

手指麻木的推拿治疗

孙凤峙 刘卓琳

(山东中医药大学硕士研究生 济南 250011)

关键词:手指麻木;神经根型颈椎病;神经损伤;推拿

中图分类号:R 747.5

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)04-0053-02

手指麻木症状是神经根型颈椎病及其它神经损伤的一个临床表现, 多由神经根受压及神经走行区域的损伤引起, 其中神经根型颈椎病患者绝大多数是由于单一神经根受到压迫引起, 只有 0.2%的患者出现两根神经根受累。对于各节段神经根发病率, C₇ 神经根最常受累(43%~69%), 然后分别是 C₆(18%~28%)、C₈(6%~13%)和 C₅(2%~7%)^[1], 其它神经损伤则多见于神经走行区域的损伤。根据手指麻木的分布不同, 治疗方法亦有所差异。

表 2 主要革兰阴性杆菌对常用抗生素耐药率 %						
	铜绿假 单胞菌	肺炎克 雷伯菌	鲍曼不 动杆菌	大肠埃 希菌	洋葱伯克 霍尔德菌	嗜麦芽窄 食单胞菌
阿莫西林		100		84.8		
阿莫西林 / 棒酸		59.7		82.6		
替卡西林	54.6	96.8	60.0	45.6	100	100
替卡西林 / 棒酸	41.9	48.4	60.0	45.6	100	66.7
哌拉西林	51.2	58.1	60.0	78.3	25.6	100
头孢哌酮		67.7		82.6		
头孢呋辛		54.8		58.7		
头孢西丁		46.8		32.6		
头孢哌肟		45.2		54.3		
头孢他啶	36.0	38.7	61.8	37.0	25.6	63.0
亚胺培南	43.0	0	27.3	0	94.9	100
妥布霉素	32.6	9.7	58.2	52.2	100	92.6
阿米卡星	25.6	4.8	56.4	15.2	100	92.6
庆大霉素	58.1	35.5	61.8	56.5		
奈替米星		6.4		26.1		
环丙沙星	41.9	48.4	72.7	50.0	33.3	33.3
复方新诺明	100	43.5	67.3	71.7	0	0
哌拉西林 / 他唑巴坦	23.2	12.9	60.0	21.7	12.8	100
头孢吡肟	30.2	38.7	36.4	56.5	25.6	100
美洛培南	31.4	0	21.8	0	41.0	92.6
多粘菌素 E	100		0		100	77.8
头孢哌酮 / 舒巴坦	9.3	0	10.9	0	17.9	14.8

3 讨论

ICU 住院病人深部痰标本培养分离出的病原菌以革兰阴性杆菌(77.6%)为主, 其中非发酵革兰阴性杆菌达 40%以上, 铜绿假单胞菌、鲍曼不动杆菌、洋葱伯克霍尔德菌分列分离菌的第一、第三、第五位, 说明非发酵革兰阴性杆菌是 ICU 下呼吸道感染的主要致病菌。分离菌排名前六位的分别是铜绿假单胞菌、肺炎克雷伯菌、鲍曼不动杆菌、大肠埃希菌、洋葱伯克霍尔德菌和嗜麦芽窄食单胞菌, 与李耘等报道的基本相同^[1]。铜绿假单胞菌为自然界的条件致病菌, 由于 ICU 病房密封的环境适合其生存, 气管插管、机械通气极易导致该菌感染, 本资料显示其占有所有分离病原菌的第一位, 提示铜绿假单胞菌已成为 ICU 感染的重要病原菌。肠杆菌科以大肠埃希菌、肺炎克雷伯菌为主, 产 ESBLs 大肠埃希菌、肺炎克雷伯菌的检出率达 34.2%, 低于文献报道^[2]。革兰阳性菌以粪肠球菌、金黄色葡萄球菌为主。真菌感染在下呼吸道感染中占相当比例, 主要是白假丝酵母和热带假丝酵母, 可能与 ICU 患者本身病情严重、免疫功能减退和大量应用抗菌药物有关。ICU 患者多存在混合感染, 在病程的不同阶段, 所分离出的同种细菌在耐药性、生物型等方面也有差异。

从本次统计结果来看, 六种革兰阴性杆菌对头孢哌酮 /

1 手指麻木的不同表现

1.1 患侧上肢桡侧三个半手指掌侧及背侧 1~2 节手指麻木 通常是由正中神经受压引起的症状。正中神经由颈 6~8 及胸 1 神经根组成, 支配旋前圆肌、桡侧腕屈肌、拇对掌肌等。

1.2 患侧上肢第一、二掌骨背侧麻木 通常是由桡神经受压引起的症状。桡神经由颈 6~8 及胸 1 神经根组成, 桡神经上段紧贴于肱骨中段背侧桡神经沟, 由上臂内侧行至外侧, 支配上肢肱三头肌、肘肌、肱桡肌、旋后肌、指伸肌、拇长展肌等。

