维普资讯 http://www.cqvip.com

大重量牵引配合推拿手法治疗32例腰椎间盘突出症

马殿忠*

腰间盘突出症是临床常见病,多发病,严重损害病人身心健康并影响功能活动。为进一步探讨手术治疗方法,我院自1995年以来采用大重量牵引配合推拿手法治疗32例,收到一定效果。现结合病案分析将治疗方法和体会报道如下。

一、资料与方法

1.临床资料:本组男性26例,女性6例,年龄最小30岁,最大62岁,以40~50岁为多发病。病史1个月至二年不等,约93.8%有明显外伤史,均为单纯性腰间盘突出症并经CT证实。

2.治疗方法:(1)大重量牵引法:病人仰卧于牵引床上,胸廓用皮胸围带固定于床头,腰骶部用皮围带固定牵引,牵引重量以自身体重为标准(约60kg左右),每日一次,每次牵引时间为1h。(2)牵引后休息15min,配合推拿手法,具体有牵抖法,运腰法,斜板法,扳腿法,被动直腿抬高及循膀胱经进行穴位按摩来调理肌肉的紧张性,再辅以红外线照烤60min。其操作方法如下:①循膀胱经进行穴位点按、揉摩;②牵抖法:病员俯卧位,由助手固定患者双腋部,术者握紧患者的双踝部向上牵引,并抖颤腰部15次。抖颤时注意动作的连贯与节律性。③运腰法:病员俯卧,术者用一手抬起病人的两大腿,一手压住病人的腰部,将两下肢摇动3圈,然后将腰部以下作过伸动作,作5次;④斜扳法:病员取右侧卧位,先右下肢伸直左下肢屈曲并放在右下肢的上部。术者立于患者背侧,右手掌放在患者肩的前缘,左手掌放在患者左髂骨的后外缘,双手作相反方向的斜扳,左右各一次。⑤扳腿法:病员取仰卧位,术者一手托住患肢小腿部,另一手放在膝部,屈膝屈髋,并稍用力推压推送,让患肢上腿尽量贴近下腹部,然后用力将患肢向外上方牵拉,使膝伸直髋屈曲,在拉腿过程中,嘱病人主动用力蹬腿,以加大引伸牵拉的力量,共作10次。⑥被动直腿抬高:病员取仰卧位,术者一手把持患者小腿部,另一手放于患膝部,使膝部处于伸直位。然后被动抬高患肢,范围由小到大,注意患者的忍耐度。(3)视病情可在1~2周后离床活动并做腰背肌功能练习。

3.疗效判定:根据病人恢复情况分为三种:(1)痊愈:症状和体征消失,已能正常工作。(2)好转:症状和体征部分消失,可以活动。(3)无效:症状和体征未得到改善,腰部及下肢活动受限。

二、结果

根据上述判定标准,本组痊愈18例,好转12例,无效2例。总治愈率为93.8%。

三、讨论

腰间盘突出症是临床常见病,常与腰外伤有关,严重者可因神经根受压导致腰及下肢功能活动障碍,甚至发生肌萎缩,大小便失禁等,给患者带来极大痛苦,对该病的治疗,国内外许多骨外科专家们进行了不断探索。先后开展了许多行之有效的方法。诸如:持续牵引,皮质激素硬膜外腔注射,胶原蛋白酶溶解以及手术切除等。但是,采用非手术治疗目前仍具有一定可行性,一旦效果不显著或治疗不成功时再中转手术。本组病例采用大重量牵引的原理是:由于重力作用在身体上下两端,而使椎间隙开大,椎间盘的间隙内压下降,椎管内容加大,有利于突出的间盘还纳。配合祖国医学"推拿手法"不仅能改善因椎间盘突出而引起的腰肌痉挛,减少疼痛,而且还利于腰神经根周围粘连的松解,进而解除对神经根的压迫,恢复正常的腰椎姿势,其推拿手法的运用应视病情而定,患肢存在痛觉过敏的病例,因此时神经根肿胀,要应用轻柔的穴位按摩方法,否则有加重病情的可能。值得提出的是,大重量牵引一般以病人自身体重为标准,重量过高会刺激脊柱小关节周围韧带的本体感受器,引起反射肌肉收缩抵抗牵引力,影响治疗效果,重量过低时又起不到牵引作用;另外配合推拿手法时操作不宜过重,切忌盲目按压以免造成损伤甚至加重病情。治疗期间病人应卧床休息,视病情1~2周后再离床活动进行腰背肌功能练习。本组病例除重症2例疗效差外,其余均获满意效果,经6~12个月随访,腰部活动正常已工作。

(收稿日期:2002-03-12)

* 作者单位:111300 辽宁省灯塔市中心医院

辨证治疗胃脘痛的临床体会

王成安*

胃脘痛是临床常见的消化系统疾病,在北方地区发病较高,是以胃脘痛为主要的一组症候群,其病因复杂,机制错综,不易辨证施治,而是棘手的疾病。本院今年来治疗该病患者近百例的体会总结如下。

一、资料与方法

1.临床资料:本组病例80例,现将具体分型如下:脾胃虚

* 作者单位:155811 黑龙江省友谊农场三分厂医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

寒36例,肝胃不和20例,脾胃虚热18例,胃阴不足6例,全部病例均经胃镜及X线钡餐透视诊断为溃疡40例,慢性胃炎36例,全胃下垂4例,年龄最大者72岁,最小者20岁,以男性患者为多。其中发病时间长短不等,最短者2年,最长者32年,年龄大者病程均较长。

