

背相对站立,然后医者与患者双肘部紧紧相扣,医者臀部顶在患者腰骶部,缓慢背起患者,使患者的双足离开地面,此时医者双足震动 5~6 次。

上述推拿每日治疗一次,10 次为一疗程。

在运用推拿手法治疗的同时,采用药物进行熏洗治疗。组方:桃仁、红花、乳香、没药、五倍子、黑豆各 20g,赤芍 15g,甘草 15g,白酒 30ml。上述药加水 3000ml,煎至一半,加入白酒趁热熏洗患处,待药液温度稍减,用毛巾浸液洗患处,每次熏洗 30 分钟。一剂药洗 5 次,每日一次,10 次为一疗程。

2. 理疗组治疗 35 例:采用 CDB-1 超短波电疗机局部理疗。其年龄、病程等与推拿加药物熏洗疗法组无明显差异。采用 CDB-1 超短波微热疗法局部治疗 20 分钟,每日一次,10 次为一疗程。

治疗结果

1. 疗效标准:痊愈:临床症状体征消失,腰部功能恢复正常;显效:临床症状体征基本消失,腰部功能明显恢复;好转:临床症状体征部分改善,仍有腰背酸痛,但较治疗前减轻;无效:治疗 10 天以上,症状体征及腰部功能无明显改善。

2. 治疗结果:推拿加药物熏洗组 63 例,治愈 46

例,显效 11 例,好转 4 例,无效 2 例。有效率为 91%。采用 CDB-1 超短波理疗组 35 例,治愈 12 例,显效 8 例,好转 8 例,无效 7 例。有效率为 57%。经统计学处理, $P < 0.01$,有显著差异。

讨 论

本病中医学认为是“痹症”、“劳伤”。是由于劳累过度所致筋脉失养,骨骼失充无以维系腰部的活动,日久伤肾、肾精亏虚,则骨骼不坚从而出现腰酸乏力。运用推拿手法及药物熏洗疗法治疗本病,效果很好。拇指点按肾俞,可调理肾的气血功能,因肾主骨,如肾精亏虚,则骨骼不坚,从而出现腰部乏力。松解手法主要运用滚压及推擦进行舒经活络,使局部肌肉放松并有镇痛之疗效。按压腰骶部法主要是通过力学原理将粘连的腰骶部韧带牵拉开。斜扳腰椎法是将痉挛及粘连的腰大肌拉开。牵抖法是牵拉腰部及腿部肌肉,可解除肌纤维的收缩,解除周围肌腱韧带对腰部活动的妨碍。药物熏洗具有舒筋、活血、通脉之功效,趁热熏洗可使药力直接作用于患处,扩张血管,改善血液循环。运用推拿手法加药物熏洗疗法治疗腰肌劳损疗效显著。

(收稿:1997-11-02)

复杂性腕部切割伤 11 例治疗体会

河南省安阳地区医院(455000)

樊明堂 杨建朝* 耿天书*

自 1991 年 4 月以来,我们治疗 11 例复杂性腕部切割伤,获得满意的效果,现将体会报告如下。

临床资料

11 例均为男性;年龄 17~55 岁;打架斗殴 5 例,酗酒后 6 例;刀砍伤 6 例,玻璃割伤 5 例。11 例中均有尺桡动脉静脉、正中神经、深浅屈指肌腱及尺桡侧屈腕肌腱断裂者 9 例,除上述组织断裂外同时还伴有尺神经断裂者 2 例。发病至手术时间最短 10 分钟,最长 35 分钟。

治疗方法

彻底清创,立即修复血管(动静脉)建立起血液循环。而后进行修复神经(正中神经及尺神经)和所有的屈侧肌腱(屈指深浅肌腱及桡尺侧屈腕肌腱)。而后在肌腱间放入硅胶膜,以屈腕背侧石膏托固定于功能位。

术后预防感染应用大剂量抗生素,扩血管药物,神经营养剂,配合理疗。

治疗结果

经 2 年 10 个月的观察,正中神经和尺神经功能恢复正常,手指活动自如,达到了满意的结果。

体 会

1. 要及时地作出正确的诊断,避免误诊。(1)观察腕部前区伤口是在尺侧、桡侧,还是腕掌中部再结合肌腱、神经、血管的解剖位置判断为何种组织损伤。(2)让病人逐个手指作主动屈伸动作,伸直全手压掌指关节作近侧指间关节屈伸,压近侧指间关节远侧指间关节屈伸,如果某个手指近侧、远侧指间关节均不能屈,即说明某个手指的屈指深浅肌腱均断裂。如果某个手指的远侧指间关节不能屈,则认为深肌腱断裂。单纯屈指

