

放松,术者斜扳到最大限度时,稳定推扳动作再快速斜扳,即可听到清脆弹响声而使嵌顿的滑膜解脱。

治疗结果

优:症状完全消失,27例;良:症状大部分消失,尚有腰部不适或轻痛感,12例;好转:症状较治疗前为轻,但仍有腰痛感,8例;无效:治疗前后无差异,1例。总有效率为97.9%。

体会

1.按点结合,治疗效果比较显著。点按的作用如《灵枢·本脏》篇所说的“经脉者,所以行血气而营阴阳,濡筋骨、利关节者也。”通过指腹或肘尖部点穴,刺激腧穴,以行气血通经脉,从而达到通则不痛的目的。

2.斜扳法技巧:(1)软枕放置要合理:将软枕置于胸前腋下(即抱枕),这种体位病人感到舒适,躯干和治疗床没有悬空,另一方面也遵循了胸后腰前的生理曲度,使腰肌更加放松。(2)斜扳力点要准确:若病人是滑膜嵌顿在上腰段(较少),在斜扳时,术者扳臀之手上移使推肩扳臀之力交点在上腰段;相反若病人滑膜嵌顿在下腰段(较多),在斜扳时术者扳臀之手下移,使推肩扳臀之力交点在下腰段,这样手法效果就能立竿见影。另外,术者斜扳到最大限度时,要稳定推扳动作,目的是使患者腰肌疲劳,这样就能使腰肌的痉挛得以缓解,排除阻力然后再快速斜扳,便于复位,利于嵌顿的滑膜解脱。

手法治疗颈性头痛

国防科工委辽宁兴城疗养院(121605) 贾振富

由颈椎病变引起的头痛,统称为颈性头痛。近两年来,笔者在牵引之后行手法按摩点穴治疗此病,收到较好疗效,报道如下。

一般资料

本组31例,男性16例,女性15例;年龄最小30岁,最大75岁;病程最短1个月,最长20年,平均2年半。

治疗方法

1.颈椎牵引:取坐位,要求头部前倾15~30°,用颌枕布套托住下颌和枕后,牵引时间20分钟,重量5~13kg。

2.手法治疗:用拇指推法、揉法、三指捏法、拿法交替地在颈项部进行操作5~10分钟,使颈项部软组织充分放松,然后用拇指点压枕骨粗隆外侧痛点2分钟,点压风池、合谷、列缺三穴各1分钟。15次为一疗程。

治疗结果

1.疗效标准:临床治愈:头痛消失,停止治疗观察两周以上病情无反复。显效:头痛较

治疗前明显减轻,疼痛次数减少。无效:治疗一疗程症状无明显改善。

2.疗效:本组31例,临床治愈29例;显效2例。

体会

1.颈性头痛主要是枕大、小神经、耳大神经受累引起,以枕大神经受累多见。枕大神经主要起自第二颈神经后支,自枕骨粗隆外侧由深层组织浅出,其分布范围主要是顶、枕部。所以,颈性头痛多表现为顶、枕部,有些可放射到头两侧,表现为偏头痛。当高位颈椎(颈4以上)出现增生样改变可直接压迫上述诸神经,引起顶、枕部头痛或偏头痛。

2.颈项部软组织的无菌性炎症、慢性劳损、损伤均可引起肌肉痉挛,以致局部代谢产物积累刺激上述神经亦可引起颈性头痛。牵引治疗可增大椎间隙和椎间孔,手法治疗可疏通经络,缓解肌肉痉挛,改善局部的营养代谢,解除对枕大神经的压迫、刺激,使头痛得以纠正。

3. 诊断必须明确，本病95%以上在枕骨粗隆外侧可找到明显压痛点，是本病的特征。因

此，查体时一定要细致、认真，勿忽略了这一重要体征。

臀大肌岛状皮瓣修复顽固性骶部褥疮

河南省郑州市大峪沟矿务局职工医院 (451271)

