

点穴推拿治疗不安腿综合征 37 例

河南油田职工医院 (473132) 郭万瑞 王镜山 郭 晓

治疗方法

本组病例均采用压痛点强刺激推拿手法。方法是：在上述部位测得压痛点后，首先行点按强刺激。臀部压痛者取俯卧位。股外侧或小腿伸侧压痛者取侧卧位，患侧向上，健侧下肢伸直，患侧下肢髋、膝关节自然屈曲，置于床面。医者立患侧（俯卧位者）或前侧（侧卧位者），以拇指指腹顶部强力按压压痛点，以患者能忍受为度，用力要稳重，忌用猛劲，避免损伤。每点按压 1 分钟，也可间断施压，然后局部再辅以弹拨捋顺手法约 2 分钟即可。10 次为一疗程。

治疗结果

治疗后症状消失，患者可安然入睡为优。症状显著减轻，偶而发作一次，但程度较轻，经局部按揉后即可缓解者为良。症状无改变者为无效。本组病例均治疗一个疗程，优 28 例，良 9 例。有效率 100%。本组均一次见效，7~10 次治愈。有 21 例 (56.76%) 复发，一年后复发者 9 例，二年后复发者 12 例。复发病例点穴推拿效果仍然显著。

讨 论

1. 关于本征的病因、病理：不安腿综合征的病因尚欠清楚。有人有常染色体显性遗传，在同一家族中，兄妹间可数人发病，以中年以上者为常见^[2,3]。有人认为系感染性疾病、维生素缺乏、糖尿病、各种贫血等情况下，易伴发此征^[2]。Ekbom 氏还强调了本征与精神因素有关，亦可见于健康人^[1]。有人结合肢体血流图前后对比，认为肢体原有血管运动功能失调，在受凉、疲劳、外伤等影响下，导致交感神经功能亢进，局部血管痉挛，肢体血液循环障碍，组织缺氧及代谢产物堆积可能为主要原因。本征在安静状态下表现严重，其原因可能是休息时副交感神经兴奋对心脏的抑制作用和肢体肌肉泵作用的消失^[4]。

2. 本组病例均见臀部及下肢软组织压痛点存在，无其他阳性发现，可见不安腿综合征与软组织无菌性炎症也有密切关系。即：由于风、寒、湿或劳损因素引起臀部及下肢软组织的无菌性炎症，促使其痉挛或挛缩，导致局部循环障碍和植物神经功能紊乱，造成相应部位的“不安”症状。

3. 药物治疗不安腿综合征的原理，都以解除静脉

不安腿综合征 (Restless legs Syndrome)，是因某种疾病引致下肢血运不足，产生小腿有蠕虫爬动样不适感觉，从而被迫连续活动下肢借以驱散此种不适感觉，致使两腿不得休歇的一组综合征^[1]。本征最先被 Thomas Willis 氏 (1685) 所记载，其后 Wittmanck 氏 (1861) 将此征视作癔病的一种表现，并命名为不安腿 (anxietas tibiaram)。直至 1944 年 Ekbom 氏对本征作了全面的研究和阐述^[1]。故又命名为 Ekbom 综合征^[2]。

本征临床上并非少见，但因病因不明，常被误诊为神经官能症、癔病、末梢神经炎、感觉异常性股痛症等。药物治疗有较好疗效，但极易复发。作者自 1986 年以来用点穴推拿治疗 37 例不安腿综合征，效果显著，现报告分析如下。

临床资料

1. 一般资料：本组 37 例，男 9 例，女 28 例；年龄最小 35 岁，最大 67 岁，平均 49.8 岁；农民 21 例，职工家属 16 例。

2. 病史：最短 3 个月，最长 6 年，平均 3.42 年；诊断不明一年以上者 32 例；发作与天气变化或劳累有关者 28 例，无明显诱因者 9 例。

3. 症状：本征主要表现是在小腿伸侧的深部有一种难以形容的不适感，如酸胀、瘙痒、针刺、蚊走感等，计 37 例；少数病人可累及臀部及股外侧或臂部，共计 6 例；卧床休息后发作，运动后减轻或消失，计 37 例；多在将要入睡时发作，使患者感到肢体“着急”、“抽动”，不能入睡，计 34 例；有的甚至在熟睡时惊醒，计 6 例；多为双侧性，计 31 例；可先由一侧开始，而后波及另侧，计 13 例，交替发作者 18 例。常反复持续数年，严重影响病人的休息和健康。

4. 体征：检查均无局部血管疾患，动脉搏动正常，肤色、皮温均正常。都没有感觉、反射、肌力和肌张力的改变。但都有局部压痛点存在。压痛点可见于臀大肌 (8 例)、臀中肌 (6 例)、臀小肌 (10 例)、梨状肌 (23 例)、阔筋膜张肌 (32 例) 等在髂翼外方、或坐骨大孔上方、或股骨大粗隆及髂前上棘的附丽处，以及小腿伸侧的肌肉组织 (37 例，占 100%)。按压这些压痛点，可出现显著的疼痛、酸胀或困麻，并向股外侧、小腿伸侧传导，类似发作时的感觉。

瘀滞、微循环障碍为基础,选用血管扩张及活血化瘀制剂。本组病例用手法推拿治疗,其机制是松解损伤之软组织粘连,消除无菌性炎症、痉挛或挛缩,以松致通,以通治痛,同样达到疏通经络、活血化瘀、改善微循环障碍,有利于组织代谢产物的清除和植物神经功能恢复的功效。且本法直接作用于病变部位,故作用迅速,效果显著确切。

参考文献

1. 张永增主编. 内科综合病征. 沈阳: 辽宁人民出版社,

1982; 582~583.

