

针刺膈穴配合中药治疗腰椎间盘突出症

朱广运

(肥城市中医院, 山东 肥城 271600)

采用针刺腹腰部膈穴配合中药内服治疗腰椎间盘突出症 100 例取得了满意效果, 现报道如下。

1 临床资料

100 例中男 52 例, 女 48 例; 年龄 20~68 岁; 病程 3~30 年; 有外伤史的 44 例, 无明显外伤史的 56 例; CT 或 MRI 检查椎间盘突出物最小 0.3cm, 最大 1.32cm, 0.5~0.8cm 的占 80%; 单节段突出 50 例, 双节段突出 34 例, 三节段突出 16 例, 其他合并椎管狭窄 8 例, 侧隐窝狭窄 30 例, 黄韧带肥厚 6 例, 后纵韧带钙化 6 例, 椎体后缘增生 15 例。

2 治疗方法

2.1 针刺取穴 腹部侧腰压痛点对应穴, 育俞, 四满, 气冲, 五枢, 维道, 关元, 中极为主穴; 足三里, 丘墟, 太冲为配穴。腰部侧肾俞, 大肠俞, 小肠俞, 腰阳关, 压痛点为主穴; 殷门, 委中, 阳陵泉, 绝骨, 昆仑为配穴。针刺方法: 腹、腰部侧膈穴交替针刺, 1 天一次。每次主穴均取, 配穴取 2~3 个。主穴用双针并齐一起刺入, 单手行双针与双手各行一针交替进行, 提插捻转。腹部针深 2~3 寸, 用补

法, 针感达腰部或下行; 腰部针深 3~4 寸, 用泻法, 针感达腹部或下行。配穴单针刺入, 行提插捻转平补平泻。留针 30 分钟, 中间行针 2 次, 每天 1 次, 14 次为一疗程。休息 4 天后继续下一个疗程。

2.2 中药内服, 以补肾壮督, 健脾养胃, 活血止痛为法。基本方: 鹿角霜 30g, 威灵仙 15g, 杜仲 12g, 乳香 10g, 没药 10g, 川断 12g, 茯苓 30g, 白芍 15g, 木瓜 5g, 鹿衔草 30g, 怀牛膝 15g, 甘草 6g。辨证加减: 风盛者加海风藤 30g; 寒湿者加制附子 12g, 细辛 3g, 独活 12g; 湿热者加苡米 30g, 苍术 15g, 黄柏 12g; 肾虚者加淫羊藿 10g, 巴戟天 15g; 气虚者加人参 10g, 黄芪 15g; 血虚者加鸡血藤 30g。水煎服日一剂。14 剂为一疗程, 休息 4 天后继续下一疗程。

3 治疗结果

3.1 疗效标准 治疗二个疗程症状、体征完全消失, 恢复工作, 半年没有复发者为痊愈; 症状、体征基本消失, 恢复工作, 仍有轻度不适者为显效; 疼痛减轻大半, 功能改善, 未能恢复工作者为好转; 治疗

后仅主观感觉症状较治疗前好转者为无效。

3.2 治疗结果 100 例患者经治疗二个疗程, 痊愈 44 例, 显效 43 例, 好转 7 例, 无效 6 例。

4 讨论

针刺腹腰部膈穴配合中药内服治疗腰椎间盘突出症, 理论依据为腹部的关元、中极隶属任脉, 是任脉与足三阴经的交会穴; 育俞、四满隶属肾经, 是肾经与冲脉的交会穴, 亦是与督脉的交会穴; 气冲属胃经穴, 为冲脉所起。五枢、维道属带脉膈穴, 带脉环腰一周, 有约束调节腰部诸脉的作用。由于腹部的经脉、膈穴直接或间接地与腰部有密切联系, 因此针刺腹部的膈穴, 即能补肝肾, 健脾胃, 益气血, 通经络, 又能梳理腰部气机, 健腰壮督。腹部的针刺能直接解除腹肌、脊柱前、侧方肌群的紧张与痉挛, 调整脊柱的外在平衡, 从而恢复腰椎内外动态平衡。此外腹部正好分布着肾、腰、腿、足的全息穴位, 针刺治疗其处就能治疗其发生的病症。

