

踝针替代杜冷丁治疗肾绞痛

湖北省武汉市第五医院 张先涛 张颖郭

肾绞痛是临床常见的急症,发作时疼痛剧烈,难以忍受。长期以来一直沿用麻醉性药物杜冷丁止痛,但有一定的副作用,特别是有成瘾性。国内外学者近年来不断探索用新的方法治疗该病。我院从1984年12月起,应用踝针替代杜冷丁治疗肾绞痛101例,取得了较为满意的效果。现报告如下。

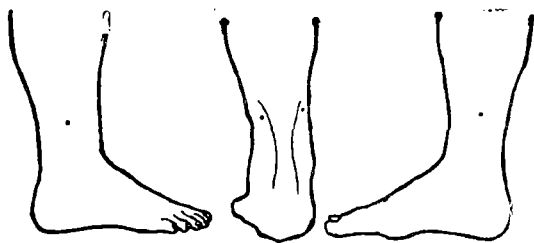
一、临床资料

凡就诊的肾绞痛患者,符合下列诊断标准者不加选择地应用踝针治疗。本组病例的诊断标准为:(1)起病急骤;(2)一侧腰腹部有刀绞样剧痛,并向会阴部放射;(3)同侧肾区叩击痛明显;(4)尿检有红细胞或肉眼血尿。

101例中男性63例,女性38例;年龄10~62岁;左侧肾绞痛52例,右侧肾绞痛49例。有64例作了腹部平片和/或B型超声检查,发现有泌尿系结石者47例。

二、治疗方法

病人取俯卧位。在肾绞痛区同侧小腿内、外踝骨隆起最高点上方三横指处各取一个进针点。内侧进针点在小腿内侧面中央,靠胫骨内侧缘;外侧进针点在小腿外侧面中央,腓骨嵴与邻近肌腱(腓长肌肌腱)所形成的浅沟内(见附图)。



左侧两点示外侧进针点;右侧两点示内侧进针点
附图 踝针进针点示意图

常规消毒皮肤。用30号的1.5寸不锈钢毫针二根,分别在内、外侧进针点与皮面呈30°角倾斜向上,快速刺入皮肤,然后将针放平,沿皮肤向上捻转,进针1.4寸左右即可。胶布固定后,可让病人起床缓慢行走。留针30分钟。若针法正确,病人多自感疼痛逐渐减轻以至消失。

针法正确的关键在于针体应尽可能紧贴真皮下潜行。我们在治疗中体会到:当绷紧皮肤时,能见到位于真皮下的针体略呈直线状隆起,即为针位正确的标志。凡遇进针有阻力,绷紧皮肤见不到线状隆起,或扪不到针体,病人有酸麻胀痛的感觉,均表示进针过深,应退出重新施针。

本组101例均未发生晕针或断针现象。

三、疗效观察

疗效标准制定如下。疼痛消失:踝针治疗后疼痛消失,不需要用任何镇痛、解痉药物;疼痛好转:踝针治疗后疼痛减轻,但未消失,尚需辅以解痉药物如阿托品或山莨菪碱等;无效:踝针治疗后疼痛无变化,需要用镇痛药物如杜冷丁或强痛定等。

本组101例经踝针治疗一次后,疼痛消失82例(81.2%),疼痛好转12例(11.9%),无效7例(6.9%);总有效率为93.1%。

四、病案举例

王××,男,37岁。1985年12月23日就诊。诉右侧腰腹部突发刀绞样疼痛4小时,伴呕吐1次。体检:急性痛苦面容,腹部平软,右侧中下腹有深压痛,右侧肾区叩击痛明显。化验:尿中红细胞(+).诊断为右肾绞痛。由值班医师用杜冷丁50毫克肌肉注射,疼痛缓解。但6小时后疼痛复发,遂用踝针治疗。进

针10分钟后疼痛明显减轻,20分钟后疼痛消失。未用任何药物。次日拍腹部平片,见右侧输尿管中段有一枚黄豆大的结石阴影。

五、讨论

目前治疗肾绞痛以麻醉性镇痛药杜冷丁为最常用,国外也有用酚妥拉明、消炎痛或美他咪唑治疗者。上述药物均有副作用,如成瘾性、肾功能损害、粒细胞缺乏症等。近年来国内有用消炎痛栓剂、注射用水痛点皮内注射治疗肾绞痛的报告。用踝针治疗肾绞痛则尚未见诸报道。

