

随访患者的大小便及性能力正常。

低位腹主动脉阻断手术中,必须注意几点:其单次阻断时间最长的限定可相对延长。我们参考下肢止血带技术,单次阻断时限为 45 min,最长不能超过 60 min,必要时可撤钳 10 min 后重复阻断。本组 10 例术后观察未发现因血流阻断而出现的并发症,说明阻断时间的设定是安全的。严格掌握手术适应证,如果骨盆肿瘤较小,估计失血量不大,可不必

非得采用该技术,可以采用介入下术前栓塞减少手术中出血等技术。恶性肿瘤的手术病例应在操作时防止将肿瘤细胞带入下腹部血管阻断切口中,造成手术中人为的种植转移,要求术者换手套操作,器械应分开等。

参考文献

1 镇万新,窦永充,徐万鹏,等.球囊导管腹主动脉阻断术控制骨盆及下腰椎肿瘤手术出血.中华骨科杂志,2001,21(8):468-470.
(收稿日期:2004-12-10 本文编辑:连智华)

手法介绍 ·

手法与针刺治疗不安腿综合征

Treatment of restless leg syndrome with manipulation and acupuncture

赵文

ZHAO Wen

关键词 不安腿综合征; 针刺; 手法,捏脊 Key words Restless leg syndrome; Acupuncture; Manipulation, chiropractic

我院近年来采用针刺与手法治疗不安腿综合征 41 例,疗效满意,现报告如下。

1 临床资料

本组 41 例均为门诊病例,男 16 例,女 25 例;年龄 22~70 岁,平均 44.3 岁;双侧发病(症状多以一侧为重)30 例,单侧发病 11 例;病程 2 周~5 年。症状:自述下肢以小腿为主难以表述的不适感,如酸、胀、痒、麻、针刺、灼热、蚁行、虫爬样感觉等,部分患者可出现臀部及大腿牵扯样感觉。活动时症状减轻,休息后加重,以入睡前或夜间为甚。体征:检查双下肢关节活动正常,下肢感觉、运动及神经系统检查无异常,触诊检查 L₄、L₅ 或 L₅S₁ 椎棘间均有压痛或发胀感,患侧 L₄、L₅ 或 L₅S₁ 椎旁 2~3 cm 处有深压痛或发胀感 36 例,臀肌、小腿肌有固定压痛点 30 例。

2 治疗方法

2.1 手法治疗 患者取俯卧位,医者立患侧旁,用拇指指腹沿腰椎棘突、棘间、椎旁督脉及足太阳膀胱经循行区自上而下行揉按推挤手法;以拇指指尖在痛(或胀)处按压分筋;以肘尖在腰臀部痛点施点压弹拨手法;在施术区顺肌纤维方向行搓法结束治疗。施压力度以患者能耐受为宜,手法治疗每次 10~15 min,每日 1 次,10 次为 1 个疗程。

2.2 针刺治疗 取 L₄-S₁ 夹脊穴,配腰宜、胞育、秩边、合阳、外丘等穴。患者取俯卧位,用 100 mm 毫针 L₄、L₅ 夹脊取穴与脊柱成 70 角斜刺入针 1.5~2.5 寸,L₅S₁ 夹脊取针体与椎体成 45 角斜刺 2~2.5 寸,腰宜直刺 1.5~2 寸,胞育、秩边针尖向足斜刺 2~3 寸,用泻法,以针感向小腿传导为度。用

75 mm 毫针直刺合阳、外丘穴 1.5 寸,用补法,以针感向足踝部传导为宜,留针 30 min,每日 1 次,10 次为 1 个疗程。

3 结果

疗效标准:优,症状体征完全消失,恢复正常工作生活;良,症状体征基本消失,下肢偶发轻微不适感,能自然入睡;差,症状体征无明显改善。本组病例随访 6 个月以上。优 33 例,良 8 例。

4 讨论

由于支配下肢的感觉及运动神经来源于腰骶神经丛,因此腰骶部神经受到损伤或刺激后,所支配的下肢各部位均可出现相应的临床症状。由于腰部神经根离开硬膜囊后,要经过一条较窄的骨纤维性管道,故通道的任何组织发生病变均可产生腰痛。本病的实验室、影像学及神经系统检查无异常,临床诊断仍以自觉症状为主,但经仔细的临床体查发现:本组病例 L₄、L₅ 或 L₅S₁ 椎棘间均有压痛或发胀感;双跗指对比触诊相应椎旁有深压痛或发胀感;臀部及下肢有压痛点,追述病史否认有自觉腰痛史。因此认为,本病的发生可能与腰骶部特定部位的骨或软组织结构出现某种程度的损伤,刺激或嵌压了相邻的神经组织,使神经的正常传导功能受损有关。

本病属中医“痹证”范畴,治疗取穴以 L₄-S₁ 夹脊为主,辅经外奇穴腰宜,足太阳膀胱经之胞育、秩边、合阳等。通过针刺及手法的配合治疗,使疼痛的传入信息及反射通路受到阻断,损伤组织得到修复,组织的痉挛或粘连得以松解,改善微循环障碍,使受损神经组织的传导功能恢复正常,达到治疗目的。

(收稿日期:2004-03-30 本文编辑:王宏)