(编辑: 李为农)

骶疗结合中药热敷治疗腰椎间盘突出症

赵明¹ 潘伟宏²

(1. 宁夏医学院中医系, 宁夏 银川 750000; 2. 秦扬风湿医院, 宁夏 银川)

笔者采用骶疗结合中药热敷治疗腰椎间盘突出纤维环破裂症引起的腰腿痛 78 例, 取得良好的效果, 现报告如下。

1 临床资料

78 例中男 56 例, 女 22 例; 年龄 24~60 岁; 病程 2 周~5 年; 其中 48 例有明显外伤史, 24 例曾有过受寒史, 6 例无明显诱因; 全部病例临床表现典型, 主诉有腰腿痛伴下肢麻木, 阳性体征为腰部活动受限, 棘

上或棘旁有压痛、叩击痛, 并向下肢放射, 直腿抬高 50° 以下, 挺腹试验阳性; X 线摄片均提示有椎间盘异常, 其中 42 例有 CT 进一步证实。

2 治疗方法

2.1 骶疗药物 0.9% 生理盐水 60ml, Vit B₁₂ 0.5mg, Vit B₁ 100mg, 2% 利多卡因 3~5ml, 强的松龙 50mg。

2.2 外用中药 草乌 18g, 肉桂 18g, 桂

枝 18g, 细辛 12g, 透骨草 30g, 红花 12g, 苏木 21g, 伸筋草 18g, 麻黄 12g, 山奈 12g, 甘松 9g。

2.3 方法 患者采用俯卧位, 臀部抬高。常规消毒后, 放置洞巾, 局麻后用 9 号针头从骶管裂孔刺入, 快速推入药物。停药后 5 分钟, 适当施用斜扳法、屈髋屈膝等手法。一周内将中药煮沸 20 分钟后, 用纱布包裹, 外敷腰部。每日 1~2

次。

2.4 骶疗反应 多数患者出现患腰部胀痛加剧,并向患肢放射。少数人有轻度全身发热,头晕症,休息后缓解。

3 治疗效果

3.1 疗效评定 优:腰部症状、体征全部或大部分消失,能够正常生活工作;良:腰部症状体征消失,腿部症状体征改善,能够从事轻度的体力活动;差:腰腿部症状体征缓解不明显,影响正常日常生活。

3.2 治疗结果 一周后有明显外伤者 48 例中,优 28 例,良 16 例,差 4 例;有明显受寒史者 24 例中,优 18 例,良 6

例;无明显诱因者 6 例中,优 4 例,良 2 例。总有效率 94.8%。

4 讨论

腰突症是由于椎间盘、椎后关节正常解剖关系改变,导致周围软组织及神经根产生炎症,粘连骶疗是把大量的液体药物通过骶管直接输入硬膜外腔,自下而上产生一定的液压,对粘连的神经根进行钝性分离^[1]。低度利多卡因可以改善局部组织血液循环,促进神经与周围组织炎性水肿消退。利用激素渗入粘连组织和神经根周围,充分发挥激素作用,抑制和防止纤维细胞和结缔组织增生,减少神经根与周围组织的粘连。Vit

B₁₂、Vit B₁ 直接作用于神经根,调节营养神经、维持神经组织的正常生理功能。^[2]再结合推拿手法,以求恢复椎关节、韧带之间的正常解剖关系。骶疗后继续用中药热敷患腰,通过药物的局部作用,加速局部病变恢复,气血运行得以畅通。

参考文献

- [1] 谢明娟,杨玉才,芦素芳,等. 骶管硬膜外充填法治疗腰腿痛. 中国康复医学杂志, 1992, 7(3): 143.
- [2] 杨锡馨,林知香,杨,等. 203 例神经痛治疗介绍. 中华麻醉学杂志, 1989, 9(2): 108.

