

则须在相对静止时深刺之,可以针达损伤组织,行手法得气。再把针提至皮下,令病人做相应的活动,在活动仍行高频震颤相结合的手法,让患者重做上述最疼痛的动作,直到疼痛消失或缓解为止后起针。一般不留针,隔日 1 次,5 次为 1 疗程,2 个疗程后作疗效判定。

2. 针刺组(对照组):令患者平卧,暴露小腿,常规消毒条口穴(一侧:左病右取,右病左取),选 28~30 号 2.5~5 寸长毫针,扎进条口穴并透向承山,用提插捻转,较强刺激手法,若双肩则取双条口透承山,行针 10 分钟,留针 20~30 分钟,留针中行针 2~3 次,隔日 1 次,5 次为 1 疗程。对照组也以 2 个疗程后作疗效判定。

### 治疗结果

1. 疗效标准:痊愈:临床症状完全消失,运动功能完全恢复正常;显效:临床症状基本消失,运动功能基本恢复正常,局部稍有疼痛或不适;好转:临床症状有减轻,运动功能有所恢复或遗留部分功能障碍;无效:经治疗后临床症状和运动功能无明显变化。

2. 治疗结果:阻力针法组治愈 64 例,显效 8 例,好转 3 例,无效 1 例,总有效 75 例,占 98.7%;针刺组

治愈 45 例,显效 10 例,好转 8 例,无效 7 例,总有效 63 例,占 90.0%。提示阻力针法治疗肩周炎优于针刺组,但针刺组(条口透承山)总有效率达 90.0%,说明本法仍是治疗肩周炎的有效方法之一。

### 体 会

阻力针法的“动痛穴”正是肩周炎病变的部位,也是医生进行针刺的地方。动痛穴大部分是现有的腧穴的位置所在,或者是其附近。使用本法应以取“动痛穴”为主,不要受经络和腧穴的限制,强求去取腧穴。本法是行浅刺高频震颤手法的同时,仍令患者做相应的活动,是区别于普通针法的关键,故临床上称“动刺法”。本法在体位上是动位,找准动痛穴和针刺动痛穴都是动位,或动静结合,以动为主的“动体位”。频率每分钟 200 次以上,反复多次,在短时间内给以较强刺激量,不留针不平卧,但注意忌用暴力强刺激,以防晕针仆倒或折针等。

针刺条口透承山为临床有效方法,已有不少的报道。本文中疗效不如阻力针法,但治愈率达 64.3%,总有效率达 90.0%,故仍为治疗肩周炎的有效方法之一。

(收稿:1995-03-06 修回:1995-11-21)

## 周围神经吻合术后疗效观察

肖文耀 张智才

甘肃省兰州市第二人民医院(730016)

为探讨断裂的周围神经吻合后的功能恢复情况,笔者对 1983~1994 年间,所行外膜对端吻合的 72 例病例,共 89 条神经进行总结,报告如下。

### 临床资料

本组 72 例均为锐器伤,其中 17 例同时两条神经断裂(均为多发刀伤或腕管切割伤),共 89 条神经;男 53 例,女 19 例;年龄 15 岁~42 岁;损伤神经及吻合时间见表 1。

### 治疗方法

本组 89 条神经中,有 12 条系外院漏诊,伤口愈合后出现肢体功能障碍才发现,来院后 II 期手术探查(术中证实神经断裂),行外膜对端吻合。余 77 条均为伤后 24 小时内手术,在清创同时行外膜对端吻合。术后石膏固定患肢于神经松弛位,给予止血、脱水、激素及神经营养药物等常规治疗。

手术:充分、广泛显露两断端神经并游离(勿损伤分支),轻柔牵拉,屈曲关节或神经移位等方法,克服

回缩缺损,减小张力,根据神经束的排列,外膜血管走行方向等局部解剖特点,防止扭曲、旋转,准确对合两断端,用无损伤线在无张力下行对端反向外膜缝合,置于脂肪或健康软组织中。对 II 期手术,因缺损更多,张力更大,故要有足够的切口长度,以利于广泛显露、游离,应由两端正常解剖部位向伤口瘢痕粘连部位游离,在吻合前要切除神经瘤达正常神经束出现。

### 治疗结果

1. 疗效判定标准:根据 1954 年英国医学研究院颁布的感觉、运动分级标准评定疗效:优: S<sub>3</sub><sup>+</sup>、M<sub>4</sub> 以上,无畸形,功能正常;良: S<sub>3</sub>M<sub>3</sub>,无畸形或轻微畸形,功能好,工作、生活稍有不便;可: S<sub>2</sub>M<sub>2</sub>,有中等畸形,部分关节僵,肢体恢复保护性感觉;差: S<sub>1</sub>M<sub>1</sub>,畸形重,关节僵,功能基本丧失。

