

一方面钢针因应力集中骨质吸收而摇动, 另一方面可引起皮肤疼痛及炎症, 在使用中应引起注意, 具体注意事项如下: 穿针时应将皮肤拉向髂嵴的外侧, 并使钢针尽量贴近内板进入; 捆绳的力点尽量向下距髂嵴越近越好, 以减少钢针的拉动以及对皮肤的压迫; 穿针部位每日消毒2次, 无菌敷料包扎; 为预防感染, 可在术后3天及拔针前1天酌情应用抗生素。

#### 参考文献

1. 沈金根. 外固定架治疗骨盆骨折脱位的计算机分析. 上海生物医学工程通讯, 1995, 1: 20

(收稿: 1996-02-06)

## 改良骶管注射加手法治疗腰椎间盘突出症

王洁伟

山西省运城盐化局医院 (044000)

自1992年5月以来, 采用改良骶管注射, 配以手法治疗腰椎间盘突出症, 收到满意效果, 现将资料较全的98例报告如下。

**临床资料** 本组98例中男62例, 女36例; 年龄22~58岁; 病程56天~8年; L<sub>4/5</sub>椎间盘突出者52例, L<sub>5/S<sub>1</sub></sub>椎间盘突出者46例。本组患者均有腰痛, 下肢放射痛, 直腿抬高试验阳性, 经CT证实有椎间盘突出, 无椎管及侧隐窝狭窄存在。

**治疗方法** 1. 注射: 药物: 2%利多卡因注射液10ml, 维生素B<sub>1</sub>注射液100mg, 维生素B<sub>12</sub>注射液500μg, 醋酸氢化泼尼松75mg。病人取俯卧位, 下腹部垫一薄枕, 骶尾部常规皮肤消毒, 铺盖洞巾, 操作者戴手套, 用7号针头垂直穿刺皮肤, 直达骶裂孔, 改与脊柱45°方向进入骶管部硬膜外腔, 有韧带突破感。骶裂孔穿刺成功后, 回抽无血及脑脊液, 缓慢注射药物。注药过程中要反复回抽。注毕嘱病人平卧1小时。一般注射后5~10分钟病人感觉会阴部及双下肢出现热、酸胀、麻木感, 1小时后此种感觉逐渐减轻, 可开始行手法治疗。

2. 手法: 病人俯卧位, 全身放松, 上下各一助手进行对抗牵引, 持续约5~10分钟。(1) 按揉理筋: 医者自L<sub>1</sub>顺序向下按揉至患侧臀部及大腿的后侧, 再依次按揉环跳、承扶、委中、承山等穴, 以使腰及臀部肌肉放松。反复3~5次后, 术者用拇指按压腰及臀部的压痛点, 上下左右弹拨, 速度由慢到快, 力量由轻

至重, 持续10分钟。(2) 旋转后伸: 病人侧卧位, 患侧在上伸直, 健侧屈曲放松, 术者一手置于腰部的痛点(或椎间盘突出的间隙), 另一手抱扶患者下肢, 进行顺时针方向旋转, 每旋转3~5圈, 用力尽量过度后伸1次, 进行4~5次。(3) 滚揉放松: 病人俯卧位, 术者双手自L<sub>1</sub>两旁始至双下肢跟部, 自上而下进行数次滚揉, 手法即告结束。病人平卧休息30分钟。

一般每周治疗1次, 4次为1个疗程。

**治疗结果 疗效判断:** 痊愈: 治疗1个疗程, 症状体征均消失; 好转: 治疗1个疗程, 症状体征明显缓解, 残留有腰部酸困症状; 有效: 治疗2个疗程, 症状体征有所改善, 但时感腰部酸困, 下肢麻木; 无效: 坚持治疗2个疗程, 症状体征无改善。

本组98例中, 痊愈49例, 好转26例, 有效10例, 无效13例。总有效率为86.7%。本组经过10~36个月的随访, 其中的8例在第一次治疗后的10~12个月复发, 二次治疗后效果满意。

**讨论** 本法较传统的骶管封闭用药量大, 且选用7号注射针头可避免对神经根的损伤, 也可避免误入蛛网膜下腔。改良的骶管注射疗法, 能迅速解除疼痛, 缓解局部肌肉及血管的痉挛, 使腰部及下肢的肌肉松弛。在此条件下配合手法, 加大椎间隙, 有利于突出髓核复位, 降低椎管内的压力, 以解除神经根的压迫。

手法治疗可松解粘连, 使毛细血管扩张, 血流加快, 以增加病变部位的血液供应, 促进变性组织的复原, 以达到活血通络, 舒筋止痛之功效。

(收稿: 1996-01-16)

## 外伤性膝关节僵硬的防治

卢伟良

广东省兴宁市人民医院 (514500)

以按摩为主综合治疗外伤性膝关节僵硬100例, 收到了较好的效果, 报告如下。

**临床资料** 本组男62例, 女38例; 年龄10~59岁; 造成膝关节僵硬的原因: 关节内或附近骨折61例, 膝关节脱位并韧带损伤修补后6例, 股骨中下段骨折28例, 膝关节及大腿严重软组织挫伤后5例; 膝关节活动度: 0~10°者45例, 10~30°者55例; 病程: 0.5年以内40例, 0.5~1年45例, 1年以上15例, 平均8个月。

**治疗方法** 1. 无论何种原因损伤, 应鼓励患者早