

组织和皮肤。这种手术方法有操作简单,骨折解剖复位,骨折愈合与膝关节功能同步恢复,不需二次手术的优点。

理想的骨折治疗方法和原则可以用两个字概括“复原”,任何骨折治疗的目的都是围绕这两个字进行和展开,作者提出治疗骨折的理想方法和原则是从四个方面保证骨折正确、有效、快速和经济的“复原”。随着科学技术的进步,治疗骨折的方法正在不断改进,但理想的治疗骨折的原则不会改变,只有不断学习前人的经验、方法、理论,知其不足,又不断学习新技术、新方法,应用新材料,创造新方法,才能使我们治疗骨折的方法不断提高,成为理想的方法。

#### 参考文献

- 1 尚天裕. 骨折的治疗. 中国骨伤, 2000, 13(8): 451.
- 2 ME Müller M, Allgower R, Schneider H, 等著. 荣国威, 翟桂华, 刘沂, 等译. 骨科内固定. 第 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 1995. 13.
- 3 顾云伍, 韩慧, 尚天裕. 中西医治疗骨折新概念. 中国骨伤, 2001, 14(1): 3.
- 4 张昊, 杜宁. 二种方法治疗股骨粗隆间骨折疗效比较分析. 中国中医骨伤科杂志, 1997, 6: 45-47.
- 5 奚小冰, 杜宁. 二种方法治疗胫骨髁部骨折 20 例疗效分析. 中国中医骨伤科杂志, 1997, 5(5): 14-17.
- 6 杜宁. 非手术方法治疗胸腰椎压缩性骨折方法探讨. 贵阳中医学院学报, 2000, 22(增刊): 10-11.

(收稿: 2001-07-11 编辑: 李为农)

## • 短篇报道 •

# 神经根阻滞加牵拉坐骨神经治疗腰椎间盘突出症

唐开军 林玉春 龚义胜 何德庭 郭敬琴  
(霍邱县中医院, 安徽 霍邱 237400)

腰椎间盘突出症是骨伤科门诊常见疾病, 但对治疗方法的选择, 各有不同观点, 我们自 1996 年 5 月~ 1999 年 6 月间采用神经根阻滞加牵拉坐骨神经的方法治疗 226 例, 经随访或门诊随访, 疗效满意, 现报告如下。

### 1 临床资料

226 例患者均经 CT、MRI、椎管造影等确诊为腰椎间盘突出症, 其中男 120 例, 女 106 例, 年龄 18~ 65 岁, 平均 32.6 岁, 病程最短 3 天, 最长 8 年。有外伤史者 65 例, 腰痛并单侧下肢疼痛、麻木 135 例, 仅有麻木感 137 例, 患肢抬高  $15^{\circ}$ ~ $30^{\circ}$  者 53 例,  $30^{\circ}$ ~ $60^{\circ}$  者 123 例,  $60^{\circ}$  以上者 50 例。

### 2 治疗方法

嘱患者俯卧位, 腹部适当垫高, 使腰部后突, 确定病变之椎间隙后, 根据腰椎正位片(等比)所示, 测量上位腰椎棘突与小关节突及横突根部之间的距离, 在小关节突外侧, 横突根部确定进针点, 常规消毒, 铺无菌巾, 用 9 号腰穿针沿进针点刺入皮肤后, 针呈  $60^{\circ}$  角向尾侧缓慢刺入, 当针尖触及横突后使针尾适当倾斜, 以使针尖沿横突滑下, 此时患者感到下肢有酸胀、麻木或触电样感觉, 此时将针退回 1~ 2mm, 回抽, 无脑脊液或血液回流后, 缓慢注入 0.5% 利多卡因 1.5~ 2ml, 留针观察 10 分钟无全腰麻现象后, 抽取 2% 利多卡因 2ml、醋酸确炎舒松 A 1.0~ 1.5ml, VitB<sub>6</sub> 100mg、VitB<sub>12</sub> 2mg 及生理盐水共 15ml 药物, 缓慢注入后, 改头高足低仰卧位, 再观察 15 分钟, 无明显不适, 且患肢症状明显缓解后, 将患肢被动抬高  $60^{\circ}$ ~ $90^{\circ}$ , 并将足背屈, 反复活动 20~ 30 次。双下肢疼痛者将药物稀释至 20ml, 双侧均注射, 1 周 1 次, 3 次为一个疗程。

### 3 治疗结果

治愈 138 例, 自觉症状及阳性体征完全消失, 恢复正常工作; 有效 67 例, 自觉症状和阳性体征基本消失, 劳累后症状稍加重, 经休息后能自行解; 无效 21 例, 治疗前后症状体征无明显

变化。

### 4 讨论

腰椎间盘突出后, 机械性地压迫神经根, 并对神经根正常活动产生限制, 且使神经根受压部位出现缺血、渗出、水肿等炎性刺激, 而出现坐骨神经痛。牵延到一定阶段而使神经根与周围组织产生粘连, 进一步限制神经根的运动。我们神经根阻滞可使药物较集中于神经根周围。使神经根浸泡于药液中, 且经椎间孔直接到达椎间盘突出引起的炎性病损周围, 利多卡因不仅具有局麻作用, 同时可改善局部血液循环以加速炎性物质的吸收、排泄。激素有减轻局部水肿及消炎作用, 维生素营养神经、改善神经营养, 促使受损的神经的恢复。而腰骶神经有一定活动范围, 且腿抬高可牵拉坐骨神经向下移动, 抬高  $40^{\circ}$  以下时神经根基本不动,  $70^{\circ}$  时移动迅速增加, 而  $90^{\circ}$  时移动停止<sup>[1]</sup>, 牵拉坐骨神经可松解神经与周围组织的粘连, 使药物浸润得更全面, 且便于神经根与突出物之间产生位移, 减少神经受压或避开突出物, 且能增加神经轴向应力刺激<sup>[2]</sup>, 使神经根伸长, 缓解其张力, 而使疼痛缓解<sup>[3]</sup>。

需要注意的是当触电或下肢胀麻症状发生后, 要将针退回 1~ 2mm, 不宜直接注药, 否则易刺破神经根, 药物进入蛛网膜下腔出现全腰麻木。本组开始时出现 2 例, 后将穿刺针尖磨钝, 进行前先用 12 号针头刺破皮肤后再进针, 而避免了该并发症的发生。在直腿抬高牵拉坐骨神经时不一定要一次使腿抬高某一高度, 要循序渐进, 以免使坐骨神经拉伤。

#### 参考文献

- 1 郭世级. 实用骨科解剖学. 天津: 天津科学技术出版社, 1997. 201.
- 2 宗本立, 左金良, 张琦, 等. 神经根在牵拉作用时的位移变化及临床意义. 颈腰痛杂志, 1998, 14(4): 252-253.
- 3 裴明, 张光健, 尹峰, 等. 周围神经纵向牵拉延长的研究. 中华骨科杂志, 1998, 18(4): 226.

(收稿: 2001-01-09 编辑: 李为农)