

为宜。

4. 骨折类型与疗效:不同骨折类型,往往愈合情况不同。头下型愈合率低;基底型几乎全部愈合;颈中型如果治疗得当,也可大部分全部愈合。本组 12 例不愈合中,10 例头下型,2 例颈中型;7 例严重头坏死者全是头下型骨折。

5. 手术操作技巧:术后骨折能否愈合或按期愈合,操作技巧同样作用很大。如果操作粗暴,时间过长,穿

针位置不当或多次穿针后才成功,导针过长或尖端突破软骨面等,均因损伤过大而影响愈合。再者打入螺纹钉时,若尾端在骨外太多或穿过骨折线时致骨折端分离,而起不到加压作用,也影响愈合,所以应选择恰当长度螺纹钉以防止因加压不足致不愈合或髓内翻畸形。

(收稿:1996-07-19;修回:1996-12-08)

骶管冲击疗法治疗根性腰腿痛

安徽省和县人民医院 (238200) 蔡保明

作者自 1988 年 10 月至 1995 年 10 月采用骶管冲击疗法共治疗根性腰腿痛患者 116 例,报告如下。

临床资料

1. 一般资料:本组 116 例,男 87 例,女 29 例;年龄 23~61 岁;病程 3 周~8 年;发病诱因:腰部长期负重 76 例,轻体力工作有明确腰扭伤者 20 例,无明显外伤而发病 11 例,陈旧性腰椎骨折后发病 9 例。

2. 诊断依据及病例选择:具有下列典型体征:(1)椎间隙旁有局限性压痛并向同侧下肢放射。(2)神经根紧张试验阳性(屈颈试验,直腿抬高及加强试验)。(3)脊神经根的定位症状:出现范围局限的感觉障碍区及相对应的反射改变。

根据病史,典型体征以及 X 线检查(腰椎正、侧、左、右斜位片、椎管造影),必要时行 CT 扫描。

治疗方法

病人俯卧位,自然放松不需垫枕抬臀。

常规消毒铺巾后,在标志处用 0.5%利多卡因 1ml 作一皮内泡。使用普通针头 7 号或 9 号短针,使针头与皮肤呈 45 度角的方向,经皮内泡皮下组织骶尾韧带刺入椎管,针头穿过骶尾韧带时有明显阻力,继而突然有一脱空感。且针头多可碰到骶管前壁,针头稍退回 1~2mm,一般针头穿透骶尾韧带时病人有尖锐的痛感,针头再进 0.3~0.5cm,最多不超过 1cm,抽吸无脑脊液或回血后,先注射 3~5ml 无阻力感,调整针头出孔斜向患侧快速推药,冲击骶管硬膜外腔。此时患者常出现腰部及患肢麻胀酸痛,双下肢沉重感明显,在注药过程中出现放射性疼痛则效果好,疼痛越严重效果越佳,术后患者平卧 3 小时。

临床用药:本方分为两组,第 1 组:2%利多卡因 5ml、强的松龙 50~80mg、地塞米松 10mg、5%碳酸氢钠 5ml、25%硫酸镁 3ml、维生素 B₁100mg、维生素 B₁₂

500ug 加生理盐水稀释至 30ml。第 2 组:2%利多卡因 5ml、丹参注射液 4ml(含生药 6g)加生理盐水至 30ml。骶管注射 5 天一次,两组交替进行,10 天为一疗程,以 2~3 个疗程为宜。

治疗结果

参照胡氏^[1]疗效标准,本组治愈 48 例,显效 54 例,好转 9 例,无效 5 例,显效率 87.9%。随访 3 月至 6 年。本组病人包括腰椎间盘突出症 86 例(L₄₋₅47 例,L₅~S₁29 例,合并侧隐窝狭窄 10 例),陈旧性压缩性骨折 11 例,增殖性脊柱炎 9 例,腰骶神经根炎 6 例,其余 4 例。

讨 论

骶管冲击疗法的治病机理在于通过快速推注药液,形成一定压力,自下而上向神经根进行冲击,对粘连压迫部分进行钝性剥离,达到解除神经根牵拉痛的作用,同时因硬膜外腔的有效充盈(成人 25~30ml 容积),液体压力有助于突出的椎间盘组织回复原位,或使突出程度减轻,同时破裂的椎间盘有不同程度的脱水,在等渗药液的浸泡和压力下有助于恢复其弹性,使其具有较大的缓冲能力。另一方面,药液中的强的松龙、地塞米松能减轻突出的椎间盘及根管周围组织水肿,解除其对神经根的压迫与刺激;消除腰椎患部神经根的无菌性炎症,阻止致痛因子的释放。地塞米松的抗过敏作用又能降低神经根对组胺类物质的敏感性。传统的封闭药液呈酸性,PH 值约为 5.0~5.5,而病变的根管周围组织水肿增厚,属无菌性炎性组织,其 PH 值呈酸性,传统椎管封闭疗法更加降低根管周围组织的 PH 值,增加了 H⁺ 浓度,进而加重局部的无菌性炎性水肿。本方中加入 5%碳酸氢钠后,PH 值上升至 7.35~7.86,大大地增加了游离碱基,故中和了局部酸中毒,降低 H⁺ 对神经根管的刺激,同时随着局部酸中毒的纠

