

针灸治疗呃逆 9 例报告

徐立平 刘明初

(武警江西总队医院干部病区 南昌 330001)

关键词:呃逆;针灸疗法;足理疗;内关穴

中图分类号:R 256.31

文献标识码:B

文章编号:1671-4040(2003)02-0039-01

呃逆,古代文献称之为“哕”,又称“哕逆”。轻者常偶然发作,大多可不治而愈;重者持续不断,需治疗方能平复。笔者自 1996 年 9 月~2000 年 6 月先后治疗呃逆重者 9 例,均疗效满意。

1 一般资料

9 例患者中,男 6 例,女 3 例;年龄 44~65 岁,平均 54.5 岁;病程 6h~3d。9 例患者分为胃中燥热、气郁痰阻、胃中寒冷、正气亏虚 4 证。

2 典型病例

刘某,男,59 岁,因言语不能、右侧肢体活动不利 10h 入院。诊时意识清楚,言语不能,完全运动性失语,双瞳等大等圆,光反射灵敏,右鼻唇沟变浅,伸舌偏右,右侧肢体肌张力偏高,右上肢肌力 0 级,右下肢肌力 4 级,右侧肢体深浅感觉减退,右肱二头肌反射、膝腱反射稍亢于左侧,右 Babinski's 征(+),Chaddock's 征(-),左侧正常,Kemig's 征(-),头颅 CT 片示为左颞叶一低密度灶,诊断为脑梗塞。患者 9d 后出现呃逆,予东莨菪碱 0.3mg 皮下注射,呃逆止,次日复又出现,第 3 日转为顽固性呃逆,用东莨菪碱皮下注射无效,遂改用针灸治疗。鉴于患者呃逆连声,胸胁胀闷,头目昏眩,舌苔薄腻,脉

弦滑,证属气郁痰阻,故而治宜降气化痰、和胃平呃法。取穴内关、中脘、膈俞、胃俞、足三里、太渊、太白、肺俞、章门、丰隆、天突、膻中,留针 20min。当晚吐大量白色粘痰,呃逆遂止,3d 后患者出院,随访 3 个月未复发。

3 讨论

呃逆是由于胃气上逆动膈而致,取穴内关以宽胸解郁;取穴足三里、中脘、膈俞、胃俞、天突、膻中,以疏通胃气,升清降浊。由于手太阴肺经循胃口上膈属肺,并且肺胃之气都以降为顺,两者在功能上互相促进,在病变时互相影响,故治疗时不可忽视肺脏的治疗。原穴是脏腑原气输注于体表的部位,在治疗上有调整脏腑经络的功能,既可补脏腑之虚,又可泻邪气之实。取肺原太渊、脾原太白,配合肺俞、章门,健运脾土以利肺气。脾为生痰之源,肺为贮痰之器,肺、脾同取,标本兼治。络穴具有联络表里两经、沟通十二经脉气血及濡养全身之功,取足阳明经络穴丰隆,从而推动中焦脾胃之气,使气行津布,痰湿得化。

(收稿日期:2003-03-04)

小针刀疗法治疗腰椎间盘突出症临床观察

钟吉富

(江西省修水县中医院 修水 332400)

关键词:小针刀疗法;腰椎间盘突出症

中图分类号:R 681.55

文献标识码:B

文章编号:1671-4040(2003)02-0039-02

近年来,我们采用小针刀疗法治疗腰椎间盘突出症取得了较好效果。观察探讨如下:

1 临床资料

将 60 例确诊为腰椎间盘突出症的患者随机分为小针刀疗法治疗组和手法、牵引对照组。治疗组 30 例,男 19 例,女 11 例;平均年龄 38 岁。对照组 30 例,男 14 例,女 16 例;平均年龄 35 岁。2 组患者无严重的并发症及其他合并症,在年龄、性别、病情方面具有可比性。观察治疗前后临床症状、体征及影像学检查,以胡有谷《腰椎间盘突出症》(人民卫生出版社 2001 年第 2 版)一书诊断标准为依据。

2 治疗方法

患者取俯卧位,在罹患椎间盘上位椎体患侧横突上进针刀,针体与横突背面垂直刀口线与人体纵轴平行,当刀锋达骨面后,向下移动刀锋,当到达横突下缘边缘时针刀沿下侧边缘伸入 1~2mm;然后将刀锋转动 90°,使刀口线与神经孔内侧的骨性边缘平行,针刀沿神经孔的内侧边缘转动式前进并随旋转将针体向人体的上段倾斜。当针体与人体的上段约成 30°时,如病人下肢坐骨神经有酸胀感,说明刀锋已达到逸出的瘢痕组织与神经根之间,沿神经根方向切 2~3 刀出针。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 参照《中华骨科学脊柱学组腰腿痛手术评定标准》。优:术前症状缓解,腰椎活动度良好,直腿抬高试验及神经功能正常,并能恢复原来的工作和生活。良:术前症状部分缓解,腰椎活动度、直腿抬高试验和神经功能部分改善,不能恢复原来的工作和生活。差:治疗无效或症状加重,有关体征无改善。

