

·手法介绍·

17 例腓肠肌外侧头肌炎的诊疗

刘福才 叶枫

(护国寺中医院, 北京 100035)

作者从 1996 年 6 月至 1998 年 5 月对患有膝关节疼痛的病人就诊时检查发现: 部分患者腓肠肌外侧头附着在股骨外髁后部的腱性起始部有明显压痛, 可扪到大颗粒状、粗糙不规则的骨性隆凸。对该部位直接治疗后膝关节疼痛症状基本缓解或痊愈, 现报告如下。

1 临床资料

本组 17 例, 男 6 例, 女 11 例; 年龄 37~68 岁, 平均 49 岁。病程 2 周~5 月。均表现膝关节疼痛, 腓肠肌外侧头附着部压痛, 可及籽骨。

2 治疗方法

患者俯卧位, 在踝关节前垫软枕, 使膝关节屈曲约 10°, 减少腓肠肌张力。探到该腱病变部位后, 拇、食和中指置于肌腱两旁, 用轻柔缓和力量持续之手法揉、捏、按、压 15 分钟, 增加局部血液循环利于消炎, 提高局部组织痛阈, 以达到活血散瘀、消肿止痛的目的。结束前施以弹筋拨络和点穴手法, 于痛点弹拨点压, 适当活动, 充分伸展、松懈肌筋的痉挛、挛缩和粘连。手法按摩每日 2 次, 10 次为 1 疗程。再配合内服、外敷中药活血化瘀、通络止痛、调和阴阳。急性发作者, 腓肠肌外侧头主要以无菌性炎症的充血、水肿为主, 首选封闭疗法: 1% 普鲁卡因 4ml 加醋酸强的松龙 25mg 在疼痛最敏感部位封闭, 利于快速消除肿胀, 并限制早期过多运动, 配合前述手法按摩治疗。封闭疗法 4 天 1 次, 5 次为 1 疗程。

3 结果

17 例病人, 7 例单纯手法治疗, 10 例手法配合封闭治疗, 均在 1 疗程内临床治愈, 恢复功能活动。

4 讨论

腓肠肌外侧头肌炎在骨科教科书中未见提及, 可能与膝关节病变广泛有关。解剖学中, 膝关节有内外侧副韧带、交叉韧带, 仅关节的滑液囊前后就有 8 处^[1]。而半月板和骨关节

退行性变不计在内。这些疾患的存在容易掩盖腓肠肌外侧头肌炎的重要性并造成误诊。作者遇到 4 例在外院就诊, 诊为其它疾病治疗无效而到我院诊疗治愈的此病患者。

本病的发病机理可从以下两方面解释: ①腓肠肌内外侧头深面各有一滑液囊, 内侧囊 42.4% 与膝关节腔相通^[1], 而外侧极少相通。所以, 外侧滑液囊积液肿胀形成的隆凸, 对腓肠肌起始部构成压迫, 尤其膝关节在过伸位更明显, 久而久之, 在滑液囊肿基础上诱发腓肠肌外侧头肌炎。②腓肠肌外侧头内常发现有籽骨, 而内侧头极少见^[1]。足部的剧烈跖屈、伸运动或在膝关节退行性变基础上短期内过多的运动以及慢性积累伤而致腓肠肌滑动时与籽骨摩擦增多。肌肉和韧带在承受力时是以收缩和张力表现的^[2], 随之发生的形态改变即称为应变, 局部所受力的强度称为应力。在应变过程中, 腓肠肌内含有籽骨的周缘纤维所受的应力增加, 易受磨损。长时期劳损或急性损伤, 部分肌纤维肿胀, 弹性减低, 不能适应膝关节的过伸、单腿支撑等动作, 而出现膝后疼痛。籽骨周缘形成一敏感点, 相同的检查力就能激起疼痛。当膝关节屈曲 10° 以上, 手指压住腓肠肌外侧头起始部, 限制滑动, 再做膝前加压过伸动作, 疼痛显著减轻或引不出, 从而支持这一论证。

本病的诊断应包括以下几方面: ①腓肠肌外侧头起始部固定压痛。②可能扪到不规则骨性颗粒伴压痛。③下楼梯或过伸膝关节诱发疼痛。④发病前追忆有运动增多史。⑤X 线片见膝后籽骨存在。⑥年龄在 35 岁以上易患。其中①②③条为主要诊断依据。

