

本组 60 例按以上评定标准,临床治愈 24 例,占 40%;显效 27 例,占 45%;有效 9 例,占 15%,无效 0 例。

4 讨论

中医学认为,失眠即“不寐”,病因虽多,但其主要病机是气血失和,阴阳失调,以致心神失养,神不守舍,而卧不得安。颈椎失眠引起的病机,可能与以下因素有关,颈背部软组织病变或颈椎骨关节病变引起病变部位的肌肉和血管紧张和痉挛,导致组织内压增高,颈背部的筋膜、肌肉内的感受器接受了这种异常刺激,通过颈脊神经后支传入脑中引起中枢兴奋,导致阴阳的失调;还有病变的颈背部软组织常常会相伴一些植物神经紊乱的症状。如背部软组织病变常伴有背部蚁行感、负重感、束胸感和心悸、胸闷、憋气等症状。以上因素导致人体神不守舍而失眠,针刺颈肩部的治疗穴位,可以使其有效降低组织内压,缓解肌肉、筋膜的紧张状态。针刺亦能补其不足,调

整机体功能重回阴平阳秘的状态。中药血府逐瘀汤中桃红四物汤活血行瘀,四逆散疏肝解郁,桔梗开胸膈之郁气,与柴胡同用,开胸散结之力尤强,川牛膝祛瘀,而引瘀血下行,与桔梗相互,一升一降,使气血畅通。配合酸枣仁、知母滋养安神,诸药合用,目的在于活血通络而使气血舒畅。心脉畅心神养,阴阳平衡则入寐,从而达到治疗失眠的效果。

参考文献

- [1]潘之清.实用脊椎病学[M].济南:山东科技出版社,1996:340-342.
- [2]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[S].第一辑.1993:186.

* 中国人民解放军第一七四医院中医康复科(361004)

经络筋膜疏通松解针的设计和临床应用

杜福辰* 杜福江* 蔡敬静* 刘品一*

针刺治病涉及到针刺器械在人体组织中的提插捻转与穿刺切割操作。现有针灸器械如毫针可提插捻转、三棱针可刺络放血,不具切割铲拨的筋膜松解功能;针刀可切割铲拨,不具提插捻转等经络疏通。针柄制作成本超过针体,作为一次性医疗器械很是浪费。针对上述弊端,我们设计并制作出了一套具有中西医结合特点,既可提插捻转疏通经络的闭阻,又可实施锐性切割或钝性松解筋膜的粘连的经络筋膜疏通松解针(国家实用新型专利号 2008201815508)。现介绍如下。

1 经络筋膜疏通松解针设计思路与基本结构

经络筋膜疏通松解针由无柄针芯部分和自锁式管状针柄部分连接而成。其无柄针芯部分,可根据经络疏通和筋膜松解需要,制成尖、刃、钝、锐、粗、细等不同形状;自锁式管状针柄部分从前至后设有:空心管“十”形开口、自锁螺母、螺纹、滚花、针刀方向标识。

无柄针芯设计降低了针芯的制造与无菌包装成本。自锁式管状针柄设计降低了针柄的重量与制造成本。空心管“十”形开口、自锁螺母、螺纹设计便于针芯的插入、长度的调控与固定。滚花设计保证了持针的稳定性,避免驱动针柄时打滑现象的发生。针刀方向标识用于显示针刀口线的方向。

2 经络筋膜疏通松解针制作方法

根据人体不同部位的经络疏通和筋膜松解治疗需要,无柄针芯部分可以用直径为 0.25~2.0mm,长度为 20~300mm 的不锈钢或耐火不锈钢线材预制成:尖锐、圆钝、三棱、锐刃、圆钝刃、凹刃、斜刃、侧刃、钩刃等型状的针芯(也可用毫针、圆针、铍针、火针、三棱针及无柄平刃针、凹刃针、凸刃针、斜刃针等现有针具替代)。自锁式管状针柄部分由直径为 10mm,长度为 100mm,内径为 3.0mm 的空心圆管制成。预制针芯或者任何直径在

