

坐骨神经痛是沿坐骨神经通路及分布区内的放射性疼痛。患此症者痛苦较大，且没有很好的治疗方法，我们从1985年以来，利用穴位注射治疗该症298例，收到较好疗效，现报告如下：

临床资料

(1) 一般资料：

本组298例均为门诊处置者。其中男193例、女105例，年龄最小者20岁，最大者82岁，其中21—40岁29人，41—60岁203人，61—80岁61例，80岁以上5人。左腿87例，右腿175例，双腿36例。

(2) 诊断：本组病例坐骨神经痛多为逐渐发生，开始疼痛为钝痛逐渐加重，疼痛呈放射痛由臀部、大腿后外侧、小腿外侧至跟部或足背。直腿抬高，坐骨神经牵拉、颏胸试验阳性，腰臀窝与踝后有压痛点，严重者在咳嗽、弯腰、翻身时可发生剧烈疼痛，部分患者有跟腱反射减弱或消失，皮肤感觉减退。摄X光片及血常规、血沉、抗“O”等检查以排除结核、肿瘤以及其它禁忌症。

治疗方法

(1) 取穴及治则：以气海俞、环跳、殷门为主穴。配穴我们是按照疼痛的循行路线取穴。小腿后侧至足跟痛者以委中、承山、昆仑为第一组配穴。小腿前外侧至足背痛者以委阳、阳陵泉、绝骨为第二组配穴，如全小腿痛者选配第一、二组配穴，各穴交替施用。(2) 治法：患者取俯卧位，尽量放松腰部肌肉，术者位于患侧，用75%酒精进行严格皮肤消毒，取10毫升注射器一具配5号10厘米及牙科注射针头各一，抽醋酸强的松龙25毫克，加1%奴夫卡因10毫升（先做皮试），维生素B₁₂注射液一支（500微克）混合均匀。每次选用4—5个穴位。各穴均用直刺。患者有明显酸、麻、胀感并向病痛区及足部，抽吸无回血即可推注。大肠俞注射3毫升，其余各穴注射2毫升，注射后应嘱咐患者注意注射部位卫生。七日一次，五次为一疗程，如无痊愈休息7日再进行第二疗程治疗。

疗效观察

(1) 疗效标准：经三个疗程治疗，症状与体征全部消失，能参加体力劳动者为痊愈。症状与体征基本消失，劳累后仍有疼痛者为好转。经三

个疗程治疗，症状与体征未好转者为无效。

(2) 治疗效果：本组298例中，痊愈204例（占68.5%），好转87例（占29.2%），无效7例（占2.3%）。

疗效分析

(1) 疾病与疗效的关系：在298例患者中，干性坐骨神经痛201例，痊愈172例（占85.6%），好转27例（占13.4%），无效2例（占1%）。根性坐骨神经痛97例，痊愈32例（占33%），好转60例（占61.9%），无效5例（占5.2%）。由此可见，干性坐骨神经痛比根性坐骨神经痛效果好。

(2) 病程与疗效的关系：本组病例病程在半年以内的113例中，痊愈90例（占79.6%），好转22例（占19.5%），无效1例（占0.89%）。病程在半年以上的185例中，痊愈114例（占61.6%），好转65例（占35.1%），无效6例（占3.24%），可见病程的长短与疗效有着密切关系。

(3) 疗次与疗效：在痊愈204例中，注射一个疗程52例（占25.5%），注射二个疗程123例（占60.3%），注射三个疗程29例（占14.2%）。

典型病例

李××，男，46岁，干部。因夜晚办公受冷后发生右腰臀、大腿后侧、小腿前外侧至足跟痛10天，近症状加重。腰椎正侧位X光摄片显示第三、四、五椎体前缘有增生现象，血沉、抗“O”无异常。查体：患者行走困难，需人搀扶。右侧直腿抬高试验阳性（30°），第三、四腰椎横突、环跳、委阳、昆仑有压痛，诊断为右侧坐骨神经痛，当即给予大肠俞、环跳、选配第二组穴位注射。注射后患者疼痛大减，直腿抬高60°，自己步行回家，共治疗二次痊愈，至今未复发。

体会和小结

(1) 坐骨神经痛是一种痛苦大，且没有好的治疗效果。我们之所以有好的疗效（总有效率达97.7%），是根据坐骨神经痛多在下肢足太阳膀胱和足少阳胆经。故循经取大肠俞、委中、昆仑穴，疏通太阳经脉，驱邪外出。环跳、阳陵泉、绝骨通经活络来治疗该病。

(2) 从解剖学观点看，坐骨神经来自腰4—骶3神经根，大肠俞注射可将药物直接作用于腰4

（下转第2页）

穴位注射治疗坐骨神经痛298例临床分析

洛阳市涧西针灸科研门诊部 赵安民

应先整复桡骨头脱位，且比较容易，临时用手加以固，因桡、尺骨干等长，桡骨头已复位，就可以利用已恢复的桡骨支撑作用，再整复尺骨就很容易了，特殊型骨折也是首先将桡头复位，再按双骨折复位。

