

## 梨状肌综合征 100 例

千德佳

(成都第二人民医院, 四川 成都 610017)

笔者在俄罗斯卫生部康复中心工作 4 年中诊治腰臀腿病患者 2317 例, 其中有梨状肌损伤症状者 506 例, 排除腰臀部其它疾患并发梨状肌损伤, 单纯梨状肌综合征 149 例。现对 149 例中治疗系统、资料完整、并随访半年以上的 100 例报告如下。

### 1 临床资料

100 例中男 62 例, 女 38 例, 年龄 15~81 岁, 病程最长 43 月, 最短 1 天。诊断标准: ①主诉大腿后侧至小腿足外侧有放射性疼痛及麻木感, 患肢无力、跛行, 但腰痛不明显。②臀肌可有萎缩, 坐骨神经切迹处压痛, Thiele, Freiberg, Pace 试验可为阳性, 其中 Thiele 试验可较好判断卡压位置, 直腿抬高试验阳性, 超过 60° 后疼痛可减轻。③经作 X 线、CT、MRI、脊髓造影等有关检查, 排除可并发梨状肌损伤之其它腰臀部疾患。本文 100 例中有 92 例曾作肌电图检查, 提示有坐骨神经传导速度减慢、潜伏期长的表现, 重症有神经损伤电位。

### 2 治疗方法

2.1 针灸 按梨状肌体表投影, 将 4~6 根 4~6 寸银针扇形刺向软组织病灶, 并以艾灸及电针隔日交替治疗, 8~10 次为一疗程。

2.2 枝川注射疗法<sup>[1]</sup> 患者侧卧位, 按梨状肌体表投影, 指压法定位, 选取穿刺点, 常规消毒后, 用长针垂直刺入, 当获得向下肢传导或局部酸胀感后(深约 6~8cm), 回抽无血即可注入枝川液 10ml(即 10ml 生理盐水加上 0.3mg 氟美松), 每 3 日一次, 3~5 次为一疗程。

2.3 手法 患者俯卧位, 自然放松, 术者以拇指按揉法、点法及分挤弹拨法为主。对病程一周以上的患者, 可按梨状肌体表投影区顺其肌纤维方向用拇指指腹(或肘尖)作纵向和横向

大力弹拨各 3 次, 要求位置准确, 指法有力, 但忌暴力施术(急性损伤者慎用)。

### 3 治疗结果

参照《中华人民共和国中医病证诊断及疗效标准》<sup>[2]</sup>: 本组痊愈 82 例, 有效 16 例, 无效 2 例。本组有效患者, 经半年以上随访, 有 3 例复发, 其远期有效率达 96.9%。本组中无效 2 例及复发 3 例, 经行神经松解术后均好转。

### 4 讨论

单纯梨状肌综合征应注意与腰椎管狭窄、腰椎间盘突出、腰椎椎管内肿瘤、腰椎小关节突综合征等疾病鉴别, 切勿轻下梨状肌综合征诊断。

枝川疗法是日本枝川直义经过多年研究后, 于 1976 年开始在世界上被认可及推广的一种疗法。它是用低浓度的皮质类固醇类药物生理盐水溶液注射到病人的体表(体壁)、肌硬结(肌肉群)及相应穴位上, 解除或减轻病人各种症状。该注射液对组织产生刺激作用, 这种刺激作用是产生疗效的根本因素, 但它也不同于现代医学称做的“封闭”、“神经阻滞术”<sup>[3]</sup>。

(感谢: 该文全部资料由莫斯科、俄罗斯卫生部康复中心院长沙瓦诺夫博士提供。)

### 参考文献

- [1] 李仲廉, 安建雄, 倪家骥. 临床疼痛治疗学. 天津: 天津科学技术出版社, 1994. 120-130.
- [2] 王红新. 推拿配合中药治疗梨状肌综合征 60 例. 南京中医药大学学报, 1998, 14(4): 233.
- [3] 黄挺武, 何东湖. 治疗梨状肌综合征 47 例体会. 中国骨伤, 1998, 11(6): 32.