2.0mm 以下针具都可以直接插入自锁式管状针柄中。自锁式管状针柄前 10mm 有呈现“十”形开口,与自锁螺母衔接面之间带有螺纹(为半螺纹),可以旋转安装和卸下。将针芯插入自锁式管状针柄中,预留治疗需要的针身长度,使针刃口线与针刀方向标识一致,拧紧自锁螺母即完成经络筋膜疏通松解针的组装制作。

3 经络筋膜疏通松解针操作方法

根据疏通经络闭阻和松解筋膜粘连的不同需要,选择不同的针芯实施针对性干预:①将尖锐针芯插入、固定于管形针刀柄中,用于非重要组织附近经络穴位的提插捻转刺激。②将圆钝针芯插入、固定于管形针刀柄中,用于重要组织附近经络的刺激和钝性探查。③将火针芯插入、固定于管形针刀柄中,烧红针体后用于温通经络。④将三棱针针芯插入、固定于管形针刀柄中,用于刺络放血。⑤将锐刃针芯插入、固定于管形针刀柄中,用于非重要组织附近粘连筋膜的切开松解。⑥将圆钝刃针芯插入、固定于管形针刀柄中,用于重要组织附近粘连筋膜的钝性剥离松解。⑦将凹刃针芯插入、固定于管形针刀柄中,用于厚韧筋膜的连续切开和离断;⑧将斜刃针芯插入、固定于管形针刀柄中,用于较狭窄部位的一侧筋膜的切开和剥离;⑨将侧刃针芯插入、固定于管形针刀柄中,用于侧方(一侧)筋膜的切开;⑩将钩刃针芯插入、固定于管形针刀柄中,用于邻近重要组织附近筋膜的切断,即用于不适宜直切、侧切的筋膜的切开和离断。

4 小结

《灵枢·官针》篇指出:“九针之宜,各有所为,长短大小,各有所施”。可见包括切开、切割、提插、捻转功能在内的针具,早已存在、应用在中医学实践中。如果再将针刀定义为“一种以针的方式刺入人体,在体内完成手术刀的功能的医疗器械”,冒着误伤神经、血管等风险,对解剖

学、病理学改变的人体组织实施盲视状态下的外科手术,实属舍本逐末,得不偿失。

针刺治病涉及到经络疏通或筋膜松解、穿刺切割与提插捻转操作、医患“得气”、患者自身修复能力。经络筋膜疏通松解针可以根据经络疏通和筋膜松解需要与解剖部位的不同,选择不同的预制针芯与管形针柄连接、调

控、固定,可以安全、方便、灵活的实施穿刺切割与提插捻转操作。具有制作简单、安全卫生、造价低廉、“得气”明显、符合中西医学理论要求的特点,值得推广。

* 内蒙古自治区呼伦贝尔市人民医院康复科(021008)

通讯作者:杜福辰,1004175234@qq.com

腰椎牵引配合针灸理疗治疗腰椎间盘突出 300 例

李自发* 陈孝明*

1 临床资料

1.1 一般资料

300 例中全都是 CT 确诊,经过常规中、西药物治疗疗效不明显者,其中男性 148 例,女性 152 例,年龄 18~73 岁,病程 7 天~4 年;腰痛者 96 例,向下肢放射者 72 例,下肢麻木及感觉异常者 91 例,明显表现为坐骨神经痛,并有跛行者 37 例。下肢肌肉萎缩者 4 例。CT 平扫,单个椎间盘突出者 84 例,多个椎间盘突出者 89 例,单个椎间盘突出合并骨质增生者 68 例,多个椎间盘突出合并骨质增生者 59 例。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医标准 腰椎间盘突出诊断标准(1994 年国家中医药管理局颁布实施《中医病证诊断疗效标准·腰椎间盘突出诊断标准》):①有腰部外伤,慢性劳损或受寒湿史。大部分患者在发病前有慢性腰痛史。常发生于青壮年。②腰痛向臀部及下肢放射,腹压增加(如咳嗽、喷嚏)是疼痛加重。③脊柱侧弯,腰生理弧度消失,病变部位椎旁有压痛,并向下肢放射,腰部活动受限。④下肢受累神经分布区有感觉过敏或迟钝,病程长者可有肌肉萎缩。直腿抬高或加强试验阳性,膝、跟腱反射减弱或消失,拇背伸力减弱。⑤X 线摄片检查:腰生理前凸消失,病变椎间盘可能变窄,相邻边缘有骨质增生。检查可显示椎间盘突出的部位及程度。⑥CT 检查可显示椎间盘突出部位及程度。