舒巴坦抗菌活性都很高。铜绿假单胞菌的多重耐药机制使其耐药率及多重耐药率均很高, 头孢哌酮 / 舒巴坦抗菌活性最高, 其次是阿米卡星、哌拉西林 / 他唑巴坦, 对其它抗菌药物都具有不同程度的高耐药性。亚胺培南的耐药率达 43.0%, 主要是菌体上的特异外膜通道蛋白丢失, 使亚胺培南无法进入菌体而对其耐药。铜绿假单胞菌对青霉素类的哌拉西林、替卡西林耐药率达 50%以上, 已失去治疗作用。当二者与 β- 内酰胺酶抑制剂联合用药后, 替卡西林 / 棒酸活性增强不明显, 而哌拉西林 / 他唑巴坦表现出强劲的抗菌活性。鲍曼不动杆菌耐药情况较严重, 大多数抗生素耐药率超过 50%, 只有多粘菌素 E 完全敏感, 碳青霉烯类抗生素亚胺培南、美洛培南耐药率为百分之二十几, 耐药形势不容乐观。洋葱伯克霍尔德菌对替卡西林、妥布霉素、多粘菌素 E 等 100%耐药, 亚胺培南耐药率为 94.9%, 是一种多重耐药菌, 天然耐药多种抗生素。抗菌活性最强的是复方新诺明, 与文献报道一致^[3]。六种革兰阴性杆菌中嗜麦芽窄食单胞菌的耐药情况最严重, 一半多抗菌素耐药率 >90%, 与其复杂耐药机制如外膜渗透屏障、多重外排系统、各种酶类及迅速突变的靶位有关。本次药敏结果显示嗜麦芽窄食单胞菌仅对复方新诺明、头孢哌酮 / 舒巴坦、环丙沙星有较高抗菌活性。肠杆菌科的大肠埃希菌、肺炎克雷伯菌对头孢哌酮 / 舒巴坦、亚胺培南、美洛培南的耐药率为 0。产 ESBLs 大肠埃希菌、肺炎克雷伯菌对亚胺培南 100%敏感, 证实亚胺培南治疗肠杆菌科细菌感染的有效性。

综上所述, 根据各菌呼吸道感染的易感因素及耐药特点, 应首先降低院内感染的发生因素, 防止细菌的多重感染。及时对患者进行微生物和耐药率的检测, 根据药敏结果正确选择治疗首选药物, 避免广谱抗菌药物长时间使用, 减少耐药株及产酶株的出现, 延长抗生素的临床使用寿命。

参考文献

[1]李耘,李家泰.中国重症监护病房细菌耐药性监测研究[J]. 中华检验医学杂志, 2004, 27(11): 733-738
[2]应春妹,陆丽.大肠埃希菌和肺炎克雷伯菌超广谱 β- 内酰胺酶检测及其耐药基因分析[J]. 检验医学, 2007, 22(3): 272-275
[3]王文丁,胡龙华.洋葱伯克霍尔德菌临床分离株耐药性变迁的分析[J].中华医院感染学杂志, 2007, 17(12): 1 583-1 585

(收稿日期: 2008-02-22)

中西医结合治疗急性肾盂肾炎 50 例

邱林军

(浙江省桐庐县妇幼保健院 桐庐 311501)

关键词:肾盂肾炎;急性;中西医结合疗法;五味消毒饮;左氧氟沙星

中图分类号:R 692.7

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)04-0054-02

急性肾盂肾炎是肾盂和肾实质的急性细菌性炎症,根据其临床表现属中医“淋证”的范畴。本文采用西药联合中药五味消毒饮为主治疗本病 50 例,取得良好疗效。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选取我院 2003 年 6 月~2007 年 6 月急性肾盂肾炎患者 99 例,诊断均符合《常见疾病的诊断与疗效判断标准》^[1],全部患者均具有以下共同症状:畏寒或寒战,发热超过 38℃,腰痛,尿频、尿急、尿痛,血白细胞明显升高,尿培养菌落计数≥ 10⁵/mL。入选病例随机分为治疗组和对照组,治疗组 50 例,男 8 例,女 42 例,年龄 20~65 岁,平均 40 岁,急性单纯性肾盂肾炎 40 例,复杂性肾盂肾炎 10 例(合并肾结石 7 例,多囊肾 3 例);对照组 49 例,男 8 例,女 41 例,年龄 21~66 岁,平均 40.5 岁,急性单纯性肾盂肾炎 40 例,复杂性肾盂肾炎 9 例(合并肾结石 6 例,多囊肾 3 例)。两组患者的性别、年龄、肾盂肾炎的性质等经统计学处理无明显差异性(P>0.05)。

1.2 治疗方法 嘱对照组患者多饮水、勤排尿,并给予西药左氧氟沙星针 0.2g/ 次,每日静滴 2 次,热退 72h 后,给予口服左氧氟沙星片 0.2g/ 次,每日 2 次,14d 为 1 个疗程。治疗组