(编辑: 李为农)

## 双侧开窗潜行减压术治疗中央型腰椎间盘突出症

卢立炳 周茹建 徐杰 沈新云 傅瑞阳 黄辉

(湖州市中医院, 浙江 湖州 313000)

自 1992 年以来, 我们采用侧卧位局麻双侧开窗潜行减压术治疗中央型腰椎间盘突出症 34 例, 疗效满意, 报道如下。

### 1 临床资料

本组男 25 例, 女 9 例; 年龄 29~62 岁。L<sub>3,4</sub> 1 例, L<sub>4,5</sub> 20 例, L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 12 例, L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 与 L<sub>4,5</sub> 双间隙中央型突出 1 例。合并侧隐窝狭窄 20 例(单侧狭窄 3 例, 双侧狭窄 17 例)。中央型腰椎间盘突出分类见文献<sup>[1]</sup>, 本组 II 度突出 6 例, III 度突出 28 例。

### 2 治疗方法

手术方法采用侧卧屈颈屈膝屈髋位(腰穿体位, 先取下肢症状较重侧在上), 切口 1% 普鲁卡因局麻后进路, 常规暴露椎板。确定位置后用咬骨钳咬除欲进入间隙椎板的上下缘, 剥离黄韧带, 完成椎板间开窗。窗口大小一般长为 20mm, 宽 15mm 左右, 具体操作时可视需要适当扩大一些。如果合并椎管后壁狭窄、侧隐窝狭窄可用斜口椎板咬骨钳潜行咬除窗口周围椎板下增厚的黄韧带及部分椎板内壁及增生关节突部分, 解除椎板后侧及后外侧压迫。如果有来自椎体后缘增生

压迫可用尖嘴咬骨钳咬除高凸部分。由于突出物对神经根长期压迫刺激常有神经根炎症性水肿,手术碰及神经根时患者常会叫痛,可采用 1% 普鲁卡因神经根鞘内封闭或 0.25% 地卡因表面麻醉,以利于手术顺利进行。此时在神经根周围可找到突出之椎间盘,常规予以摘除。游离神经根,从神经根发出部位开始至少要暴露神经根 20mm,仔细检查是否已松解,排除无压迫与狭窄存在后便完成一侧开窗潜行减压髓核摘除术。用无菌纱布保护好切口,在手术室护士帮助下嘱患者反向侧卧位,即对侧需要开窗之下肢在上侧,同法施行上述手术。如果开窗窗口较大,取游离脂肪片填塞两侧窗口。切口常需要放置皮片或负压管引流,以防止血肿形成压迫。

### 3 治疗结果

随访 31 例,随访时间 0.5~5 年,平均 2.7 年。按许氏标准评价<sup>[1]</sup>:优 24 例,良 6 例,进步 1 例,优良率达 96.8%。未发生术后神经根明显粘连病例,也未见术后导致腰椎不稳者。

### 4 讨论

我们的手术方法与类似的杂志报道<sup>[2]</sup>不同点是:①采用侧卧位。侧卧位可以降低腹压,减少静脉丛出血,且可以最大限度拉开椎板间隙。同时手术侧神经根在上方的暴露不会因出血而视线被阻挡,视野清晰,以利手术操作。②采用局麻。局麻手术安全,术中可以明确确定受压的神经根(术中病变部位神经根因水肿,对刺激敏感性提高而有疼痛反应),术后可

以及时验证手术效果,并且无硬麻后导致的尿滞留等问题。虽然术中操作时刺激神经根患者有疼痛反应,但通过神经根鞘内麻醉或表面麻醉后便可顺利操作。③潜行减压。在双侧减压手术治疗中央型椎间盘突出的开窗术可以视需要比常规开窗的窗口适当大一些,只要不是完全半椎板切除,单侧椎板的内外缘即使只有 2mm 的骨性相连,椎板被潜行咬成只有 2mm 厚度也无妨,因为腰椎后部分基本框架还在。另外,即使侧隐窝和椎板前方不是十分狭窄,也应最大限度地潜行咬除扩大,虽然目前无明显直观压迫,但可以防止数月或数年后的进行性狭窄出现。④手术创伤小,在较大的程度上保留了腰椎后部结构的完整。⑤由于有部分椎板及棘突的完整保留,加之用游离脂肪片覆盖窗口,术后可以有效地防止神经疤痕粘连。我们认为,绝大部分中央型腰椎间盘突出患者都可应用双侧开窗潜行减压治疗,而少数大块中央型椎间盘突出严重压迫马尾可采用全椎板切除。本手术方法对于不同侧不同平面节段椎间盘突出症同样适用。