3.2 治疗结果 观察组优 21 例,良 6 例,差 3 例,优良率 90%;对照组优 10 例,良 5 例,差 15 例,优良率 50%。经统计学处理, $P<0.01$,差异有高度显著性,说明小针刀疗法效果优于手法、牵引,且方法简便,适用于城市社区和农村基层医院推广使用。

4 讨论

腰椎间盘突出症的概念是 1934 年 Mixer 和 Barr 提出的,在当时对腰腿痛治疗乏术的情况下,椎间盘突出压迫神经而至腰腿疼痛的提出,无疑为人们治疗腰腿疼痛提出了最为客观的出路,很快引起世界医学界的普遍重视,形成了腰椎间盘突出机械性压迫神经根痛学说,采取了以摘除椎间盘为治疗目的的手术方式。经过近一个世纪的临床实践,对腰椎间盘突出症采取外科手术治疗,远非想象中那样满意,如术后症状短时间内消除、缓解不明显或加重,另外手术后的并发症、后遗症也十分让人担忧。

许多并非是突出的间盘压迫所致的腰腿痛被误诊,而进行了手术治疗,其结果症状非但未减轻,反而加重。所以,不得不引发许多学者对该病发病制理论的质疑。笔者将临床采用小针刀治疗 30 例腰椎间盘突出症的结果加以分析,表明突出的间盘压迫和刺激并非是导致腰腿痛的主要原因。

针刀医学对腰椎间盘突出症的病因病理有着全新的认识,它强调脊柱内外平衡失调在发病中的重要性,认为疼痛是由软组织损伤而引起。腰椎间盘突出结构的退变,可以被人体的自身调节所代偿,当退变超出正常的代偿范围,则引起一系列病理变化。长期弯腰工作、腰部扭伤等可成为诱发因素,脊柱生物力学的改变引起局部软组织挛缩或弛缓。病理变化又可作用于软组织,使脊柱力学长期处于一种失衡状态,导致血液供应不足、缺氧、乏能和代谢产物的堆积,产生缺血性肌痛和乏能性肌软弱,进而导致腰椎小关节压迫神经根并释放化学致痛物产生腰腿痛和酸、麻、胀等一系列症状。针刀治疗并不是针对突出的间盘,而是松懈椎管外的软组织,解除肌挛性缺血,改善血循环,氧供充分,能量产生趋于正常,恢复腰椎的动态平衡,血液循环改善,无菌炎症的消除,使神经根恢复到正常位置,疼痛也随之消失。

(收稿日期:2002-10-08)

22 号染色体变异所致家族遗传心脏病 2 例

赵健 张皓 陈晖 都莉

(江西医学院第三附属医院 南昌 330008)

关键词:家族遗传性心脏病;染色体变异;病例报告
中图分类号:R 596.1 文献标识码:B

文章编号:1671-4040(2003)02-0040-01

1 临床资料

例 1. 男,15 岁。因劳累后胸骨后痛伴气逼 10 余年,加重 2d,于 2001 年 6 月入院。体检:身高 1.36m,体重 25kg。颜面及躯干皮肤有较多散在分布的深褐色色素斑。心前区隆起,心浊音区向左扩大,未闻及心脏杂音。心电图表现:左室肥厚伴劳损。多普勒心脏超声检测:左室侧壁中段、室后壁中段、下壁中段及心尖部均增厚。外周血染色体检查报告:核型 46,XY,22s+。

例 2. 女,21 岁。有劳累性气逼症状 10 余年,未住院。门诊检查:身高 1.41m,体重 35kg。颜面及躯干皮肤有较多散在分布的深褐色色素斑。心前区隆起,心浊音区稍向左扩大,胸骨左缘第 3~4 肋间可触及收缩期震颤,并可闻及 4 级粗糙的收缩期杂音。多普勒心脏超声检测:室间隔缺损。外周血染色体检查报告:核型 46,XX,22s+。

母方,45 岁。陪护期间体检:身高 1.51m,体重 39.5kg。颜面及躯干皮肤有较多散在分布的深褐色色素斑。心脏检查无异常发现。外周血染色体检查报告:核型 46,XX,22s+。父方,45 岁。体检无特殊异常发现。外周血染色体检查报告:正常男

性核型 46,XY。

2 讨论

致病基因可影响胚胎发育和生理功能,因而导致临床上可见的畸形出现。本报告所见 2 例先天性心脏病患者与其母亲具有共同的临床特征:(1)体格发育差,表现为身材较矮,体重较轻;(2)周身有散在分布的深褐色色素斑;(3)外周血染色体检查报告核型皆为 46,22s+。不同点在于:例 1 表现为局限心肌肥厚,例 2 表现为室间隔缺损。我们认为,由同一染色体的大体变异产生的器质性心脏病可以是多样的。尽管多因素过程和单基因突变这两种机制的共同作用,使其所致的先天性心脏病在解剖学上表现有所差异,但因其具有相同的病理发生学而有着内在的关联,即基因在这类疾病中仍起着主要的调控作用,同一家族中不同的缺陷仍遵循同一的基因模式。对核型为 46,22s+ 的染色体变异所致家族遗传性心脏病,分子基因技术可将决定表型的单个基因进行进一步图谱定位,甚至可揭示发生突变的核苷酸的序列。这将有待于进一步的研究。

(收稿日期:2002-06-14)