DOI:10.16016/j.1000-5404.1993.06.025

意义，应尽可能精确显示其范围及移位程度。眶内容物尤其是眼肌状况对手术及愈后关系较大，如下直肌及内直肌有无曲折、肿胀、嵌顿及周围出血、渗出等。

单纯的眼眶爆裂骨折多行保守治疗，骨折移位较著者附近眼肌多有移位、牵引甚至嵌顿，需手术治疗。

关键词 眶骨折；断层摄影术，X 线计算机

分类号 R777.5

参考文献

1. 高鹤舫。眼眶爆裂骨折。国外医学：临床放射学分册，1991；3：133～135
2. 高鹤舫 兰宝森。眼眶爆裂骨折的 CT 诊断。中华放射学杂志，1993；27(1)：16
3. Grossman CB. MRI and CT of the head and spine Maryland: Williams & Wilkins，1990：367

（收稿：1993-06-08；修回：1993-10-03）

综合疗法治疗腰椎间盘突出症（附90例报告）

魏友碧 张金芝 （第三军医大学西南医院理疗康复科）630038

腰椎间盘突出症是一种常见疾病，我们选择有神经根刺激和腰神经根损害体征，并经 CT 检查证实及肌电图检查有神经根性受损的腰椎间盘突出症90例患者，采用综合治疗方法取得较好疗效，现报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

男性54例，女性36例，年龄20～66岁，平均40岁。病程1月～35年，平均3.5年。

1.2 治疗方法

1.2.1 牵引和推拿：使用广州羊城医疗器械厂 ATA－ⅡD 型自动牵引床，按人体体重百分比计算，起始牵引重量为人体重量的2/3，1～2 d 适应后每天增加5kg，至达体重量，某些病人可超体重量20%。每日一次，每次20min，4周为一疗程，疗程间隔一周。牵引后床上休息5min 行腰腿部推拿，一般为30min，每天一次。

1.2.2 热疗：超短波，腰骶部或臀部，对置法，每次30min，每日2次。

1.2.3 中频电疗：选用 K8832－T 电脑多功能电疗仪中治疗急、慢性疼痛及坐骨神经痛处方，痛点追踪，并置法，耐受量刺激，每次20min，每日2次。

1.2.4 体外反搏：使用广州医疗器械厂电脑控制 WFB－IV 增强型体外反搏装置，将气囊套包扎在双下肢大、小腿部位，然后气囊充气，缓慢调节压力到34.3～44.1kPa，每日一次，每次30min。

1.2.5 运动疗法：根据患者治疗后腰腿疼痛减轻程度，适当选用不同的锻炼方法：(1)床上运动：抬腿、单肢及双肢运动；(2)仰卧起坐锻炼；(3)旱船；(4)功率自行车渐加阻力。每日2次，每次10～20min。

2 结果

2.1 疗效评定标准

2.1.1 临床痊愈：症状、体征消失，腰部活动功能及生理曲度恢复正常，恢复正常工作。

2.1.2 显效：症状、体征大部分消失，脊柱侧弯及生理曲度基本恢复正常，直腿抬高在60°以上。

2.1.3 好转：症状、体征部分消失或减轻，可做轻工作。

本组90例中，痊愈53例(58.9%)，显效30例(33.3%)，好转7例(7.8%)。

2.2 典型病例

刘××，女性，37岁，工人。腰腿痛反复发作6年，加重10 d。不能站立及弯腰，腰部疼痛难忍伴左下肢放射性疼痛，从左臀部开始沿大小腿后外侧至足背。体查：腰肌紧张，L_4至S_2棘突间及椎旁肌压痛明显，左臀坐骨结节与股骨大转子之间压痛并放射至腘、腓肠肌。左直腿抬高试验45°，左跟腱反射较对侧减

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

弱，跷踏力差，左大腿后侧及小腿前后侧痛觉减退。CT 提示：L_5～S_1椎间盘向左突出。肌电图检查：胫前肌、腓肠肌、股二头肌和伸趾长肌多相电位明显增加，提示 L_5～S_1神经根损害。治疗：选用牵引、推拿、超短波、中频电脑多功能仪和体外反搏。治疗3 d疼痛明显减轻，能下床活动，但跛行。然后加用运动疗法，二周后症状消失，弯腰、走路行动自如，体查无阳性体征出现，继续巩固治疗4周，临床痊愈出院。

3 讨论

腰椎间盘突出多因纤维环部分或完全断裂，或髓核纤维环同时退变、萎缩，纤维环弹力减弱引起髓核的脱出或膨出。突出物可直接压迫神经根或脊髓，或因局部充血、水肿，甚至无菌性炎症粘连等而引起一系列神经根及局部组织疼痛、紧张及功能障碍等表现[1,2]。大多数患者经非手术治疗可使症状明显缓解或消除，本组采用综合物理治疗临床治愈率达58.9%，与文献报道类似[3]。

根据本组结果，我们认为综合物理治疗可取得良好的协同作用。牵引和推拿可使关节面在短时间内相互离开，突出部位椎间隙加宽，使椎间盘髓核突出物还纳，从而解除对神经根压迫和刺激。治疗4周后休息一周，目的使肌肉松弛再继上治疗而疗效更佳。体外反搏可使受压局部组织及下肢供血得到明显改善，热疗可使血管扩张，(血流及组织氧量增加，使细胞代谢增加，)促使酶反应加速，从而加速充血、水肿消散。同时对解除腰肌痉挛，减轻牵引推拿引起的软组织反应也有良好的效果。中频电疗可改善血液循环，促进淋巴回流，解除肌肉痉挛从而达到明显止痛。当病人疼痛症状减轻后，适当选用运动疗法，加强腹肌及腰背肌锻炼，从而加强脊柱的保护作用，使其稳固增强，对防止复发具有重要意义[4]。

参考文献

1. 陆一农。腰痛及腰腿痛。北京：解放军出版社，1985：95～118
2. 陈士富。腰椎间盘突出症。见：魏征主编。脊柱病因治疗学。香港：商务印书馆，1987：191～195
3. 姜贵云。腰椎间盘突出症的康复治疗。中国康复医学杂志，1992；7(1)：33
4. 角南昌三等(张永昌译)。腰痛患者的肌力增强训练。国外医学：物理医学与康复学分册，1990；4：157

(收稿：1993-05-31；修回：1993-11-07)

原发性痛风52例临床分析

安世铭 (第三军医大学新桥医院内分泌) 630038

原发性痛风(简称痛风)是嘌呤代谢紊乱所致血尿酸增高引起的疾病，本病在西南地区并非少见。现将我院1985年以来收治的52例分析如下：

1 临床资料

1.1 一般情况

52例住院患者，男性48例(92.3%)；女性4例(7.7%)，均就诊于绝经后。年龄最大85岁，最小30岁，平均54.8岁。病程0.5～20年，平均6.1年。有家族史者3例(5.8%)。吸烟者10～30支/日，烟龄2～35年14例(26.9%)。饮酒者50～250g/日，饮酒时间3～30年15例(28.8%)。23例(44.4%)以饮酒，食嘌呤丰富食物，劳累，感染等因素诱发急性发作。

1.2 临床表现

52例均以反复发作的局部关节红、肿、痛、热，伴功能障碍就医。关节疼痛发作急骤，常在夜间突然剧烈刀割样或针刺样疼痛，并持续数小时至数天不等。7例(13.5%)伴轻微畏寒、头痛、全身不适，恶心

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net