

上神经压迫试验几乎成为腰椎管内病变的必有体征，特别对仅有腰痛或腰臀痛的患者具有重要的诊断价值。它的解剖生理学基础是，臀上神经由 L₄~S₁ 脊神经根前支组成，腰椎管内病变常发生于腰段，利用腰椎脊柱屈伸位时椎管容积的减小或增大，脊神经根在腰神经根管内受到紧嵌或减压，臀上神经在坐骨大孔内上缘的压痛也会随之加剧或减轻。在无椎管内造影、CT、磁共振及实验室检查的情况下，通过该试验可检出是否为腰椎管内病变，尤其是对该症早期无坐骨神经痛，神经学体征不肯定而直腿抬高试验正常的患者，这项试验更具有诊断价值。我们通过 34 例手术证实椎管内病变，而在术前作臀上神经压迫试验均系阳性，充分说明了该体征的准确性和临床意义。

(收稿：1997-09-21)

善，共 2 例。治疗 1 次 114 例，治疗 2 次 47 例，治疗 3 次 12 例。本组治疗无任何并发症和副作用。

讨 论 本组 53 例为 APLD 术后、10 例为开放手术髓核摘除术后发现 L₃ 横突综合征。我们认为，腰椎间盘突出症症状复杂、较重，椎间盘突出后压迫刺激神经根，发生放射性神经痛，其所支配的腰背肌群痉挛收缩疼痛，为缓解疼痛健侧的腰背肌群起拮抗作用而维持腰部新的“平衡”，从而掩盖了 L₃ 横突与腰背筋膜、骶棘肌内平衡失调的病情，当手术解决了腰椎间盘突出症状时才表现出 L₃ 横突综合征的表现，小针刀治疗恢复了其内平衡，63 例此类病人均获治愈。

参考文献

1. 朱汉章. 小针刀疗法. 第 1 版. 北京: 中国中医药出版社, 1992: 192. (收稿: 1995-05-09)

小针刀治疗腰₃横突综合征

广西玉林市第一人民医院 (537000)

唐传其 甘贵珍 梁燕芳

我院用小针刀治疗 173 例 L₃ 横突综合征患者取得满意效果，现报道如下。

临床资料 本组 173 例中，男 117 例，女 56 例；年龄 16~68 岁；有外伤史 46 例，无外伤史 127 例；单侧 97 例，双侧 76 例；横突尖部触及明显的活动的肌肉痉挛结节 107 例；病程最短 20 天，最长 25 年；并发症：髂腰韧带损伤 31 例，臀中肌损伤 68 例，棘间韧带损伤 53 例，棘上韧带损伤 74 例，腰肋韧带损伤 12 例；其中经过较长时间的封闭、按摩、理疗、中药等治疗未见好转，病情较重，严重影响工作与生活者 34 例。

治疗方法 操作方法^[1]：在第三腰椎横突尖部（即压痛点处），常规消毒后以刀口线和人体纵轴线平行刺入，当小针刀刀口接触骨面时，用横行剥离法，感觉肌肉和骨尖之间有松动感即出针，贴创可贴并压迫针孔片刻。一般只一次治疗即痊愈，如一次还没完全治愈，尚存余痛，5 天后作一次治疗，最多不超过三次。术后嘱病人于 2~5 天后作弯腰屈背活动，防止再度粘连影响疗效。

治疗结果 所有病例均获随访，最短 8 个月，最长 2 年。治愈：症状完全消失，无腰痛腰胀不舒感，共 123 例；基本治愈：久坐久站或重劳动时仍有腰胀不舒感，共 28 例；好转：仍有腰痛腰胀感，症状减轻，能从事轻劳动，不能从事重劳动，共 20 例；无效：症状无改

关节骨洗方治疗骨关节肿痛

广州白云区人民医院 (510500)

江 山

关节骨洗方是在多年的临床实践基础上自拟而成，在临床 100 例中均收到良好效果，报告如下。

临床资料 本组 100 例中，男 69 例，女 31 例；12 岁以下 7 例，12~30 岁 54 例，30~55 岁 20 例，55 岁以上 19 例；发病时间：1 周以内 53 人，3 周以内 28 人，4 周以上 19 人。疾病种类：骨关节软组织挫伤、骨折后期、关节脱位整复后、痹症（风湿性关节炎）、五十肩（肩周炎）、痛风、关节局部骨质增生、骨髓炎、关节滑囊炎、腱鞘炎、腕管综合征、腰腿痛。

治疗方法 药物组成：大黄 30g 桂枝 30g 川乌 30g 两面针 30g 红花 30g 归尾 15g 细辛 15~30g 宽筋藤 30g。用法及注意事项：(1) 水煎外洗，1 日 1 剂，1 日热洗 3 次；(2) 关节损伤早期 24 小时内不能热洗，可煎后放冷泡洗；(3) 对陈旧性关节损伤者，或有骨关节周围软组织粘连症状的，用白米醋加热，以 1:1 份量与药液泡洗；(4) 对小孩老人，要注意药液温度不宜太高，可把刚煎好的药液先行熏蒸，后行泡洗；(5) 孕妇慎用；(6) 对某些关节活动不便或外洗困难者，用毛巾沾药液热敷也可达到同样治疗效果。

治疗结果 疗效标准：痊愈：关节肿痛症状基本消失，关节功能活动恢复正常；显效：关节肿痛明显减轻，关节功能大致恢复正常，不影响工作及生活；好转：关节肿痛减轻，关节功能活动轻度受限；无效：关节肿痛

