

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^[1]: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^[2]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_{11,12}骨折 1 例, T₁₂L₁5 例, T₁₂L₁3 例, L₁L₂2 例, L_{1,2}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砵连接,每侧牵引砵 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

的后遗症(无具体数字统计)。在配合应用腰椎牵引带后,复位时间加快,且复位较为彻底,在治疗中发现大多数病人在 2~3 天后畸形逐渐消失,1 周内即能达到复位目的,分析其原因可能是:垫枕仅是对脊柱骨折部位的一个垂直向上的支点,利用躯干的重力使脊柱呈过伸位,在行水平牵引作用于过度背伸的脊柱后,形成了一个垂直向下的合力,垫枕不仅承受骨

折附近躯干的重力,还要承受水平牵引对垫枕的压力,使垫枕对脊柱的作用力明显加大,从而复位加快且复位理想。通过牵引不但能够纠正脊柱的异常背曲,而且还能够纠正骨折造成的脊柱侧弯,防止了治疗过程中发生的脊柱侧弯。

(编辑:李为农)

综合治疗老年单纯性胸腰椎压缩骨折 25 例

韦书凡

(隆安县人民医院,广西 隆安 532700)

我院 1993~1996 年共治疗老年单纯胸腰椎压缩性骨折 25 例,经综合治疗,取得良好效果,报告如下。

1 临床资料

本组 25 例中男 11 例,女 14 例;年龄 60~86 岁。胸椎压缩骨折 9 例,腰椎骨折 11 例,胸腰椎骨折 5 例。单一椎体骨折 14 例,两个椎体骨折 6 例,三个椎体骨折 3 例,四个椎体骨折 2 例。有明显外伤史 16 例,陈旧性骨折 3 例。合并骨质疏松 12 例,脊柱退行性变 11 例。均无脊髓损伤。

2 治疗方法

本组 25 例入院后均未经过外力对骨折进行复位,主要经过下述非手术的综合治疗。

2.1 卧床 急性损伤的老年单纯胸腰椎压缩性骨折均绝对卧床,但不一定要直接卧硬板床,硬床上可适当垫棉垫或海绵垫。骨折处垫枕协助复位,矫正畸形。对不稳定性骨折加皮制胸围或腰围外固定带固定。卧床时间为一个月左右。陈旧性骨折病人适当卧床。翻身时取整个躯体滚式翻转,防止脊柱过伸、过屈或扭转,以免损伤脊髓。

2.2 中草药及理疗 伤后 2 周服用活血祛瘀止痛中草药,以后服用壮腰健肾、养血强筋中草药。伤后即可外敷药物,我院应用中华跌打丸及正骨水混合制成药膏外敷^[1]。伤后 24 小时加用频谱、电磁疗、药物电熏等理疗。

2.3 功能疗法 伤后 2~3 天在局部症状好转后可进行腰背肌及腹肌功能锻炼。具体做法:①五点式锻炼法。病人平卧,屈膝、屈髋、屈肘,陪练者(医生、护士或陪人)立于患者一侧或双脚跨过患者骨盆,双手插入患者腰骶部,用力将患者腰骶部抬起,使患者双足、双肘及头部五点接触床面。开始时主要是陪练者用力上抬,病人被动锻炼,以后逐渐减少上抬力量,让患者主动锻炼腰背部,直至患者能完全主动锻炼,并逐步去除双肘支撑,形成三点式支撑。②飞燕点水式。患者俯卧,陪练者一手伸入患者胸前,一手托起双膝关节,两手一齐向上收拢抬起,锻炼腹肌及腰背肌,并逐步过渡到患者主动锻炼。③四肢锻炼。平卧或俯卧,做四肢关节伸屈活动。双上肢扩胸运

动,双下肢直腿抬高运动等。功能锻炼每天 3~5 次,每次 10~30 次不等,以老年患者能够坚持为度。做完锻炼后给予按摩理疗,促进腰背肌恢复,可以起床后,先在胸腰围外固定带的保护下进行腰背肌及腹肌锻炼,逐步去除胸腰围固定。同时进行四肢锻炼。

2.4 做好心理和生理护理

2.5 合并其他器官系统疾病的进行相关的会诊治疗

3 治疗结果

本组 25 例,卧床时间最短的 10 天(陈旧性骨折),最长 48 天,平均 31.5 天。出院后均获随访,最短 6 个月,最长 29 个月。原胸腰椎骨折处完全无疼痛 16 例,基本无疼痛,在久站、久坐或阴雨天时有轻度疼痛 6 例,3 例遗留慢性腰背痛,其中 2 例为不坚持功能锻炼,1 例为多椎体骨折过早起床负重。身高降低 5cm 以上者 3 例,其中 2 例合并骨质疏松,1 例合并脊柱退行性变。遗留脊柱后突畸形 3 例,其中轻度凹圆背畸形 2 例,圆背畸形 1 例,均不影响心肺功能。全部病例均恢复了脊柱的支持负重功能,生活能自理。

4 讨论

对老年单纯胸腰椎压缩性骨折,我们的体会是:①不强求使用外力进行骨折复位。尤其是合并骨质疏松患者,将骨折完全复位是不可能的^[2],主要是通过卧床、骨折处垫枕及腰背肌功能锻炼复位。②不要求直接卧硬板床,硬床上垫厚褥对老年单纯胸腰椎骨折患者更为合适。③功能疗法贯穿康复全过程,坚持有效的功能锻炼是防止骨折后遗留慢性腰背痛的关键。同时进行四肢的锻炼有利于骨量增加,减少长期卧床的骨量丢失,对合并骨质疏松患者尤为需要。④良好的心理、生理护理是最终康复的保证。

参考文献

- [1] 何康良,马建山. 中华跌打丸外敷治疗胸腰椎压缩性骨折. 中国骨伤, 1995, 8(增刊): 296.
- [2] 贾连顺,李家顺. 现代腰椎外科学. 上海: 上海远东出版社, 1994. 449.

(编辑:连智华)