

综合疗法治疗外伤性截瘫73例临床观察

山东临淄康复医院 高学廉 时廷全 牟西芳

脊柱是脊髓和内脏保护器，是人体的支柱。当脊柱突然受到暴力而引起骨折或脱位时，人体的支柱功能受损，脊髓或马尾神经遭受不同程度的压迫和损伤，造成损伤平面以下肢体的运动、感觉、反射功能完全或不完全的减弱和消失，大小便功能障碍等。损伤严重或治疗不当，均会引起终身伤残或瘫痪。我院1985年以来，对上述伤残及瘫痪病人采取电针经络弹拨，牵引按摩理疗，贴敷瘫痪膏药，服用滋补强壮剂中成药，心理康复及功能训练等综合治疗措施，共收治73例病人，经过长时期的摸索，不断改进治疗方法，取得较好的近期临床疗效，统计如下。

一、临床资料

1. 病例:

我院收治的病人，均非急性期病人，都经省、市、县、厂矿等医院确诊治疗，并有X光片证实，其中经手术治疗者61例，哈氏棒铜板固定者20例，未进行手术者12例的恢复期病人，男性62例，女性11例，年龄最大者56岁，最小者17岁，20岁以下8例，21~30岁者27例，31~40岁者29例，41岁以上9例，其中青壮年占绝大多数。

2. 致伤部位:

胸椎11~腰椎1，为最多共50例占总例数的68%，

49%。见表1。

3. 致伤期:

致伤期最短37天，最长16年。见表2。

二、综合治疗法

1. 电针经络弹拨:

我国首先发现隐性循经感传，近几年国内外有关人士试验与探讨。这些低阻线走行与我国古典的经脉循行路线相近，因此我院沿用这一理论应用电针经络弹拨，使没有感传的人产生感传，感传不显著的变为显著，达到循经导引、按络疏通，加强经络联系，使疗效进一步提高。

选穴法:

腰背面: 足太阳经循行路线选3—5穴。再选足少阴经循行路线选1—2穴配合。

腹面: 足太阴经循行路线选3—5穴。再选足阳明

表二:

1年以内	1—3年	3—5年	5—10年	10期以上	计
31	23	7	7	5	73

表一:

瘫痪性质	部位	椎 体										计	
		3.4	4.5	5	5.67	6.7							
痉弯性	颈 椎	3.4	4.5	5	5.67	6.7							
	例数	1	1	1	1	1						5	
	胸 椎	6	6.7	67.8	8.9	11.12腰1	12						
	例数	1	2	1	1	1	1					7	
弛缓性	颈 椎	5	5.6	6.7									
	例数	2	1	1								4	
	胸 椎	5.6	10.11	10.12	11	11.12	11—腰1	12	12—腰1	12—腰1			
	例数	2	1	1	2	10	1	15	10	1		43	
	腰 椎	1	1.2	2	2.3	3	3.4						
例数	6	1	2	1	1	3					14		

经循行路线选1—2穴配合。

针刺后用电疗机逐针以强刺激弹拨。每针穴弹拨30~40次，每日一次腰背面或腹面。

2. 牵引、按摩、理疗：

牵引：不彻底复位，不解除对脊髓的压迫，就无法挽救脊神经功能。凡椎体错位的病人，均应尽最大努力早牵引复位。

按摩：对致伤部位及麻痹肢体每日按摩一次，每次不少于30分钟。

理疗：用DL—Z直流感应电疗机等。

理疗：每日或隔日一次。

3. 贴膏药：

胸腰椎致伤部贴瘫痪膏药，疏经通络。强筋化痰、消肿接骨，每15天一换。

4. 药物治疗：

针对病人体质及病症、投滋补强身营养壮腰等中成药，并投预防感冒及其他对症药物。

5. 心理康复：

瘫痪病人心理变化多端。未进行治疗的病人，心理变态是人格受损，理想破灭、悲观忧郁、厌世轻生等。已进行治疗的病人心态也有怀疑、依赖、急躁的心情。针对上述各种心理排忧、安慰、解释、请基本康复的人现身说法，鼓励病人摆脱终身卧床之苦。

6. 功能锻炼：

生命在于运动。康复要靠自我锻炼，要象艺人骑独轮车那样练功，驾驶自己的两条腿走路。

①床上练功：

四肢瘫痪病人首练双肩迪斯科，逐步垫肩直到坐。腿瘫先练骨盆活动、练翻身、练爬、练坐。

②练站：

病人练坐坐稳后，开始练站，人工强制性站立法。利用床头、安装横杠，让病人双手握住横杠，臀部用布兜紧，避免向后倒，脚膝要用软垫支撑。让病人按生理垂直线站稳，开始时，每日一次时间不宜太长，逐渐增加时间及次数，如腿脚出现肿胀时，及时按摩。如站的较稳重时，可练提腿活动。

③双杠内活动：

病人能站稳，能提腿活动时，可移入双杠内，双手扶双杠练站练走，在练走起步时，护理人员要协助提腿扶膝拉脚，一步一步练习前进或后退。

④练双拐行走：

病人在双杠内经过自己能前进或后退移步时，开始练双拐行走，培护人员一前扶拐帮助移动拐杖，一后扶膝帮助提腿向前迈步。病人练到会自己用拐移动时，前方培护人员根据情况逐步撒手，后方培护人员仍按病人行走情况给以协助，直到能撒手随后护理，到真正不需培护为止。