2. 随访结果:对 72 例患者所吻合的 89 条神经随访 2~8 年,绝大多数恢复了运动、感觉及营养功能,总优良率达 95.5%。结果见表 1。

表 1 损伤神经及吻合时间与疗效

损伤神经	条	吻合时间	疗效			
			优	良	可	差
坐骨神经	2	24 小时	1			
		1~3 月		1		
腓总神经	1	24 小时	1			
		24 小时	1			
桡神经	20	24 小时	17			
		1~3 月	1	1		
		4~6 月		1		
正中神经	36	24 小时	31	3		
		1~3 月		1		
		4~6 月		1		
尺神经	29	24 小时	21	1	1	
		1~3 月	1	2	1	
		4~6 月		1	1	

## 讨 论

1. 手术时机宜早不宜迟,本组统计资料表明:处理越早,疗效越佳。

2. 吻合方式:对切割伤神经断裂的吻合,有两种方式:束间吻合及外膜吻合。我们认为,通过广泛游离,屈曲关节,神经移位,来对抗缺损,做到无张力下的吻合,可使其仅有一个吻合口,粗细及内容相当,内粘连少,加快恢复。本组病例均采取外膜吻合。

3. 神经种类及损伤位置对疗效的影响:本组由于下肢例数少不宜比较。上肢神经恢复结果如下:桡神经最佳,正中神经次之,尺神经欠佳。表明含运动为主的较感觉为主的神经恢复好。损伤位置低的较位置高的恢复好,高位恢复需要时间长,使得远方的细小肌肉功能恢复不全(如手内在肌)。本组病例中,腕管部的损伤明显较肘以上的损伤恢复好。

4. 慎防漏诊。

(收稿:1995-11-21)

## 塔型垫枕练功法治疗胸腰椎压缩性骨折

于达银 钱晓荣 徐万航 何秀萍

江苏省连云港市海港医院 (222046)

1982 年 5 月~1994 年 11 月,我们采用塔型垫枕练功法治疗胸腰椎压缩性骨折 106 例。通过资料较全的 72 例随访与门诊复查,疗效满意,现报告如下。

## 临床资料

经随访的 72 例皆为住院病人,男 57 例,女 15 例;年龄 14~71 岁;致伤原因:高处跌坠伤 38 例,重物压伤 26 例,车祸伤 8 例,骨折以 T<sub>12</sub>、L<sub>1</sub> 多见,计 40 例;椎体压缩 1/3 以上者 53 例。住院时间:最短 21 天,最长 93 天。随访时间:出院后进行功能或 X 线片复查,半年~9 年。治疗结果:根据椎体骨折功能恢复标准<sup>[1]</sup>评定:功能恢复:优良 58 例,尚可 9 例,差 5 例。

## 治疗方法

平卧硬板床。以伤椎为中心,垫一高度合适的塔型枕头。3~7 天病人适应后,可开始在床上进行直腿抬高活动,继 5 点练功法(即头部、双肘关节、与双踝关节为支点,挺胸腹部,锻炼腰背肌功能,且逐渐增加次数和幅度)。治疗 3~4 周后摄 X 线片,一般可见骨折复位或基本复位,4~6 周后开始下床活动。塔型枕制法:取

枕头 1 个,将枕头分成平均 3 份,将中间一部份缝合,突出呈塔型,高度以损伤部位要求为准,2~3 条干毛巾,滑石粉少量备用,将缝合好的枕头铺上干毛巾后垫在骨折部位。

## 讨 论

1. 垫枕与练功的关系:受伤椎体部位用塔型垫枕,是一种过伸位的方法。通过垫枕,骨折复位后,脊椎仍然保持在过伸位状态,受伤的椎体持续得到垫枕的挤压,从而保持复位的效果。顾云五<sup>[1]</sup>,在动物实验中说明:如果只垫枕不练功,骨折虽然复位,但不能发挥脊椎前纵韧带和椎间盘的牵拉力,不能发挥腰背肌所起到的肌肉夹板作用,更不利于腰背功能的恢复。如果只练功而不垫枕,则骨折因得不到必要的外界力量而不能复位。我们通过临床治疗观察认为:塔型垫枕练功法能有效地恢复脊柱正常生理功能和解剖复位,它是以前纵韧带、纤维环等的紧张度。以关节突等为支点,使被压缩、移位的椎体前缘得到张开和复位。加上早期腰背肌练功,能有效地促进整复过程,改善软组织和骨性