

运用冉氏“益气通经”指针法治疗腰椎间盘突出症

田金尧 苏改梅
(宁夏灵武市中医院 灵武 750400)

关键词: 益气通经; 指针法; 腰椎间盘突出症
中图分类号: R 244.1 文献标识码: B 文献编号: 1671-4040(2007)04-0049-01

腰椎间盘突出是临床上常见的病症之一, 对患者的生活、工作、学习和劳动均可造成很大影响, 多数可根据详细病史、临床检查和腰椎 X 线片及 CT 扫描作出诊断, 目前治疗此病方法很多。笔者近三个月来运用冉氏“益气通经”指针法治疗腰椎间盘突出症 30 例, 疗效满意。

1 临床资料

本组 30 例中, 男性 16 例, 女性 14 例, 年龄 18~50 岁, 病程 1 个月~2 年, CT 提示有 L₄₋₅ 椎间盘突出 13 例, L₅~S₁ 椎间盘突出 17 例, 所有患者均有不同程度的腰痛伴下肢放射性病痛, 右腿抬高加强试验阳性。

2 治疗方法

(1) 先让病人仰卧床上, 医者坐在患者床边的椅子上, 面对患者将食指(或中指)放于气海穴上, 顺时针旋转点按 40min, 指针力度以病人全身放松、舒适为准。(2) 依次点按双侧风市、阳陵泉、足三里、丘墟、太冲穴, 每穴逆时针点按 30s。(3) 让患者俯卧, 以腰部压痛点为准, 取上、下各相隔 3 椎为起止点, 用双手食指、中指同时点按各椎棘突下旁开 1.5 寸, 每穴 30s, 虚证顺时针点按, 实证逆时针点按, 之后重点指针阿是穴(压痛点处)。(4) 依次点按双侧环跳、委中、承筋、承山、昆仑, 每穴逆时针点按 30s, 点按力度以病人耐受为准。(5) 让患者侧卧, 握拳捶打环跳穴 8 下后, 让病人慢慢起身, 下床活动 5min。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 疼痛评分法采用国际通行的、公认的视觉模拟评分法(VAS 参见《临床疼痛治疗学》修订版)即采用 10cm 的移动标尺, 两端代表疼痛的极限, 一端标为“0”表示无痛, 另一端标为“10”表示剧痛, 当移动标尺在自己疼痛的位置, 医生立即可以在尺子的背面看到具体数字, 可以精确到毫米。

显效: 腰腿痛明显减轻, 直腿抬高 70 度以上, 镇痛评

分≥60%, 能恢复原工作。有效: 腰腿痛减轻, 直腿抬高 50~70 度, 镇痛评分 30%~60%, 腰部活动功能改善。无效: 腰退痛无明显减轻, 直腿抬高 30 度以下, 镇痛评分≤30%。

3.2 治疗结果 30 例显效 23 例, 占 76.7%; 有效 6 例, 占 20.0%; 无效 1 例, 占 3.3%; 总有效率 96.7%。

4 典型病例

李某, 男, 50 岁, 教师, 2006 年 8 月 10 日就诊。患者自述以往有腰突症病史, 2d 前因用力不当引起腰痛, 就诊前一月出现左下肢放射痛至足背外侧, 检查发现: 腰椎生理弧度平直, 腰部活动受限, L₄₋₅ 左侧棘旁压痛明显, 叩痛阳性, 并沿坐骨神经分布区域放射, 直腿抬高左 30°、右 80°, 挺腹试验阳性, 屈颈试验阳性, 左脚趾背屈肌力 IV 级, CT 示 L₄₋₅ 椎间盘向左后突出, L₅~S₁ 椎间盘膨出, 当日治疗后患者感到腰部及左下肢放射痛有所缓解, 10d 后停止治疗, 继续观察 5d 无复发。

