

一种新的钙拮抗剂. 中西医结合杂志, 1985, 5(5): 291-293.

- 3 王万铁, 林丽娜, 徐正介, 等. 氧自由基在家兔低血容量性休克一再灌注损伤中的作用及川芎嗪的保护效应. 中国危重病急救医学, 1997, 9(5): 259-261.
- 4 林丽娜, 王万铁, 徐正介, 等. 川芎嗪抗心肌缺血再灌注损伤的临床研究. 中国中西医结合杂志, 1997, 17(5): 261-263.
- 5 Wu W, Qiu F. Experimental study on ischemia and reperfusion injury of rat liver and effects of ligustrazine and salvia compound. Chin Med Sci J, 1994, 9(3): 162-166.
- 6 Wei XC, Zhang ZQ, Han LC. Protective effect of anisodamine on

reperfusion injury of skeletal muscles in rabbit. Acta Orthop Scand, 1998, 69(6): 633-637.

- 7 Janero DR. Malondialdehyde and thiobarbituric acid reactivity as diagnostic indices of lipid peroxidation and peroxidation tissue injury. Free Radic Biol Med, 1990, 9(6): 515-540.
- 8 徐正介, 王万铁. 川芎嗪对心肌缺血再灌注损伤心脏血流动力学的影响. 温州医学院学报, 1994, 26(3): 129.
- 9 毛象刚. 川芎嗪的药理作用及临床应用. 医师进修杂志, 1989, 12(8): 31-33.

(收稿: 2001-03-20 修回: 2001-08-10 编辑: 房世源)

• 短篇报道 •

三维立体牵引治疗腰椎间盘突出症 106 例

姚克银 李文银 李玉林

(宁夏回族自治区中医医院, 宁夏 银川 750021)

腰椎间盘突出症是临床引起腰腿痛的常见病之一, 近年来有发病率逐渐增高的趋势。目前, 治疗方法颇多, 各有特点, 我们从 2000 年 1 月至 2000 年 10 月, 采用“济南华飞产业公司”生产的“长弓”牌三维多功能“C 型”牵引床牵引腰椎间盘突出症患者 106 例, 取得较满意效果, 现介绍如下。

1 临床资料

本组 106 例均为住院患者, 其中男 62 例, 女 44 例; 年龄 22~62 岁, 病程最短 3 天, 最长 11 年, 所有病例均经 CT、MRI、椎管内造影并结合临床症状与体征以确诊。诊断标准参照《黄家驷外科学》。腰椎间盘突出类型, L_{3,4} 突出 5 例, L_{4,5} 突出 54 例, L₅S₁ 突出 32 例, 两节椎间盘突出者 13 例, 三节椎间盘突出者 2 例; 中央型 23 例, 左旁型 49 例, 右旁型 34 例。腰椎间盘突出伴椎管狭窄者 11 例, 后纵韧带钙化者 6 例, 黄韧带肥厚者 8 例。

2 治疗方法

2.1 严格术前准备确定适应症 嘱患者排尽二便, 精神放松, 医者将依据病人的症状体征及各种检查结果来确定牵引的快慢、距离、成角方向及角度, 旋转方向及角度并输入计算机。

2.2 体位固定 病人俯卧于牵引床上, 固定好胸背部及骨盆, 使病变椎体间隙位于头、胸板与臀腿板交界处, 拉紧每一条固定带。

2.3 牵引保持 医者启动牵引床, 双手重叠按压于后腰部, 体会相应的棘突在牵引过程中的移动变化以及牵引的力量是否适宜, 给予一定支点力量的顶推与按压。各种牵引动作完成后保持 5~10 分钟。

2.4 术后静卧 牵引后将患者平稳移动至病床上, 绝对平卧 8 小时, 卧床 3 天, 酌情给予抗炎脱水、活血化瘀药物治疗。

3 治疗结果

疗效评定标准参照蒋位庄^[1]分级法: 优 58 例, 良 34 例,

可 13 例, 差 1 例。有 5 例牵引后出现胸腰部软组织损伤疼痛, 属固定带过紧所致, 休息数天后可消失。

4 讨论

通过上述 106 例病人的治疗观察, 我们认为牵引的正确与否直接影响疗效。根据腰椎间盘突出症的病理机制及牵引床的治疗原理, 我们制定了具体的治疗措施: ①快慢牵引选择: 年轻体壮者, 可选快牵, 反之则选慢牵。②根据身体状况在 60~70mm 范围内选择。③成角方向及度数: 根据放射学及体格检查, 腰椎生理弧度变直或反张者, 屈曲角度小一些或后伸成角, 腰椎生理弧度大者则屈曲角度大一些, 一般应在患者的腰功能范围内, L₅S₁ 为 -20° ~ -25°; L_{4,5} 为 -10° ~ -20°, L_{3,4} 为 +10° ~ -10°。④旋转方向及度数: 左侧突出者左旋, 右侧突出者右旋, 中央型突出者按腿痛侧旋转, 双节段以上突出物方向不一致者据痛侧及体征综合考虑, 旋转的度数一般均在患者的腰功能范围内, 偏旁型突出者角度大一些, 中央型突出者及突出物大者角度小一些或不旋转, 一般 L_{4,5}、L₅S₁ 转角 ±15° ~ 20°, L_{3,4} 转角 ±10° ~ 15° 具体操作中, 向一侧旋转牵开后, 如病人自觉腰腿痛症状减轻或消失, 则不再向另一侧旋转牵引, 反之, 如病人自觉症状加重或患肢发麻, 可使床复位, 再向另一侧旋转牵引, 这样, 可达到更好的效果。⑤我们在牵引过程中, 最后都平牵一次, 闪压 10~15 次, 保持 5~10 分钟, 这样, 在纠正了椎间失稳, 达到椎间载荷相对平衡后, 再做一次平牵加闪压, 以进一步力求突出物还纳、神经根粘连解除。值得注意的是: 牵引过程, 牵引床复位时, 医者应用力向前推住头胸板, 使其缓慢复位, 牵引结束后, 应在牵引状态下松开病人, 平衡抬至平板车上, 这样, 可防止牵引床猛力复位时造成椎间盘及后关节的医源性损伤。

参考文献

- 1 蒋位庄. 重症椎间盘源性腰腿痛的辨证论治研究. 中医杂志, 1985, 26(9): 29.

(收稿: 2001-01-19 编辑: 李为农)