参考文献

[1] 王启华, 孙博. 临床解剖学丛书. 四肢分册. 北京: 人民卫生出版社, 1991. 224-325.
[2] 陆裕朴, 胥少汀, 葛宝丰, 等. 实用骨科学. 北京: 人民军医出版社, 1991. 27.
(编辑: 连智华)

推拿加提项旋转法治疗颈椎紊乱征

须许 宗维民 朱红

(杭州市第三人民医院, 浙江 杭州 310009)

我院自 1996 年 1 月~1998 年 10 月, 用推拿加提项旋转手法治疗颈椎紊乱征 96 例, 取得良好临床效果, 报告如下。

1 一般资料

96 例患者中男 42 例, 女 54 例; 年龄最小 21 岁, 最大 40

岁, 平均 31.3 岁; 发病时间最短 2 天, 最长 6 年。颈部、颈肩部疼痛或酸痛者 76 例, 颈部活动受限者 32 例, 牵涉肩胛部疼痛伴压痛者 46 例, 颈椎有压痛者 40 例, 伴上肢放射疼痛麻木者 30 例, 有头痛、恶心、眩晕者 30 例; 96 例均否认有外伤史。

X 线显示颈椎生理曲度消失或明显变直者 56 例, 颈椎曲度明显增大者 4 例, 椎体序列不整者 20 例, 呈反“弓”型或“S”型者 14 例, 椎体向前或向后移位者 18 例, 椎间隙变窄者 10 例, 项韧带钙化者 8 例, 椎体变扁者 2 例。

2 治疗方法

96 例均行推拿加提项旋转法治疗。其中 16 例配合牵引治疗。①推拿方法: 采用三线九穴两区推拿。三线即颈后线和颈侧线(左右各一)。应用一指弹按揉三线各 1 分钟。九穴: 风府、风池(双)、肩井(双)、颈臂(双)、肩外俞(双), 应用点按、揉法、拨法治疗, 以酸胀为适度, 共 3 分钟。两区: 左右肩胛区, 应用一指弹推法、按揉法、拿法治疗, 持续 5 分钟。②提项旋转法: 以一手托住患者下颌, 一手托住后枕, 让患者头部呈自然位, 先轻轻左右摇晃半分钟, 然后托提头部向上, 使病人臀部有离椅的感觉, 持续一分钟, 逐渐加大旋转范围, 当病人心理上已适应放松后先向一侧旋转, 当旋转接近限度时, 再以适当力量(避免暴力)再继续 $5^{\circ} \sim 8^{\circ}$, 一般此时可以听到颈部小关节弹响声, 患者多有一种解除交锁的轻松感。对

侧同样方法提项旋转, 必要时可重复一次。③牵引: 对伴有上肢放射痛、麻, 椎体移位, 椎间隙变窄者配以坐式重力牵引, 重量选择在 5~10 公斤, 持续牵引, 每次 30 分钟。

3 治疗结果

治疗次数最少 2 次, 最多 30 次。疗效标准: 临床痊愈, 活动正常, 疼痛或酸痛消失, 上肢无麻痛感; 显效, 活动正常, 疼痛酸胀明显减轻或上肢略有麻痛症状, 有效, 症状部分消失或仅有改善。本组痊愈 48 例, 显效 40 例, 有效 8 例, 显效率达 91.6%。

4 讨论

颈椎紊乱症是指 X 线已排除椎体退行性改变而临床上出现类似颈椎病样临床症状的一种综合征。我们认为推拿加提项旋转法, 适当配合牵引是治疗本病的最有效方法之一。通过实践正确掌握提项旋转法的要领, 临床运用效果良好。实际运用中要注意三点: ①提项力量要适当, 持续一段时间, 一定要让患者颈项部肌肉韧带松弛。②旋转动作要柔和、缓慢, 切忌粗暴动作。③旋转度数要有分寸, 不能教条, 要因人而异。(编辑: 连智华)

牵压整复手法配合垫枕牵引治疗腰椎滑脱症

张乾瑞¹ 王丽²

(1. 解放军第四五六医院, 山东 济南 250031; 2. 山东省黄河航运局医院, 山东 250032)

