

例；工人1112例，干部（包括教师、医师）1341例，农民8466例，其它（包括家庭妇女、学生及军人等）693例；发病诱因：因受风寒湿者2587例，因过劳损伤者1474例，因跌打损伤者418例，因精神刺激而诱发病者46例，不明原因者7087例；病理分类：冻结肩5656例，喙突炎1976例，肱二头肌长头腱炎及腱鞘炎1857例，冈上、下肌腱炎、小圆肌腱炎等927例，颈源性肩痛1045例，其它151例；病程：最短2天，最长26年，平均85天。

治疗方法

1. 水针：(1) 取穴：肩髃、肩前、臑俞、曲池、阿是穴以及健侧阳陵泉、足三里等穴。(2) 药物：1%普鲁卡因溶液10ml加入强的松龙混悬液25mg。患者疼痛较重者加当归注射液4ml；以冷痛为主，遇风寒诸证加重者加654-2注射液5mg；以酸沉为主或伴手臂麻木者加维生素B₁注射液200mg、B₁₂注射液250μg。(3) 操作：常规消毒所选穴位局部皮肤，以五号口腔科注射针头依次刺入各穴位一定深度，待出现针感后，回抽针芯无回血时即可每穴缓缓注入所配药液2ml。一般七天治疗一次，三次为一个疗程。

2. 手法：一般患者单行水针治疗即可。对于冻结肩患者，在水针治疗后间隔10分钟即行快速推扳手法治疗。（方法从略）

疗效分析

1. 疗效标准：痊愈：肩部疼痛完全消失，功能恢复正常范围。显效：肩痛明显减

轻，功能基本恢复正常。好转：肩痛减轻，功能部分恢复。无效：肩功能及症状均无明显改变者；或治疗一次未愈而终止治疗者。

2. 治疗结果：在本组病例中经过随机对5783例病人的随访调查，其中治愈3670例，占63.46%；显效608例，占10.51%；好转1120例，占19.37%；无效385例，占6.66%；总有效率达93.34%。

典型病例

常××，女，46岁，农民，门诊号4087，因右肩疼痛伴功能受限4个月，于1990年8月8日来我科就诊。查体：患者右侧喙突部及肩峰下明显压痛，患肩功能范围外展50度，内收患侧手仅达对侧胸前，前屈上举110度，患侧手摸头仅达同侧耳中，内旋后背拇指达同侧髋部，当即水针治疗后行手法快速推扳治疗，术毕患者即肩功能明显恢复，一周后病人复诊，患肩功能已恢复正常，疼痛未消，又单行水针治疗二次，病人患肩活动自如，疼痛完全消失，随访至今未复发。

小结

笔者采用水针疗法把针刺与药理、针刺与药液对穴位的渗透刺激作用有机地结合在一起发挥其综合效能，以达到疏筋活络，解痉止痛之功，配以手法推扳可松解粘连，滑动关节，加上术后嘱病人功能锻炼以防粘连复发，故能达到见效快，疗效高，少复发之目的。（指导老师：赵幼麟）

小针刀与手法整复治疗腰三横突综合征疗效对比分析

山东青岛湛山疗养院 (266071) 毛 勇

我们将128例腰三横突综合征患者随机分成两组，分别采用局封后小针刀治疗及局封后手法整复治疗，并做对比，前者疗效明显优于后者，介绍如下

临床资料

该组病人128例，随机分成甲组68例，乙

组60例，男61例，女67例；年龄18~69岁，平均36.4岁；病史0.5~18年，平均2.8年；有外伤史及劳损史者72例，腰痛者122例，下肢痛48例，腰三横突末端压痛：单侧51例、双侧77例，股内收肌紧张痉挛58例，股神经牵拉试验阳性62例，腰椎X线表现：阴性79例，腰三横

