

针刀结合手法复位治疗颈椎病 228例

幸 波, 赖志刚

(四川康骨医院 骨病科, 四川 成都 610041)

关键词: 颈椎病; 针刀; 手法复位

中图分类号: R681.5⁺5 文献标识码: D 文章编号: 1006-978X(2009)03-0048-02

颈椎病是国际性多发病, 其发病率占成人的 60%, 在某些职业甚至高达 90% 以上, 近年来, 呈不断增长和年轻化趋势, 给社会带来很大负担。对此, 有学者说 20 世纪 80 年代我们面临腰背疼痛的挑战, 今天, 则是我们面临颈椎病挑战的时代。继续深入地开展对颈椎病的研究, 有着积极的现实意义和深远的社会意义。我科于 2006 年 ~ 2008 年间, 对 228 例颈椎病患者采用针刀结合手法复位治疗, 取得满意疗效, 现总结报道如下。

1 临床资料

228 例患者中, 男 103 例, 女 125 例; 年龄最小 18 岁, 最大 87 岁; 病程最短 3 个月, 最长 18 a。神经根型 83 例, 椎动脉型 78 例, 交感型 22 例, 脊髓型 8 例, 混合型 37 例。

2 治疗方法

2.1 针刀治疗^[1]

患者俯卧于治疗床上, 胸部垫一薄枕, 厚约 7 cm ~ 9 cm, 双手掌重叠, 额头置于其上, 充分暴露治疗部位, 局部常规备皮, 根据临床症状及辅助检查 (X 线、CR、CT、MRI) 定点, 主要取枕骨隆凸、枕上项线, 各颈椎、胸椎棘上、棘间及横突、关节突部位、肩胛脊柱缘、冈上、下窝压痛明显处, 常规消毒, 铺无菌巾, 按四步进针法施针刀操作, 针刀刀口线与颈椎纵轴及治疗部位的肌纤维平行, 针体垂直于治疗部位, 进行纵行疏通, 横行剥离, 遇到有硬结或紧张处行横排切开剥离或调转刀口与肌纤维线呈 90° 角切 3 刀 ~ 5 刀。当手下有松动感时, 出针。注意: 枕骨隆凸、枕上项线处, 针体应与枕骨垂直, 严防刺入寰枕关节腔, 损伤脊髓。术毕, 按压针眼至无血外溢后, 外贴创可贴。

2.2 手法治疗^[2]

患者体位不变, 单手拿揉颈部肌肉 3 min ~ 5 min, 然后取出垫枕, 头悬于床缘, 以双肩平齐床缘为适, 助手扶其双肩, 术者一手扶下颌, 另一手扶枕部, 双手同时用力对抗牵引, 持续 3 min ~ 5 min, 然后再旋转至双侧 45° 角处牵引 3 min ~ 5 min, 有项筋膜挛缩者, 弹压 1 下 ~ 2 下。患者体位变为仰卧位, 对照 X 线片及临床体征, 行颈椎复位手法。医者位置不变, 以一手托其枕部, 一手扶其下颌部, 使头颈面一侧倾斜至最大限度时, 两手密切配合快速扳动 5°, 可听到“咔嚓”的复位声, 手法结束, 颈托固定, 7 d ~ 10 d 后行下次针刀治疗。3 次为 1 疗程, 治疗 3 个疗程后统计疗效。

3 疗效分析

3.1 疗效标准

参照国家中医药管理局 1994 年颁布的《中医病证诊断疗效标准》中颈椎病的疗效标准^[3]判定。治愈: 原有各型病症消失, 肌力正常, 颈、肢体功能恢复正常, 能正常参加劳动和工作;

好转: 原有各型病症减轻, 颈、肩背疼痛减轻, 颈、肢体功能改善; 未愈: 症状无改善。

3.2 治疗结果

本组 228 例, 治愈 197 例, 占 86.40%, 其中治疗 1 个疗程治愈 155 例, 2 个疗程治愈 35 例, 3 个疗程治愈 7 例; 好转 25 例, 占 10.96%; 未愈 6 例, 占 2.63%。总有效率 97.37%。