(编辑:李为农)

肘关节外侧与后侧入路治疗肱骨髁上骨折的疗效比较

魏晓健 段玉民 徐维民

(聊城市中医医院, 山东 聊城 252058)

我院自 1990 年 7 月至 1995 年 10 月共手术治疗肱骨髁上骨折 126 例,随机采用后侧入路 74 例,外侧入路 52 例,手术后随访时间最短半年,最长 5 年,对疗效进行对比,现报告如下。

1 临床资料

1.1 后侧入路 74 例中,男 51 例,女 23 例;年龄 4~13 岁;伤后到就诊时间 1 小时~30 天;无一例血管神经损伤,均为闭合性骨折;伸直型 65 例,屈曲型 9 例。

1.2 外侧入路 52 例中,男 40 例,女 12 例;年龄 3~12 岁;伤后到就诊时间 2 小时~35 天;其中桡神经损伤者 2 例(术中见均有牵拉伤);均为闭合性骨折;伸直型 48 例,屈曲型 4 例。

2 治疗方法

2.1 后侧入路 仰卧位,臂丛麻醉或加用基础麻醉,气囊止血带止血,将患肢置于胸前,取肘后正中切口,依次切开皮肤、皮下组织,游离保护尺神经,将肱三头肌舌状瓣切开并牵向远端,切开骨膜,显露并清理骨折端,屈肘位纵向牵引,使骨折复位,然后经皮分别从肱骨外髁和肱骨内髁(避开尺神经),交叉钻入两枚克氏针做内固定,弯弯并剪短针尾留于皮外约 1cm,松止血带,彻底止血,缝合肱三头肌的舌状瓣,逐

层缝合切口。术后屈肘 90°前臂中立位石膏外固定,一般术后 4 周拆除石膏外固定,开始功能锻炼,6~8 周拔针。

2.2 外侧入路 体位及麻醉同后侧入路。取肘外侧切口,依次切开皮肤、皮下组织、筋膜。在肱桡肌、桡侧腕伸肌和肱三头肌之间进入,沿外髁嵴切开骨膜,并作骨膜下剥离。显露并清理骨折端,屈肘位纵向牵引,使骨折复位,然后将克氏针经皮由外侧斜向内上固定骨折近端,再用一枚克氏针经皮由骨折近端斜向内下至肱骨内髁穿出,注意不可穿出过多,以免损伤尺神经,弯弯并剪短针尾留于皮外约 1cm,用细钢丝或橡皮条在针尾处张力打结固定,松止血带,彻底止血,逐层关闭切口。术后处理及练功同后侧入路。

3 治疗结果

根据临床表现及查体,我们制定如下评定标准:优:肘关节屈伸活动 130°以上,无肘内翻畸形;良:肘关节活动范围 110°~130°,无明显肘内翻畸形;可:肘关节活动范围 90°~110°或肘内翻畸形 10°~30°;差:肘关节活动范围小于 90°,或肘内翻大于 30°。结果如下:后侧入路

74 例中,优 52 例,良 8 例,可 9 例,差 5 例,外侧入路 52 例中优 45 例,良 4 例,可 3 例。

后侧入路术后并发肘内翻 8 例,占 10.8%,而外侧入路无一例发生肘内翻。后侧入路手术的总优良率为 81.8%,外侧入路手术的总优良率为 94.2%。

4 讨论

肱骨髁上骨折传统的手术入路为后侧入路及肱三头肌的舌状瓣切开。此入路虽显露较充分,但肱三头肌的舌状瓣切开和延长,造成术中止血困难及术后肱三头肌粘连及萎缩,使伸肘装置遭到破坏,成为日后肘关节屈伸活动障碍的主要原因。另外,后侧入路无法显露肘前的损伤,不利于肘前断裂肌肉的修补,以致于日后在肘前形成广泛的疤痕和粘连,我院近年来大多采用的肘关节外侧切口,则有利地克服了以上的缺点,此入路既不破坏肘后的“绞链”,肘前又显露充分,有利于肘前断裂肌肉的修补。且此入路还可向前从肱肌和肱桡肌之间探查桡神经,再加用自行设计的张力带外固定,则使肘内翻的发生率进一步缩小,本组 52 例中无一例发生肘内翻。

(编辑:李为农)