

料制成以免矫正时折断,与皮肤接触处需垫有软布垫以防皮肤压迫坏死。(3) 矫正时两侧逐渐均匀用力,一次不可矫正过多,以防折断内固定物。(4) 此法不需麻醉及重新手术内固定,住院时间短,平均 8.5 天,病人易于接受。(5) 部分病例时间较长,骨痂形成多,矫正时用力较大,病人常感局部疼痛,但多可耐受。

2. 本组病例成角原因: (1) 术前未仔细阅片,髓内针过细,固定不牢 5 例; (2) 术中定位不准确,切口过长,其中有 2 例髓内针固定切口长达 14~16cm,未按正规解剖入路,破坏组织多,骨膜剥离广泛,使术后骨痂形成较少。(3) 术后由于针尾留于臀部过长,影响功能锻炼,局部疼痛,过早拔针,造成手术失败 1 例。

(收稿: 1996-01-16)

## 综合治疗急性腰扭伤

郑茂斌 罗庆军\* 朱晓平\*

贵州省黔东南州中医医院 (556000)

自 1993~1997 年运用斜扳腰部并针刺治疗 78 例急性腰扭伤患者,取得较好疗效,总结如下。

临床资料 1. 本组 78 例均来自门诊,男 52 例,女 26 例;年龄 18~65 岁。受伤至就诊时间 16~48 小时。

2. 诊断标准: (1) 有搬运、提、抬重物或其它外伤致腰部受伤史。(2) 临床表现: 受伤部位有明显疼痛,咳嗽或喷嚏时疼痛加重,局部皮肤可有或无皮下瘀斑,局部肌紧张,有深部压痛,直腿抬高试验一般为阳性,腰部一侧出现或两侧出现不同程度活动障碍。X 线片检查: 在 X 线片上多无异常发现,排除腰椎附件骨折。

治疗方法 1. 针刺治疗: 常规消毒后予患者双侧“合谷穴”及“阿是穴”局部针刺,使针感上下扩散。酸胀麻明显时,留针 20 分钟,每 5 分钟加强针感一次,同时嘱患者试作腰部前后,左右旋转、侧弯及下蹲活动,其幅度由小到大,速度由慢到快。

2. 斜扳腰部: (1) 预备手法: 患者俯卧于硬板床上,医者立于一侧,先以拇指或手掌沿脊柱两侧腰肌自上而下地揉按。先健侧,后患侧,缓和而协调地进行。每分钟 50 次左右,揉按 2~3 分钟。过承扶穴后

改用揉捏手法下至殷门,委中,承山穴,反复 3 次。(2) 斜扳腰部: 经以上手法后,嘱患者侧卧位,患侧朝上,患侧大腿半屈曲,健侧大腿伸直。医者一手按压患者肩部,一手按于其髂骨处并作相反方向推扳,扭转至最大限度,此时往往可以听到清脆的弹响声,表示急性腰扭伤所致的腰椎后关节错位已复位,嵌顿之滑膜已解除。(3) 结束手法(即“推压法”): 嘱患者俯卧床上,医者立于患者右侧,用双手拇指沿患者脊椎两旁的肌肉从胸椎至骶髂关节部由上而下推压,如此反复推压 5 次结束治疗。

治疗结果 疗效标准: 痊愈: 经当天治疗后,腰部症状、体征完全消失,腰部活动自如,可参加正常工作,随访 1 年以上未见复发者; 显效: 经当天治疗后,腰部症状、体征明显改善,腰部活动基本正常,需卧床几天方可参加工作,随访 6 个月以上未现复发者; 好转: 经当天治疗后,腰部症状有不同程度减轻,功能活动轻度受限。治疗结果: 本组 78 例,经当天治疗而痊愈 62 例,显效 9 例,好转 7 例; 疗效欠佳者,复经 2~3 次治疗均获痊愈。

讨论 腰部斜扳法并针刺治疗急性腰扭伤疗效肯定,可起到疏通经络,调理气血,解痉止痛的作用。对腰肌纤维拉伤,腰椎关节紊乱,关节半脱位滑膜嵌顿等病有显著疗效。然此手法属较重手法之一,使用不当会造成严重后果,因此,笔者认为以下病症慎用或禁用: (1) 有腰椎椎体骨折或并附件骨折时; (2) 并有严重骨质疏松的老人禁用; (3) 腰椎有骨桥形成者慎用; (4) 全身情况较差者慎用; (5) 对于肌肉板样强直者慎用,必需用时要先止痛,使其肌肉板样强直松懈后再用旋转手法,以免引起进一步的纤维组织拉伤或骨折。 (收稿: 1998-06-11)

## 牵引手法加中药 治疗神经根型颈椎病

程旭明 蔡德猷

江苏省宜兴市中医院 (214200)

现对 1994 年以来诊治的 85 例神经根型颈椎病总结如下。

临床资料 本组 85 例中,男 53 例,女 32 例; 40 岁以下 10 例,40~60 岁以上 75 例。C<sub>4-5</sub> 5 例, C<sub>5-6</sub> 18

\* 贵州省金沙县中医院

例, C<sub>6-7</sub> 20例, C<sub>7</sub>~T<sub>1</sub> 15例, 二个间隙同时受累 27例。

本组患者诊断标准参照国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》<sup>[1]</sup>。

治疗方法 1. 颈椎牵引: 本组患者均采用电动颈椎牵引凳坐位牵引。牵引角度在前屈 5°~30° 范围内, 根据每个患者具体病情调整, 牵引重量 4~8kg, 每日 1次, 每次 30分钟, 连续 10天为 1疗程。