在对照组治疗基础上给予中药五味消毒饮加味治疗,方药组成:金银花 20g、蒲公英 15g、紫花地丁 15g、野菊花 10g、紫背天葵子 10g、柴胡 9g、黄芩 9g、瞿麦 8g、车前子(包)10g、滑石(包)20g、白茅根 15g、生甘草 6g。每天 1 剂,水煎 2 次,取汁 800mL,分 2 次口服,14d 为 1 个疗程。

2 疗效观察

2.1 疗效标准 治愈:疗程完毕后症状消失,尿菌阴性,并于第 2、6 周各复查尿菌 1 次,如均为阴性,追踪 6 个月无再发者;显效:疗程完毕后尿菌阴菌,追踪 6 个月再发者,查尿菌阳性,且为同一菌种;无效:疗程完毕后尿菌定性检查仍阳性,症状不久又再现,而且尿菌数≥10⁵/mL,菌种与上次相同。

2.2 治疗结果 见表 1。两组总有效率差异无显著性意义(P>0.05),但两组治愈率比较差异有显著性意义(P<0.05),说明治疗组的疗效优于对照组。

表 1 两组疗效比较 例(%)					
组别	n	治愈	显效	无效	总有效率(%)
治疗组	50	43(86.0)	6(12.0)	1(2.0)	98.0
对照组	49	30(61.2)	15(30.6)	4(8.2)	91.8

3 讨论

急性肾盂肾炎是细菌侵犯肾盂和肾实质所引起的泌尿系感染。本组患者经中西医结合治疗后,临床症状消失,尿菌转阴,随访 6 个月无再发者,说明中西医结合治疗急性肾盂肾炎具有显著疗效。

2.2 颈椎颌枕带牵引 根据神经根型颈椎病病情还可配合牵引治疗。颈椎牵引是治疗颈椎病的传统疗法,其治疗机制为可使椎间隙和椎间孔增大,改善神经根与压迫物之间关系,减轻神经根等组织的刺激;牵开小关节间隙,解除滑膜嵌顿,纠正椎体的侧倾、旋转、滑脱及后关节错位;降低椎间盘内压力,缓冲椎间盘向椎管的压力,有利于膨出的髓核还纳;松解颈肌痉挛和关节囊、韧带及神经根的粘连,有利于颈椎生物力学平衡的恢复。牵引时,患者取坐位,头前屈 15°,牵引力量为 5~15kg,每次 15min,牵引 30s,间隔 10s^[2]。

3 典型病例

王某,男,60 岁,睡觉醒后突然发现左侧食指、无名指不能运动,两指屈曲活动消失,外展活动消失,感觉消失,左手掌皮温降低,左上肢可以活动。予推拿治疗 4 次后,食指、无名指出现麻木症状,运动恢复,两指也可进行屈曲、外展活动,但幅度均较正常值小。治疗 10 次后,食指、无名指麻木消失,屈曲、外展活动正常,感觉正常,左手掌皮温恢复。继续治疗 6 次以巩固疗效后,病人恢复。

参考文献

[1]朱庆三,顾锐.神经根型颈椎病的定位诊断与治疗方法[J].中国脊柱脊髓杂志,2007,17(2): 5-6
[2]谢宇.总会疗法治疗神经根型颈椎病疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2007,16(7): 1 350

(收稿日期: 2007-12-29)

1.3 患侧上肢尺侧一个半手指及尺侧手掌手背麻木 通常是由尺神经受压引起的症状。尺神经由颈 8 及胸 1 神经根组成,支配尺侧腕屈肌、小鱼际肌等。

2 手指麻木的治疗

2.1 推拿治疗 神经根型颈椎病的颈部治疗采取常规治疗,但在手臂、手掌及手指的治疗就要同神经走行区域的损伤一样,根据神经分布区的不同进行区分。针对病人的病情,可将下述手法联合使用,每周 3 次,6 次为 1 个疗程。

2.1.1 患侧上肢桡侧三个半手指掌侧及背侧 1~2 节手指麻木 患者坐位,医者坐位或站位,患者患肢伸向前外侧方,医者一手托患肢肘部,一手操作,在肩部采用揉法、揉法放松局部肌肉,拿捏肱二头肌、肱三头肌,按揉三角肌,拿揉、弹拨旋前圆肌、桡侧腕屈肌等,点按肩部肩前、肩贞、臂臑、曲池、合谷、外劳宫等穴位,得气为度。在麻木的手指上用捻法、勒法。

2.1.2 患侧上肢第一、二掌骨背侧麻木 姿势同上。肩部采用揉法、揉法放松局部肌肉,拿捏肱三头肌,按揉三角肌,弹拨桡神经沟,使其有放射感,拿揉、弹拨肱桡肌、旋后肌。点按肩部肩前、肩贞、臂臑、曲池、合谷等穴位,得气为度。捻法、勒法于相应手指。

2.1.3 患侧上肢尺侧一个半手指及尺侧手掌手背麻木 姿势同上。肩部采用揉法、揉法放松局部肌肉,拿捏肱三头肌,按揉三角肌,拿揉、弹拨尺侧腕屈肌、小鱼际肌,点按肩部肩髃、臂臑、小海、后溪、腕骨等穴,得气为度。捻法、勒法于相应