

参考文献

1. R. A. F clork. The Molecular and Cellular Biology of Wound Repair. 1st ed. New York. A Dirision of Plenum PUBLISHING CO. 1988;405-426.

2. M. A chernousox, et al. Studies of Extracellular Fibronectin Matrix Formation with Fluoresceinated Fibronectin and Fibronectin Fragments. Fed of Eur Biochem soci 1985;183(2):365.

3. A. H Redd, et al. Extracellular Matrix: structure and Function, 1st ed, New York, Alan R Inc. 1985;1—9.

4. P. Roth; et al. Lipopolysaecharida Enhences Monocyte Adherence to Matrix—Bound Fibronectin, Clin Immun and Immuno—path 1990;57:363—373.

5. 李秀兰, 等. 活化的小鼠腹腔巨噬细胞膜 Fc 受体和 C₃b 受体的观察, 中国免疫学杂志. 1987; 63(2): 125—127.

(收稿:1993—06—31)

全麻下推拿治疗腰椎间盘突出症 117 例

中国中医研究院广安门医院(100053) 孙宝全

我科自 1975 年~1985 年在全麻下推拿治疗重症腰椎间盘突出症 117 例, 现总结如下。

临床资料

117 例中男 66 例, 女 51 例; 年龄最小 18 岁, 最大 56 岁; 病程最短者 7 天, 最长者 20 年; 本组腿痛者 112 例, 单纯下肢痛者 3 例, 双侧下肢痛者 2 例; 脊柱侧弯 91 例, 腰部压痛伴放射痛 98 例, 直腿抬高试验阳性 109 例, 伸拇肌力减弱 59 例, 本组病例的诊断主要依据临床主客观体征和 X 线平片检查及脊髓腔造形。

治疗方法

1. 术前禁食水, 术前半小时皮下注射阿托品 0.5mg。麻醉推拿采用一次静脉给药法, 将硫喷妥钠粉剂 0.5g, 用生理盐水配成 2.5% 的溶液, 一般用量 10~20ml。男 15ml 以上, 女 12~15ml 即可, 用静脉缓慢连续注射, 约 1 分钟内注射完毕。在患者达到麻醉三期一级时, 即可施行推拿手法。

2. 麻醉成功后, 病人俯卧位, 将准备好床单叠成长条状, 经背部套住两侧腋下, 固定在床头或由助手牵拉住, 双下肢各由 2~3 名助手握踝及小腿部分先做对抗平行牵引的约 1 分钟, 力尽量大。

3. 术者立于患侧, 双手掌重叠放于腰部, 在牵引情况下, 双手用力向下做压颤手法, 并逐渐抬高双下肢至 30~40 度, 压颤手法反复 10 次, 用力大小根据病人体质情况掌握。

4. 扳法: 斜扳或侧扳手法。①斜扳法: 放松牵引, 术者一手掌放于腰部侧凸部位, 另一只手将对侧下肢抬起, 双手同时用力, 此时有的可听到响声, 转换位置, 搬对侧下肢。②侧扳法: 将病人翻起侧卧位, 以左侧为

例, 病人左侧卧, 左下肢伸直位, 右下肢屈曲位放在左下肢上, 术者站在病人的前方, 一肘放在病人肩部, 另一肘放于臀部, 两臂同时向相反方向用力, 此时可听到腰部清脆响声。将病人翻向右侧重复以上手法。

5. 直腿抬高及足背伸法: 病人仰卧位, 术者一手放在膝部, 一手托足跟将患者下肢抬高, 停留片刻, 然后助手将足做背伸, 以上手法一般在 5 分钟内结束。

6. 术后平卧硬板床休息 7~10 天, 神经根压迫症状明显好转者, 可延长卧床时间。无明显好转者尽早起床, 准备行第二次推拿。术后有大部分病人感腹部痛及腹胀, 前者可能是腹肌受到牵拉所致, 无需处理, 一般 2~3 天恢复, 后者是胃肠植物神经紊乱所致, 一般采用对症处理。

7. 本法对脊柱滑脱或骨质疏松者、较严重的心脏病、高血压及脊柱骨质病变者禁忌。有马尾神经压迫症者不宜推拿。

治疗结果

1. 疗效评定标准: 优: 腰腿痛完全消失, 脊柱侧凸消失, 直腿抬高在 80 度以上, 恢复原工作; 良: 腰腿痛基本消失或明显减轻, 直腿抬高在 70 度以上, 恢复原工作或改换轻工作; 可: 腰腿痛部分减轻, 客观体征较推拿前有所改善; 无效: 主观症状和客观体征无好转。

2. 疗效分析: 优 34 例, 良 66 例, 可 11 例, 无效 6 例。有 30 例随访 4~12 年, 优 22 例, 良 5 例, 可 3 例。

讨论

我们采用全麻下俯卧位实施大重量对抗牵引, 使椎间隙增宽利用椎间隙内负压的增加及纤维环后纵韧

(下转 30 页)

练。

参考资料

1. 杨果凡, 等. 前臂皮瓣游离移植术. 中华医学杂志 1981;61:139

2. 彭正人, 等. 带血管神经蒂斜形三角皮岛在指端损伤中的应用. 中华骨科杂志 1986;6:20.