王振中 苏遂来 王永伟 张光涛 指导：王树香^A

褥疮多发生于截瘫病人骶部。褥疮发生后若不精心护理和积极治疗，多出现组织坏死，疮面渗出、糜烂，长年不愈，给患者带来极大痛苦。我们采用臀大肌岛状皮瓣修复骶部褥疮效果良好，报告如下。

安某某，男，31岁。第12胸椎压缩性骨折伴截瘫并发骶部褥疮3年，褥疮5×5cm，深达骶骨。3年来每日或隔日换药1次，疮面渗出较多，部分骶骨坏死、脱落，曾用生肌散、药膏、抗生素纱条、白糖、抗生素及支持疗法，褥疮不愈。行左臀大肌岛状皮瓣修复术。手术方法：1.病人取俯卧位，常规消毒手术区，铺消毒巾。2.彻底清除褥疮的失活组织、死骨及褥疮周围的疤痕组织，冲洗后，用0.1%的新洁尔灭液湿敷并压迫疮面5~6分钟。褥疮周缘皮下组织稍加游离，以利与皮瓣缝合。3.更换器械、手套，再次消毒和铺巾。4.取左侧臀大肌皮瓣，根据褥疮的大小，按原设计皮瓣切取，切口呈双梯形，切开皮肤皮下组织，在臀大肌的外侧切开臀大肌，用手指将其与臀中肌分开，轻轻牵拉臀大肌，探查臀上动脉，加以保护，做成岛状皮瓣，将血管蒂向内游离，血管蒂要带上少许组织，千万不能损伤臀上动脉。切断肌皮瓣与受区间的皮桥，翻转180°达骶部，肌肉断端与对侧臀大肌皮下组织及皮肤分层间断缝合。放橡皮片引流条，间断缝合切开的皮桥。5.用推进皮瓣闭合供皮瓣区，将切开皮瓣区上下两侧的皮肤、皮下组织向两侧

游离，然后向中间推进，并间断缝合，闭合供皮瓣区。6.皮瓣部位放油纱条，敷料复盖加压包扎。7.术后给支持疗法及广谱抗生素预防感染。术后皮瓣成活，12天拆线，切口及皮瓣周缘吻合、愈合良好。3年的顽固褥疮痊愈。

讨 论

1. 利用臀大肌岛状皮瓣修复骶部褥疮，因有主要血管蒂，血运丰富，成活率高，抗感染能力强，能1期修复。该皮瓣丰厚、耐磨、耐受压、不易复发，且手术不吻合血管，不需特殊的设备和器械，不需麻醉，操作简便，便于基层医疗单位推广。

2. 本皮瓣宽度不超过6cm，不需植皮，仅将上下侧的皮肤和皮下组织游离，各推进3cm张力不大，向中间推进即可间断缝合，愈后良好。皮瓣的两侧游离要充分，严防游离不足，张力过大，影响皮瓣成活。

3. 取皮瓣时要保护好皮蒂，旋转皮瓣时皮蒂不要扭曲，皮桥间的皮下组织要切除少许，确保皮蒂不受压，以及彻底清除褥疮都是治疗成败的关键。术中创面的出、渗血，可用温盐水纱布压迫止血，以免结扎异物残留增加感染和不愈合，皮瓣下放引流条，防止积血，术后充分应用抗生素，止血药及加强支持疗法及营养，对手术的成功都具有一定作用。

△ 巩义市人民医院

(上接21页)

复正常，并自觉体质亦比原先增强。

体会：本例并发深静脉栓塞可能是由于较长时间卧床引起，或者与损伤后仍然行走活动有关。通过药物治疗和卧床抬高患肢，使肿势消退。但循环并没有真正改善。因此，出院后下床活动增加即腿肿如初。深静脉有广泛栓塞。中药治疗和结合加强床上运动及

逐步下床活动有效。方药除了用活血、利水之品外，参入了除能利水，退肿并有较强化痰、散结之功的泽漆。同时配用黄芪益气，以起辅助作用，有助血行、水利、肿消。病情恢复后，患者不愿接受再做一次血管造影，因此症状改善是栓塞消除还是建立丰富的侧枝循环尚难判定。