

腰椎间盘突出症手法意外 11 例分析

韦 贵 康

广西中医学院 (南宁 530001)

笔者近 10 年来, 经会诊或收治腰椎间盘突出症有 11 例经手法治疗后, 病情明显加重或出现较重的并发症, 简称手法意外, 后改用手术或另一种手法或牵引等治疗, 收到良好效果, 个别病例仍留下轻的后遗症, 现将手法意外原因与教训分析报道如下。

临床资料

11 例中男 8 例, 女 3 例; 年龄 22~54 岁; 病程 2

个月~3.5 年, 平均 1 年 2 个月。此组病例, 手法前均在门诊诊断为腰椎间盘突出症, 手法出现意外后, 其中 8 例收住院治疗, 3 例继续在门诊治疗。

手法意外 11 例的手法类型, 病情加重和并发症情况 (见表 1)。

表 1 腰椎间盘突出症手法意外 11 例简况

病例	性别	年龄	手法类型	意外表现	主要处理方法	最后诊断	预后
1	男	54	旋转法	大小便失禁, 下肢麻木加重	住院手术	L _{4,5} 椎间盘突出症(中央型)并马尾神经受压	后遗症轻度排尿障碍
2	男	38	旋转法	大小便失禁, 下肢麻木加重	住院手术	L ₅ S ₁ 椎间盘突出症(中央型)并马尾神经受压	排尿有时障碍
3	男	42	旋转屈拉法	左下肢(原健侧)轻瘫	住院手术	L _{4,5} 椎间盘突出症(右侧突出, 髓核游离于左侧神经根)	左下肢轻度麻木
4	男	52	旋转法	小便有时难以控制, 大便秘结	住院手术	L _{4,5} 椎间盘突出症(中央型)并马尾神经受压	愈
5	女	30	屈拉法	左下肢麻木加重, 不能行走	住院手术	L _{4,5} 椎间盘突出症(左)	基本愈
6	女	53	压腰扳腿法	双下肢麻木加重, 腰痛增	住院手法中药外敷	L _{4,5} 椎间盘突出症并黄韧带肥厚	基本愈
7	男	40	屈腰压腿法	左下肢麻木加重	门诊手法	L _{4,5} 椎间盘突出症(左)	愈
8	男	22	搬拉重踩法	腰痛与右下肢麻木加重	住院手法药敷局封	L ₅ S ₁ 椎间盘突出症(右)	基本愈
9	男	56	压腰斜搬法	腰与两下肢麻痛略加重	住院骨盆牵引局封	L _{4,5} 椎间盘变性并脊柱 I° 滑脱	无效
10	男	26	不详	两下肢麻木加重	家庭病床手法药敷	L _{4,5} 椎间盘突出症	愈
11	女	32	不详	左下肢麻痛略加重	门诊手法局封药敷	L ₅ S ₁ 椎间盘突出症(左)	愈

改用的治疗方法与结果

1. 治疗方法: 11 例中手术治疗 5 例, 选择别的手法治疗 5 例, 骨盆牵引 1 例。此外, 配合中药外敷 4 例, 局封 3 例, 内服消炎中西药 5 例。

2. 结果: 治愈(症状与阳性体征消失, 恢复原工作,

观察 1 年以上无复发者) 8 例, 有效(症状与阳性体征改善, 恢复原工作, 但有时局部症状存在, 观察 1 年以上, 病情基本稳定者) 2 例, 无效(症状体征无改善) 1 例。

讨论

1. 手法意外包括手法失误、手法适应症选择不当、手法后并发症等，说明腰椎间盘突出症采用手法治疗要充分重视预防手法后病情加重或出现并发症等。首先是手法适应症要严格掌握，从本组病例看腰椎间盘突出症中央型与髓核较严重突出者，宜慎用手法。

2. 本组手法意外的病例中，有一部分是与用力方向有关，腰椎间盘突出髓核向侧方突出，患者多前屈时患肢麻木增剧，如髓核向后（椎管）突出，患者多后伸时患肢麻木增剧，那么，在行手法时仍顺病理方向用力，就可能出现不良结果。所以，手法原则宜“反病理”方向

进行。

3. 手法用力轻重的问题，也是值得注意的。施手法时不宜用暴力；同时应根据不同的人，不同的病情类型施行不同手法，做到“辨证施法”。如本组病例中，有 1 例是手法加重踩法出现症状加重的，另 1 例是旋转手法后健侧下肢出现麻痛，手术发现 L_{4,5}椎间盘髓核右侧突出，部分髓核游离到左侧压迫神经根，这可能与手法有直接的关系。所以如何掌握手法的轻重，使手法有公认的规范的客观定量标准，是值得进一步研究的问题。

(收稿：1996-05-15；修回：1996-09-23)

克氏针撬拨复位治疗跖骨骨折 31 例

姜耀清

江苏省南京市中医院 (210001)

自 1985 年 4 月以来，我们应用克氏针撬拨复位法治疗 31 例有移位跖骨骨折，效果较好，现报告如下。

临床资料 本组 31 例中男 27 例，女 4 例，均为青壮年。左足 17 例，右足 14 例。单纯第二跖骨 4 例，第三跖骨 7 例，第四跖骨 4 例；多发骨折 16 例。受伤原因多为重物直接砸伤及农机机械伤。

治疗方法 术前摄患足正、斜位片，了解骨折及移位情况。以骨折远端移位一侧跖骨间隙为进针间隙。局部麻醉后，在视屏下，选择距骨折端 0.5cm 处为进针点，然后进行克氏针撬拨复位。当视屏下对位对线满意时，留针于皮下，在无撬拨外力条件下透视满意者，拔除撬拨针，行石膏外固定。当视屏下骨折复位不稳定者，留针长约 5cm，重新撬拨复位，先用石膏条带外固定撬拨针尾，针头尖顶着骨折端，尔后透视石膏条带下克氏针位置及复位情况，满意者行完整石膏靴外固定 4~6 周。

治疗结果 17 例随访 3 个月时已恢复原劳动岗位，10 例随访 6 个月时已恢复原工作强度，4 例随访 2

年时 3 例疗效满意。1 例不满意者为左足三、四跖骨骨折，术后 5 周拔针并停止外固定。有效率占 97%。

讨论 二、三、四跖骨骨折时患足背肿胀明显，跖骨间隙狭窄，徒手手法复位有一定困难。手术切开复位，创伤较大，少部分疤痕体质者足部行走痛消失缓慢。我们选用克氏针撬拨复位法治疗有移位的跖骨骨折，避免了以上难点。远端对近端是骨折复位的基本原则，所以进针的跖骨间隙和进针点容易确定。进针点选择不当会影响复位效果。合理选用石膏条带下克氏针持续撬拨，可充分利用杠杆原理，简便有效。本组石膏条带固定的克氏针位置经透视复查无 1 例操作后再移位。只有恢复原有的跖骨间隙，才能避免骨折后期行走时压迫性疼痛。本组有 1 例疗效差者，伤后 5 周拆除石膏外固定，当时摄片见其对位情况与术后原片无明显改变，但伤后 3 个月时摄片见骨折部再次移位，因此多发性跖骨骨折复位后外固定时间应适当延长，下床负重行走应适当推迟。

(收稿：1996-05-15)