症状存在,功能活动受限。效果:痊愈 66 例,显效 20 例,好转 12 例,无效 2 例。总有效率 98%。平均疗程 2~4 天。

讨论 祖国医学理论认为,瘀肿疼痛的产生虽可缘于多种因素,但其病机不外是气血的病变,气滞则血瘀,不通则痛,故治当活血祛瘀、理气消肿止痛、舒筋活络为大法。此方就是按此原则组成的。方中大黄为苦寒悍利之品,其性沉而不浮,其用走而不守,拥有“将军”之称,具有活血祛瘀,清热解凉血,通闭解结,推陈出新之效。大黄配伍红花、归尾加强活血祛瘀,桂枝、细辛、川乌、宽筋藤为辛温升散走串之品,内而宣络脉,通百节,外而行孔窍,通肌肤,和血调气,使气血流畅,通则不痛。同时川乌、细辛、两面针具有强烈的麻醉效果。川乌、两面针含多种生物碱,其中的川乌所含的乌头碱对各种神经末梢及中枢有先兴奋后麻痹作用,又因为生物碱加有机酸结合成盐,易溶于水而提高疗效,故方中运用白米醋对陈旧性骨关节损伤,不仅对关节周围软组织粘连有软化作用,而且对提高两面针、川乌的药效也有帮助。

(收稿:1995-05-09)

腰椎转移肿瘤误诊为腰椎间盘突出 6 例

山东省东营市国营黄河农场医院 (257509)

张斌 宋廷亮 郎威来

我院自 1994 年 3 月至 1995 年 3 月共收集 6 例腰椎转移肿瘤误诊为腰椎间盘突出患者,现将误诊原因结合临床进行分析。

临床资料 本组 6 例,男 2 例,女 4 例;年龄最大的 43 岁,最小的 17 岁;病程最长的 2 年,最短的 3 个月;在术前全面查体发现 1 例,术后病理诊断 5 例;原发肿瘤为胰腺肿瘤的 2 例,神经母细胞瘤的 1 例,胃癌 1 例,子宫颈肿瘤 1 例,原发肿瘤未找到的 1 例。

典型病例 例 1. 林××,男 43 岁,因持续性腰痛伴右下肢疼痛 2 年,麻木 8 个月来院就诊。在当地县医院拍片无异常,给予对症处理,2 年来病情时轻时重,约 8 个月前出现右下肢疼痛、麻木,腰痛有所减轻,再次到县医院拍片后诊断为 L_{4,5} 椎间盘突出,并给予抗炎及止痛药物、牵引、口服中药等治疗,病情未见明显减轻而来我院。入院查体:腰椎右侧弯曲, L_{4,5} 椎间隙压

痛,椎旁叩击痛,腰椎活动范围 $25 \times \frac{40}{10} \times 25$, 右大腿后侧、

小腿前外侧及足背感觉较左侧差,左侧大腿粗 19cm,右侧大腿粗 17cm,无大小便改变,右直腿抬高试验 60° 阳性,以 L_{4,5} 椎间盘突出收入院。患者于术前行 CT 定位时报告为 L₄ 椎体后缘肿瘤,并在 X 线引导下腰椎穿刺,病理分析为胰腺转移肿瘤,随后经 B 超引导下穿刺再次证实为胰腺癌。患者发病以来无任何腹部症状。

例 2. 王×,女 17 岁,因腰部扭伤 3 个月,双下肢麻木 2 天入院。患者于 3 个月前,在搬运衣箱时扭伤腰部,当即腰部疼痛,为持续性,曾在当地县医院拍片诊为 L_{4,5} 椎间盘突出,给予腰椎牵引、中药外敷等治疗 3 个月,无明显好转,近 2 天来出现双下肢麻木无力,来我院,经拍片再次诊为 L_{4,5} 椎间盘突出。入院查体: L_{4,5} 压痛较轻,无明显的椎旁叩击痛,双下肢大腿后侧、小腿前外侧感觉减弱,腰椎活动范围 $40 \times \frac{20}{30} \times 40$ 。患者手术后

切除物病理报告为转移肿瘤,术后结合临床给予化疗。

讨论 6 例患者在我院及外院多次诊治均被误诊,拍片除 1 例外,其余骨质未见明显的破坏,某器官原发肿瘤未见典型的阳性体征,因多数肿瘤经血液及淋巴转移有的可先侵犯椎间盘,脊髓受压,出现椎间盘突出症状及体征,由此可知腰椎转移肿瘤和椎间盘突出鉴别很重要,不应忽视。有些骨科医生不重视腹部检查,采集病史不详细,忽视做必要的辅助化验检查,以至于误诊。6 例病人中 1 例于术前检查发现,5 例均于术后病理分析确诊。多数医师认为病人曾在县级医院诊为椎间盘突出,且以往又有 X 线拍片,并所见椎间盘突出体征、症状,加上病人年龄为中青年,而忽视了腰椎转移瘤这一可能。6 例病人中只有 1 例 X 线拍片椎体有很小一部分破坏,发现时病人已误诊 2 年,1 例轻度贫血症状,其余均无明显的食欲减退、消瘦及恶病质表现,给诊断上带来一定困难。诊断时应结合临床,综合分析,不能单纯依靠 X 线平片决定病变性质,在病人经 1-2 个月综合治疗后无明显减轻者,可行 CT、血沉、碱性磷酸酶等检查,有条件时可行 MRI 检查。

(收稿:1995-05-09)

重度褥疮治验

河南省宁陵县人民医院 (476700)

吕燎原 华金远 朱玉民

近年来,我们采用中西医结合的方法治疗褥疮感