

表 4 组间各型疗效比较

	神经根型			椎动脉型			混合型		
	病例数	优良数 (优良率%)		病例数	优良数 (优良率%)		病例数	优良数 (优良率%)	
注射组	90	77 (85.6)		6	4 (66.7)		27	21 (77.8)	
牵引组	51	31 (60.8)		3	1 (33.3)		15	8 (53.3)	
按摩组	32	19 (59.4)		3	0 (0)		7	4 (57.1)	
服药组	89	45 (50.6)		6	1 (16.7)		31	13 (41.9)	

四个组有效率差异不明显,但注射组优良率明显高于其它三组 (P 值均 < 0.01)。而且注射组各型的优良率,也分别显著高于其它组相应各型的优良率 (均为 $P < 0.01$)。随访发现,优良者半年以上复发例数 (复发率%) 分别为:注射组 19 例 (18.6%),牵引组 23 例 (57.5%),按摩组 16 例 (60.9%),服药组 34 例 (57.6%)。

讨 论

中医认为,颈椎病属痹症,由外邪侵袭,风寒湿邪停滞于肌肉、关节、经络,引起气血邪阻闭滞所致^[2],故治疗上应以舒筋活络、祛风止痛为主。抗骨痛注射液用当归、红花等 8 种祛风通络类中药配制,经严格的提纯灭菌处理而成,其药效成份高,无颗粒和杂质。药液被直接注入深部组织,能迅速在病变处和相邻组织中形成有效浓度,发挥药物效用。

本文各组病例年龄、性别大致相同,临床表现以神经根型居多,其次为混合型。从四种治疗方法的效果上看,显效率差异不大,优良率则注射抗骨痛组明显高于其它组,具有显著的统计学意义。从各个组同一类型的疗效比较看,注射抗骨痛组各型的优良率也显著高于其它组相同类型的优良率。而且,注射组较其它组每次

治疗时间短,治疗次数少,平均 12 次,颈部酸痛、手痛麻、头晕、恶心、心慌气促等症狀就明显减轻或消失,随访发现半年以上复发率也明显低于其它组。此外,注射法也可以根据病情轻重、个体差异等灵活掌握剂量,一般每次治疗用药总量不超过 4ml,经 3 年多临床应用观察,未见用药后毒副作用。

我们认为,局部注射抗骨痛药液,病变及周围组织应答反应快,促进了血液循环,改善了组织代谢,既快又好地发挥了活血化瘀、祛风化湿、益气强身的作用,从而促进炎症的消散吸收,减轻或消除神经及结缔组织的充血水肿,抑制纤维化,缓解或去除疼痛,达到治疗颈椎病的目的。我们体会,该方法见效快、疗效好、完全可靠、省时省力,为治疗颈椎病提供了一个新途径。但抗骨痛是否具有阻止骨质增生的药理作用,还有待今后进一步探讨。

参考文献

1. 赵定麟,等. 颈椎伤病学. 上海:上海科技教育出版社, 1994. 21
 2. 王东平,等. 中药注射与中药导入治疗中老年颈椎病 1786 例疗效分析. 中国老年学杂志, 1993, 13 (6): 367
- (收稿: 1995-12-11 修回: 1996-06-29)

阻力针法与针刺治疗肩周炎

黄 巍 王菊英*

同济医科大学附属协和医院 (武汉 430022)

我们采用阻力针法和针刺治疗肩周炎取得较好效果,小结如下。

临床资料

146 例中观察组 76 例,男 42 例,女 34 例,年龄 38~71 岁,平均 52.4 岁,45~56 岁最多;对照组 70 例,男 39 例,女 31 例,年龄 36~65 岁,平均 49.3 岁,42

~53 岁最多。

治疗方法

1. 阻力针法组 (观察组):令患者坐位做疼痛的动作,在维持最疼痛的姿势中,耐心细致地寻找最痛点,即“动痛点”。并在此痛点下针,针达皮下后,用高频震颤手法,频率每分钟 200 次以上。如遇病变部位深,

* 同济医科大学计划生育研究所

则须在相对静止时深刺之,可以针达损伤组织,行手法得气。再把针提至皮下,令病人做相应的活动,在活动仍行高频震颤相结合的手法,让患者重做上述最疼痛的动作,直到疼痛消失或缓解为止后起针。一般不留针,隔日 1 次,5 次为 1 疗程,2 个疗程后作疗效判定。

