

张××,男,56岁,某厂汽车司机。于1991年5月仰卧位摔倒,跌伤头部,当时昏迷片刻,清醒后即鼻流混有血液的清液多量,当即住院治疗,次日即无血液,但清液多量流出不止,以纱布块清拭之,片刻即湿透更换。行CT检查,诊断为:颅底骨折。予以静点青霉素防止感染,并内服脑复康、谷维素、维生素C等药物。经上述治疗50余天,鼻流脑脊液量不减,逢外感其证加重,伴头目眩晕,气短乏力,食少自汗,嗅觉异常。医院多次动员手术治疗,本人不同意而来本院就诊。症见:面色晄白,神疲体倦,恶寒自汗,气虚懒言,嗅觉失灵,鼻流清液不止,舌淡苔薄白,脉细弱。诊为:颅底骨折并脑脊液鼻漏。证属虚损,法宜温补,治以温肺止流汤加减主之。方药:黄芪25g、人参10g、荆芥穗10g、诃子5g、藿香5g、桔梗5g,水煎服。连服五剂,诸症渐愈,惟晨起尚有少量清涕滴出。因煎药不便,即改服补中益气丸,每服二丸,日服三次。并用黄芪25g、人参10g煎汤送服及代茶饮,嘱其注意起居,防止外感。继续治疗2周后复诊:

鼻流清液已止,诸症悉愈出院。一年后随访,脑脊液漏治愈无后遗症,恢复正常工作。至今年余,身体健康,无任何不适。

讨论:脑为髓海,藏于至阴,故藏而不泻,因颅底骨折,脑膜破裂,脑气不固,脑液下渗于鼻,久漏必虚,治宜补虚损,益气升阳。方中黄芪益肺气,温分肉,固腠理,敛汗实表,补表之元气虚弱,温养脾胃。久漏元虚,脾阳衰弱,漏口溃塌不能兴其生发之机能,故久漏不止,黄芪尤为治疮漏久败之圣品,重用则效著。人参补气安神,开胃进食,补中气之不足,肺脾同补以治其本。并以荆芥穗止血清晕,诃子敛肺消痰,藿香行气和中,桔梗养气除邪,载诸药上升,以治其标。服药五剂则获捷效。久漏则肺衰脾损,中气下陷,脾失健运,虚象俱现,非重用参芪则难奏速效,故用参芪煎汤代茶饮,及送服补中益气丸,其重在对证,贵在倍用,以增强升阳补中,健脾益气之功效,使脾胃健运,则浊降清升,收效迅速。

浅刺多针法治疗慢性腰背痛

厦门大学海外教育学院 (360000) 陆汎

笔者自1987年至1991年期间,对23例慢性腰背痛病人采用“浅刺多针法”进行治疗,取得了较满意的疗效,现介绍如下:

一般资料:23例中男6人,女17人;年龄最小19岁,最大73岁;除1人为急性扭伤外,病程在1~5年11人,6~15年6人,15年以上5人;经西医诊断为骨质增生9人,腰椎间盘突出症1人,腰肌劳损12人;证属祖国医学寒湿型11人,气滞血瘀型2人,肾虚型10人。

治疗方法:取穴:督脉及足太阳膀胱经第一侧线上,从压痛部位上3寸至压痛部位下3寸的连线(双侧)。

操作:患者取俯卧位,暴露腰背部,沿膀胱经第一侧线及督脉按压,找出疼痛明显部位

后再向上下各延伸3寸左右,常规消毒,用32号1寸针自上而下快速刺入皮下约2mm,针距1.5寸,排刺,针后可加用温灸箱。留针30分钟,隔日一次,7次为一疗程。

疗效观察:

1. 疗效标准:显效:症状基本消失或明显减轻,一年内未复发者;好转:症状比治疗前减轻,但过劳或阴雨天仍有酸痛不适感;无效:症状与治疗前无任何改善。

2. 治疗结果:23例中最少治疗3次,最多治疗3个疗程,其中显效14例,占61%;好转8例,占35%;无效1例,占4%。

体会:1. 浅刺多针法进针较浅,通过刺激络脉,调节络脉气血,进而调节经络脏腑功

能，是临床从络治病的有效方法，也是治疗慢性腰背痛的有效方法。2. 浅刺多针法在经络辨证的基础上，取穴多，覆盖面广泛，更易激发经气，并与改善机体微循环的关系密切。如临床应用本法时，可见针处皮肤发红面积较大，患部发热较明显，部份患者会出现循经传导的现象，这是局部小血管扩张，容量增加，血流速度加快的结果，也说明达到了激发经气的目的，加强了血液循环和增强了机体机能活动的的能力。3. 浅刺法与深刺法相比，由于刺激量较

弱，对机体损伤也较小，是相对偏补的刺法，可以扶正祛邪，对虚证病人更适宜，患者也较易接受。因此临床上不必要盲目追求深刺。4. 浅刺多针法治疗慢性腰背痛疗效较好，特别是病人临床症状改善明显，甚至症状完全消失，但对有些病不能消除病因，如9例骨质增生的病人中有5人治疗前后均作X线拍片检查，骨质增生情况没有变化，因此这类病人症状将较容易复发，对这一点应有客观的认识。

旋腰髂顶推拉法整复肘关节脱位

海南省中医院 (570003) 柯西桥

作者1983年以来用旋腰髂顶推拉法整复肘关节后脱位27例，取得满意效果，现就有关问题探讨如下。

临床资料：男19例，女8例；最小13岁，最大54岁；就诊时间最早半小时，最迟49小时；左6例右21例，均为新鲜脱位。

症状和诊断：全部病例均有外伤史，患肘肿胀压痛，肘关节畸形，肘前饱满，肘后跟腱样改变，肘后三角消失，前臂缩短伴有弹性固定于肘伸约135~145°，侧方移位者有内外翻畸形改变。X线拍正侧位片可明确脱位的方向和有否合并骨折。4例伴有肱骨内上髁骨折，I度1例，III度2例，IV度1例。8例伴有外侧方移位。

治疗方法：全部病例均采用旋腰髂顶推拉法整复。以右肘关节脱位为例，患者两腿分开端坐于方椅，术者背向患者右弓步向前站立，左手牵拉患手前臂使之维持旋后位患肘关节贴髂前上棘高处，右手牵拉肱骨远端通过拇指和四指的压降提升作用纠正侧方移位并通过对患肘的推揉按摩使肌肉松弛，然后术者在旋腰髂顶发力的同时，双手用力反向牵拉，右手拇指用力推尺骨鹰咀向前，左手在牵拉下使前臂肘屈，常可闻及复位之弹响声。复位后术者对患肘关节进行屈伸，内外收展和前后旋转活动以

纠正微小错位和对损伤的韧带和肌肉进行复位和塑形，最后对肘关节行8字绷带固定维持屈肘小于90°，颈腕带悬吊于胸前。早期行握拳伸指及腕关节的屈伸活动，2周改三角巾悬吊胸前进行主动的屈伸肘关节活动。伴有肱骨内上髁骨折者，肘关节整复时骨折一般会随之复位，如不对位，应对骨折进行整复正位，然后行内、外、后三块夹板超肘关节旋后位固定，使肘关节屈曲稍小于90°悬吊胸前，2周后去夹板，根据病情需要进行功能锻炼或中药熏洗。

治疗结果：27例中26例一次整复成功，失败1例为14岁男性患者右肘关节后脱位伴有肱骨内上髁骨折嵌于关节内骨间，经外院二次手法整复失败来诊。用旋腰髂顶推拉法整复失败后改在臂丛麻醉下，使肘关节再脱位然后用他法整复成功，整复骨折后用三块夹板固定，亦治愈。一例21岁男性患者骨化性肌炎经中药熏洗、理疗及功能锻炼等综合治疗，3个月后遗留肘关节屈伸有10°~15°活动障碍。

讨论：本法不需麻醉，适用于青壮年各个年龄组。简而易行，尤其适合一人应用。整复时利用杠杆原理，在牵拉撬撑时，利用髂骨高处和尺骨鹰咀为支点，前臂和肱骨干为力臂，在旋腰髂顶推拉作用的同时右手四指拉