(收稿:1994—10—11)

对《手法治疗小儿骨盆倾斜症》一文的商榷

甘肃省庆阳县中医医院(745100) 侯世文

《中国骨伤》1994 年第 7 卷第 1 期 40 页周茂吉等撰写《手法治疗小儿骨盆倾斜症》一文, 拜读之后很受启发, 但也有一些不同看法, 特提出就教于同道。

1. 关于发病年龄

小儿髋髂关节错缝的发病年龄, 文献报道一般为 1 岁~15 岁, 好发于 3 岁~7 岁; 而周文 1085 例发病年龄为 8 个月~1.5 岁, 那么根据小儿生长发育规律, 年龄在 8 个月~11 月内会走路的小儿能有几个? 年龄在 8 个月~1.5 岁会用语言表达的小儿又有多少呢? 而周文认为“患儿均有突发性髋关节或膝关节或踝关节不定性间歇性疼痛, 走路轻度摇摆, 患足呈外旋八字脚或内旋八字脚, 个别患儿无明显反应, 仅细心家长发现走路不良而就诊。”显然, 周文的发病年龄与临床症状中“患儿均有……”相矛盾。在讨论中又说:“……小儿活泼易动, 玩耍蹦跳中髋髂关节突遭牵拉或下肢在旋转体位时髋髂关节产生松动, 而造成轻微错缝的机会多。”这恐怕也不是造成 8 个月~1.5 岁小儿髋髂关节错缝的主要原因。

2. 关于骨盆倾斜症的认识。

一般文献资料表明, 骨盆倾斜症作为一个症, 可见于小儿髋关节错缝、小儿髋髂关节错缝、髋部扭挫伤、髋髂关节扭挫伤、小儿股骨头无菌性坏死、小儿髋关节结核等疾病之中, 而以小儿髋关节错缝和小儿髋髂关

节错缝中骨盆倾斜症最为常见。而周文以“小儿骨盆倾斜症”为病名诊断提出, 笔者认为不妥, 还是应以“小儿髋髂关节错缝”为诊断较为确切。对于小儿髋关节错缝的存在目前中国骨伤界已成定论, 而周文在讨论中又说:“该症多数认为系髋关节半脱位, 但笔者认为此是髋髂关节紊乱(错缝)。”这显然是否认了髋关节半脱位(错缝)中骨盆倾斜症的存在, 也缺乏二者鉴别的一般概念。

3. 关于治疗方法

细读周文的治疗方法“旋:……可让助手固定其健侧下肢, 医者握持患肢足踝部, 屈髋、内收内旋或外展外旋下肢, 并迅速伸直, 呈划问号状。”其手法实质是治疗髋关节脱位及髋关节错缝的回旋复位(即问号复位法), 由清代钱秀昌在《伤科补要》中介绍, 一直沿用至今, 而周文在讨论中却说:“从生物力学上看手法的应力传导均不在髋关节, 而是作用在髋髂关节。”请问周文能有什么充分的理论依据来说明这一观点呢?

综上所述, 笔者认为周文对小儿髋髂关节错缝的发病年龄、病因、诊断、治疗方法及与髋关节错缝的鉴别等方面的概念还欠清, 特提出商榷, 不当之处难免, 欢迎批评指正。

(收稿:1994—10—11)

(上接 12 页)

带的张力, 使其突出物有机会还纳, 再通过牵引还可以扩大椎间孔和使小关节半脱位得以恢复等作用。然后再采取有节律的压颤患腰, 迫使髓核组织复位。使神经根的压迫得以解除。腰部侧斜扳法使腰椎及其椎间盘产生旋转扭力, 从而改变神经根与突出物的位置, 起

到调节后关节紊乱松解粘连的作用。直腿抬举及足背伸法, 使坐骨神经加强牵拉移动, 对松解粘连可起一定作用。

全麻推拿治疗腰椎间盘突出效果较好, 缺点是手法操作不合理也可造成对椎间盘及神经的损伤。

(收稿:1993-10-28 修回:1994-08-02)