

铍针治疗颈椎病性颈痛 61 例临床观察

雷仲民, 孙佩宇

(首都医科大学附属北京中医医院骨科, 北京 100010)

关键词 颈椎病; 针刺疗法; 颈痛

Pizhen therapy for the treatment of neck pain caused by cervical spondylosis: a report of 61 cases LEI Zhong-min, SUN Pei-yu. *The Beijing TCM Hospital Affiliated to Beijing Medical University, Beijing 100010, China*

Key words Cervical spondylopathy; Acupuncture therapy; Neck pain

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma, 2008, 21(6): 459-460 www.zggszz.com

颈椎病为临床上多发病、常见病, 而颈部疼痛是颈椎病最常见的症状之一, 在各型颈椎病中均可出现。自 2006 年 7 月至 2007 年 6 月运用铍针治疗颈椎病性颈痛 61 例, 疗效满意, 报告如下。

1 临床资料

本组 61 例中男 29 例, 女 32 例; 年龄 25~67 岁, 平均为 48 岁; 病程 1 个月~3 年, 平均 7 个月。病变单节段 28 例, 2 节段 23 例, 3 节段 10 例; C₃-C₄ 8 例, C₄-C₅ 28 例, C₅-C₆ 45 例, C₆-C₇ 23 例。根据第二届颈椎病专题座谈会纪要^[1]所制定的颈椎病诊断标准, 并排除由其他疾病引起类似颈椎病临床表现的患者(颈横皮神经卡压综合征、颈背肌筋膜炎)。具体分为: 1 颈型; 2 神经根型; 3 椎动脉型; 4 脊髓型。本组颈型 9 例, 神经根型 31 例, 椎动脉型 18 例, 脊髓型(早期轻症) 3 例。

2 方法

2.1 铍针的设计与构造 为钛合金材料, 直径 0.5~0.75 mm, 全长 5~8 cm, 针头长 1 cm, 针体长 4~7 cm, 末端扁平带刃, 刀口为斜口, 刀口线为 0.5~0.75 mm。针柄是用钢丝缠绕的普通针柄, 长约 3~5 cm。治疗时要使刀口线和手柄的平面标记在同一平面上, 以辨别刀口线在体内的方向。

2.2 治疗方法 全部患者均采用铍针疗法进行治疗, 选取颈部压痛点及肌紧张明显处为进针点。患者取坐位, 头伏于桌面或椅背, 定位准确后用龙胆紫做好皮肤标记。常规消毒皮肤, 医者左手拇指按压在标记点的旁边, 右手用腕力将铍针直接垂直刺入标记点, 进针深度以通过深筋膜为度。进针深度要视患者的胖瘦及进针部位, 因人而异, 灵活应用。在进针后寻找沉紧涩滞的针感, 并在针感层进行松解疏通, 即松解压痛点及肌紧张明显处的软组织, 行线式或多点式松解 4~5 针。完成松解后, 以无菌棉球或纱布按压进针点, 迅速出针, 按压局部 2~3 min, 无菌敷料覆盖进针点, 结束治疗。保持局部干燥清洁 24 h。铍针松解每周 1 次, 根据病情轻重不同, 一般需治疗 1~3 次。本组患者平均治疗 2.3 次。

3 结果

3.1 疗效评价标准 疼痛程度按 VAS 疼痛指数标记法, 在无暗示和启发下, 患者面对标尺将游标置于最能代表当

时疼痛程度的位置, 医师则按标尺另一侧有刻度的一面记录疼痛的程度。标尺将疼痛由轻到重分为 0~10。我们对颈部的疼痛按不同程度分为正常、轻度、中度、重度 4 级, 并分别给予 0、1、2、3 不同分值。每级划分如下: 正常, 无疼痛, 0 分; 轻度, 1~3, 1 分; 中度, 4~6, 2 分; 重度, 7~10, 3 分。疗效评定标准参考国家中医药管理局诊断治疗标准制定如下疗效评定标准: 以颈部的疼痛变化作为主要依据, 按临床痊愈、显效、有效、无效 4 级评定。临床痊愈: 疼痛消失或积分 ≤ 1 分; 显效: 积分下降 $\geq 2/3$, 且 >1 分, 疼痛基本消失; 有效: 积分下降 $\geq 1/3$, 且 $<2/3$, 疼痛减轻 1 度; 无效: 积分下降未达 $1/3$ 。