踝针,是以经络学说为基础而发展形成的一种针刺疗法,常和腕针一起合称腕踝针。其针法特点是在病人腕部或踝部附近选取进针点,刺入皮肤后即向上捻转平刺。

踝针治疗肾绞痛有下列优点:(1)操作简便,易于掌握;(2)安全有效,无副作用,可反复应用;(3)治疗费用低;(4)对某些急腹症的鉴别有帮助。在临床诊断上,特别是右侧

肾绞痛与急性阑尾炎,有时难以鉴别,后者杜冷丁、消炎痛等止痛药的应用又属禁忌,此时踝针不失为一种有效的鉴别和治疗手段。我们应用踝针治疗了有手术指征的10例急性阑尾炎病人,发现踝针未能使后者的疼痛缓解。但需要强调的是,肾绞痛往往是泌尿系疾病的一种症状,疼痛的消失并不等同于疾病的祛除,仍应作有关检查,以期发现病因,及时处理。

本组踝针对肾绞痛的疼痛消失率为81.2%,尚有18.8%的病人不能完全止痛或无效。据国外使用双盲法研究,单用安慰剂核黄素注射可使30%的肾绞痛病人得到缓解,表明本法疗效优于安慰剂。部分病人疗效不好的原因可能有以下几点:针法不正确,进针过深,尤其是经验不足时容易发生;踝针治疗前已用过多种镇痛、解痉药物者;不是结石而是由其他原因引起肾绞痛的病人。今后我们将对踝针治疗肾绞痛机理、适应证范围等方面作进一步的研究。

补肾法治疗癫痫性精神障碍1例

河南省南乐县精神病医院 杨卫生

目前在临床上常可见到一部分癫痫大发作的病人在较长时期的癫痫发作后,可发生精神障碍。根据祖国医学“久病伤肾”的观点,对1例癫痫伴发精神障碍患者采用补肾疗法,取得满意效果,现报告如下:

梁某,男,22岁,农民。15岁时因被其父打伤头部,惊吓后首次出现癫痫大发作,抽搐、吐白沫、牙关紧闭、昏迷、小便失禁,约3~5分钟苏醒,醒后疲乏、头疼、嗜睡。以后发作频率为6~8次/月。经某医院脑电图检查,确诊为“癫痫”,予西药治疗后症状虽有改善,但仍发作。近两年来大发作次数明显增加,经服中西药效果不佳,渐出现精神萎靡,反应迟钝,记忆力下降。月余前在一次大发作两天后,出现精神失常,表现恐惧、时喃喃自语、饮食时好时坏、失眠,个人生活需他人照料。服氯丙嗪后,反而诱发癫痫发作2次。于1984年5月21日应邀诊视,病人面部苍白、呆滞,两眼直视,显示恐惧状态,体检未发现阳性体征。舌质淡、苔薄,脉沉细滑。证属久而

不复,精血亏损,精衰气亦衰,气衰则神怯,以致神乱。治宜补肾益精,益气养神。处方:

紫河车30克,熟地30克,山药30克,枸杞30克,杜仲20克,牛膝18克,寸冬15克,山茱肉20克,菟丝子30克,巴戟12克,肉桂15克,远志12克,石菖蒲30克,郁金20克,神曲15克,党参18克,炙甘草15克,琥珀2克,朱砂3克(上二味冲服)。

服上药6剂后,恐惧症状有所改善,晚能入睡4个小时。续服25剂后,精神症状缓解,能与人接触言谈,上方去琥珀、朱砂。服30余剂后,精神症状基本消失。共服50余剂,随访2年未再发。

按:祖国医学对癫痫治疗多以清热涤痰、温化风痰、化痰祛痰等法,有一定疗效,但对病久的痫证收效往往不够理想。《素问·大奇论》曰:“二阴急为痫厥”,二阴即指足少阴肾。病证日久,精气日衰,皆可导致肾气不足,根据患者症情,给予补肾以充脑髓,达到了扶正祛邪的目的。