

针灸刀治疗跟痛症

天津解放军第254医院(300142) 任志远

应用自制的针灸刀闭式定点松解蹠腱膜和跖展肌起点,治疗跟痛症146例,报告如下。

临床资料

男82例,女64例。年龄最小28岁,最大66岁,平均43岁。左侧59例,右侧66例,双侧21例。病程:3个月至1年25例,1年至2年59例,2年至3年36例,3年以上8例,记载不详18例。压痛点:跟骨结节跖面偏内侧129例,压痛点范围,一般直径为1~3cm。偏外侧8例;压痛点不局限或位置不固定9例。本组病例中131例拍跟骨侧位X线片,72例发现跟骨骨刺,一般3~5mm长。左23例,右31例,双侧18例。疗效:(1)优:疼痛完全消失87例(59.5%);(2)良:疼痛基本消失36例(24.7%);(3)可:疼痛明显减轻11例(9.5%);(4)差:无效,疼痛同术前12例(8.2%)。全部病例经半年至5年随访。

操作方法

选准确的压痛点,作好标记,压痛点偏足跟内侧时,在足跟内侧进针局麻,偏外侧时,从外侧进针局麻。当局麻完成后,足跟痛应立刻消失,否则不是针灸刀治疗的适应症。局麻是针灸刀治疗前的一项可靠诊断性试验。该局麻针头又起到针灸刀进行操作时的导针作用,利用此针头探知跟骨结节、蹠腱膜及跖展肌腱附丽点疼痛的具体部位,针灸刀好在此处作切痕松解。要求达到闭式定点松解或切断穿出该肌腱附丽点处的血管神经束的作用。切口长0.4cm,勿需缝合,可立刻正常负重行走。

讨论

跟痛症并非疾病名称,而是一种症状。

有轻度移位成角的骨折,能通过闭合复位者不应强调开放复位,闭合克氏针内固定加牵引不失为一种较理想的治疗方法。牵引可制动患肢、维持复位,克服剪力对抗肌肉的收缩,减

我们同意足跟内侧疼痛的原因是:蹠腱膜和跖展肌腱起点大部分附丽在跟骨结节偏内侧、走路或站立时对该处牵拉力最强,因此易受劳损,发生疼痛。通过本组病例所见。该处疼痛有以下特点:(1)疼痛点局限而固定;(2)经奴夫卡因封闭试验,其疼痛可立即消失;(3)类固醇制剂封闭治疗,大部分可收效;(4)大部分能自然治愈;(5)病程长久者未发现有更严重病残。因此病变在局部软组织内,如同网球肘一样,穿出该处肌腱组织的神经血管束被卡压,而产生无菌性炎症是它的病因。自然转归是:被卡压的神经血管束,血管壁增厚、栓塞、神经退变、功能丧失而疼痛消除,疾患自愈,但需时间较长。目前治疗方法颇多,除按摩、理疗、针灸和中药以外,手术治疗,主要有以下5种:1、跟骨骨刺凿除术;2、跖展肌起点剥离术;3、滑囊切除术;4、末梢神经切断术;5、跟骨钻孔术。以上5种手术均达到松解的作用。按中医理论:“不松则痛”,“以松治痛”相符。在手术过程中有意或无意松解或切断被卡压的神经束。疼痛消除而治愈。我们根据此病因和以上手术经验,采用自制的针灸刀闭式定点切断该神经血管束,收到较好效果。12例无效,其原因推测是:1、操作问题,即漏切该神经血管束或未能达到松解目的;2、选择适应症欠妥,其中8例压痛点较广泛而不固定,2例压痛点偏外侧,1例类风湿性跟骨炎,还可能其它原因存在,待进一步提高诊断和操作技术。

少其对髌关节产生的压力,有利于改善和促进髌部的血液循环。应该指出,迅速正确的解剖学复位,对预防和减少儿童股骨颈骨折的并发症是非常重要的。