3.2 疗效结果 治疗结束后 2 周随访, 本组患者 VAS 疼痛指数治疗前为 (6.26 ± 1.54) , 治疗后为 (1.69 ± 1.30) , 对比患者治疗前后的分值变化, 经 *t* 检验分析, $P < 0.001$, 差异有统计学意义。本组 61 例患者中临床痊愈 35 例(57.38%); 显效 16 例(26.23%), 治疗后症状基本消失, 仅有轻度局部酸胀感; 有效 9 例(14.75%), 治疗后症状减轻, 局部仍有酸痛及轻压痛; 无效 1 例(1.64%), 治疗后症状缓解不明显; 总有效率 98.36%。

4 讨论

颈椎病性颈痛属中医“痹症”范畴, 中医认为, 由于颈部外伤、劳损或感受风寒湿邪等原因而致气血运行不畅, 导致经脉凝滞不通, 不通则痛。现代医学认为本病是颈椎附近的局部疼痛, 部位多较深在, 并与病变的椎节相一致, 多呈钝痛或隐痛性质, 少数为刺痛。现代铍针是采用新的材料钛合金制成, 它具有创口小、痛苦小、无须麻醉、定位准确、松解较为充分的优点^[2]。术中我们通过铍针对颈椎病性颈痛患者颈部皮下组织、筋膜的切割, 来疏通经络、调节气血, 改善局部微循环, 促进局部充血水肿的消退及无菌性炎症的吸收, 并使筋膜腔内压力减低, 筋膜表面张力降低, 从而达到松解粘连、减压减张的双重目的^[3], 使颈部建立新的平衡。一方面, 通过铍针对颈部软组织减张减压, 可改变病变部位组织的血液循环, 加快炎症代谢产物的吸收, 进而从根本上消除引起神经炎性损害和疼痛的病理基础^[4]。另一方面, 颈部组织充血水肿的消退及无菌性炎症的吸收、筋膜腔内压力减低、粘连的松解又有助于恢复颈部局部的肌肉平衡而有利于位移椎节的调整, 减轻对寰

改良 Ilizarov 外固定器治疗胫骨中下 1/3 骨折

桑志成,温建民,赵勇,成永忠,蒋科卫,闫安,张宽

(中国中医科学院望京医院,北京 100102)

关键词 胫骨骨折; 外固定器; 正骨手法

Treatment of mid-distal tibial shaft fractures with modified Ilizarov external fixation SANG Zhi-cheng, WEN Jian-min, ZHAO Yong, CHENG Yong-zhong, JIANG Ke-wei, YAN An, ZHANG Kuan. Wangjing Hospital Affiliated to China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100102, China

Key words Tibial fractures; External fixators; Bone setting manipulation

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma, 2008, 21(6):460-461 www.zggszz.com

胫骨中下 1/3 骨折是临床常见骨折。自 2001 年 1 月至 2006 年 6 月,采用改良 Ilizarov 外固定器治疗胫骨中下 1/3 骨折 29 例,取得良好疗效,同时也获得了一些体会,报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 29 例中男 20 例,女 9 例,年龄 11~87 岁,平均 37.3 岁;左侧 12 例,右侧 17 例。其中,粉碎性骨折 10 例,螺旋形骨折 13 例,斜形骨折 3 例,其他 3 例;合并腓骨骨折 22 例;开放性骨折 2 例。AO 分类均为 A1 至 B2 型。

