

届老年骨质疏松颈腰腿痛防治研讨会选编, 1998. 15.

[6] Jarvinen M, Kannus P. Injury of an extremity as a risk factor for the development of osteoporosis. *J Bone Joint Surg*, 1997, 79A; 263-276.

[7] 陈金标, 秦林林. 骨质疏松症与遗传. *中国骨质疏松杂志*, 2000, 6 (2): 89-91.

[8] Chisholm MA, Mulloy AI. Management of osteoporosis in the elderly. *J Geriatric Drug Therapy*, 1996, 11(1): 5-15.

[9] Hodgkinson R, Njeh CF, Currey JD. The ability of ultrasound velocity to predict. The stiffness of cancellous bone in vitro. *Bone*, 1997, 21(2): 183-190.

[10] Hans D, Dargent-Molina P, Scott AM. Ultrasonographic heel measurements to predict hip fracture in elderly women. The epidios prospective study. *Lancet*, 1996, 348: 511-514.

[11] Bauer DC, Gluer CC, Cauley JA. Broadband ultrasound attenuation predicts fractures strongly and independently of densitometry in elderly women. *Arch Int Med*, 1997, 157: 629-634.

[12] Duqutte J, Honeyman T, Hoffman A. Effect of bovine bone constituents on broadband ultrasound attenuation measurements. *Bone*, 1997, 21(3): 289-294.

[13] Jrgensen HL, Hassager C. Improved reproducibility of broadband ultrasound attenuation of the Os calcis by using a specific region of

interest. *Bone*, 1997, 21(1): 109-112.

[14] Bikle DD. Biochemical markers in the assessment of bone disease. *J Med*, 1997, 103: 427-435.

[15] Editorial. Serum undercarboxylated osteocalcin and the risk of hip fracture. *J Clin Endocrinol Metab*, 1997, 82(3): 717-718.

[16] Vergnaud P, Garnero P, Meunier PJ. Undercarboxylated osteocalcin measured with a specific immunosassay predicts hip fracture in elderly women: The epidios study. *J Clin Endocrinol Metab*, 1997, 82(3): 719.

[17] Heikkinen AM, Parvianen M, Niskanen L. Biochemical bone markers and mineral density during postmenopausal hormone replacement therapy with and without Vitamin D₃: Prospective, controlled randomized study. *J Clin Endocrinol Metab*, 1997, 82(8): 2476.

[18] Garnero P, Somay Rendu E, Chapuy M. Increased bone turnover in late postmenopausal women is a mayor determinant of osteoporosis. *J Bone Miner Res*, 1996, 11: 337-349.

[19] Thiebaud O, Burckhardt P, Kridghbaum H. Three monthly intravenous injection of ibandronate in the treatment of postmenopausal osteoporosis. *J Med*, 1997, 103-299.

(收稿: 2000 11-27 修回: 2001 01-20 编辑: 李为农)

• 短篇报道 •

神经刺激术合关节松动术治疗腰椎间盘突出症

岳樊林
(东风汽车公司总医院黄龙分院, 湖北 十堰 442000)

笔者运用神经刺激术结合关节松动术治疗腰椎间盘突出症 98 例, 现总结如下。

1 临床资料

本组 98 例, 其中男 52 例, 女 46 例; 年龄 22~75 岁; 病程 5 天~5 年。病例全部选择腰痛并伴发一侧或双侧下肢疼痛者。CT 检查: L_{3,4} 10 例, L_{4,5} 54 例, L₅S₁ 34 例。

2 治疗方法

2.1 神经刺激术 在腰椎旁寻找明显压痛点且向下肢放射处, 常规消毒后, 用 28 号 3 寸毫针快速刺入, 使穴位周围产生酸胀、重感, 然后调整方向, 自腰椎横突下缘斜向进入椎间孔附近, 并告诉患者平静呼吸, 全身放松, 直到出现麻电感放射至小腿或足拇指时, 立即出针。

2.2 关节松动术 手法一: 患者去枕俯卧位, 腹部垫一枕头, 上肢放在体侧或垂于治疗床沿两侧, 头转向一侧。术者面

向病人站在患侧, 下方手掌根部放在腰椎上, 碗豆骨放在拟松动的棘突上, 五指稍屈曲, 上方手放在下方手腕背部, 上身前倾, 借助上肢力量将棘突垂直向腹侧按压, 连续做 15 次, 有时可听见关节复位时发出的响声。手法二: 患者体位同前, 术者面向病人站在患侧, 双手掌根交叉放在拟松动腰椎的两侧横突上, 上身前倾, 借助上肢力量将横突向腹侧推动。在操作过程中, 术者可双手加压固定, 让患者前臂支撑起胸部, 坚持 30 秒至 1 分钟。

以上两种手法均采用小范围、有节律的手法, 手法平稳, 力度适中。先用神经刺激术, 然后施以关节松动术。每日或隔日 1 次, 10 次为 1 疗程, 2 个疗程后评定疗效。

3 治疗结果

疗效标准: 临床治愈, 腰腿痛消失, 直腿抬高 70° 以上, 能恢复原工作, 本组

74 例; 好转, 腰腿痛减轻, 腰部活动功能改善, 本组 20 例; 无效, 症状、体征无改善, 本组 4 例。

4 讨论

通过针刺激发了存在于神经系统内镇痛结构和机能, 后者调制着来自穴位和来自痛源部位两种不同传入冲动在神经系统各级水平上的相互作用, 以使疼痛刺激信号向不痛方向转化。神经受到直接刺激, 有助于神经及肌肉恢复功能, 改善血管活性, 消除神经周围的炎性水肿。关节松动术可以促进关节液的流动及血液循环, 增加关节软骨和软骨盘的营养供应。通过关节松动, 可以抑制脊髓和胸干致痛物质的释放, 提高痛阈。关节松动, 可以放松紧张的肌肉, 减轻椎间盘内压力, 改善病变椎间盘与受累硬膜囊及关节与神经根的病理解剖关系。

(收稿: 2000 05 22 编辑: 李为农)