正,改善了微循环,减少了根管周围组织缺血缺氧,渗出减少,有利清除致炎致痛物质,从而有效地增强镇痛效果。方中使用适量硫酸镁,解除细小血管痉挛,舒张根管周围血管,改善局部血供,同时抑制神经传导的兴奋性,达到止痛作用。维生素 B₁、B₁₂具有直接营养神经作用。利多卡因在碱性环境中作用较强,抑制神经兴奋性,增加局部供血使致痛因子浓度降低。第 2 组用药中的丹参具有较强的扩张细小血管作用,能显著改善

微循环,促进组织修复,对抗无菌性炎性粘连,消除组织水肿。

两组药液交替使用,有利于降低激素的副作用,减少不良反应发生率。

参考文献

1. 胡有谷. 腰椎间盘突出症. 北京: 人民卫生出版社, 1985: 220—221

(收稿: 1996—02—06)

跟痛症分型治疗 68 例

山西省孝义市中医院 (032300) 郭杰林

我院自 1993 年 2 月至 1994 年 10 月,分型治疗跟痛症 68 例,疗效显著,现报告如下。

临床资料

本组 68 例中,男 25 例,女 43 例;年龄 26~72 岁;发病时间 20 天~2.5 年,平均 1.2 年;左足跟 29 例,右足跟 30 例,双足跟 9 例,共 77 足跟。

分型治疗方法

1. 跟骨内压增高症型:先用热水泡脚 20 分钟,擦干。将独角膏(辽宁省铁岭杜记膏药厂)热水浸软,摊于布上,跟骨后下方贴敷。每帖 5 天,20 天为 1 疗程。

2. 跟骨隆突周围炎型:氢化泼尼松注射液 25mg、2%利多卡因 5ml、红花注射液 2ml、注射用水 2ml 混合后跟骨隆突周围(痛点处)封闭,深达筋膜。每周一次,4 次为 1 疗程。

3. 跟骨骨刺型:用小针刀切削法。截取 \varnothing 3mm 克氏针 10cm,一端轧扁磨制成铲状,刀刃宽 5mm。患者俯卧于手术床上,患足垂于床边。严格按无菌程序操作,用 1%利多卡因痛点周围和进刀处局麻,于隆突(痛点)后方约 2cm 处纵行刺入针刀,改刀刃平行、刀柄与跟骨纵轴线呈 45 度角方向向前推进,抵骨质后,用刀刃触感骨赘顶部,然后将刀刃移置于骨赘腰部(参考 X 线片),用小锤轻击刀柄,有落空感后将刀退回,分别沿内侧、外侧呈扇形切削 2~3 刀,退出针刀,压迫止血,无菌包扎。不需缝合。

治疗结果

1. 疗效评价标准:优:疼痛完全消失,1 年内无复发;良:疼痛基本消失,不影响行走活动,1 年内无加重;差:疼痛有所减轻,仍影响行走活动,或治疗优良者短期内复发。

2. 治疗结果:跟骨内压增高症型 42 足,经 1~4 帖

(平均 2.9 帖)独角膏贴敷,优 25 足,良 15 足,差 2 足;跟骨隆突周围炎型 26 足,封闭 1~3 次(平均 2.6 次),优 17 足,良 8 足,差 1 足;跟骨骨刺型 9 足,经 1 次切削治疗,优 7 足,良 2 足。总优良率为 96.1%。

讨 论

1. 跟骨内压增高症型:跟骨内压增高是由于跟骨内静脉瘀滞,血流动力学改变而造成的^[1]。诊断的主要依据是:(1)明显的休息痛和/或夜间痛;(2)跟底无确切的压痛点,大部分有跟部叩击痛;(3)X 线片跟骨一般无明显突出的骨赘。应用独角膏局部贴敷,能够活血化瘀,改善跟部血液循环,促进静脉回流,降低跟骨内压,消除疼痛。该疗法简便易行,很受患者欢迎。

2. 跟骨隆突周围炎型:跟骨隆突是足固有肌和跖筋膜的起点,由于长期的疲劳损伤和自身修复,致跟骨隆突增生,肌筋膜肥厚水肿,滑囊形成,同时刺激跖神经,引起疼痛。这些病变可以某一结构为主,也可同时存在。其病理特点是跟骨隆突周围的慢性无菌性炎症^[2]。诊断的主要依据是:(1)疲劳性跟痛,休息后减轻;(2)跟底有确切的压痛点;(3)X 线片跟骨可无或有明显突出的骨赘,但骨赘的长径线与跟骨纵轴线的内夹角 <40 度。用利多卡因、氢化泼尼松、红花混合液隆突周围封闭,可消除无菌性炎症,改善局部血液循环,解除跖神经的激惹状态去除疼痛。该法操作简单,见效较快。

3. 跟骨骨刺型:跟骨骨刺是引起跟痛的一个原因,但不是必然原因。这不主要取决于骨刺的大小,更重要的是取决于骨刺的方向^[3]。笔者体会,其骨刺的长径线与跟骨纵轴线的内夹角 <40 度(称平行型骨刺),一般不是引起跟痛的直接原因;而内夹角 >60 度(称垂直型骨刺),由于骨刺与地面的合压力而导致跟部负重性疼