5 讨论

腰椎间盘突出症是临床常见病, 20~40 岁为多发, 临床以 L₄₋₅ 和 L₅~S₁ 椎间盘容易发病^[1]。本病属中医“腰痛腿痛”范畴, 多因肾阳亏虚, 感受寒湿, 寒为阴邪, 性主收引, 导致经脉阻滞, 或因腰部扭伤治疗失误, 或因外力因素, 扭伤气滞血瘀, 造成经气闭阻, 气血不通, 不通则痛^[2]。足太阳膀胱经主治腰腿痹证, 从神经解剖学分析, 应用此法治疗可以调节神经系统的功能, 反射性地改善病变部位的血液循环, 消除病变部位肌肉痉挛, 促进其恢复机能, 气海穴是强壮之穴, 可以调理气血, 疏通经络, 达到通则不痛的目的。

参考文献

[1] 鲁玉来, 蔡钦林. 腰椎间盘突出症[M]. 北京: 人民军医出版社, 2001.5
[2] 伊智雄. 实用中医脊柱病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002.415
(收稿日期: 2006-10-31)

芒硝外敷治疗重症急性胰腺炎腹胀效果观察

周煜 雷聪云 叶永红 赵彩华
(浙江省丽水市中心医院 丽水 323000)

关键词: 重症胰腺炎; 腹胀; 芒硝; 外敷
中图分类号: R 657.51 文献标识码: B 文献编号: 1671-4040(2007)04-0049-02

重症急性胰腺炎(SAP)是十分凶险的急腹症, 胰腺的炎症反应可波及邻近组织或远隔脏器, 病死率高。在胰腺炎中, 肠运动状态是一个决定病程和预后的重要因素^[1]。我科于 2003 年 8 月~2006 年 5 月对 30 例重症急性胰腺炎的病人使用芒硝外敷以减轻腹胀, 促进肠蠕动, 减少渗出, 取得了良好

效果。现将体会介绍如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 30 例中, 男 20 例, 女 10 例; 年龄 28~76 岁, 平均 52 岁。所有病例均符合中华医学会胰腺外科学组 SAP 的临床诊断及分级标准。其中胆源性胰腺炎 14 例, 酒精性胰

腹腔镜下输尿管切开取石术(附 36 例报道)

陈建丰¹ 韩子华²

(1 浙江省玉环县第二人民医院 玉环 317605;2 浙江省台州医院 临海 317050)

关键词:输尿管结石;腹腔镜;手术疗法

中图分类号:R 693.4

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)04-0050-02

我院自 2002 年 10 月~2005 年 4 月开展腹腔镜下输尿管切开取石术治疗输尿管结石 36 例,均取得成功。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 本组 36 例,男 19 例,女 17 例;年龄 15~70 岁,平均 40.8 岁;输尿管中上段结石 33 例,下段结石 3 例;其中左侧 17 例,右侧 19 例。36 例均有不同程度的肾积水,病程 15d~4 年。其中 18 例术前经体外冲击波碎石治疗 1~5 次或输尿管镜碎石治疗失败,术前经 B 超、尿路平片、静脉肾盂造影或逆行肾盂造影等检查证实。输尿管中上段结石采用经腹膜后途径,输尿管下段结石采用经腹腔途径。

1.2 手术方法 术前常规 B 超或 X 线定位,全麻。

1.2.1 经腹膜后途径 患者取健侧卧位,先于腋后线 12 肋缘下方作 2~3cm 切口,切开皮肤后用血管钳钝性分离肌层及腰背筋膜,手指进入腹膜后间隙分离将腹膜推向内侧,然后将自制的乳胶手套气囊放入腹膜后腔,注入空气 500~750mL,保留 3~5min 后放气取出气囊。从切口伸入手指引导,于腋中线腋脊上 2cm 及腋前线肋弓下水平穿刺,置入 10mm 和 5mm 套管针。再在上述切口放入 10mm 套管,缝紧套管旁切口,以防漏气,注入 CO₂ 至压力达 1.5kPa 左右。

1.2.2 经腹腔途径 患者取平卧位,先于脐下方作一切口,腺炎 5 例,高脂血症性胰腺炎 5 例,ERCP 后并发胰腺炎 2 例,特发性胰腺炎 4 例。病人治疗前腹部叩诊鼓音区明显增大,均有明显腹胀症状。将 30 例病人随机分为对照组和观察组各 15 例,2 组病人性别、年龄、病程、病情等资料经统计学处理,差异无显著性意义(P>0.05)。