突肥大12例, 腰椎侧弯11例 有退行性改变34例。

治 疗 方 法

甲组68例, 局封加小针刀: (1) 将2%利多卡因4ml、确炎舒松-A25mg、VitB₁₂2ml (500ug)、VitB₆2ml (100mg) 配制成混合液, 用7号封闭长针从腰三横突末端投影区垂直进针, 达横突末端, 将药液2/3注入其尖部及周围, 余1/3注入肌层。(2) 该处进入小针刀 (刀口线与身体纵轴平行), 达骨面时, 横行剥离数次, 感觉肌肉与骨尖间有松动感即出针, 并嘱病人2天后活动腰部。治疗1~3次即观察疗效, 两次治疗间隔5日。该组68例, 治疗一次者21例, 两次者37例, 三次者10例。

乙组60例, 局封加手法整复: (1) 局封同甲组。(2) 在病变部位做弹拨、挤压, 然后沿骶棘肌行揉揉、分筋、理筋手法。隔2日治疗一次, 5次为一疗程, 观察疗效。

治 疗 结 果

疗效评定标准: 治愈: 腰痛、下肢痛消失, 查体无阳性发现; 基本治愈: 腰痛、下肢痛基本消失, 查体腰三横突末端轻或中度压痛; 好转: 腰痛、下肢痛明显减轻, 查体腰三横突中或重度压痛, 或有股内收肌紧张压痛、股神经牵拉试验阳性; 无效: 症状、体征无明显变化。

结果: 1. 甲组68例, 其中治愈21例, 基本治愈35例, 好转11例, 无效1例; 乙组60例, 其中治愈9例, 基本治愈20例, 好转26例, 无效5例。

2. 将治愈、基本治愈、好转之和定为有效, 将治愈、基本治愈之和定为优良。甲组有效率为98.6%, 乙组有效率为91.7%, 经t检验, $P > 0.05$, 两者无显著差异。甲组优良率为82.4%, 乙组优良率为48.3%, 经t检验, $P < 0.01$, 两者有非常显著差异。甲组治愈率为30.9%, 乙组治愈率为15%, 经t检验, $P < 0.05$, 两者有显著差异。

讨 论

两组的有效率无显著差异, 但甲组的治愈

率和优良率明显高于乙组, 这与该病的病理变化及治疗机理有关。从解剖上看^[1,2], 腰₃位于腰椎生理前凸的顶点, 为腰椎的活动中心, 且横突最长, 所受拉应力最大, 其附着的韧带、肌肉、筋膜等承受的拉力亦大, 易造成损伤。急性损伤若处理不当或慢性劳损, 可引起横突周围疤痕粘连、筋膜增厚和肌腱挛缩, 使穿过肌筋膜的神经血管束受到卡压, 而引起一系列临床症状。我们采取的治疗措施, 要针对上述病理改变, 如局封、手法整复及小针刀疗法等。

手法整复具有活血化瘀、消肿止痛、解除肌痉挛之功效^[3,4], 而局封则有消除炎症, 减轻粘连、阻断疼痛的恶性循环的作用, 两者配合应用, 有一定的疗效, 尤其病变早期, 以渗出为主, 粘连轻尚未形成疤痕者, 疗效较佳。但对病史较长, 粘连严重已形成疤痕者 (就诊病人多为此期), 局封和手法整复就不能进行有效的松解, 这说明了其有效率虽高, 但治愈率和优良率偏低。小针刀可以直接于病灶处进行剥离, 使粘连、疤痕松解, 也可增加局部血液循环, 促进吸收^[5], 而局封在治疗机制上与之互相补充, 它可以减轻病人在治疗时的疼痛及恐惧心理, 并防止小针刀治疗后可能引起的局部再粘连。这样, 大大提高了治愈率和优良率。

综上所述, 腰三横突综合征的治疗, 以局封加小针刀治疗为最佳选择, 它不仅治疗效果好, 而且具有治疗次数少、疗程短、便于推广普及的优点。

参 考 文 献

1. 郭世绂. 临床骨科解剖学. 第1版. 天津科学技术出版社, 1988; 132~133.
2. 邵宣等. 实用颈腰背病学. 第1版. 北京: 人民军医出版社, 1992; 321~322.
3. 董亦明等. 软组织损伤学. 第1版. 北京: 人民卫生出版社, 1990; 205.
4. 俞大力等. 中医推拿学. 第1版. 北京: 人民卫生出版社, 1985; 120.
5. 朱汉章. 小针刀疗法. 第1版. 北京: 中国中医药出版社, 1992; 63, 195.