1.2.2 中医辨证标准(1994 年国家中医药管理局颁布实施《中医病证诊断疗效标准》):①血瘀证:腰腿痛如刺,痛有定处,日轻夜重,腰部硬板,俯仰旋转受限,痛处拒按。舌质紫暗,脉弦紧或涩。②寒湿证:腰腿冷痛重着,转侧不利,静卧痛不减,受寒及阴雨加重,肢体发凉。舌质淡,苔白腻,脉沉紧或濡缓。③湿热证:腰部疼痛,腿软无力,痛处伴有热感,遇热或雨天痛增,活动后痛减,恶热口渴,小便短赤。苔黄腻,脉濡数或弦数。④肝肾亏虚:腰酸痛,腿膝乏力,劳累更甚,卧则痛减。偏阳虚者面色白,手足不温,少气懒言,腰腿发凉,或有阳痿、早泄、妇女带下清稀,舌质淡,脉沉细。偏阴虚者,咽干口渴,面色潮红,倦怠乏力,心烦失眠,多梦或有遗精,妇女带下色黄味臭,舌红少苔,脉弦细数。

2 治疗方法

2.1 腰椎牵引

患者仰卧牵引床上,牵引力一般为体重的 80%~120%,视患者耐受程度大小而定,采用间断牵引,牵引 7min,间歇 6s,再重复牵引,28min 为 1 次牵引,每日牵引 2 次,牵引结束后行针灸理疗。

2.2 针灸理疗

①针刺选穴:以督脉和足太阳膀胱经穴为主,配穴处方:主穴:肾俞、腰俞、委中、环跳。辨证配穴:寒湿证配腰阳关、阳陵泉、阴陵泉;肾虚证配命门、气海、次髎、三阴交;血瘀证配支沟、阳陵泉;痰湿证配丰隆;湿热证配外关、曲池。②针刺方法:用 28 号毫针针刺,肾俞、腰俞直刺捻转进针用提插补法。委中穴直刺强刺激。环跳直刺使针感向下传至足部,且感肢体有跳动。腰阳关、阳陵泉、阴陵泉用泻法,阳陵泉的针感向下传至踝部,其他腧穴以局部得气为度,可灸。命门、气海、次髎、三阴交用补法;支沟、丰隆、外关、曲池用泻法。用 6805-C(广东汕头市医疗器械厂出品)电针机,选择 4 个腧穴,采用连续波刺激,以患者可耐受为度,每次留针 30min。局部用周林频谱仪热疗。每日 1 次,10 次为 1 个疗程,休息 3 天,开始下 1 个疗程。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

治愈:腰腿疼痛显著缓解,直腿抬高 70°以上,可从事日常工作。好转:腰痛较前减轻,直腿抬高 40°~70°,基本能从事日常工作,过劳则加重。显效:腰痛较前缓解,直腿抬高 30°~40°,不能从事日常工作。无效:腰腿痛无好转,直腿抬高小于 30°。

3.2 治疗结果

治愈 87 例,好转 181 例,显效 23 例,无效 9 例,总有效率为 97%。

4 典型病历

患者于某某,女,40 岁,主因腰腿疼痛 1 年,加重伴不能行走 4 天。曾经在几所医院就诊,运用中西医结合治疗,疗效不理想,来我院门诊就诊。入院见:腰痛剧烈,双下肢外侧掣痛难忍,不能站立、行走。查体,神情、精神差,背入病房,被动体位,查体尚合作。心肺(一),腹部未见异常,腰椎旁压痛明显,以 L3~4、L4~5 椎旁为甚,直腿抬高试验(右)阳性,“4”字试验(右)阳性,闭气挺腹试验(+)。余(一)。CT 示:①L3~4 腰椎间盘突出。②L4~5 腰椎间盘突出。中医诊断:腰痛,辨证为肾虚血瘀。西医