2. 针刺组(对照组):令患者平卧,暴露小腿,常规消毒条口穴(一侧:左病右取,右病左取),选 28~30 号 2.5~5 寸长毫针,扎进条口穴并透向承山,用提插捻转,较强刺激手法,若双肩则取双条口透承山,行针 10 分钟,留针 20~30 分钟,留针中行针 2~3 次,隔日 1 次,5 次为 1 疗程。对照组也以 2 个疗程后作疗效判定。

治疗结果

1. 疗效标准:痊愈:临床症状完全消失,运动功能完全恢复正常;显效:临床症状基本消失,运动功能基本恢复正常,局部稍有疼痛或不适;好转:临床症状有减轻,运动功能有所恢复或遗留部分功能障碍;无效:经治疗后临床症状和运动功能无明显变化。

2. 治疗结果:阻力针法组治愈 64 例,显效 8 例,好转 3 例,无效 1 例,总有效 75 例,占 98.7%;针刺组

治愈 45 例,显效 10 例,好转 8 例,无效 7 例,总有效 63 例,占 90.0%。提示阻力针法治疗肩周炎优于针刺组,但针刺组(条口透承山)总有效率达 90.0%,说明本法仍是治疗肩周炎的有效方法之一。

体 会

阻力针法的“动痛穴”正是肩周炎病变的部位,也是医生进行针刺的地方。动痛穴大部分是现有的腧穴的位置所在,或者是其附近。使用本法应以取“动痛穴”为主,不要受经络和腧穴的限制,强求去取腧穴。本法是行浅刺高频震颤手法的同时,仍令患者做相应的活动,是区别于普通针法的关键,故临床上称“动刺法”。本法在体位上是动位,找准动痛穴和针刺动痛穴都是动位,或动静结合,以动为主的“动体位”。频率每分钟 200 次以上,反复多次,在短时间内给以较强刺激量,不留针不平卧,但注意忌用暴力强刺激,以防晕针仆倒或折针等。

针刺条口透承山为临床有效方法,已有不少的报道。本文中疗效不如阻力针法,但治愈率达 64.3%,总有效率达 90.0%,故仍为治疗肩周炎的有效方法之一。

(收稿:1995-03-06 修回:1995-11-21)

周围神经吻合术后疗效观察

肖文耀 张智才

甘肃省兰州市第二人民医院 (730016)

为探讨断裂的周围神经吻合后的功能恢复情况,笔者对 1983~1994 年间,所行外膜对端吻合的 72 例病例,共 89 条神经进行总结,报告如下。

临床资料

本组 72 例均为锐器伤,其中 17 例同时两条神经断裂(均为多发刀伤或腕管切割伤),共 89 条神经;男 53 例,女 19 例;年龄 15 岁~42 岁;损伤神经及吻合时间见表 1。

治疗方法

本组 89 条神经中,有 12 条系外院漏诊,伤口愈合后出现肢体功能障碍才发现,来院后 II 期手术探查(术中证实神经断裂),行外膜对端吻合。余 77 条均为伤后 24 小时内手术,在清创同时行外膜对端吻合。术后石膏固定患肢于神经松弛位,给予止血、脱水、激素及神经营养药物等常规治疗。

手术:充分、广泛显露两断端神经并游离(勿损伤分支),轻柔牵拉,屈曲关节或神经移位等方法,克服

回缩缺损,减小张力,根据神经束的排列,外膜血管走行方向等局部解剖特点,防止扭曲、旋转,准确对合两断端,用无损伤线在无张力下行对端反向外膜缝合,置于脂肪或健康软组织中。对 II 期手术,因缺损更多,张力更大,故要有足够的切口长度,以利于广泛显露、游离,应由两端正常解剖部位向伤口瘢痕粘连部位游离,在吻合前要切除神经瘤达正常神经束出现。

治疗结果

1. 疗效判定标准:根据 1954 年英国医学研究院颁布的感觉、运动分级标准评定疗效:优: S₃⁺、M₄ 以上,无畸形,功能正常;良: S₃M₃,无畸形或轻微畸形,功能好,工作、生活稍有不便;可: S₂M₂,有中等畸形,部分关节僵,肢体恢复保护性感觉;差: S₁M₁,畸形重,关节僵,功能基本丧失。

2. 随访结果:对 72 例患者所吻合的 89 条神经随访 2~8 年,绝大多数恢复了运动、感觉及营养功能,总优良率达 95.5%。结果见表 1。