

法中亦无保持髓核还纳的措施,故传统治疗显效慢,易复发。为此,我们认为腰椎间盘突出症应先选 McKenzie 手法治疗,在治疗无效或效果不好的情况下加用或改用其它疗法。

参 考 文 献

- 1 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准—中医病症诊断疗效标准. 南京:南京大学出版社,1994. 201-202.
- 2 McKenzie RA. Treat your own back. New Zealand Spinal Publications, 1997. 34-36.
- 3 Riddle DL, Rothstein JM. Intertester reliability of McKenzie's classification of the type of the syndrome types present in patients with low back pain. Spine, 1993, 18:1333-1344.
- 4 Spratt KF, Lehmann TR, Weinstein JN, et al. A new approach to the low-back physical examination: behavioral assessment of mechanical signs. Spine, 1990, 15:96-102.
- 5 Bozzao AB, Gullucci M, Masciocchie, et al. Lumbar disc herniation: MR imaging assessment of natural history in patients treated without surgery. Radiology, 1992, 185:135.
- 6 Saal JA, Saal JS, Herzog RJ. The natural history of lumbar intervertebral disc extrusions treated nonoperatively. Spine, 1990, 15: 683-686.
- 7 Schnebel BE, Simmons JW, Chowning J, et al. A digitizing technique for the study of movement of intradiscal dye in response to flexion and extension of the lumbar spine. Spine, 1988, 13:309-312.
- 8 McKenzie RA. Prophylaxis in recurrent low back pain. NZ Med J, 1979, 89:22-23.
- 9 Fennell AJ, Jones AP, Hukins DW. Migration of the nucleus pulposus within the intervertebral disc during flexion and extension of the spine. Spine, 1996, 21:2753-2757.
- 10 Donelson R, Aprill C, Medcalf R, et al. A prospective study of centralization of lumbar and referred pain: a predictor of symptomatic discs and annular competence. Spine, 1997, 22:1115-1122.
- 11 Fritz JM, Delitto A, Vignovic M, et al. Interrater reliability of judgement of the centralization phenomenon and status change during movement testing in patients with low back pain. Arch Phys Med Rehabil, 2000, 81:57-61.

(收稿日期:2001-08-30)

(本文编辑:熊芝兰)

· 短篇报道 ·

氩-氦激光血管内照射结合针灸治疗脑外伤术后持续性植物状态 1 例

李利亚

患者为男性, 29 岁。1997 年 8 月因头部外伤行颅内血肿清除术, 术后持续昏迷不醒, 于 1998 年 5 月 19 日转入我院。检查: 神志不清, 认知功能丧失。无意识活动, 不能执行指令; 保持自主呼吸和血压; 有睡眠—觉醒周期; 不能理解和表达语言; 能自动睁眼, 双瞳孔等大等圆, 对光反射存在; 四肢肌力 0 级, 肌张力增高, 各种深、浅感觉消失, 病理反射阳性。大小便失禁, 有吞咽动作, 食半流质饮食伴有呛咳。参照 1996 年我国急救医学会制定的 7 条诊断标准, 持续植物状态 (PVS) 诊断成立。在临床常规用药 (脑多肽、肌苷、辅酶 A 及维生素类) 的同时, 于 1998 年 6 月 19 日开始配合综合康复措施。

采用南京 HZ400-1 型氩-氦激光血管内照射治疗仪 (波长 632.8 nm, 光纤端输出功率 2 mW) 进行治疗, 经静脉留置针穿刺将激光导入肘前静脉, 隔日 1 次, 60 min, 10 次为 1 疗程。共治疗 25 次。头皮针多用四神聪穴、顶颞前斜线和顶颞后斜线; 体穴分两组交替使用: 一组有百会、人中、廉泉、内关、通里、足三里、涌泉等穴位, 另一组多用心俞、膈俞、肾俞、脾俞等穴位; 耳针刺心点、脑干、皮质下等。每日 1 次, 每次留针 50 min, 间隔 15 min 用中强手法行针一次, 20 次为 1 疗程, 共 50 次。同时辅之以足底按摩治疗, 先按摩肾上腺、肾、输尿管、膀胱等反射区各三遍后, 再依次按常规顺序按摩全足, 其中脑、额窦、心等反射区使用强手法重点操作, 时间 30 min。

治疗三次后, 右上肢开始出现肌肉收缩; 2 周后, 右上肢肌

力达 1 级, 左下肢肌肉收缩反应出现, 强手法针刺时有痛苦表情。治疗 20 d 后, 患者对语言理解力明显增强, 意识开始恢复, 疼痛时发出哭声, 与之告别时能摇动右手示意。治疗至 35 d, 第一次清晰地喊出“妈妈”, 大小便恢复控制, 并能用右手示意请求帮助。经过 72 d 治疗, 于 1998 年 9 月 1 日出院时, 双上肢肌力达 3 级, 能做有目的的随意运动。右下肢肌力 2 级, 左下肢肌力 1 级, 语言理解和情感反应基本正常, 能说 5 字以下单句, 能执行简单指令, 咀嚼、吞咽功能恢复正常。对照 1996 年急救医学会制定的 PVS 患者疗效评分标准, 该患者的意识和功能恢复均达到基本痊愈 (分值 > 12 分)。随访半年, 患者双上肢肌力达 4 级, 双下肢肌力达 3 级, 能自行进餐, 可用简单语言对答及简单地进行计算, 惟语言反应较常人稍慢。随访 2 年, 患者日常生活完全自理, 能拄杖行走, 各种生理功能皆已恢复。

讨论 低能量氩-氦激光血管内照射治疗, 通过改变血液流变学性质的生物效应, 改善微循环, 增加脑组织的供血、供氧, 促进中枢神经系统侧枝循环建立及功能恢复。同时针刺、尤其是头皮针刺刺激可达到启闭开窍、醒脑清神的目的, 结合体针疏通经络, 促进肢体功能恢复; 耳针及足底反射区按摩则是通过全息元信息的输入, 刺激整体机能的康复。总之, 中西医结合治疗对于植物人的促醒作用, 是一项值得进一步探讨的有益课题。

(收稿日期:2001-08-08)

(本文编辑:郭铁成)