

大。内科、神经科及耳鼻喉科诊断为神经血管性头痛；左鼻中膈轻度弯曲；颈椎肥大于1989年9月转入我科。脑血流图检查双侧脑血管扩张度增高。血压及血脂分析均正常范围。先后用牵引，理疗，针灸，推拿及椎旁封闭，中西药等治疗，症状均时发时好；效果不甚明显，尤以偏头痛症状进行性加重，曾几次五官科会诊，除鼻中膈稍偏歪外未见异常。至1990年3月偏头痛症状发作加剧，疼痛难忍，转外地行颈椎、颅脑及鼻咽部CT检查后诊断为左鼻中膈弯曲，慢性鼻窦炎，颈椎肥大。即在沪行鼻矫正术及抗炎治疗后，偏头痛症状消失。

例6，女，65岁。因反复右上肢疼痛，麻木6月就诊，疼痛时呈烧灼样，夜间尤甚，内科门诊摄X线颈片示：第4、5、6颈椎肥大，血沉18mm/h，白血球6600/mm³，嗜中性68%，淋巴球32%，尿常规（-），尿糖（-），拟诊颈椎病。用消炎痛等内服无效而转入本科。有高血压史4年，否认三多一少症状，查体：血压160/90mmHg，肥胖，心肺无殊，右肩胛区及右上肢局部皮肤触觉减退，肌力正常，颈段活动无殊，压痛不显，臂丛牵拉试验（-），纵轴压顶试验（-），尿糖（-），测血糖210mg%。修正诊断为糖尿病性末梢神经炎而转回内科治疗。

讨 论

误诊原因分析：1.片面地依赖X线片检查结果，因X线受投照、冲洗及读片等因素影响，很难有较高的正确率，如例4由于放射科

医生的忽视而被误诊。2.简单地沿用过去的诊断标准：本组中有低热者3例；血沉高于正常者3例；血压偏高者2例；进行性或反复的神经压迫症状的7例，原有其它疾病史者4例。大多数因临床表现不典型，而又未严格参照颈椎病诊断标准而被误诊。如例1及5。3.满足于原来的诊断：如例3，由于医生对自身的诊断过份自信和专科在临床上综合分析的面又较狭窄，以及疾病变化后仍未给患者进行全面的体检和动态分析，以至误诊。如例2是由于医生对疾病的分析欠全面，又未嘱其复诊加上少年无知和家属不够重视导致耽误诊断时间，又如例6由于内科医生的综合分析不全面，简化了检查项目，虽已想到糖尿病，但过分信赖了尿糖化验结果，而未进一步检查血糖，导致误诊。如例1只作胸透诊断。未摄胸片，以致耽误诊断。4.对老年人的特异性认识不够。由于老年人的解剖生理与年轻人不甚相同，所以更应在每位医务人员思想中引起足够的重视。

体 会

为减少误诊提高对疾病的诊断正确率，应注意以下几点：（1）询问病史、体检、分析病程应细心、全面。（2）各专科医生不但要掌握本科的疾病，也应了解各科的诊断知识以不断提高本专业的诊疗技能，对可疑病例应运用一切辅助检查手段并邀请有关科室会诊减少误诊率。（3）对一时不能确诊以及治疗效果不甚明显者更要进一步的全面反复体检。特别对持续疼痛、低热、孕妇、老年人和青少年者。

腰椎间盘突出症治疗体会

河南省博爱县清化职工医疗所（454450）张靖才 庞勇 罗冬升 秦建营

腰椎间盘突出症，是骨伤科的常见疾病。

本文根据本科近几年来采用治疗手法和配合小针刀治疗手法对照比较，认为：配合小针刀治疗后提高疗效。缩短病程。现整理100例分析如下。

一 般 资 料

100例中，男70例，女30例；年龄在25~56岁之间；发病时间：2个月以内25例，2个月~6个月42例，6个月~2年33例；腰部侧弯40例，弓腰60例。

X线检查,均排除腰骶椎骨病变、结核、肿瘤等。

治疗方法

分二组,一组以YM80-B电动牵引按摩床,配合手法侧扳复位手法治疗,另一组以小针刀松解术配合上述方法治疗。具体方法如下:

以YM80-B电动牵引按摩床,按摩手法复位组的治疗方法,急性期应卧床休息,睡硬板床,尽量避免下床活动,以减轻对神经根的挤压,防止椎间盘继续向外脱出。治疗时由护士或家属抬上牵引,力量以患者感到能耐受不觉痛苦为宜,行对抗牵引,牵引后配合以手法复位。水肿期,手法宜轻,以揉捏为主,水肿消失后,按常规手法揉、捏、按压、抖动等。此时可配以手法复位,病人侧卧,患侧在下,术者一手抵腰椎间盘突出椎位间隙的患侧面,一手托患者膝关节,使下肢被动过伸至45°时,抵腰部的一手拇指向前方推,侧扳后,轻手法揉或揉捏以缓解。治疗结束后,仍抬回病房休息。

小针刀配合组治疗方法:我们收集小针刀配合治疗组病例中,经在按摩时仔细发现髂后棘、骶髂筋膜外上方及L₄、₅椎旁、骶棘肌内侧缘,可触及粘条和肌化物。我们认为这可能是腰椎间盘突出力学发生改变造成的病理现象,由于病痛被迫引起被动侧弯或弓腰,长时

间引起筋膜及有关组织发生水肿、变性所致。我们采用小针刀松解术(切割剥离或纵行剥离),缓解疼痛,对促进病程进展有积极作用,手术时注意无菌操作和血管神经损伤。

疗效标准与结果

疗效标准:治愈:自觉症状完全消失,恢复生理曲度,直腿抬高试验(一);好转:自觉症状大部分消失,脊椎稍有侧弯直腿抬高,试验疼痛未完全消除;无效:症状体征无变化。

治疗结果:牵引按摩组60例中,治愈12例,好转30例,无效18例;小针刀配合组40例中,治愈15例,好转22例,无效3例。

典型病例

程×,男,45岁,机关干部,患者2年前因活动姿势不正确,腰部扭伤,经拍片后,发现L₄₋₅椎间盘向外脱出,经服药、牵引、按摩效果欠佳。经CT复查,诊断同拍片,医院要求手术,因有顾虑,于前年转我科治疗。经小针刀配合电动牵引按摩,48天恢复正常,经拍片示:平片L₄₋₅间隙完全等宽,侧位基本正常,1年后随访,暂未复发。

讨论

对椎间盘突出症的治疗,我们采用上述治疗方法比较,认为小针刀配合牵引、按摩复位手法,既提高了治疗效果,缩短了病程,又使患者免受开刀之苦。

抱膝圈配合直板固定和中药治疗髌骨骨折体会

黑龙江省中医药学校附属医院(154007) 田青山

我院用抱膝圈配合直板固定和中药治疗髌骨骨折,有创伤小、修复快,膝关节功能恢复好,无后遗症等优点。现报告如下:

临床资料

自1988年至1992年共治疗58例闭合性髌骨骨折。男35例,女23例;年龄最小12岁,最大56岁;就诊时间,最短1小时,最长10天;单纯横断性42例,粉碎性16例。

超长大直板与抱膝圈材料和制做:先测量膝髌轮廓大小,用布带做一圆圈,然后用绷带按圆圈缠绕,将圈分成四等份,各点上分别留一带头约长25cm,缠至圆圈直径粗达2cm左右即可。大直板取杉木板,厚1.0cm,宽12cm,长因人而宜,上止股骨上1/3处,下达胫腓骨下1/3处,大直板以膝关节为中心点,上下两端各量30cm处,板两侧各钉一铁钉,留露出