2.诊断依据及疗效评定标准:(1)诊断依据:所有病例均经钡透及胃镜检查确诊为溃疡、慢性胃炎、胃下垂等。主要症状有胃痛、食少、脘腹胀痛、大便溏泻及干燥。发病前多有明显诱因如感受风寒、情志不舒、起居饮食失节等。(2)疗效评定:①近期临床治愈:症状全部消失,半年内不复发,胃镜或X线等主要理化检查基本恢复或明显好转。②显效:主要症状消失,半年内不复发,主要物理检查好转。③好转:主要症状消失,半年内偶尔有发作,但疼痛程度轻,持续时间短,主要物理检查无明显改变。(3)治疗经过:临床治疗根据辨证施治原则,一月为疗程,一般治疗一至三疗程。根据体征与症状分四型论治。①脾胃虚汗:证见胃脘隐痛、喜暖喜按、畏食生冷、肠鸣泻泄,四肢欠温,舌质淡,苔薄白、脉沉无力。治则,温中健脾,香砂六君子汤加减,寒重加附子、干姜,腹泻加米壳、山药,吞酸加乌贼骨,食少加焦三仙、内金,腹胀加积壳、陈皮。②肝胃不和:证见胃脘胀痛,胸胁苦满、嗳气吞酸、心烦易怒、舌质略红、苔薄白、脉纤细。治则,舒肝和胃,以柴胡舒肝散加减,痛甚加丹参、乳香、没药,呕吐、恶心加生姜、半夏。③脾胃湿热:证见胃脘痞闷、食后胀痛、渴不欲饮、舌质淡红、苔黄腻。治则,清热化湿,半夏泻心汤加减,便秘加生军,湿重加茵陈,反酸加左金丸,热重加栀子、黄芩。④胃阴不足,证见胃脘灼痛,饥不欲食、口干心烦、大便秘结、舌质红、苔少或无苔,脉细无力。治则,养胃滋阴、一贯煎加减,失眠加柏仁、枣仁,渴甚加石膏、花粉、酸加乌梅。

二、结果

近期治愈56例,占总数68.3%,显效17例,占总数20.7%,好转6例,占总数7.3%,无效3例,占总数3.7%,总有效率96.3%。

三、讨论

胃脘痛即古人日"心下痛"。病程大都漫长,久病多虚。脾胃为后天之本,治则陪补为宜,或消补兼施,以护胃气不受损伤。标本兼治,标则治其临床症状疼痛、胀满,本则治其发病原因,寒湿、虚热、阴阳失调。首先要详查病机以辨证施治,药量不易过大,特别是乏胃之类药要中病既止,过则伤胃气,欲速则不达,脾胃之疾重在调养,起居有节,慎寒保暖,劳逸适度,避免情绪激动,则能收事半功倍之效。

(收稿日期:2002-05-08)

单臂外固定架治疗147例胫腓骨开放骨折

吕荣先* 周宝才**

1993年3月至2002年1月,我院采用单臂多功能外固定架治疗胫腓骨开放骨折147例(其中合并严重的脏器损伤及复杂的多发性骨折未在本组讨论之内),取得满意的效果,现将其报告如下。

一、临床资料

1.一般资料:本组147例,男99例,女48例,年龄12~71岁,平均32.2岁。致伤原因:车祸69例,砸伤52例,坠落伤24例,其它伤2例。

2.开放骨折类型:根据Anderson分类标准,本组Ⅰ型50例,Ⅱ型54例,Ⅲ型43例。本组均在伤后1~8 h内得以彻底清创固定。

3.手术方法:选择硬膜外麻醉,彻底清创伤口,将骨折直视下复位。于胫骨前嵴与内侧嵴之中点的纵垂线为进针处,进针点应距骨折线4 cm以上(干骺端骨折除外)。切开皮肤,分离皮下组织,将定位套管置入于骨干纵轴并垂直于骨面,用锤轻叩使之固定于骨表面,沿定位套管插入电钻,钻通两侧骨皮质,并测出骨孔深度,旋入固定针,其深度以穿出对侧骨皮质两个螺纹为佳。将定位模具按在第一根固定针上,根据模具孔道依上述方法打入第二根固定针,并用同样方法于骨折的另一端在模具适当位置穿入第三、四根固定针,此四根针以相互平等为佳。取下模具,安置外固定架,暂不将万向关节及延长装置锁钮旋紧。将骨折直视下复位,有大块骨折块者,可将其用螺丝钉或钢丝固定于骨折的近端或远端,并可适当延长切口,视骨折复位满意后,旋紧外固定架各关节。有皮肤缺损者可行局部皮瓣或肌皮瓣转移,并行一期植皮敷盖创面。

4.术后处理:术后应用抗生素,常规换药,拆线后暴露针眼,术后2周扶拐下床,不完全负重行走(粉碎性骨折及皮瓣血运不佳者可适当延长)。定期复查X线片,当骨折线模糊、有骨痂生长时可放松延长装置锁钮,使之动力化,当骨折线消失时拆除外固定装置。

二、结果

147例骨折均达到解剖复位或近解剖复位。骨折愈合时间最短92 d,最长142 d,平均126 d。其中1例骨折向前成角8°愈合。本组133例膝关节及踝关节功能完全恢复正常,9例膝关节

* 作者单位:157000 黑龙江省牡丹江市骨科医院
** 牡丹江市解放军209医院外二科