

梨状肌综合征 100 例

千德佳

(成都第二人民医院, 四川 成都 610017)

笔者在俄罗斯卫生部康复中心工作 4 年中诊治腰臀腿病患者 2317 例, 其中有梨状肌损伤症状者 506 例, 排除腰臀部其它疾患并发梨状肌损伤, 单纯梨状肌综合征 149 例。现对 149 例中治疗系统、资料完整、并随访半年以上的 100 例报告如下。

1 临床资料

100 例中男 62 例, 女 38 例, 年龄 15~81 岁, 病程最长 43 月, 最短 1 天。诊断标准: ①主诉大腿后侧至小腿足外侧有放射性疼痛及麻木感, 患肢无力、跛行, 但腰痛不明显。②臀肌可有萎缩, 坐骨神经切迹处压痛, Thiele, Freiberg, Pace 试验可为阳性, 其中 Thiele 试验可较好判断卡压位置, 直腿抬高试验阳性, 超过 60° 后疼痛可减轻。③经作 X 线、CT、MRI、脊髓造影等有关检查, 排除可并发梨状肌损伤之其它腰臀部疾患。本文 100 例中有 92 例曾作肌电图检查, 提示有坐骨神经传导速度减慢、潜伏期长的表现, 重症有神经损伤电位。

2 治疗方法

2.1 针灸 按梨状肌体表投影, 将 4~6 根 4~6 寸银针扇形刺向软组织病灶, 并以艾灸及电针隔日交替治疗, 8~10 次为一疗程。

2.2 枝川注射疗法^[1] 患者侧卧位, 按梨状肌体表投影, 指压法定位, 选取穿刺点, 常规消毒后, 用长针垂直刺入, 当获得向下肢传导或局部酸胀感后(深约 6~8cm), 回抽无血即可注入枝川液 10ml(即 10ml 生理盐水加上 0.3mg 氟美松), 每 3 日一次, 3~5 次为一疗程。

2.3 手法 患者俯卧位, 自然放松, 术者以拇指按揉法、点法及分揉弹拨法为主。对病程一周以上的患者, 可按梨状肌体表投影区顺其肌纤维方向用拇指指腹(或肘尖)作纵向和横向

大力弹拨各 3 次, 要求位置准确, 指法有力, 但忌暴力施术(急性损伤者慎用)。

3 治疗结果

参照《中华人民共和国中医病证诊断及疗效标准》^[2]: 本组痊愈 82 例, 有效 16 例, 无效 2 例。本组有效患者, 经半年以上随访, 有 3 例复发, 其远期有效率达 96.9%。本组中无效 2 例及复发 3 例, 经行神经松解术后均好转。

4 讨论

单纯梨状肌综合征应注意与腰椎管狭窄、腰椎间盘突出、腰椎椎管内肿瘤、腰椎小关节突综合征等疾病鉴别, 切勿轻下梨状肌综合征诊断。

枝川疗法是日本枝川直义经过多年研究后, 于 1976 年开始在世界上被认可及推广的一种疗法。它是用低浓度的皮质类固醇类药物生理盐水溶液注射到病人的体表(体壁)、肌硬结(肌肉群)及相应穴位上, 解除或减轻病人各种症状。该注射液对组织产生刺激作用, 这种刺激作用是产生疗效的根本因素, 但它也不同于现代医学称做的“封闭”、“神经阻滞术”^[3]。

(感谢: 该文全部资料由莫斯科、俄罗斯卫生部康复中心院长沙瓦诺夫博士提供。)

参考文献

- [1] 李仲廉, 安建雄, 倪家骥. 临床疼痛治疗学. 天津: 天津科学技术出版社, 1994. 120-130.
- [2] 王红新. 推拿配合中药治疗梨状肌综合征 60 例. 南京中医药大学学报, 1998, 14(4): 233.
- [3] 黄挺武, 何东湖. 治疗梨状肌综合征 47 例体会. 中国骨伤, 1998, 11(6): 32.

(编辑: 李为农)

双侧开窗潜行减压术治疗中央型腰椎间盘突出症

卢立炳 周茹建 徐杰 沈新云 傅瑞阳 黄辉

(湖州市中医院, 浙江 湖州 313000)

自 1992 年以来, 我们采用侧卧位局麻双侧开窗潜行减压术治疗中央型腰椎间盘突出症 34 例, 疗效满意, 报道如下。

1 临床资料

本组男 25 例, 女 9 例; 年龄 29~62 岁。L_{3,4} 1 例, L_{4,5} 20 例, L₅S₁ 12 例, L₅S₁ 与 L_{4,5} 双间隙中央型突出 1 例。合并侧隐窝狭窄 20 例(单侧狭窄 3 例, 双侧狭窄 17 例)。中央型腰椎间盘突出分类见文献^[1], 本组 II 度突出 6 例, III 度突出 28 例。

2 治疗方法

手术方法采用侧卧屈颈屈膝屈髋位(腰穿体位, 先取下肢症状较重侧在上), 切口 1% 普鲁卡因局麻后进路, 常规暴露椎板。确定位置后用咬骨钳咬除欲进入间隙椎板的上下缘, 剥离黄韧带, 完成椎板间开窗。窗口大小一般长为 20mm, 宽 15mm 左右, 具体操作时可视需要适当扩大一些。如果合并椎管后壁狭窄、侧隐窝狭窄可用斜口椎板咬骨钳潜行咬除窗口周围椎板下增厚的黄韧带及部分椎板内壁及增生关节突部分, 解除椎板后侧及后外侧压迫。如果有来自椎体后缘增生