近几年来作者运用牵压整复手法配合垫枕牵引治疗腰椎滑脱症 15 例, 取得满意疗效, 现介绍如下。

1 临床资料

本组 15 例, 均为已婚女性; 年龄 32~69 岁; 病程 3 个月~30 年; L₂ 滑脱者 1 例, L₃ 滑脱者 1 例, L₄ 滑脱者 3 例, L₅ 滑脱者 10 例; 椎体向前方滑脱 14 例, 椎体向侧方滑脱 1 例; I 度滑脱 10 例, II 度滑脱 4 例, III 度滑脱 1 例; 其中 2 例为椎间盘突出手术后, 1 例有明显外伤史, 其余均无明显诱因。主要临床表现: 下腰部疼痛、酸胀沉重, 腰骶部有下坠感, 活动及劳累后加重, 上下腰部“脱节”感, 3 例患者步行不能连续坚持 200 米; 15 例中疼痛局限于腰骶臀部的 12 例, 双下肢或单侧下肢麻木疼痛者 3 例, 伴有尿频、大便干或溏者 2 例。体征: 15 例中腰部功能均有不同程度的受限, 腰椎曲度过大, 腰部出现凹陷或横纹; 1 例双侧腰肌不对称, 脊椎侧弯畸形; 3 例直腿抬高试验阳性。15 例均经 X 线检查确诊, 无椎弓根断或裂者, 13 例经过 CT 扫描, 发现 2 例伴有腰椎间盘突出。

2 治疗方法

2.1 牵压整复手法 ①牵引状态下的手法: 沿腰段脊椎两侧用拇指由上而下按压, 反复数次, 然后一手搬住大腿根部, 一手推压同侧肩部, 再反复 3~5 次, 目的是放松腰部肌肉和小关节。②牵引完成后的手法: 病人俯卧硬板床上, 腹部垫枕, 以双手掌或双肘部按压分推滑脱椎体的上下椎体, 以 L₄ 滑脱为例, 垫枕以 L₄ 为中心, 一手推压 L₃, 一手推压 L₅, 持续约 10 分钟, 这样患椎体与相邻上下椎体所受的力方向相反, 通过椎体微动来恢复正常的解剖位置关系。③抱膝屈髋抬臀法: 病

人仰卧屈髋抱膝, 抬高臀部和头颈部, 持续 15 分钟, 早晚各一次。平时病人可自行实施。④伴有腰椎间盘突出症者可配合侧扳手法。

2.2 垫枕牵引 用骨盆牵引床, 采用俯卧式持续牵引, 在患椎的椎体下, 垫一圆形枕头(枕长约 25cm, 直径约 10cm)。牵引重量先轻后重, 最大重量以病人能承受为准, 持续 20 分钟, 每日 1 次, 连续 15 次为一个疗程。牵引状态下增加了前后纵韧带的张力, 使患椎产生了复位的动力, 再加上垫枕向上的作用力, 可使滑脱椎体复位。

3 治疗结果

优: 临床症状消失, 腰部功能正常, 能参加正常工作和活动, 半年后 X 线片显示腰椎序列和生理曲度正常, 12 例; 良: 临床症状消失, 腰部功能正常, 能满足一般工作和生活需要, X 线片显示椎体滑脱程度明显减轻 2 例; 好转: 临床症状和体征有进步, X 线检查椎体滑脱程度无明显改善, 1 例; 无效: 0 例。最短治疗 1 个疗程、最长 3 个疗程。

4 讨论

腰椎滑脱以 L₄、L₅ 多见, 病人常以腰腿痛就诊, 引起疼痛的原因是由病椎位置的异常移动, 造成腰椎后关节紊乱, 椎管或神经根管狭窄而发生软组织和神经损伤症状。腰椎滑脱发生的原因: 一是腰椎解剖位置的特点(内因); 二是急慢性损伤(外因), 如外伤、手术创伤等。通过牵压整复和垫枕牵引, 把作用力集中于患椎, 使之产生复位的动力, 通过椎体的相对移动, 达到恢复腰椎正常解剖位置关系的目的。本治疗方法简单、实用、易于掌握、疗效可靠。(编辑: 连智华)