

料制成以免矫正时折断,与皮肤接触处需垫有软布垫以防皮肤压迫坏死。(3) 矫正时两侧逐渐均匀用力,一次不可矫正过多,以防折断内固定物。(4) 此法不需麻醉及重新手术内固定,住院时间短,平均 8.5 天,病人易于接受。(5) 部分病例时间较长,骨痂形成多,矫正时用力较大,病人常感局部疼痛,但多可耐受。

2. 本组病例成角原因: (1) 术前未仔细阅片,髓内针过细,固定不牢 5 例; (2) 术中定位不准确,切口过长,其中有 2 例髓内针固定切口长达 14~16cm,未按正规解剖入路,破坏组织多,骨膜剥离广泛,使术后骨痂形成较少。(3) 术后由于针尾留于臀部过长,影响功能锻炼,局部疼痛,过早拔针,造成手术失败 1 例。

(收稿: 1996-01-16)

综合治疗急性腰扭伤

郑茂斌 罗庆军* 朱晓平*

贵州省黔东南州中医医院 (556000)

自 1993~1997 年运用斜扳腰部并针刺治疗 78 例急性腰扭伤患者,取得较好疗效,总结如下。

临床资料 1. 本组 78 例均来自门诊,男 52 例,女 26 例;年龄 18~65 岁。受伤至就诊时间 16~48 小时。

2. 诊断标准: (1) 有搬运、提、抬重物或其它外伤致腰部受伤史。(2) 临床表现: 受伤部位有明显疼痛,咳嗽或喷嚏时疼痛加重,局部皮肤可有或无皮下瘀斑,局部肌紧张,有深部压痛,直腿抬高试验一般为阳性,腰部一侧出现或两侧出现不同程度活动障碍。X 线片检查: 在 X 线片上多无异常发现,排除腰椎附件骨折。

治疗方法 1. 针刺治疗: 常规消毒后予患者双侧“合谷穴”及“阿是穴”局部针刺,使针感上下扩散。酸胀麻明显时,留针 20 分钟,每 5 分钟加强针感一次,同时嘱患者试作腰部前后,左右旋转、侧弯及下蹲活动,其幅度由小到大,速度由慢到快。

2. 斜扳腰部: (1) 预备手法: 患者俯卧于硬板床上,医者立于一侧,先以拇指或手掌沿脊柱两侧腰肌自上而下地揉按。先健侧,后患侧,缓和而协调地进行。每分钟 50 次左右,揉按 2~3 分钟。过承扶穴后

改用揉捏手法下至殷门,委中,承山穴,反复 3 次。(2) 斜扳腰部: 经以上手法后,嘱患者侧卧位,患侧朝上,患侧大腿半屈曲,健侧大腿伸直。医者一手按压患者肩部,一手按于其髂骨处并作相反方向推扳,扭转至最大限度,此时往往可以听到清脆的弹响声,表示急性腰扭伤所致的腰椎后关节错位已复位,嵌顿之滑膜已解除。(3) 结束手法(即“推压法”): 嘱患者俯卧床上,医者立于患者右侧,用双手拇指沿患者脊椎两旁的肌肉从胸椎至骶髂关节部由上而下推压,如此反复推压 5 次结束治疗。

治疗结果 疗效标准: 痊愈: 经当天治疗后,腰部症状、体征完全消失,腰部活动自如,可参加正常工作,随访 1 年以上未见复发者; 显效: 经当天治疗后,腰部症状、体征明显改善,腰部活动基本正常,需卧床几天方可参加工作,随访 6 个月以上未现复发者; 好转: 经当天治疗后,腰部症状有不同程度减轻,功能活动轻度受限。治疗结果: 本组 78 例,经当天治疗而痊愈 62 例,显效 9 例,好转 7 例; 疗效欠佳者,复经 2~3 次治疗均获痊愈。

讨论 腰部斜扳法并针刺治疗急性腰扭伤疗效肯定,可起到疏通经络,调理气血,解痉止痛的作用。对腰肌纤维拉伤,腰椎关节紊乱,关节半脱位滑膜嵌顿等病有显著疗效。然此手法属较重手法之一,使用不当会造成严重后果,因此,笔者认为以下病症慎用或禁用: (1) 有腰椎椎体骨折或附件骨折时; (2) 并有严重骨质疏松的老人禁用; (3) 腰椎有骨桥形成者慎用; (4) 全身情况较差者慎用; (5) 对于肌肉板样强直者慎用,必需用时要先止痛,使其肌肉板样强直松懈后再用旋转手法,以免引起进一步的纤维组织拉伤或骨折。 (收稿: 1998-06-11)

牵引手法加中药 治疗神经根型颈椎病

程旭明 蔡德猷

江苏省宜兴市中医院 (214200)

现对 1994 年以来诊治的 85 例神经根型颈椎病总结如下。

临床资料 本组 85 例中,男 53 例,女 32 例; 40 岁以下 10 例,40~60 岁以上 75 例。C₄₋₅ 5 例, C₅₋₆ 18

* 贵州省金沙县中医院