

示突出与痛侧相符者 18 例,符合率为 72%; 一侧梨状肌压痛者 37 例,CT 扫描为疼痛侧突出者 29 例,符合率为 78%。

讨论 临床上约有 55.2% 的慢性下腰痛患者为典型的腰椎间盘突出症^[1], 发展过程为腰痛期, 臀痛期, 坐骨神经痛期, 符合上述规律者占 51.4%^[1]。因此, 说明下腰痛为本症的早期症状, 原因为突出物较小, 仅刺激压迫后纵韧带、硬膜囊, 故表现为腰痛或腰骶部痛。随着不断地退变, 进一步地积累性损伤, 个别患者发展为典型的 LDP。如在腰痛期即确立诊断, 及早治疗, 便可缩短疗程, 提高治愈率。

从本组统计结果看, 表现为单纯下腰痛者占 77%, 活动、劳累加重, 休息减轻是本症的主要特点, 占 91%, 椎旁压痛占 73%, 前屈腰痛加重者占 62%, 腰骶部叩击痛占 80%, 一侧梨状肌压痛者占 78%。笔者认为, 具备上述特征的腰痛患者应考虑为早期的 LDP, 有条件者应进行 CT 扫描加以证实, 或按 LDP 进行施治, 且能取得较好疗效。

参考文献

1. 邵宣. 实用颈腰痛学. 第 1 版. 北京: 人民军医出版社, 1992. 112~116

本文承蒙青岛医学院附院骨科周秉文教授审阅, 在此致谢!

(收稿: 1995-10-06)

活血祛风汤加针刺 治疗腰痛 60 例

董留贤 张守兰

山东省济宁市煤矿骨科医院 (273516)

我们采用自拟活血祛风汤配合针刺治疗腰痛 60 例, 取得了较好效果, 现报告如下。

临床资料 60 例腰痛患者中男 44 例, 女 16 例; 年龄 30~68 岁; 病程 3 个月~5 年; 经 X 线摄片, 有 6 例伴有轻度骨质增生, 3 例有椎间盘脱出, 2 例有椎管狭窄。

治疗方法 1. 活血祛风汤药物组成: 黄芪 30g, 当归 15g, 川芎 15g, 赤芍 15g, 三棱 10g, 莪术 10g, 丹参 15g, 牛膝 15g, 独活 15g, 灵仙 10g, 寄生 15g, 川断 10g, 防风 10g, 香附 10g, 陈皮 10g, 伸筋草 30g。水煎早晚两次分服, 日 1 剂。风寒重者加麻黄、细辛、木瓜; 痛重者加制川乌、制草乌; 病久加全虫、蜈蚣、白花蛇。

2. 针刺: 穴位多选腰阳关, 肾俞, 委中, 环跳, 秩

边, 阳陵泉, 昆仑, 足三里, 阿是穴。针刺加通电 (电针治疗仪) 20 分钟, 日 1 次, 5~15 次为 1 疗程。采用密波或疏密波, 电流强度以病人耐受量为适度。

治疗结果 疗效标准: 痊愈: 临床症状消失, 腰腿功能恢复正常, 1 年内无复发; 显效: 临床症状基本消失, 劳累或阴雨天腰部感轻微酸痛, 1 年内有轻微短暂复发; 无效: 腰腿痛时轻时重, 或治疗前后症状与体征无明显改善。治疗结果: 临床治愈 42 例, 显效 16 例, 无效 2 例。总有效率为 96.7%。

体会 腰痛在临床上极为多见, 患病后影响工作, 多发于中老年人。病因较为复杂, 中医分为寒湿、湿热、肾虚、瘀血腰痛等症型。临床上以风寒湿型和气滞血瘀型常见。活血祛风汤选用当归, 赤芍, 川芎, 牛膝、三棱, 莪术, 丹参等活血化瘀之品使瘀祛经通, 活血止痛; 独活, 灵仙, 防风, 伸筋草祛风除湿, 舒筋通络; 川乌, 草乌, 细辛散寒止痛; 黄芪, 当归补气养血, 扶正固本; 川断, 寄生滋补肝肾, 壮骨舒筋; 香附, 陈皮理气止痛。全方具有舒筋活血, 祛风胜湿, 散寒通络, 补肾壮骨, 理气止痛之功效。再配合针刺, 能起到良好的止痛作用, 增强了疗效, 从而使疾病得以早愈。

(收稿: 1995-10-30)

双臂外固定器治疗 胫腓骨骨折 28 例

林伟光

广东省潮州市潮州医院 (521011)

作者自 1991~1993 年对胫腓骨骨折 28 例 (包括粉碎性骨折或并发组织缺损伤口感染者) 采用双臂结构外固定器治疗, 取得满意疗效, 报告如下。

临床资料 本组 28 例均系新鲜骨折, 男 24 例, 女 4 例; 年龄 16~56 岁; 骨折类型: 横断移位骨折 8 例, 斜型或螺旋型 11 例, 粉碎性骨折 9 例。

