

• 临床报道 •

推拍弯腰法治疗腰骶关节扭伤 40 例

高景华 高春雨 赵国东* 指导:孙树椿

中国中医科学院望京医院脊柱二科,北京市朝阳区花家地街,100102)

* 通讯作者:health99992003@yahoo.com.cn,13641346039

[关键词] 推拍弯腰法;腰骶关节扭伤;临床观察

2009 年 4 月至 2010 年 12 月,我们运用宫廷推拍弯腰法治疗腰骶关节扭伤 40 例,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

我们在征得患者同意并签署知情同意书的基础上,共收治 40 例腰骶关节扭伤门诊患者,其中男 18 例,女 22 例;年龄 18~45 岁,平均 (28.1 ± 1.9) 岁;病程 2h~3d,平均 (3.7 ± 2.9) h;所有病例均有不同程度的外伤史。

1.2 诊断标准

参考《中医病证诊断疗效标准》^[1] 制定。①有弯腰和旋转活动等外伤史或有背部受凉病史,多见于从事体力劳动的青壮年;②腰骶部疼痛,严重者疼痛向臀部和腹股沟处放射,活动受限,不能行走,常保持一定强迫姿势,以减少疼痛;③腰骶部压痛;④X 线摄片示腰椎生理弧度消失或侧弯畸形或腰骶关节不对称。

1.3 排除标准

①年龄在 18 岁以下及 45 岁以上者,妊娠、哺乳期妇女;②有明确的腰椎滑脱 II 度以上的患者;存在腰椎结核、腰椎肿瘤或椎体压缩骨折的患者;③治疗部位有严重皮肤损伤或皮肤病者;④合并造血系统等疾病、周围血管疾病、自身免疫性疾病、肿瘤或精神病患者。

2 治疗方法

2.1 方法

①患者直立,双手高举站立在床边,面向医者;②医者站在患者前方,扶患者两肩,左右旋转数次后,用两手掌轻轻拍患者胸部;③在患者不注意之时,双手掌猛然推患者双侧髂骨前部,使患者跌坐在床上,助手站在床对面患者背后保护患者,防止跌下床;④以上操作重复两次^[2]。

2.2 观察方法

采用《JOA 下腰痛评分表》^[3] 评价腰骶关节扭伤的症状体征积分。症状体征总积分为 29 分,分别于治疗前、治疗后与治疗结束后 1 周,共 3 个时间点进行观察,并记录积分。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

原始积分:患者初始就诊治疗前的症状体征积分之和。访视积分:患者治疗及随访期间各访视时间点的症状体征积分之和。疗效指数 = (访视积分 - 原始积分) / (满分 29 - 原始积分) $\times 100\%$ 。

临床控制为症状体征消失或基本消失,疗效指数 $\geq 75\%$ 。显效为症状体征明显改善,疗效指数 $\geq 50\%$ 但 $< 75\%$ 。有效为症状体征均有好转,疗效指数 $\geq 25\%$ 但 $< 50\%$ 。无效为症状体征无明显改善,疗效指数 $< 25\%$ 。

3.2 症状体征总积分

治疗后与治疗前相比总积分上升,差异有统计学意义 ($P < 0.01$);治疗结束 1 周后与治疗前相比总积分无明显上升,差异无统计学意义 ($P > 0.05$);治疗结束 1 周后与治疗前相比总积分上升,差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。

表 1 治疗前后症状体征总积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

例数	治疗前	治疗后	治疗结束 1 周后
40	13.58 $\pm$ 0.52	22.98 $\pm$ 0.46*	23.68 $\pm$ 0.42*

注:与治疗前相比, * $P < 0.01$

3.3 临床疗效

治疗结束 1 周后与治疗前相比,总体疗效无显著改善,差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

表 2 治疗后与治疗结束 1 周后总体疗效比较[例(%)]

治疗次数	例数	临床控制	显效	有效	无效	总有效
治疗后	40	8(20.0)	23(57.5)	7(17.5)	2(5.0)	38(95.0)
治疗结束 1 周后	40	10(25.0)	22(55.0)	6(15.0)	2(5.0)	38(95.0)