4 典型病例

张 × ×, 女, 49 岁, 工人, 左颈肩痛反复发作 5 a 余, 左肩臂及中指、无名指掌侧时有麻木感, 左手较无力。查体: 颈部活动度可, 左侧颈部活动受限, C₅、C₆ 及 C₇ 棘间及左侧可触及明显痛性结节。X 线片示: C₄ ~ C₇ 骨质增生, C₆、C₇ 棘突向左偏离, 颈椎生理曲度变直略反弓。诊断: 神经根型颈椎病。当时即在左侧 C₅ ~ C₇ 痛性结节处做针刀松解并运用颈椎复位手法、颈托固定, 症状明显减轻。7 d 后, 第 2 次进行小针刀治疗, 当即上述症状锐减, 再过 1 周, 行第 3 次小针刀治疗。3 个月后复查, 颈部活动自如, 临床症状全部消失, 左颈痛性结节亦消失, 恢复正常工作, 病情基本痊愈。

5 讨论

颈椎病是由于颈椎间盘退行性变、颈椎骨质增生所引起的一系列临床症状的综合征。颈椎病可分为神经根型、脊髓型、椎动脉型、交感神经型和混合型, 临床常表现为颈、肩臂、肩胛上背及胸前区疼痛, 臂、手麻木, 肌肉萎缩, 甚至四肢瘫痪。本病可发生于任何年龄, 以 40 岁以上的中老年人最为多。颈椎病具有发病率高、治疗时间长、治疗后极易复发等特点。其发病原因和机制: ① 颈椎病主要因为颈椎间盘和颈椎及其附属结构的退行性改变引起^[4]。颈椎间盘的退行性改变一般在 30 岁以后即开始。髓核脱水变薄、椎间隙变窄, 使纤维环及周围韧带松弛, 颈椎稳定性减弱, 使之更易进一步发生劳损及退行性变。纤维环变性及椎间隙狭窄使椎间盘易于向后方及侧方突出。C₄ ~ C₅、C₅ ~ C₆ 椎间活动度最大, 应力也最集中, 最易受到损伤。④ 椎体及其附属结构椎间盘变薄引起颈椎不稳时, 其周围韧带常受异常应力的牵扯, 以致其附着点损伤引起骨质增生。椎间隙变狭窄也使后关节与钩椎关节应力增加, 使其受损伤及增生。易发生增生的节段依次为 C₅、C₆、C₄、C₇。⑤ 椎间盘突出、椎体后缘增生、黄韧带肥厚等可引起椎管狭窄, 导致脊髓型颈椎病。钩椎关节、后关节增生, 椎间盘向侧后方突出可压迫或刺激神经根、椎动脉及交感神经, 引起相应症状。⑥ 血管因素及化学因素。颈椎病的发病机制和腰椎间盘突出症一样, 不能单纯用机械压迫因素来解释, 还有血管因素和化学因素在起作用, 因而引发水肿及炎症或加重神经症状。

针刀医学的理论认为^[4], 颈部维护关节稳定的椎周软组织(肌肉、韧带等)急慢性损伤后的动态平衡失调以及由此而造成的颈椎生物力学平衡失调是颈椎发病的根本原因。其主要发病机制是: 椎周软组织的急慢性损伤引起组织间的疤痕、粘连以及挛缩, 可刺激、卡压穿行其间的血管、神经而引起症状; 另一方面, 粘连、挛缩的椎周组织可牵拉其附着的椎骨发生力学平衡失调, 导致颈椎椎体的整体或局部发生位移而产生骨关节的微小移位。与此同时, 这种骨关节的微小移位会使颈椎的生理力线发生偏移, 椎体各部位承受的应力会发生改变, 在人体自我代偿机制作用下导致骨质增生的发生, 这种病理性的骨关节微小移位和变性的软组织会压迫、卡压周围的颈部神经、血管、脊髓而产生一系列颈椎病临床症状。

根据上述发病机理, 笔者采用针刀对病变部位软组织行切割、剥离、松解, 以解除脊柱周围挛缩或钙化的软组织、肥厚关节囊的变性、粘连及炎症反应, 使局部血液循环得到改善。再加手法复位纠正其错位的钩椎关节, 松解小关节滑膜的嵌顿, 增宽和扩大狭窄的椎间隙及椎间孔, 使突出的椎间盘组织或骨赘与

神经、血管发生位置改变, 从而解除神经、血管的刺激与压迫, 再结合颈托固定, 重新建立颈椎的另一动态平衡, 达到治愈颈椎病的目的。针刀结合手法复位治疗颈椎疗效确切, 有效, 安全, 方便, 值得临床推广应用。

参考文献:

- [1] 朱汉章. 针刀医学原理[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002 104- 105 126- 153
- [2] 姜 宏. 手法治疗颈肩腰腿痛的神经生理学基础[J]. 上海中医药杂志, 1991(12): 32
- [3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994 186
- [4] 陈关富, 赖志刚. 实用针刀术[M]. 成都: 四川科学技术出版社, 2004 99- 121.