先以尺骨骨折为中心，在前臂的掌侧与背侧各置以分骨垫，在骨折掌侧(伸直型)或背侧(屈曲型)置一平垫，在桡骨头前外侧(伸直型)或后外侧(屈曲型)或外侧放置葫芦垫，在尺骨内侧的上下端分别放一平垫，用粘膏固定，在前臂的掌背及尺桡侧分别放上长度适宜的夹板，用4条布带捆好。伸直型骨折再外用石膏托固定于肘屈位3-4周，屈曲型及内收型骨折暂用石膏托固定于伸肘位2-3周。在固定期间前臂都保持中立位。2-4周后，骨折稳定，桡骨头也不会再脱位，拆石膏托，让肘关节开始伸屈活动。

(三) 练功

伸直型骨折练习作伸肘活动，屈曲型骨折作曲肘活动，换肘节能达90°功能位，骨折即可达临床愈合，夹板解除后功能亦随着恢复。

(四) 只要将桡骨头复位加以固定，尺骨折是很稳定的，既使骨折粉碎，也能维持很好的力线，但在伸直型骨折早期须固定在屈肘位，骨折有些背向成角，解除石膏托固定后都可自行恢复。应用这种方法治疗177例复查结果95.5%功能恢复满意。

三、盖氏骨折

亦为意大利医师Galeaggi于1934年报告了18例桡骨干中下1/3骨折合并下尺桡关节脱位而定名。其实在1929年法国医师Valande即认识到此种骨折，把它称反孟氏骨折。近年来有人把桡骨干骨折或桡尺骨干双骨折伴下尺桡关节脱位者均归于此类。盖氏骨折临床上比孟氏骨折少见，但治疗比较困难。文献报告一致认为保守疗法绝大多数疗效差，因此Campbell把它定名为“需手术骨折”。究其原因在于石膏外固定对下尺桡关节及骨折端起不到有效的固定作用。甚至伤后骨折基本无移位，经石膏固定后移位，Hughston认为是由于四种肢体内在动力所致：①手的重力导致下尺桡关节脱位及骨折背向成角；②旋前方肌抵止于桡骨掌面，肌肉收缩时可使骨折向尺旋转，向上向掌移位；③肱桡肌止于桡骨茎突，以

下尺桡关节韧带为支点，使桡骨折远段向尺移位，并使桡骨成角短缩；④拇外展肌及伸拇肌收缩力，使桡骨韧带松弛，桡骨远侧段尺侧移位。单纯依靠外力难以克服这些促使骨折、脱位再移位的内在动力，必须内外结合。中西医结合方法治疗盖氏骨折脱位，是利用合骨垫能保持已复位的下尺桡关节，防止掌背移位及左右分离，在分骨垫及桡尺、掌背部位必要纸压垫的作用下，利用肌肉收缩活动时所产生的内在动力，通过布带对夹板的约束力，纸压垫的效应力，夹板的杠杆作用，不仅能维持住骨折脱位复位后的位置，有些病例还能起慢性复位作用。通过125例各型骨折的治疗，疗效满意者达93.2%。

(一) 分型：1. 稳定型：骨折发生桡骨下1/4，骨折横断，移位不多，尺骨下端骨骺分离也包括在内，多见于儿童。

2. 不稳定型：骨折发生在中下1/3附近，短斜或螺旋型，多见于成人。根据骨折类型及移位方向的不同，又可分为两个亚型：

①尺偏型：骨折线自尺掌侧近端斜向桡背侧远端，远折段向尺掌侧移位。

②桡偏型：骨折线自桡背近端斜向尺掌侧远端，远折段向桡背侧移位。

3. 特殊型：桡尺双骨折(包括尺骨呈弧形弯曲畸形者)伴下尺桡关节脱位，多发生于成人。

(二) 整复：盖氏骨折脱位，位置浅表，整复比较容易。一般在牵引下先整复下尺桡关节，用合骨垫及绷带固定，令远端牵引助手环抱维持固定，而后按单骨折整复，尺骨呈弧形弯曲者必须首先整直。不稳定型骨折，用分骨提按法复位，特殊型按双骨折整复。

(三) 固定：尺偏型，分骨垫应置于桡骨远折段尺侧，桡侧夹板宜稍超过腕关节，而尺侧夹板较短，宜在腕关节以上，以保持腕关节轻度尺偏。桡偏型，分骨垫宜置于桡骨近折段尺侧，桡骨远折段桡侧加放一小方垫，迫使对位，桡尺侧夹同前臂双骨折。

(四) 练功方法基本与桡、尺双骨折相同。应用中西医结合方法治疗121例，复查结果，90%功能恢复满意。

这是我卅多年的临床实践中一点心得体会，以供参考，并希望在临床应用中加以验证，具体方法可参考中西结合骨折疗法及临床骨科创伤学。

(上接第48页)

神经前支，这对根性坐骨神经痛效果较好。在针刺环跳穴时药物可直接浸润至坐骨神经周围，这对治疗干性坐骨神经痛效果尤佳。第一、二组配穴中的委中、委阳分别分布在坐骨神经的两大分支胫神经和腓神经上，可消除小腿及足部的症状。

(3) 药物配伍机理：强的松龙直接用于神经

干及其周围的软组织，药液逐渐浸润扩散，可减轻渗出水肿和血管扩张，抑制炎症和松解粘连改善神经根营养条件。奴夫卡因有局部麻醉作用，能迅速止痛打断恶性循环并能减轻激素引起的疼痛。维生素B₁₂有营养神经作用。将上述三种药物配伍在一起，则可收到立杆见影和长久止痛的效果。经298例临床应用未见任何不良反应，