治疗方法 1. 在硬膜麻醉或局麻下, 无菌消毒铺巾后, 嘱助手先将伤肢摆正位置纠正旋转畸形, 开放性骨折同时作清创处理。2. 选择进针点: 上下段选用超关节进针, 以中段骨折为例, 嘱助手拉住上下两端, 取 \varnothing 3mm 克氏针, 分别在胫骨结节及胫骨下端水平由外向内穿入。视二针距相等后, 助手对抗牵引, 术者先作手法复位, 当手感满意后, 将双臂外固定器安上, 根据伤肢移位情况调整适当刻度, 再放置前后半环型加压垫板, 对不稳定型、开放型则忌太早加压。结合 X 光片如骨折端存有轻度移位需采用复位手法直至满意为止。

3. 术后穿针口消毒纱布保护,抬高伤肢,嘱伤员作足背伸及股四头肌舒缩活动,伤口定时换药,1周后扶双拐下床全足踏地,负重应由轻到重,2~3周后步幅可适当加大,4~5周时可双足交替行走,6~7周可单拐行走。

4. 拆除外固定器的时间:经此法固定6~8周,骨折局部无肿胀压痛,无异常活动征,X光片骨折端有连续性骨痂,骨折线模糊,不扶拐自身步行有力或在外固定器无牵引力下步行无异常感觉则可拆除。如个别针道有反应性渗出可提前拆除,换夹板固定至愈。

治疗结果 本组28例中,按天津医院的疗效评定标准^[1],优18例,良7例,可2例,差1例。治愈率为96.2%。

讨论 1938年Hoffmann介绍了其外固定器结构及方法。随后Vidal通过生物力学研究对Hoffmann外固定支具进行了改进,使其固定可靠性有了比较大的改进。双臂式外固定器,在保持固定可靠性基础上充分考虑到创面处理、感染控制、弹性固定、骨折端应力刺激等有利骨折愈合的因素,使其具有体积小,重量轻,操作简单,容易搬动,手法与器械结合,穿针与压板固定,不压迫软组织,有利于伤口处理和外敷药物,较早得到功能锻炼,不影响关节。经28例病人临床实践证明是一种较理想的治疗方法。

参考文献

1. 天津医院. 骨科疗效标准草案. 天津医药骨科附刊, 1978, 创刊号: 30
(收稿: 1995-10-30 修回: 1996-04-29)

点穴治疗颞下颌关节紊乱症

胡军祖

广西壮族自治区桂林地区医院 (541001)

颞下颌关节紊乱症是口腔科常见病。目前有局封、理疗、针灸、中药热敷等多种治疗方法,但疗效不尽满意。笔者从1989年开始用点穴方法治疗本病的早中期92例,效果显著,报告如下。

临床资料 本组92例中男37例,女55例;年龄:22岁~56岁。病程:最短5天,最长28天。左侧30例,右侧37例,双侧25例。临床表现:开闭口或咀嚼时颞下颌关节疼痛,不能咬硬物,开闭口活动受限,关节有弹响或摩擦音。检查:关节处有压痛,关节周围肌肉痉挛,有时还可在关节周围触及压痛痉挛的细条索状物。

治疗方法 病人端坐,医者自然站立于病侧,面对

病人,用中指指端点穴,拇食环三指分别抵于中指远节指间关节,以增强中指力量。依次分别点揉双侧风池穴、病侧太阳穴及颊车穴,力量由轻到重,待病人有酸胀麻痛等得气感后,继续点揉2分钟左右,再缓慢减轻力量至点穴结束。然后嘱病人慢慢张口闭口,医者同时用中指指端或拇指指端点揉颞下颌关节处,时间约3分钟,如关节周围软组织内有痉挛条索状物,可辅用分筋理筋手法,使条索状物松软。最后用小鱼际处按揉关节及周围软组织片刻,手法结束。

注意事项:点穴时用力要柔和,手法沉而深透,力量以使病人有酸胀麻痛等得气感并能忍受为度,不能过轻或太重。隔1~2日手法1次,治疗后嘱病人不大声讲话,避免咬硬物,以利关节休息。

治疗结果 56例1次手法后关节疼痛、弹响及开闭口受限等症体征明显减轻,再行1次或2次手法后症体征消失。25例4次手法后症体征消失。11例行2~3次手法后症状明显减轻,但仍有弹响或轻微疼痛,后改行其它方法治疗。症状体征消失的81例中有4例于2~3周后咬硬物又出现关节疼痛,再行1次手法治愈。本组治愈的81例经0.5年~5年随访,均未再复发。

体会 颞下颌关节紊乱症是咀嚼肌平衡失调,关节各组成部分之间运动失常,而引起的综合症状,出现关节疼痛,开闭口运动障碍,弹响等表现。本组均为早中期病例,为关节周围软组织病变,关节的骨结构未发生破坏,通过对风池穴、太阳穴、颊车穴的点穴治疗,具有调节神经功能,镇痛,解除肌肉痉挛之效,再在关节局部点揉或辅以分筋理筋按揉等手法,使关节处血液循环增加,无菌性炎症消散,粘连松解,因此关节病变修复,症状体征消失。

(收稿: 1995-10-30)

骨外固定架治疗感染的开放性胫腓骨骨折

李 晖 张新华 陈 涌

山东省寿光市人民医院 (262700)

我院骨科自1992年采用骨外固定架结合皮片、皮瓣及骨移植等方法治疗感染的开放性胫腓骨骨折23例,疗效满意,报告如下。

临床资料 本组23例中男17例,女6例;年龄12~65岁。受伤原因:车祸伤11例,砸伤5例,辗压伤5例,绞伤2例。骨折部位:胫骨上1/3骨折3例,中