收稿日期: 2009- 02- 02

修回日期: 2009- 03- 02

本文编辑: 曹璐敏

加味白头翁汤直肠滴入治疗 细菌性痢疾 60例

尹士优

(山西生物应用职业技术学院, 山西 太原 030031)

关键词: 细菌性痢疾; 直肠滴入; 白头翁汤

中图分类号: R516.4 文献标识码: D

文章编号: 1006- 978X(2009)03- 0049- 01

细菌性痢疾(简称菌痢)是由于痢疾杆菌引起的急性肠道传染病, 多发于夏秋季节。目前因耐药菌增多, 抗生素治疗本病效果不满意。笔者于2008年5月~2009年4月间, 采用经典方白头翁汤加味直肠滴入治疗细菌性痢疾60例, 收到满意疗效, 现报道如下。

1 临床资料

本组60例中, 男45例, 女15例; 年龄10岁~42岁, 平均26.35岁; 病程1d~4d, 平均2.5d。临床表现为: 腹痛, 腹泻, 排黏液脓血便或脓血便, 里急后重感, 肛门灼热感, 大便次数增多。大便常规检查见大量脓细胞, 并有红细胞、白细胞及吞噬细胞。

2 治疗方法

2.1 药物组成

白头翁汤加味。白头翁 15g 秦皮 9g 黄连 9g 黄柏 9g 罂粟壳 5g 马齿苋 15g

2.2 使用方法

将上述诸药水煎后, 温度降至35℃~38℃, 倒入输液瓶内, 将输液器倒挂在输液架上, 剪去输液器的过滤器及针头, 接一次性导尿管, 排气, 前端涂少量凡士林, 嘱患者排空大便, 缓慢插入肛门中, 一般插入10cm~20cm, 调节输液滴数为60

滴/min, 而后嘱患者保持侧卧位30min以上。1d1次, 4d为1疗程。

3 疗效分析

3.1 疗效标准

治愈: 腹痛、里急后重感、肛门灼热感消失, 每日大便1次~2次, 无黏液脓血便, 大便常规检查正常; 好转: 腹痛、里急后重感、黏液脓血便症状改善, 大便次数减少, 大便常规检查好转; 无效: 治疗前后症状及实验室检查无改善。

3.2 治疗结果

本组60例中, 治愈40例, 占66.67%; 好转15例, 占25.00%; 无效5例, 占8.33%。总有效率91.67%。

4 典型病例

赵×, 男, 25岁, 2008年7月20日初诊。现病史: 患者2d前因饮食不洁引起腹痛, 排黏液脓血便。现症见: 腹痛, 腹泻, 排黏液脓血便, 有里急后重感、肛门灼热感, 大便次数4次/d, 小便黄。舌红, 苔黄腻, 脉滑数。实验室检查: 大便常规示白细胞+++ , 脓细胞++, 红细胞++。诊断: 细菌性痢疾。予上法治疗2d, 腹痛、腹泻、里急后重感、肛门灼热感消失, 未见黏液脓血便, 大便次数正常, 大便常规检查正常。

5 体会

中医学认为, 菌痢是由于感受暑湿疫毒之邪, 或饮食所伤而致, 以下痢赤白脓血便、腹痛、里急后重感等为发病特征。治疗多以清热化湿、凉血解毒为主。笔者所用方法为采用传统的治痢主方白头翁汤加减直肠滴入治疗。方中黄连、黄柏性味苦寒, 功能清热燥湿, 泻火解毒, 现代药理研究证明, 二药均具有较强的抗菌作用; 秦皮性味苦涩寒, 归肝、胆、大肠经, 具有清热燥湿、收涩、明目的功效, 现代药理研究证实, 其具有消炎、镇痛作用; 马齿苋性寒味酸, 有清热解毒、凉血止血之功, 现代药理研究证明, 其具有较强的广谱抗病原微生物作用; 罂粟壳性味酸涩平, 有毒, 归肺、大肠、肾经, 功能敛肺、涩肠、止痛。诸药配伍, 共奏清热解毒、涩肠止痢之效。采用直肠滴入的给药途径, 可以控制药液滴入速度, 药物通过直肠黏膜吸收而发挥作用, 减少了药物对肝肾的不良反应, 患者依从性好, 疗效确切。本法具有简、便、廉、验的特点, 值得临床推广应用。

收稿日期: 2009- 04- 23

本文编辑: 曹璐敏