2. 彭维等主编. 临床综合征学. 北京: 人民卫生出版社, 1989; 952~953.

3. 费翠兰. 不安腿综合征一家七例. 中华儿科杂志 1991; 29(4): 243.

4. 和树政. 等. 骨内高压下的微循环形态扫描电镜观察. 中华骨科杂志. 1989; 9(2) 135.

(收稿: 1995-10-22; 修回 1996-03-21)

折骨术治疗陈旧性桡骨远端骨折

中国中医研究院广安门医院 (100053) 刘志刚

1979 年以来, 先后遇到桡骨远端骨折畸形愈合患者共 44 例, 经采用中医折骨术进行治疗, 疗效满意, 现报告如下。

临床资料

男 17 例, 女 27 例; 年龄 22~57 岁; 右侧 23 例, 左侧 21 例; 39 例均经外院手法整复、石膏或夹板固定, 1 例经本院进修医师整复固定, 1 例于伤后未经任何治疗; 本组病例时间最短者 16 天, 最长者 209 天; X 线检查: 伸直型骨折可见骨折远端向背侧移位, 屈曲型反之。骨折远端向桡侧移位。腕部尺偏角变小。断端周围有骨痂生长, 骨折线模糊, 腕部呈现骨质疏松改变。

治疗方法

1. 准备: 拍摄腕部正侧位 X 线片。以了解骨折移位程度和愈合情况。准备麻醉用品及外固定用的夹板、压垫等物。

2. 折骨: 麻醉生效后, 助手双手握骨折处, 术者先将患肢各粘连关节进行按、揉、搓、滚手法, 被动活动各关节, 以解除因肿胀及固定所造成的粘连。各关节粘连解除后, 即可施行折骨术。助手双手握于骨折近端, 术者双手握于骨折远端, 双手拇指抵在骨折背侧凹陷处做稳力折骨, 力量直接作用于断端。当折顶力超过骨痂所能承受的力度后即行断裂, 此时可感到有较沉闷的声响。再用尺偏和桡偏法使尺桡两侧骨痂折断, 此时断端可出现明显异常活动。检查前臂有无旋转障碍, 如有可行被动旋转以解决粘连。

3. 复位: 助手紧握骨折上方 5cm 处, 术者握患腕, 持续对抗牵引 3~5 分钟, 以解除断端嵌插畸形并可恢复桡腕关节面的正常尺偏角。保持牵引下, 术者双拇指抵住骨折背侧骨块, 双手将骨折远端背伸, 加大骨折向

掌侧成角并下压远端, 使远端与近端皮质相对应, 然后双手向上端提, 以纠正骨折成角。上提后用力使腕部尺偏, 以纠正骨折远端的桡侧移位, (屈曲型骨折用力方向相反), 在施行手法自始至终应保持牵引力。

4. 固定: 先在骨折远端背侧, 近端掌侧及桡侧, 尺骨茎突处放置棉质平垫, 掌、背、尺、桡侧各放置小夹板进行固定。用绷带包绕后, 屈肘 90 度, 前臂置中立位, 颈腕吊带固定于胸前。

5. 功能锻炼: 固定结束患者应进行主动的握拳、伸指运动, 以防止手部各关节发生粘连。

6. 复查: 应于固定后第 2、5、12、15 日进行复查, 检查肿胀消退情况并调整夹板松紧度。特别在第 10 日到 3 周时是骨折发生移位的时期, 尤应注意。第 4 周后拍片检查如有丰富的新生骨形成, 即可去除夹板固定, 用舒筋活血中草药进行薰洗, 同时加强腕、手部功能锻炼, 必要时进行推拿手法以促进关节功能的恢复。

治疗效果

44 例患者均用中医折骨术治疗, 均获一次性折骨、复位成功。未发生其他部位人为骨折。4~5 周拆除外固定, 拍片见骨折端有新生骨痂。其中 26 例得到随访, 随访时间最长 14 年, 最短者 3 年。除 2 例尺骨茎突疼痛, 阴雨天不适外余皆正常, 骨折均获骨性愈合。

体会

1. 折骨术前应先解除各关节的粘连。如折骨后再活动腕关节, 骨折端的活动代替了关节的活动, 既不能解除关节的粘连, 又增加了骨断端的损伤, 使日后的功能恢复困难度增加。

2. 折骨时用力宜稳, 切忌粗暴。应尽量使断端完全游离。不能勉强复位, 否则不易成功。 (下转 45 页)