### 参考文献

- [1] 许竞斌,沈晓秋,方振东,等. 中央型腰椎间盘突出症的诊断与治疗. 中华骨科杂志, 1984, 4(4): 6.
- [2] 李超,干阜生,张以恺. 两侧对称性开窗减压治疗中央型腰椎间盘突出症. 骨与关节损伤杂志, 1996, 11(3): 182- 184.

(编辑: 连智华)

## 腰椎牵引带配合垫枕治疗胸腰椎骨折

周庆林 李军

(平阴县第二人民医院, 山东 平阴 250401)

我院自 1994 年以来采用腰椎牵引带配合垫枕治疗胸腰椎骨折 43 例,取得了良好的治疗效果,现报告如下。

### 1 临床资料

本组 43 例中,男 34 例,女 9 例,年龄 20~76 岁。屈曲型 31 例,屈曲旋转型 5 例,垂直压缩型 7 例。单纯压缩型 35 例,粉碎压缩型 8 例(5 例伴有不同程度的下肢感觉及运动障碍),无截瘫病例。稳定型 30 例,不稳定型 13 例。T<sub>11,12</sub>骨折 1 例, T<sub>12</sub>L<sub>1</sub>5 例, T<sub>12</sub>L<sub>1</sub>3 例, L<sub>1</sub>L<sub>2</sub>2 例, L<sub>1,2</sub>2 例。

### 2 治疗方法

病人平卧于硬板床上,在相应的骨折部位垫一宽为 7cm 左右,高为 4~5cm 的厚枕,如为两椎体骨折,宽度可为 10cm 左右,使脊柱过伸,安置腰椎牵引带。此种牵引带分为上、下两部分,上部分固定于胸廓,两侧牵引绳分别与床头固定,下部分固定于骨盆,两侧牵引绳经过床尾的床头牵引架与牵引砣连接,每侧牵引砣 5~6kg 左右,给予持续水平牵引。在 1~2 日后即可逐渐进行背伸锻炼,牵引 2~3 日后骨折部位的后凸畸形多有明显的改善,此时根据情况进一步加高垫枕,嘱病人继续背伸锻炼,使骨折进一步复位,1 周内绝大部分畸形消失,1 周后拍片复查,根据复位情况适当调整牵引重量,维持牵引。由于垫枕较窄,要经常检查是否在骨折所在位置,牵

引过程中要指导病人背伸锻炼的方法及注意事项。3 周后停止牵引,维持垫枕,避免侧卧或半卧睡姿,进一步加强背伸肌锻炼,根据具体情况采用仰卧法或俯卧法,嘱病人近期内避免做弯腰及旋转动作。

### 3 治疗效果

本组 43 例在治疗 1 周后拍片,复位良好者 41 例,欠佳者 2 例(均为粉碎性骨折),2 周后重新拍片复查,见复位理想。8 周后复查及随访 37 例,除 2 例有神经损伤伴下肢麻木疼痛、肌力稍差外,其余均已下床活动行走,有 5 例感觉腰部疼痛。半年后复查随访 31 例,除有 1 例神经损伤症状尚未完全恢复外,其余均能从事一般劳动及生活自理,有 2 例病人感觉腰部轻度疼痛。5 例伴有神经损伤者,积极配合药物治疗及其他治疗方法,有 3 例在 3 周内症状消失,1 例在 3 个月后症状消失,1 例在 8 个月后逐渐恢复正常。

### 4 讨论

胸椎下段及腰椎骨折用垫枕法能直接作用于骨折部位,使脊柱过伸,并利用背伸肌的肌力借椎体前方的前纵韧带及椎间盘纤维环的张力使压缩的椎体自行复位。在我们以往的实际工作中发现单纯用垫枕法复位时间长,一般在 2 周左右,且有部分病人仍留有一定程度的后凸或侧弯畸形、腰部疼痛