

## 垫枕练功法治疗胸腰椎压缩性骨折

蒋四清

(荆州市沙市中医院, 湖北 荆州 434000)

从 1989 年 9 月, 我科收治胸腰椎屈曲压缩性骨折 35 例, 采用垫枕练功法结合中药内服治疗, 疗效满意, 介绍如下。

### 1 临床资料

本组 35 例, 男 24 例, 女 11 例。年龄 28~56 岁, 均为垂直暴力致屈曲型椎体压缩性骨折。单个椎体压缩性骨折计 T<sub>11</sub>4 例, T<sub>12</sub>9 例, L<sub>1</sub>7 例, L<sub>2</sub>5 例, 两个椎体压缩骨折计 T<sub>11</sub>~T<sub>12</sub>3 例, T<sub>12</sub>~L<sub>1</sub>5 例, L<sub>1</sub>~L<sub>2</sub>2 例。椎体压缩程度: 压缩 1/3 者 11 例, 1/3~1/2 者 17 例, 大于 1/2 者 7 例, 合并脊髓不全损伤者 4 例。就诊时间最早 1 小时, 最迟 6 天。

### 2 治疗方法

**2.1 垫枕练功法** 病人一旦确诊, 应尽早仰卧于硬板床上, 以伤部为中心垫一薄枕, 根据病人适应情况, 逐日增加高度, 两周内达到 10~15cm 垂直高度, 局部和全身情况改善后, 压缩在 1/2 以内者, 3 天后开始行背伸肌功能锻炼, 依次为 5 点式、3 点式支撑法, 因 4 点式多数病人难以做到, 故临床较少应用。练功次数每日 3~5 次, 每次 5~50 个回合, 视病人体质状况适当增减; 压缩在 1/2 以上及多椎体骨折, 1 周后可功能锻炼, 合并脊髓不全损伤者早期仅作上半身练功, 待下肢有力后, 再进行前述练功方法, 直到骨折临床愈合。

**2.2 中药治疗** 自损伤之日起每日口服一剂活血化痰、行气止痛兼通便的中药, 方药为炮甲 10g、当归 15g、川芎 10g、红花 12g、牛膝 15g、玄胡 12g、降香 15g、丹参 15g、血竭 10g、枳实 12g、杜仲 15g、生军 9g。

### 3 治疗结果

疗效标准见文献[1], 随访 0.5~1 年, 本组良 23 例, 尚可 9 例, 差 3 例。4 例脊髓不全损伤, 3 例完全恢复, 1 例部分恢

复, 生活可以自理。

### 4 讨论

屈曲型脊柱骨折, 骨折椎体周围附着的软组织(前后纵韧带、环状韧带)多保持完整, 为垫枕练功法治疗该病创造了条件。通过功能锻炼, 利用背伸肌的强大肌力及背伸的姿势, 使脊柱过伸, 借椎体前方前纵韧带及椎间盘纤维环的张力, 使压缩的椎体逐渐复位。仰卧伤部垫枕持续过伸位, 可保持复位的稳定性、持续性, 由于鼓励病人经常作深呼吸全身鼓劲静态肌肉收缩运动, 通过肌张力又起到了肌肉夹板的弹性固定作用, 如此到骨折临床愈合。

本组 3 例疗效较差, 有以下几种原因: ①伤部垫枕高度不够或垫枕高度够, 但头枕亦垫高, 过伸作用差, 由于功能锻炼, 身体滑动致垫枕位置不正。②因疼痛缓解自以为治愈, 中途放弃治疗。③过早下地负重, 从事弯腰工作。④功能锻炼不能很好配合。

因此, 为求得良好效果, 垫枕位置及高度要适中, 垫枕练功两者不可缺。早垫枕、早练功, 循序渐进, 持之以恒, 晚负重。卧床时间应在 8 周以上, 下地后必须两臂放背后, 保持挺胸伸腰, 卧床时继续垫枕练功, 3 个月内不要弯腰, 3 个月后可恢复工作, 但背伸肌锻炼还要继续坚持。对合并脊髓不全损伤者, 注意截瘫护理, 预防褥疮及尿路感染等, 密切观察损伤恢复情况。

### 参考文献

[1] 天津医院. 中西医结合治疗骨折临床经验集. 天津: 天津科学技术出版社, 1984. 339.