1.2 治疗方法 2 组病人都行禁食及胃肠减压、抗感染、抑制胰腺分泌和营养支持等保守治疗。观察组采用棉布做成 60cm×30cm 长型布袋,上口装拉链,中间用缝线将其分成 7cm 宽小长条,用芒硝 500~1 000g 均匀装入布袋,将装好的芒硝袋外敷于腹部,芒硝袋上放置 60cm×30cm 卫生垫,盖好衣被,外敷 1~2h 后芒硝受热溶解,布袋潮湿,即更换芒硝及布袋。

1.3 疗效评定标准 腹胀症状消失为治愈。采用 χ^2 检验进行统计学处理。

2 结果

2 组病人腹胀消失时间见表 1。

表 1 2 组腹胀消失时间比较 例(%)				
组别	n	消失时间(d)		
		4	5	6
观察组	15	12(80)	3(20)	0
对照组	15	5(33)	6(40)	4(27)

3 讨论

芒硝为硫酸盐类矿物质经加工精制而成的晶体,其主

用气腹针建立气腹后戳入一套管针,在监视镜下根据结石位置分别戳入另两个套管针。

1.2.3 操作步骤 在三套管中置入相应的腔内操作器械及监视镜,逐渐分离出结石段输尿管,在结石的上方用抓钳夹住输尿管壁以防结石移动,切开输尿管壁,钳出结石,将预置双 J 管推入肾盂或从切开处置入双 J 管,5/0 可吸收线缝合输尿管壁,最后置切口引流管,关闭穿刺孔。

2 结果

本组 36 例患者手术均成功。手术时间为 42~260min,平均 82.6min;术中出血量 30~230mL,平均 75mL。术后均静脉滴注抗生素预防感染。术后第 1 天即可下床活动并进食,不需服用止痛剂。术后住院时间 3~12d,平均 4.9d。4 例术后发生漏尿 1~8d,其中 2 例输尿管切口未缝合。术中术后未发生其他并发症,未输血。双 J 管均于术后 1 月经膀胱镜拔除。术后随访 2~38 个月,B 超或 KUB+IVP 等检查无结石复发和输尿管狭窄,患者肾积水减轻或消失,肾功能改善或恢复。

3 讨论

腹腔镜输尿管切开取石的主要适应证是不适于行体外冲击波、输尿管镜碎石或上述两种方法治疗失败而需要手术取石的输尿管结石^[1,2]。本组 18 例术前经体外冲击波碎石治疗 1~5 次或输尿管镜碎石治疗失败,其余患者结石直径均要成分是水硫酸钠,还有少量硫酸镁、硫酸钙等,主要功效是泻下、软坚、清热。芒硝外敷,能改善血液循环,恢复肠蠕动,使网状内皮系统吞噬功能加强,从而调动机体内在的抗病能力^[3]。重症急性胰腺炎由于应急反应,腹腔神经丛受刺激和渗液直接作用于肠管,可导致不同程度肠运动抑制,表现为肠麻痹、肠梗阻等^[4]。在采取常规治疗同时,结合芒硝外敷,观察组腹胀消失时间明显短于对照组。

芒硝价廉易得,用其外敷治疗重症急性胰腺炎腹胀方法简单、效果显著,临床上值得推广。但应用时应注意:(1)使用前向病人讲解使用方法及目的,取得病人的配合。(2)因芒硝受热潮解、吸热,病人腹部皮肤会出现潮湿,甚至水珠渗出。因此必须保持皮肤及床单的干燥,经常观察皮肤情况,擦干水珠,避免着凉。(3)芒硝潮解后使芒硝袋变硬,变硬的芒硝袋敷在腹部,不但起不到效果,而且容易损伤潮湿的皮肤。因此要经常更换芒硝及芒硝袋,一般 2~3h 一次,主要视芒硝受潮程度而定。

参考文献

[1]杨梅.急性胰腺炎中药灌肠肛管插入长度的临床疗效观察[J].护士进修杂志,2004,19(4):328~329
[2] 邓永连. 芒硝外敷治小儿中毒性肠麻痹 [J]. 江苏中医,1997,18(10):20

(收稿日期: 2006-09-21)