维普资讯 http://www.cqvip.com

接与腹壁下静脉相通、结扎腹壁下静脉后治愈，术后6年未见复发，也无阴囊、睾丸肿胀、睾丸萎缩和生育能力减退表现。另1例术后7年复发者，再次手术时，发现有两条直径0.2cm的精索内静脉，经内环进入腹膜后，术后症状、体征消失，观察半年无复发。

二、结果和讨论

精索静脉曲张的手术治疗，最初采用阴囊内结扎曲张的精索内静脉，由于复发率很高而被放弃。改为在腹股沟管内环处结扎精索内静脉，复发率在0.2%～0.5%之间。本组复发率为3%。为进一步降低复发率，后又发展经腹膜外高位结扎精索静脉及腹膜外切断精索静脉后，将其远端与大隐静脉或腹壁下静脉吻合，使复发率进一步降低。

我们认为在腹股沟管内环处结扎精索内静脉应为首选的手术方法，对复发的病例，才考虑腹膜外高位结扎精索静脉或精索静脉与大隐静脉或腹壁下静脉吻合等手术。本组复发的一例，再次手术时，在内环处结扎两条漏扎的静脉后获得治愈。说明手术时必须操作仔细，以免漏扎，引起复发。精索静脉与腹壁下静脉或大隐静脉吻合，手术方法较复杂，不易普及。另外，这种手术的先决条件是腹壁下静脉和大隐静脉的静脉压必须低于精索内静脉压。否则，术后必然引起血液逆流而造成复发。本组另一例术后复发者再次手术时，内环处并无静脉支，但在腹股沟管内发现一支直径0.6cm精索内静脉，直接与腹股下静脉相通，经结扎腹壁下静脉后治愈，观察6年无复发。说明此例的腹壁下静脉压高于精索内静脉压，是引起复发的原因。

（收稿：2001-03-06）

多方位牵引床治疗腰椎间盘突出的方法及体会

曾 宏* 刘秀玲**

腰椎间盘突出症是临床上常见的腰腿病，该病在椎间盘变性的基础上，由于外伤、受风寒湿、劳损而诱发，多发于20～50岁青壮年，好发部位L4～L5、L5～S1椎间盘，为了有效快速治疗本症，根据生物力学原理，利用中医正骨手法与现代高科技技术相结合，采用山东省医疗器械研究所研制的IFQ-100型多方位牵引床，在预制定位快牵和旋转基础上施以正骨手法，在瞬间一次完成治疗，以消除腰部及下肢的临床症状及体征，而使本症在短时间内治愈。

一、材料和方法

1、适应症：年龄应在20～45岁；CT提示为腰椎间盘膨出症者；症状和体征较轻者；近期初发病者。

2、临床资料：本组80例患者，男性65例，女性15例，年龄均在20～45岁之间。发病部位左侧40例，右侧10例、双侧10例。症状及体征为脊椎侧弯者11例，腰部压痛伴放射痛者60例，直腿抬高试验阳性者65例、伸拇肌力减弱者34例，下肢肌肉萎缩者11例，80例病人均做C7或椎管造影检查确诊。

3、治疗方法：病人取俯卧位于牵引床上，暴露腰部，使病变部位间隙置于胸臂板之间，用固定带固定颈腋、胸腰、骨盆及大腿部位，固定带尽量扎紧以减少活动。根据病人的体质，发病部位，突出的方向，通过微机确定牵引距离，倾角度数，旋转方向及旋转角度，然后启动牵引床，利用脚踏开关，控制操作，医生双手拇指重叠置于病变部位，运用点按，震颤等手法。可持续快牵2～6次，距离选用55～70cm、屈伸成角－5°～＋30°，旋转角度18°～25°，旋转方向为椎间盘左突右旋、右突左旋，中央型则左右部旋转，牵引后，仰卧于硬板床，腰部垫5cm的圆枕头2～4h。

二、结果

治愈：腰腿痛消失，直腿抬高70°以上、能恢复原来的工作，占65例。好转：腰腿痛减轻，腰部活动功能改善占15例。平均住院10～12d，牵引一次的78例，牵引二次有2例。治愈率81.2%，好转率18.8%。

三、体会

多功能牵引床对治疗腰椎间盘突出有明显的疗效，它将中国传统医学手法与现代高科技有机结合，将牵拉、屈伸、旋转等功能融为一体，实现了同步牵引和旋转治疗，解决了人工复位和水平牵引时不能解决的难题。三维方向的改变，从而有利于脱出的髓核还纳，剥离粘连，解除神经根的压迫症状。牵引距离准确，比较安全，而且见效快，无痛苦。术后使用脱水剂，以减轻神经根水肿。卧床24小时后腰围固定后下地活动，但3d内尽量减少弯腰动作，提重物，护理简单，易于接受。缩短住院时间，降低住院费用。

（收稿：2001-03-05）

* 作者单位：833200 新疆兵团奎屯医院外科
** 新疆奎屯市妇幼保健院