4 讨论

推拍弯腰法为中国中医科学院首席研究员孙树椿所继承的宫廷手法之一,其推拍的手法,可使患者腰部突然前屈,从而牵拉腰背肌及筋膜,一是可整复骨关节错缝移位,二是可活血消肿,舒筋解痉止痛。结合现代医学与生物力学原理分析,韧带、关节囊具有正常的弹性、韧性,手法容易使嵌顿或错位的小关节复位。纠正失常的骨关节而恢复正常的内平衡,解除软组织痉挛,改善局部血运,促进组织新陈代谢,使脊柱的内外生理平衡恢复,则其功能亦随之恢

复。因此,用推拍弯腰法治疗腰骶关节扭伤,能获得立竿见影的效果。

参考文献

[1]国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 201-203.
[2]孙树椿. 实用推拿手法彩色图谱[M]. 北京: 中国医药科技出版社. 1988: 40.
[3]井上俊一. 腰痛治疗成绩判定基准[M]. 日本整形外科学会杂志, 1986, 60: 391-394.

(收稿日期: 2011-03-16; 修回日期: 2011-05-10)

[编辑: 黄 健]

大黄芒硝内服治疗高血压脑出血患者中枢性高热 30 例

陶文强^{1*} 舒 鑫² 方海云¹ 李 常³ 李尹凤¹

(. 广州中医药大学附属北碚区中医院 ICU 科, 重庆市北碚区碚峡路 93 号, 400700 ;
2. 重庆市合川区人民医院骨科 3. 广州中医药大学附属北碚区中医院城南分院呼吸内科)

* 通讯作者: taowenqiang198423@126. com, 13527395702

[关键词] 脑出血; 高热; 高血压; 大黄; 芒硝

高血压脑出血(HICH)患者并发中枢性高热是较常见的危重征象之一, 主要因丘脑下部散热中枢受损所致, 是脑卒中“中性症状”的一种表现, 严重影响预后。近年来我们用大黄、芒硝内服治疗高血压脑出血中枢性高热患者, 现报告如下。

1 临床资料

本研究患者来源于 2009 年 6 月至 2010 年 12 月广州中医药大学附属北碚区中医院重症监护室(ICU)、脑病专科和重庆市合川区人民医院神经内科。急性脑出血患者分为治疗组和对照组, 每组各 30 例, 共 60 例。脑出血中医诊断参照《中风病诊疗规范》, 西医诊断参照《各类脑血管疾病的诊断要点》^[1], 高血压病诊断参照 1999 年 WHO/ISH 的定义和分级标准(意识状态 5 级分级)^[2]。①年龄 45~72 岁, ②发病时间在 0~3h; ③符合相关诊断标准, 并经头颅 CT、MRI 检查确诊; ④出血部位在基底节、脑叶或破入脑室系统, 并有不同程度昏迷及高热(>39℃); ⑤脑叶出血量<30ml, 基底节

区出血量<30ml, 小脑出血量<10ml, 脑干出血量<5ml, 未行相关手术治疗院内生存者。⑥中医辨证属中风—中脏腑(阳闭)、风火痰瘀内闭者。⑦排除伴有或同时存在基础感染及隐性感染病史如慢性支气管炎, 尿路感染等。两组基线资料情况见表 1。两组患者的性别、年龄、病程、血压、出血部位、手术治疗等方面差异无统计学意义(P>0.05), 具有可比性。

2 治疗方法

所有患者送院后立即行头颅 CT 检查明确诊断, 经出血量判断及综合病情评定, 并经家属同意, 均行内科保守治疗: 生命征监测、保持呼吸道通畅、降低颅内压、营养神经、控制血压、预防感染、抗应激性溃疡、维持水电解质平衡、营养支持等。对照组高热期间单纯使用安定针剂解热, 同时减少衣被。治疗组于入院 24h 后常规给予生大黄 10g, 加清洁用水 150ml, 微波炉高温煎制 2min, 去渣, 芒硝 10g 冲兑, 分 3 份, 鼻饲或口服。两组患者均不再给予其他清热、解热类中西药物。

表 1 两组一般资料比较

组别	例数	性别 (男/女)	年龄 (岁, 均±s)	病程 (d, 均±s)	高血压 (mmHg)	基底节 (例)	脑室 (例)	其他 (例)
治疗组	30	18/12	55.35±3.86	2.4±0.23	165±5.61	20	5	5
对照组	30	16/14	55.58±3.67	2.2±0.21	163±6.17	18	7	5