* 河南省安阳市北郊乡卫生院

浅肌腱损伤并不影响各指间屈曲活动,但力量减弱。
 (3)用针头刺指腹,如果食中指指腹无痛觉为正中神经损伤。小指指腹无痛觉是尺神经损伤。虎口背侧或拇指指腹皮肤无痛感为桡神经浅支损伤。

2. 对复杂性腕部切割伤早期,积极而彻底的进行清创处理是其成功的关键所在。在吻合血管时,我们采用了先吻合静脉,后吻合动脉的方法,其优点是:当静脉通血后,血液立即回流,可防止断肢血流瘀滞,还可减少失血,避免了先吻合动脉而从静脉流出的血液较多,导致休克的危险性。

神经和肌腱同时断裂,应力争早修复。对肌腱的处理传统主张只修复屈指深肌腱即可,屈指浅肌腱可以不作修复。目前主张屈指深浅肌腱同时修复为佳。故我们实行屈指深浅肌腱同时修复。为了防止组织粘连,我们还在肌腱间放入硅胶膜。在修复神经时如有张力,应行游离松解后在张力下吻合。为了便于手术操作及防止腕管综合征,本组常规切开腕管,既能减少正中神经和屈肌腱的压力,又容易找出断离回缩的肌腱,神经。

(收稿:1998-01-25)

活血化瘀滋阴清热法治疗老年人术后高热

中国中医研究院骨伤科研究所 (北京 100700)

梁 朝 董福慧

我们在 1994~1997 年行老年患者大型手术 22 例,术后在应用抗菌素的同时,经常出现不同程度的高热,经中药内服后高热减退,疗效满意,报告如下。

临床资料

22 例中随机分为两组,治疗组 10 例,男 4 例,女 6 例;年龄 53~77 岁,平均 62.3 岁;对照组 12 例,男 3 例,女 9 例;年龄 57~78 岁,平均 64.5 岁。两组在性别、年龄及术式选择等方面均无显著差异。其中人工股骨头置换术 14 例,全髋关节置换术 1 例,髋关节内支撑器植入术 6 例,髋关节滑膜次全切、缝匠肌带骨瓣植入术 1 例。患者术中出血 19 例在 300~1000ml, 3 例 1000~2500ml。发热期间行血常规检查,白细胞总数及分类在正常范围者 20 例,白细胞总数及中性粒细胞比例增大者 1 例, 1 例未测。

治疗方法

两组患者术后均立即应用足量抗菌素预防感染。治疗组:患者术后第一天即内服中药;对照组:术后未用中药,待出现高热后再服用中药。中药均以活血祛瘀、滋阴清热为法,以桃红四物汤和清骨散加减,主要成分:桃仁 12g,红花 12g,银柴胡 18g,地骨皮 15g,当归 12g,白芍 9g,黄连 6g,党参 9g,香附 6g,甘草 6g。并根据体征适当加减。

治疗结果

对照组术后均出现高热,其术后两日内最高体温在 38.8℃~39℃者 4 例,39.1℃~39.6℃者 8 例,平均 39.08℃。发热后立即应用上述中药,服后当日体温即明显下降,其中体温下降在 0.5℃以内者 2 例,0.5℃~

1℃者 7 例,1℃以上者 3 例,平均下降 0.81℃。连续服药 3 天,最高体温在 37.3~38.2℃之间,平均 37.6℃,与服药前平均体温 39.08℃相比,疗效显著。治疗组 10 例,术后均未出现高热,术后最高体温在 37.2~38.1℃之间,平均 37.4℃,与对照组用药前体温相比,降低 1.68℃,两组比较有显著性意义。

讨 论

临床上术后发热可分为感染性与非感染性发热两类。感染性发热多由于各种病原体引起伤口感染或术后继发脏器感染所致。本实验组 22 例患者均为骨科无菌手术,术后均常规应用抗菌素,发热时行血常规检查,除 1 例患者白细胞总数 11800/mm³,余 20 例血象正常,1 例未测。且所有患者手术部位均未出现红、肿、热、痛等炎症征象,切口皆 I 期愈合。患者亦未出现呼吸、泌尿系统等感染症状及阳性体征。故可除外感染性发热的可能。

非感染性发热是由于术后切口内无菌坏死物质的吸收,吞噬细胞吞食坏死细胞的蛋白分解产物后,释放出内源性致热原而引起发热,即祖国医学所指的瘀血发热。患者经严重手术创伤,致血脉受损,血液不能循经流注,溢于脉外或阻于经络,离经之血久留不散而阻滞经络,气血运行不畅,壅遏不通,瘀而发热。《灵枢·痈疽》“营卫稽留于经脉之中,则血液而不行,不行则卫气从之而不通,壅遏而不得行,故热。”瘀血病在血分,属阴,故患者发热均在下午或晚间,此为患者术后高热的主要病机。所以治疗应以活血化瘀、行气导滞为法,使瘀血得去,经络得通,热象乃消。