

按以上标准,大部分是禁忌应用经皮切吸术的病例,但是通过两组病例疗效分析对比,无显著差异,其治疗有效的原因与以下2个方面有关。其一、经皮椎间盘切吸术治疗腰突症的原理,是通过椎间盘开窗和突出物的清除,达到降低椎间盘内压,减轻和解除突出物对硬膜囊和神经根的压迫、刺激,这是目前公认的手术原理。其二、CT横断扫描和MRI技术的广泛应用,可以发现腰椎间盘突出在中老年人中是相当常见的,即使突出物压迫硬膜囊和神经根,其“相容”性也很好,可以长期无腰腿痛症状。

鉴于以上认识,对腰椎间盘突出较大,并有椎管及侧隐窝狭窄的大部分病例,仍可以行经皮切吸术,通过椎间盘开窗减压、髓核清除,能够使症状减轻或消失,本组病例已证实。虽然部分病例突出物可能无法全部清除,椎管和侧隐窝狭窄仍存在,由于椎间盘内压降低后,突出物对硬膜囊和神经根的压迫减轻,它们可以“和平共处”较长时间。当然本组病例随访时间尚不够长,病例不多,但是经皮椎间盘切吸术确是创伤小、出血少、恢复快、痛苦少、对椎管内无直接干

扰、不影响今后切开行髓核摘除术等,这些均为外科手术所无法相比的优点。因此笔者认为,腰椎间盘突出较大,并有椎管及侧隐窝狭窄的病例仍可行经皮椎间盘切吸术。

参考文献

1. 田世杰,王进军,刘德隆,等. 经皮椎间盘镜腰椎间盘摘除术. 中华骨科杂志. 1993, 13(1): 3
2. 张立国,徐印坎. 经皮穿刺腰椎间盘切除术. 中华骨科杂志. 1991, 11(4): 306
3. 杨中杰,孙钢,李广锋. 等. 应用电动式腰椎间盘抽吸仪治疗腰椎间盘突出症(附87例分析). 中华放射学杂志. 1993, 27(9): 590
4. 温贵满,银和平,孙德隆,等. 腰椎间盘突出症经皮穿刺切吸治疗150例报告. 骨与关节损伤杂志. 1995, 10(3): 159
5. 刘宝仁,党耕町,陈仲强,等. 经皮腰椎间盘切除治疗腰椎间盘突出症的初步报告. 中华骨科杂志. 1993, 13(1): 8
6. 尹超,周祖刚,陈文贵. 等. 经皮穿刺椎间盘切除术治疗腰椎间盘突出症. 中华放射学杂志. 1993, 27(9): 593

(收稿:1996-05-11)

三向牵引练功法治疗胸腰椎屈曲型骨折

段洪 彭俊良 周立

云南省昆明市第一人民医院(650011)

1990年1月~1995年6月,我们用三向牵引练功法治疗胸腰椎屈曲型骨折脱位28例,经随访观察,效果较好,现报告如下。

临床资料

本组28例中,男21例,女7例;年龄18~66岁。高处坠落伤15例,重物压伤8例,车撞伤5例。发生一处骨折者:T₁₀1例,T₁₁1例,T₁₂6例,L₁9例,L₂3例,L₃1例;二处骨折者:T₁₂及L₁3例,L₁及L₂4例。稳定性骨折9例,不稳定性骨折19例,其中合并椎体滑脱10例;椎板、棘突、横突及关节突骨折15例。不全截瘫8例,完全截瘫2例。

治疗方法

器材:(1)水平牵引带2个(可用骨盆牵引带);(2)悬吊牵引带1个,用帆布打制,长75~80cm,宽10~15cm,中心点垫宝塔状棉垫,两端穿横木以便牵引;(3)骨科牵引病床。

牵引方法:病人仰卧牵引床上,先将水平牵引带分别固定于骨盆及胸廓上做反向牵引,重量一般不超

过体重的1/3,如有小关节交锁可适当增加重量。再将悬吊牵引带上宝塔状棉垫顶点对准脊柱骨折后凸畸形处,牵引带两端横木系好牵引绳。通过牵引床架中部横杆上的滑轮,两侧各挂8~12kg重量,以将病人胸腰部悬空距床面10~15cm。但要注意牵引重量应根据病人伤情和耐受力而定。

牵引治疗时间:持续牵引4~6周。牵引1~2天后指导病人按四步练功法行腰背肌锻炼,并密切观察病情变化。牵引1周内床旁摄片了解脊椎骨折滑脱复位情况,并及时调整牵引重量和悬吊高度。

治疗结果

住院期间疗效观察:28例病人治疗1周X片显示,压缩骨折椎体均恢复到近正常高度,10例合并滑脱的椎体均完全复位,后凸畸形纠正,椎间隙恢复正常宽度。28例病人平均住院6周(4~12周)。出院时8例合并不全截瘫病人基本恢复,2例完全截瘫病人无恢复。

远期疗效观察:28例中25例得到1~5年随访。

23 例脊椎骨折保持复位后情况, 2 例有轻度楔变; 骨折均愈合; 胸腰椎各项活动功能全部恢复 19 例, 部分恢复 6 例; 8 例有劳累性腰痛。2 例全截瘫病人失访。

讨 论

治疗机理: 三向牵引练功法是一种动静结合的复位方法。水平反向牵引可使脊椎骨折周围的肌肉、韧带被拉伸, 解除痉挛, 使骨折滑脱的脊椎获得一定的复位空间, 并可能解除小关节交锁。悬吊牵引使脊柱保持过伸位, 消除伤椎处的屈曲应力。吊带对伤椎产生顶升及侧方挤压力, 使骨折滑脱的脊椎获得复位的外动力。过伸位下腰背肌练功, 起到肌肉夹板的作用, 提供了骨折滑脱复位的内动力。在上述作用力的协同作用下, 伤椎处椎间隙充分增宽, 椎体前部压力减小, 同时恢复了前纵韧带和椎间盘对椎体的拉力, 逐渐使压缩及滑脱的椎体得到复位, 恢复并保持脊柱的生理弧度, 使脊髓受压可能得到解除, 不全截瘫病人可望

恢复。

优点: (1) 三向牵引练功法可完全消除作用于伤椎处的不良应力, 同时提供了脊柱骨折滑脱复位的内、外动力。作用力持续、集中, 因此复位成功率较高; (2) 牵引重量及悬吊高度可调节, 病人有舒适安全感, 易配合治疗及行早期练功; (3) 便于护理及并发症的处理; (4) 器材简单, 易掌握, 便于推广, 特别是在无条件行其它术式治疗的情况时; (5) 作为手术前的复位治疗, 可减少手术难度, 提高手术复位率, 减少并发症。

适应症: (1) 稳定性脊柱屈曲型骨折; (2) 不稳定脊柱屈曲型骨折滑脱; (3) 脊柱屈曲型骨折滑脱并不全截瘫; (4) 年老体弱不适于其它方法治疗者。

禁忌症: (1) 脊柱骨折滑脱, 有骨折片刺入椎管和椎弓根骨折; (2) 不稳定脊柱骨折并完全截瘫。

(收稿: 1996- 03- 21; 修回: 1996- 08- 20)