1.2 外固定器结构 改良的 Ilizarov 外固定器。主件:2 个半环形钢环,3 个装有球形关节的延长拉杆。附件:支撑杆,相应的锁针器及螺母。结构间连接:2 个半环形钢环由 3 个装有球形关节的延长拉杆固定在一起,组成固定器的主体支架。将支撑杆及相应的锁针器固定在 2 个半环形钢环上,以便与穿针连接固定。

2 治疗方法

所有病例均在伤后立即或 1 周内行闭合手法复位配合穿针外固定器固定术,开放骨折均在清创后行外固定器固定术。

2.1 手法复位 采用连续硬膜外麻醉或局部麻醉,取平卧位,先行手法复位,使胫骨骨折大体复位,如不能达到解剖或

近解剖复位,至少尽量达到功能复位。如未能一次达到解剖复位,按孟和^[1]提出的“手法-器械-手法-器械”步骤,在穿针安装外固定器后进一步复位和固定。

2.2 穿针及固定方法 常规消毒铺巾后,选取直径 2.5 mm 克氏针 2 枚,于患肢胫骨结节下 1 cm 水平自外向内用手摇钻或电钻贯穿胫骨上端,2 针交叉约 30°,间距约 1 cm。同法再选取 1~2 枚直径 2.5 mm 克氏针自外向内由踝关节近端 2 cm 水平经腓骨前缘穿针。根据骨折端稳定情况酌情增加距骨及跟骨穿针 1 枚,然后安装外固定器。C 形臂 X 线机透视,如复位及固定不理想,进一步按“手法-器械-手法-器械”步骤调整,达到复位满意为止。经以上复位及固定,如果有短缩及成角畸形存在,则调整延长拉杆。如存在旋转移位,则调整远端球形关节矫正。如胫骨骨折远折端仍有轻度移位,可根据情况做远端半针穿针进行复位固定。再次 C 形臂下进行透视,满意后锁定外固定器。

2.3 术后护理 术后将伤肢平稳垫好,抬高,略高于心脏水平,促进静脉回流,减少肿胀。术后常规抗炎治疗,应用 3 d 抗生素。术后 3 d 内每日针孔换药 1 次,3 d 后每周换药 2 次,用碘酒、乙醇消毒针孔,更换敷料。术后口服中药汤剂,早期活血化瘀、利水消肿,晚期滋补肝肾、接骨续筋。每周注意调整 Ilizarov 外固定器 2 次,防止锁针器松动。前 2 周注意每周复查 X 线片了解骨折复位固定情况。

2.4 术后其他处理 术后待麻醉恢复后即开始伤肢股四头

基金项目:国家中医药管理局中医药科学技术研究专项课题(编号:04-05LP45)

通讯作者:温建民 E-mail:wjm5734@263.net

椎神经的刺激,我们认为这可能是铍针能够解除颈椎病性颈痛的又一个原因。同时,我们发现有些神经根型或椎动脉型患者的肩臂部放射痛及眩晕症状在铍针治疗后亦得到明显缓解,其机制可能也是由于铍针能够促进局部充血水肿的消退及无菌性炎症的吸收,并松解粘连、减压减张、调整位移的椎节。应用现代铍针来治疗颈椎病性颈痛,创口小、痛苦小、无须麻醉、定位准确、松解较为充分,取得了理想的临床疗效。

参考文献

1 孙宇,陈琪福.第二届颈椎病专题座谈会纪要.中华外科杂志,

1993,31(8):472-476.

2 梁朝,林新晓,闫立,等.铍针治疗隐神经腋下支卡压症 86 例.中国骨伤,2003,16(10):595-596.

3 雷仲民,黄明华,尹辛成,等.铍针治疗颈肩部皮神经卡压综合征.中国骨伤,2004,17(11):674-675.

4 董福慧.皮神经卡压综合征的治疗.中国骨伤,2003,16(5):308-312.

(收稿日期:2007-12-27 本文编辑:王玉蔓)