治疗期：

病人情况不同，体质不同及经济条件不同，在我院最短为一个月，最长为26个月，平均为6、1个月，

大部份病人均可离床活动。其中仍有37人在院继续康复中。

三、治疗前与治疗后功能变化程度

1. 运动功能变化见表三

离床人扶拐练走25人占41.7%。

离床自扶拐练走10人占16.67%。

离床自行走1人占1.67%。

上述三种人共36人，均离床活动占60%，从表3所见6人独立行走占总数的8.22%；自扶双拐行走者及独立行走者23人占31.51%；人扶双拐练走者26人占35.61%；在练站与起步者19人占26.03%；进展不大者5人占6.85%。

2. 知觉功能变化：

损伤平面以下消失者47人，现有23人平均下降1阶段。部份减弱或消失者21人，现普遍下降5-10公分，有4人基本恢复正常。

3. 大小便障碍：

大小便失禁者49人，现有13人部份能控制。原有13人部份控制，现有5人能基本控制。

4. 并发症：

肌萎缩42人，改善者23人，基本恢复10人无新例发生。褥疮12例、治疗11例、近疗1例无新例发生。脚下垂（马蹄形足）13例，改善者5例，基本恢复8例。尿路感染7例，基本控制6例偶发1例。留置导尿管8人均拨除，人工定时排尿。瘫痪性营养不良骨关节病6例，均有轻度恢复。

体会

从祖国医学观点来看，外伤性截瘫是由于督脉损伤所致。督脉循行贯脊，统帅全身的阳气，手足三阳与之交会。当督脉损伤后，气血经气运行不畅，经络受阻，不能营养筋骨肌肉而致“痿症”。由于督脉的损伤，影响周身变化，所以治疗外伤性截瘫必须整体调治，单从某种方法，某一穴位是难以调治，因此，我院采取电针经络弹拨等综合治疗，增加感传，促进经络沟通，增强神经及肌肉的活力，重建功能，因此有60%病人，脱离卧床之苦。

椎体错位虽致伤期已久，仍以牵引复位为主。我院对错位者均经过牵引，其中一颈椎错位已半年，额向前下倾斜，左臂全麻痹，肌肉萎缩明显。另一胸椎椎体错位已半载，腰成直角形不能伸，双下肢瘫痪，均采用牵引整复对位，脊柱畸形得以校正，脊髓受压解除，肢体功能逐渐恢复。

脊柱受伤及时手术，无疑是对病人的身躯支架功能恢复很重要。认为肢体功能难于恢复和靠自然恢复都是消极的。我们认为瘫痪病人必须经过综合治疗和康复训练，功能还能重建。我院收治的病人中有经过大网膜移植术，椎板减压术等等，经过长期自然恢复仍未离床走路，来院经治疗和康复训练才离床。所以“让瘫痪病人能站能走，这是我们做康复工作的目

标。瘫痪病人除少数人如我院贾明海，车纯民等原系脊髓损伤的瘫痪病人，治疗后腿部运动完全受大脑支配，说明脊髓的再生，使患肢恢复运动功能外。大部分病人腿部运动尚不受大脑支配，我们说这类瘫痪的

肢体要像艺人骑独轮车那样练功。驾驶没有神经支配的双腿走路，减轻家庭及社会负担，这就要经综合治疗加苦练就能越练越好，越练越强。

表三:

治 疗 前	治 疗 后	病 程						小 计	累 计
		1年以内	1—3年	3—5年	5—10年	10年以上			
卧 床 5人	卧 床	1					1		
	坐 起	3				1	4	5	
平卧、坐起 48人	站 立	8	5	1	2	1	12		
	双杠活动	4	2				6		
	人扶拐走	8	9	1	2		20		
	自扶拐走	6	2	1			9		
	自己行走	1					1	53	
扶床站立 7人	双杠活动	1					1		
	人扶拐走		2	2	1		5		
	自扶拐走	1					1	60	
扶床走步 2人	人扶拐走				1		1		
	自扶拐走		1				1	62	
自扶拐走困难 11人	自扶拐走(易)	1	2	1		2	6		
	单 棍			1			1		
	自己行走	2			1	1	4		
		31	23	7	7	5		73	

髌前慢性滑囊炎二例报告

河南省洛阳正骨研究所 姜友民

例1: 赵某、男26岁、农民, 1988年8月25日以右膝关节前肿胀7个月为主诉来诊。7个月前因长期蹲位工作后, 发现膝前肿胀, 渐成一球状, 经当地医院抽吸三次, 抽出棕黄色液体成粘稠状, 均是抽后数日后复隆起如故来本院。检查: 右髌骨前肿胀隆起, 有波动感, 结合病史诊断为髌骨前慢性滑囊炎。采用手术方法治疗, 切出囊肿如鸡蛋大小, 其内为棕黄色液体。12天后拆线, 伤口愈合良好, 膝关节功能无异常。

例2: 杨某、女、16岁、农民, 于1988年4月13日以右膝前隆起、微痛已五个月为主诉来诊。五个月前该膝关节曾有碰伤史, 当时未介意, 后发现膝前部渐隆起微有疼痛。来院前经某院抽出淡红色液体, 暂时消退, 几天后复隆起如前。检查: 右髌骨前隆起, 压之有波动感。诊断为右髌骨前慢性滑膜炎。于局麻下切出核桃大小囊一个, 其内为淡红色液体。膝关节功能恢复良好。
(下转24页)