2. 手法治疗: 本组患者均在牵引后作手法治疗。先在风池, 天柱, 大椎, 肩井, 曲池, 合谷穴点揉。接着在颈椎棘突两旁及肩部作指揉及滚法, 最后用双手扶住枕部及下颌部, 边向上牵引边轻轻左右旋转晃动。

3. 中药内服: 处方: 葛根 10g, 伸筋草 10g, 当归 12g, 生地 10g, 乳香 6g, 没药 6g, 桂枝 8g, 僵蚕 10g, 怀牛膝 12g, 片姜黄 10g, 黄芪 20g。若麻木明显, 加天麻、地龙; 疼痛剧烈, 加炙草乌、延胡索。每日 1剂, 10剂为 1疗程。

治疗结果 本组患者疗效标准参照国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》<sup>[1]</sup>, 经 1~3个疗程治疗, 结果为: 治愈 33例, 好转 50例, 无效 2例。

讨论 1. 本组 85例患者以 40~60岁年龄段多发, 职业分布则以教师、机关干部居多。这是由于他们长期处于坐位, 尤其是低头工作长时间, 不仅造成颈后部肌肉、韧带组织劳损, 而且屈颈使椎间盘内压大大高于正常体位, 从而加重了椎间盘和椎体的退变。好发部位在 C<sub>5-6</sub>、C<sub>6-7</sub>, 则与该处在屈颈状态下的高压力和 high 扭转力有密切关系<sup>[2]</sup>。

2. 对神经根型颈椎病的诊断, 必须综合分析临床症状、体征及影像学检查, 不能单凭 X 光片中椎体退变征象诊断。因为, X 光片的椎体退变可能产生症状, 也可不产生症状。因此, 必须出现临床相应症状, 尤其要和颈脊神经定位相符合, 方可作出诊断。放射学检查必须包括正、侧、斜位片, 必要时摄动力性侧位片。

3. 本组病例采取牵引、手法及中药内服综合治疗。颈椎牵引可将狭窄的椎间隙牵开, 椎间孔扩大, 从而缓解神经根的压迫和刺激, 解除颈部肌肉痉挛, 恢复颈部正常的生理曲度。配合手法效果更佳。采用疏风、活血、舒筋、通络中药内服, 有利于改善微循环, 促进脊神经水肿的消退。

#### 参考文献

1. 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准. 南京: 南京

大学出版社, 1994. 186

2. 赵定麟, 张文明, 李国栋. 颈椎病. 上海: 上海科学技术文献出版社, 1988. 35

(收稿: 1998-07-11)

## 松解牵引复位法治疗 腰椎间盘突出症

王权民, 柴秀英\*

内蒙古自治区乌盟石油职工医院 (集宁 012000)

笔者自 1993年 10月以来, 应用小针刀闭合性松解、腰椎牵引及手法整复治疗腰椎间盘突出症 236例, 取得显著疗效, 现报告如下。

临床资料 本组 236例中男 138例, 女 98例; 年龄 17~66岁; 病程 15天~23年; 203例经 CT 扫描, L<sub>3-4</sub>、L<sub>4-5</sub>、L<sub>5</sub>~S<sub>1</sub> 均突出者 2例, L<sub>3-4</sub> 突出者 16例, L<sub>4-5</sub> 突出者 116例, L<sub>5</sub>~S<sub>1</sub> 突出者 69例, 其中伴椎管狭窄者 63例, X 线片显示合并腰椎滑脱者 4例。

治疗方法 (1) 小针刀闭合性松解: 患者俯卧于治疗床, 在患椎上、下棘突间和横突间根部及髂腰韧带处 (患侧) 作治疗点。术者双手需常规刷洗及 1% 新洁尔灭溶液或 75% 酒精浸泡 5分钟。治疗处皮肤常规碘酒、酒精消毒。术者左手触紧治疗点, 做到准确进针, 右手持针刀分别进针, 作切开松解针法, 将横突间韧带、横突间肌、棘间韧带、髂腰韧带等切割 1~2 针刀, 约 0.8~1.6mm, 以解除、松解腰部痉挛。

(2) 腰椎持续牵引。(3) 手法整复: 患者俯卧于病床, 在患者腰、背、臀部及下肢等处, 作揉、捏、推、拿等理筋手法, 使腰背部肌肉放松, 然后分别施用斜扳法、拔伸牵抖法、连续提腿复位法。将患者被动翻身仰卧, 嘱其踢腿数次。直腿抬高一般较复位前提高 20°~30°。卧床治疗 1周, 给予相应的中、西药物, 辅助治疗。恢复期加强腰背肌的锻炼。

治疗结果 疗效标准: 治愈: 腰腿痛症状完全消失, 脊柱侧弯矫正, 生理曲度恢复, 直腿抬高试验 80° 以上, 腰部活动功能恢复正常, 能正常工作; 显效: 腰腿痛症状和体征大部分消失, 腰部活动明显改善, 功能基本恢复, 直腿抬高试验比以前增加 25° 以上; 好转: 腰腿痛症状和主要体征减轻, 腰部活动功能改善, 直腿抬高试验较前提高 20° 以上; 无效: 症状和体征、

\* 内蒙古乌盟医院