

· 短篇报道 ·

侧凸型腰椎间盘突出症 16 例

韦赤勇 卢家灵 杨有猛 唐克阳

广西壮族自治区贵港市中西医结合骨科医院 (537100)

侧凸型腰椎间盘突出症,临床上比较少见,现将我院 1992~1997 年收治 16 例报告如下。

临床资料 1. 一般资料:本组 16 例中男 9 例,女 7 例;年龄 23~54 岁。单发型 14 例,多发型 2 例。左侧凸型 7 例,右侧凸型 9 例。

2. 病史及症状表现: (1) 多数有腰部扭伤史。(2) 急性发作时,表现为急性腰痛,腰部活动受限,无下肢放射性痛。首次发作经消炎止痛,腰椎牵引,按摩理疗,卧床休息后多能缓解,甚至疼痛消失。以后容易反复出现腰部疼痛,并且逐渐加重。部分病人无腰部扭伤史,无明显诱因下反复出现腰胀痛。

3. 体征:患处腰椎上下棘突大多有压痛,部分病人棘突旁压痛不明显。12 例患者有腰椎不同程度侧弯畸形,直腿抬高试验未受限制,呈阴性,加强试验(-),腰部活动受限。

4. 辅助检查: (1) X 线片:腰椎生理弧度存在或变直;患处椎间隙变窄;椎间隙左右不等宽。(2) CT 检查:16 例患者均显示患处椎间盘向侧方不同程度突出或向侧后方突出,以侧方为主,神经根未见受压。

5. 诊断依据: (1) 长期反复腰痛;(2) 腰椎有侧弯畸形;(3) 患处棘突及其侧旁压痛(+),叩击痛(+);(4) X 线片示患处椎间隙狭窄,左右不等宽;(5) CT 检查示全部患者均有患处椎间盘向侧方不同程度突出,或向侧后方突出。

治疗方法和结果 对 10 例 CT 检查突出 8mm 以上的椎间盘行同侧椎管小开窗髓核摘除术,6 例检查突出 8mm 的椎间盘突出患者行卧床休息,硬外麻醉镇痛加腰椎牵引等治疗。腰痛症状全部消失,腰椎生理弧度恢复,侧弯畸形矫正。14 例获得随访,时间为 1~3 年,平均 2.2 年,结果手术治疗组未见腰痛发作,非手术治疗组 2 例复发,后经手术治疗而愈。

讨论 本病以腰痛为主,无下肢放射性痛。急性发作时临床上易误诊为急性腰扭伤,虽按后者治疗(如卧床休息,消炎止痛等)能缓解或疼痛消失,但易

反复发作,经久不愈。侧凸型腰椎间盘突出,神经根未受压迫,故下肢无根性痛。当具炎症、水肿或刺激侧方软组织时,即引起疼痛,类似腰扭伤症状。本病的诊断:腰部 X 线平片检查可了解椎间隙的改变及有无侧弯畸形,CT 检查可明确诊断。治疗:凡引起腰椎生理弧度改变或有侧弯畸形者,行突出之椎间盘摘除术,患者均能恢复正常。突出较小者,行卧床休息、牵引、消炎止痛等中西医结合治疗,可获得较好疗效。

(收稿:1998-05-11)

股骨干骨折内固定
术后成角畸形的治疗

周纬武 封新玲 周纬红*

黑龙江省双鸭山矿务局总医院 (155100)

我院采用徒手折骨矫正股骨干骨折成角畸形 28 例,经最短 1 年的随访,全部骨性愈合,报告如下。

临床资料 本组 28 例中全部为新鲜骨折内固定者,男 19 例,女 9 例;年龄 16~58 岁;术后至再次入院时间为最短 2 个月,最长 10 个月;左侧 20 例,右侧 8 例;骨折部位:上端 4 例,中端 17 例,下端 7 例;横折 16 例,斜折 4 例,粉碎折 3 例,不详 5 例;髓内针固定 12 例,钢板固定 16 例;再次住院时间最短 3 天,最长 14 天;最小矫正角度 12°,最大矫正角度 26°。

治疗方法和结果 病人侧卧于手术台上,患肢在上,健肢在下,并后伸或前屈。根据病人体质,整复前给度冷丁 75~100mg 肌注,待 10~15 分钟,分别在伤肢股内侧根部及股骨内侧踝下垫沙袋(高分别为 25~30cm)。躯干及小腿分别由助手固定。术者与另一助手立于患处两旁,将一 150cm×6cm×6cm 硬木方中点置于成角处,接触点垫一软垫。此时再在木方两侧逐渐均匀用力矫正成角,一次可矫正 6°~8°;重复 2~4 次,即可达到理想复位。病人平卧后,测量下肢力线,如满意可给石膏外固定,如不理想可按上述方法再整复 1~2 次,直至满意为止。28 例整复后均对位、对线良好,无钢针、钢板折断等并发症。