(编辑: 李为农)

## 骶封后手法兼骶管滴注治疗腰椎间盘突出症

诸葛天瑜 程栋 周海艇 周前 王西迅 孙捷

(台州市路桥博爱医院, 浙江 台州 318050)

近年来我们应用骶管封闭后手法推拿及骶管滴注治疗腰椎间盘突出症 58 例, 疗效满意, 现报告如下。

### 1 临床资料

本组 58 例, 男 37 例, 女 21 例, 年龄 30~60 岁。所有病例均经 CT 证实, 其中 L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 突出 14 例, L<sub>4,5</sub> 突出 16 例, L<sub>4,5</sub> 与 L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 突出 28 例。腰痛和放射性腿痛 56 例, 两侧腰腿痛 5 例, 腰椎生理前凸改变 45 例, 脊柱侧弯 42 例, 腰部压痛或放射性压痛 55 例, 直腿抬高 60° 以下 51 例, 屈颈试验阳性 48 例, 腿

反射减弱或消失 34 例, 小腿腓侧足背感觉异常 49 例, 伸、趾肌肌力减弱 40 例。

### 2 治疗方法

**2.1 骶封药物配制** 完成常规术前准备后, 将 2% 利多卡因 20ml、2% 普鲁卡因 20ml、强的松龙 125mg、0.9% 氯化钠液 20ml, 配制成混合液备用。

**2.2 穿刺方法** 取俯卧位, 下腹部加垫, 先摸清尾骨尖, 沿中线向头方向摸, 约 4cm 处可触及一个有弹性的凹陷, 即骶裂

孔,孔的两侧可触及骶角,两骶角的连线中点为穿刺点。常规皮肤消毒,铺无菌巾,于骶裂孔中心作皮内小丘麻醉,将 20 号穿刺针垂直刺入皮肤,当穿过骶尾韧带时有阻力消失感觉。此时针干向尾侧方向倾侧,与皮肤呈 30°~50°角。顺势推进 2cm,即到达骶管腔内,可注入试验剂量,如无蛛网膜下腔阻滞现象,注入骶封药物,植入硬膜外麻醉导管约 15cm 长,退出穿刺针,将导管用宽胶布固定于体侧。

**2.3 手法推拿** 俯卧位,先对腰背肌肉采用揉、拨、压、拿、捏等手法,进行腰背肌按摩,然后点压痛点、命门、腰眼、腰阳关、肾俞、委中、承山、环跳等穴;在胸部及下腹部加垫,在上下对抗牵引下给予按压患椎约 60 次;尔后改为侧卧位给予斜扳手法,左右各 5 次,最后取仰卧位,给予摇髋拔伸法,即先使患肢屈髋屈膝,用力使膝贴腹后内旋或外旋,之后拔伸,拔伸角度以直腿抬高 30°以上为佳,左右各 10 次。

**2.4 骶管滴注** 麻醉导管接输液器。将针剂脉洛宁 20ml,α-糜蛋白酶 4000 单位,维生素 B<sub>6</sub>0.2g,复方丹参 12ml,维生素 B<sub>12</sub>0.5mg,654 II 20mg,维生素 C 2.0g,地塞米松 10mg 分别加入生理盐水 500ml 内按顺序持续骶管滴注,一般每分钟滴 15~20 滴,如出现腰腿胀痛可放慢滴速,60~72 小时内滴完。如过早滴完可继续滴生理盐水 500~1000ml,滴完后拔管。嘱患者下地行走,观察 1 天,如症状完全消失可出院。如症状

未完全消失则嘱其卧硬板床,1 周后作重复治疗。

### 3 治疗结果

**3.1 疗效标准** 优:症状体征完全消失,恢复原工作。良:症状体征基本消失,残留轻度腰部不适或足麻木,可以恢复原工作或更换工作。可:症状体征部分消失,需要进行一些辅助治疗,能做些轻工作。差:症状无改善。

**3.2 治疗效果** 经 1 次治疗 58 例中,优 12 例,良 38 例,可 6 例,差 2 例;经 2 次治疗 46 例中,优 35 例,良 8 例,可 2 例,差 1 例;经 3 次治疗 11 例中,优 6 例,良 3 例,可 1 例,差 1 例。对治愈中的 42 例进行 6~12 月随访,2 例 3 个月后复发,1 例经再次治疗治愈,另 1 例手术治愈。

