脊椎仍然保持在过伸位状态,受伤的椎体持续得到垫枕的挤压,从而保持复位的效果。顾云五^[1],在动物实验中说明:如果只垫枕不练功,骨折虽然复位,但不能发挥脊椎前纵韧带和椎间盘的牵拉力,不能发挥腰背肌所起到的肌肉夹板作用,更不利于腰背功能的恢复。如果只练功而不垫枕,则骨折因得不到必要的外界力量而不能复位。我们通过临床治疗观察认为:塔型垫枕练功法能有效地恢复脊柱正常生理功能和解剖复位,它是以前纵韧带、纤维环等的紧张度。以关节突等为支点,使被压缩、移位的椎体前缘得到张开和复位。加上早期腰背肌练功,能有效地促进整复过程,改善软组织和骨性

组织的血液循环,促进伤区水肿的吸收。加快骨折愈合和预防软组织粘连,肌肉萎缩。为早期下床锻炼创造条件。我们在临床实践中体会到:垫枕不够高,也达不到过伸位,骨折复位就不理想,往往残留后凸畸形。因而我们主张要早垫枕,垫高枕,位置一定要对准受伤的椎体。在复查病例中,5例功能差者,其中3例是垫枕不好,而后遗后凸畸形。2例是练功不好,腰骶部疼痛,而影响功能。所以垫枕和练功的关系是缺一不可。临床中往往遇到一些病人因疼痛而拒绝垫枕或上下移动垫枕者。对于这种情况的病人,我们采用0.5%的奴夫卡因封闭受伤的上下椎板,或使用镇痛剂的办法缓解疼痛,以取得病人的合作,保证垫枕和练功顺利进行,获得成功。

2. 下地时间和功能恢复的关系:运用塔型垫枕练功法治疗胸腰椎压缩性骨折,病人一般经过1~2周治

疗后,疼痛即可消失。但如果认为消失疼痛就能起坐或下床,则往往导致骨折重新错位,而前功尽弃。在106例治疗过程中,曾有8例因下地过早,导致骨折移位反而延长了疗程。如果不稳定骨折或合并脊髓神经不全伤者,必须3个月后方能下地进行功能锻炼。

3. 塔型垫枕练功法的优点:方法简单,护理方便,安全可靠,疗效满意,病人易于接受,并发症少;能有效地恢复脊柱正常生理功能和解剖对位;此法早期能解除脊髓、硬膜囊、神经根的压迫,避免和减少了手术后并发症的发生。

参考文献

1. 顾云五. 垫枕练功法治疗胸腰椎屈曲型骨折疗效观察. 中华骨科杂志, 1981, 4 (1): 237

(收稿: 1995-11-21)

牵引加药物治疗颈椎病并发急性颈神经根受压

田江宜 刘志铁 湛川 郑原

沈阳铁路局总医院 (110032)

颈椎病临床发病率较高,但颈神经根急性受压产生症状突然发作者较少见。我院近2年诊断5例,经牵引及药物治疗,收到较好效果,现报告如下。

临床资料

5例中男4例,女1例;年龄41~58岁。3例有头颈部受轻度外伤史,2例无外伤史。单侧3例,双侧2例。5例上肢生理反射正常,但病理反射均呈阳性。均突然发病,呈现上肢强烈的痛麻神经过敏症状。MRI显示:4例有广泛的颈间盘退变突出,且偏向有症状的一侧,1例为颈椎后纵韧带骨化合并颈间盘突出。

治疗方法及结果

1. 颈椎牵引:采用卧位小计量持续牵引,用枕颌吊带牵引,重量一般为4~6kg,时间为2~4周,不牵引时用围颌固定。

2. 药物治疗:用20%甘露醇250ml,一日二次静点,地塞米松10mg一日一次静点,细胞色素C等神经营养药物静点,一个疗程14天,一般二个疗程。地塞米松一个疗程不超过5天。

3. 治疗结果:5例全部治愈,痛麻感觉消失,运动功能正常。但病理反射消失较慢。

讨 论

1. 颈椎病以上肢麻木疼痛为主的神经根型多见,

但引起神经根急性受压产生强烈的痛麻症状的较少见。本组5例经MRI检查发现,颈椎均有明显的退变,而且颈脊髓及神经根均有受压,以往无症状是为代偿阶段,但当有一定的诱因致使失去代偿时,便突然出现症状。5例均有颈椎间盘退变突出,但却无下肢感觉及运动功能的改变,为脊髓受压尚可代偿,而神经根受压更加明显而失去代偿,症状突出。

2. 颈脊髓受压行颈椎牵引有一定的危险性,因可导致瘫痪加重^[1]。但神经根受压明显行颈椎牵引可有一定效果。因此我们采用小计量持续牵引治疗,牵引重量小可避免脊髓损伤造成高位截瘫,但持续牵引又可达减轻神经根的压迫。同时辅以脱水、减轻炎症水肿及神经营养等药物,效果比较理想。我们治疗的5例效果均较明显,最短一个疗程便治愈,长的4个疗程治愈。无截瘫等其他并发症的发生。但不能一味追求非手术疗法,如经牵引等治疗仍无效果,应考虑手术治疗。

参考文献

1. 赵玉学. 颈椎病诊断与非手术治疗. 第1版. 沈阳:白山出版社, 1991: 185~189

(收稿: 1995-11-21)