体会 1. 注意事项及优缺点: (1) 伤肢远端沙袋必须垫置于股骨内侧踝,如垫在胫骨内踝,矫正时垫必损伤内侧副韧带及关节囊。(2) 矫正棒应选用柞木

* 哈尔滨铁路局中心医院

料制成以免矫正时折断,与皮肤接触处需垫有软布垫以防皮肤压迫坏死。(3) 矫正时两侧逐渐均匀用力,一次不可矫正过多,以防折断内固定物。(4) 此法不需麻醉及重新手术内固定,住院时间短,平均 8.5 天,病人易于接受。(5) 部分病例时间较长,骨痂形成多,矫正时用力较大,病人常感局部疼痛,但多可耐受。

2. 本组病例成角原因: (1) 术前未仔细阅片,髓内针过细,固定不牢 5 例; (2) 术中定位不准确,切口过长,其中有 2 例髓内针固定切口长达 14~16cm,未按正规解剖入路,破坏组织多,骨膜剥离广泛,使术后骨痂形成较少。(3) 术后由于针尾留于臀部过长,影响功能锻炼,局部疼痛,过早拔针,造成手术失败 1 例。

(收稿: 1996-01-16)

综合治疗急性腰扭伤

郑茂斌 罗庆军* 朱晓平*

贵州省黔东南州中医医院 (556000)

自 1993~1997 年运用斜扳腰部并针刺治疗 78 例急性腰扭伤患者,取得较好疗效,总结如下。

临床资料 1. 本组 78 例均来自门诊,男 52 例,女 26 例;年龄 18~65 岁。受伤至就诊时间 16~48 小时。

2. 诊断标准: (1) 有搬运、提、抬重物或其它外伤致腰部受伤史。(2) 临床表现: 受伤部位有明显疼痛,咳嗽或喷嚏时疼痛加重,局部皮肤可有或无皮下瘀斑,局部肌紧张,有深部压痛,直腿抬高试验一般为阳性,腰部一侧出现或两侧出现不同程度活动障碍。X 线片检查: 在 X 线片上多无异常发现,排除腰椎附件骨折。

治疗方法 1. 针刺治疗: 常规消毒后予患者双侧“合谷穴”及“阿是穴”局部针刺,使针感上下扩散。酸胀麻明显时,留针 20 分钟,每 5 分钟加强针感一次,同时嘱患者试作腰部前后,左右旋转、侧弯及下蹲活动,其幅度由小到大,速度由慢到快。

2. 斜扳腰部: (1) 预备手法: 患者俯卧于硬板床上,医者立于一侧,先以拇指或手掌沿脊柱两侧腰肌自上而下地揉按。先健侧,后患侧,缓和而协调地进行。每分钟 50 次左右,揉按 2~3 分钟。过承扶穴后

改用揉捏手法下至殷门,委中,承山穴,反复 3 次。(2) 斜扳腰部: 经以上手法后,嘱患者侧卧位,患侧朝上,患侧大腿半屈曲,健侧大腿伸直。医者一手按压患者肩部,一手按于其髂骨处并作相反方向推扳,扭转至最大限度,此时往往可以听到清脆的弹响声,表示急性腰扭伤所致的腰椎后关节错位已复位,嵌顿之滑膜已解除。(3) 结束手法(即“推压法”): 嘱患者俯卧床上,医者立于患者右侧,用双手拇指沿患者脊椎两旁的肌肉从胸椎至骶髂关节部由上而下推压,如此反复推压 5 次结束治疗。

治疗结果 疗效标准: 痊愈: 经当天治疗后,腰部症状、体征完全消失,腰部活动自如,可参加正常工作,随访 1 年以上未见复发者; 显效: 经当天治疗后,腰部症状、体征明显改善,腰部活动基本正常,需卧床几天方可参加工作,随访 6 个月以上未现复发者; 好转: 经当天治疗后,腰部症状有不同程度减轻,功能活动轻度受限。治疗结果: 本组 78 例,经当天治疗而痊愈 62 例,显效 9 例,好转 7 例; 疗效欠佳者,复经 2~3 次治疗均获痊愈。

讨论 腰部斜扳法并针刺治疗急性腰扭伤疗效肯定,可起到疏通经络,调理气血,解痉止痛的作用。对腰肌纤维拉伤,腰椎关节紊乱,关节半脱位滑膜嵌顿等病有显著疗效。然此手法属较重手法之一,使用不当会造成严重后果,因此,笔者认为以下病症慎用或禁用: (1) 有腰椎椎体骨折或附件骨折时; (2) 并有严重骨质疏松的老人禁用; (3) 腰椎有骨桥形成者慎用; (4) 全身情况较差者慎用; (5) 对于肌肉板样强直者慎用,必需用时要先止痛,使其肌肉板样强直松懈后再用旋转手法,以免引起进一步的纤维组织拉伤或骨折。 (收稿: 1998-06-11)

牵引手法加中药 治疗神经根型颈椎病

程旭明 蔡德猷

江苏省宜兴市中医院 (214200)

现对 1994 年以来诊治的 85 例神经根型颈椎病总结如下。

临床资料 本组 85 例中,男 53 例,女 32 例; 40 岁以下 10 例, 40~60 岁以上 75 例。C₄₋₅ 5 例, C₅₋₆ 18

* 贵州省金沙县中医院