### 4 讨论

手法可促进局部致痛、致炎介质的降解和转运,使疼痛减轻或消失。消除因韧带粘连、肌肉萎缩而引起的脊柱僵硬,促进改善腰椎间盘的营养状况,并刺激中枢神经释放出啡肽,提高痛阈<sup>[1]</sup>。持续大剂量液体骶管滴注使被剥离的神经根与周围组织得到长时间的隔离,有利于各自的修复及防止再粘连。

#### 参考文献

[1] 陈之白. 腰痛在九十年代、老问题、新解决. 中华骨科杂志, 1991, 11(3): 203.

(编辑:李为农)

## 腰椎管成形术治疗腰椎管狭窄症 24 例

王崇锐

(绵竹市中医院,四川 绵竹 618200)

自 1991 年以来我们应用腰椎管成形术治疗腰椎管狭窄,经临床的初步观察,取得了满意的效果,现报告如下。

### 1 临床资料

本组 24 例,男 19 例,女 5 例;年龄 40~69 岁,平均 48 岁;病程 5 个月~22 年。单纯性腰椎管狭窄 5 例,腰椎间盘突出或膨出并腰椎管狭窄 16 例,因腰椎退变、关节突肥大、黄韧带肥厚所致椎管狭窄 3 例。本组病例术前都有腰痛、臀部及下肢麻木痛,双侧 4 例,单侧 20 例;间歇性跛行 18 例,括约肌功能障碍 4 例,直腿抬高受限 10 例,股神经牵拉试验阳性 3 例。所有病人,手术前都经 X 线、CT 或 MRI 证实,并且排除结核、肿瘤、腰椎滑脱等疾患。

### 2 手术方法

取俯卧位,使腹部垫空,减少出血,局麻或硬膜外麻醉。从腰椎管狭窄椎体上两个棘突至第二骶棘上作纵形切口,切开皮肤和筋膜,但不要切断棘上韧带,沿棘突骨膜下分离骶棘肌,暴露椎板及小关节,把棘上韧带小心地从棘突顶端切下分离,但减压的上下两端仍附着在棘突及骶中嵴上,只是相应椎管狭窄的一段与棘突顶端分离。

用尖嘴三关节咬骨钳,在狭窄椎管外侧缘咬一条纵形沟或用骨凿凿外侧的内外皮质骨直达椎管,在对侧相应的部位凿一楔形,但内侧皮质保留。利用杠杆的原理,用长柄骨膜起

子,在截骨一侧把椎弓向对侧掀起,对侧造成青枝骨折,使椎管扩大,然后把棘上韧带缝在棘间韧带下方及黄韧带上,目的是保证扩大的椎管把椎弓稳定在新的位置上,最后通过减压处探查椎管。切除关节突骨赘,解除侧隐窝狭窄,并同时彻底解除神经根的一切压迫因素。本组手术范围作 3 个节段 3 例,2 个节段 11 例,1 个节段 10 例。如果有髓核突出也一并摘除,必要时进一步扩大神经根管,闭合创口,椎管内置硅管负压吸引,通常 24~48 小时可拔除吸引管。

### 3 治疗结果

本组病例随访时间 1~4.5 年,平均 21 个月。半年后经 X 线片复查,半侧椎板小关节融合良好。按王福权氏标准评定<sup>[1]</sup>:优 16 例,良 5 例,可 2 例,差 1 例。

### 4 讨论

蔡氏强调腰椎管狭窄的外科治疗,要掌握脊柱手术“减压”与“稳定”的原则<sup>[2]</sup>。我们采用腰椎管扩大成形术治疗腰椎管狭窄符合这一治疗原则。该术式至少有以下优点:①减压后脊髓仍被椎管保护;②减少瘢痕组织侵入椎管;③保护了脊椎的稳定性。我们在术中发现,硬脊膜囊向后方浮动并恢复搏动,可有效地扩大椎管容积,无减压范围不足之虑。

本组的退变性椎管狭窄合并有退变性间盘膨出,在黄韧带肥厚、关节突肥大的情况下,形成对神经根和硬膜囊的前后