

针刺不同穴位治疗甲亢性突眼症 及对血液流变性的影响

上海市针灸经络研究所 吴泽森 金舒白 张时宜 桂金水

针刺治疗甲亢性突眼症有一定的疗效^{〔1〕},尤其取用上天柱穴后,其针感往往可循足太阳经渐达眼区,对缓解眼部症状和体征有效。为了进一步证实上天柱穴、风池穴与眼病常用穴位在针治突眼症方面的疗效差异,我们将上述穴位分二组,对40例突眼症患者的疗效作了对比观察并测定对血液流变性的影响,现将结果归纳如下。

研究对象和方法

一、病例选择

40例患者均属甲亢稳定期突眼症(甲亢症状基本控制,血清 T_3 、 T_4 含量和基础代谢率测定值已接近正常范围,但眼球突出继续存在并有加重),均为双侧突眼(突眼度均大于18毫米,超声波球后间隙均大于13.5毫米),计80只眼;男8例,女32例;年龄22~58岁;病程均在2年以上,其中5年以上者占44%,最长者17年;所有对象既往均未作过针刺治疗。

二、治疗方法

停止其他治疗,40例患者分为二组。上天柱穴组25例,取上天柱(天柱穴上五分处,即风府与风池穴连线的中点,用1.5寸或2寸毫针,向鼻尖作75°内斜刺,针深不超过1.3寸,过分消瘦者,不超过1寸。用徐入徐出的捻转提插手法,力求针感能“气至病所”)、风池(用2寸毫针,针尖与鼻尖耳垂连线水平,略斜向下刺,针深不超过1.5寸,作徐入徐出的提插捻转手法,往往针感可循经至眼外侧)、攒竹(向下透刺睛明穴)、阳白(透刺鱼腰穴)、丝竹空(透刺鱼腰穴)、太阳穴(沿皮横

刺);眼周穴组15例,取攒竹、丝竹空、阳白、太阳穴,针法同上。均留针30分钟,上天柱、风池穴每间隔10分钟作一次捻转提插,眼周穴每间隔10分钟作一次刮针柄手法,以加强针感。每周3次,20次为一疗程,观察3个疗程。

观察内容与结果

一、突眼度

由同一位医生使用同一架Hertel氏眼球突出测量计测量针前及3个疗程结束后患者的突眼度变化情况,突眼度>18毫米者为眼球突出。疗效判定,按第四军医大学的疗效标准^{〔2〕}。恢复正常:突眼度<18毫米者;显效:突眼度减少3毫米及以上者;有效:突眼度减少1~3毫米以下者;不变:突眼度增加或减少1毫米者;加重:突眼度增加1毫米以上者。经治疗后上天柱穴组50只眼,恢复正常、显效、有效、不变各为15、6、20、9只眼,总有效率为82%,恢复正常率为30%;眼周穴组30只眼,恢复正常、显效、有效、不变各为5、3、9、13只眼,总有效率为56.7%,恢复正常率为16.7%。二组总有效率经统计学处理,有显著性差异($p<0.05$)。

二、球后间隙

在超声波仪器(CTS-5型)、探头、输出、增益、抑制等条件固定不变的前提下,由同一位医生对患眼作针刺前后观察,球后间隙>13.5毫米者为球后间隙延长。疗效判定按第四军医大学的疗效标准。恢复正常:球后间隙<13.5毫米者;显效:球后间隙减少2毫米及以上者;有效:球后间隙减少1~2毫米者;

不变：球后间隙增加或减少1毫米者；加重：球后间隙增加1毫米以上者。经治疗后上天柱穴组50只眼，恢复正常、显效、有效、不变各为14、5、21、10只眼，总有效率达80%，恢复正常率为28%；眼周穴组30只眼，恢复正常、显效、有效、不变各为5、2、8、15只眼。总有效率为50%，恢复正常率为16.7%。二组的总有效率经统计学处理，有显著差异($p<0.05$)。

三、突眼分级

按我国邝安堃氏的二类六级分级法。0级：正常眼；I级：有眼征（上睑收缩、凝视，有或无突眼），无明显症状；II级：有软组织受累的眼征和症状（异物感、多泪畏光、结膜充血、水肿、眼睑肥厚等）；III级：眼球突出；IV级：眼外肌受累；V级：角膜受累；VI级：视神经受累。上天柱穴组50只眼中，0、I、II、III、IV级者，治疗前各为0、2、6、28、14只眼，治疗后各为16、6、14、14、0只眼；眼周穴组30只眼中0、I、II、III、IV级者，治疗前各为0、2、6、18、4只眼，治疗后各为4、2、2、18、4只眼。针刺前二组的突眼分级均在IV级或IV级以下。但上天柱穴组的IV级眼数为14只眼，远较眼周穴组的IV级眼数（4只眼）为多。经3个疗程治疗后，眼周穴组的IV级眼数未变，但上天柱穴组已无IV级眼。上天柱穴组突眼分级恢复率为32%，较眼周穴组的恢复率13.3%为高。经符号法统计学处理，上天柱穴组治疗前后有非常显著性差异($p<0.001$)。眼周穴组治疗前后无统计学意义($p>0.05$)。

四、针上天柱穴针感和突眼度变化的关系

从表1中可看到：上天柱穴出现针感组和气至病所组的针刺3个疗程前后突眼度变化显著(p 值均为 <0.001)，局部针感组的针刺前后突眼度无明显变化($p>0.05$)。同时，我们对三组不同针感之间作了组间比较。结果气至病所组与出现针感组或局部针感组相比都有非常显著性差异(p 值分别 <0.001)。提示针刺疗

表1 上天柱穴针感和突眼度变化

针感分组	眼数 (只)	治前均值	治后均值	治疗后—治前 均差±标准误
气至病所组	34	20.40	18.41	-1.99±0.06
出现针感组	12	21.04	19.58	-1.46±0.18
局部针感组	4	20.25	20.00	-0.25±0.48

效与针感能否“气至病所”有密切的关系。（详见表1）

针刺对血液流变性的影响

在观察针刺疗效的同时，我们对观察对象分别作了外周微循环、眶血流图和血液流变性的治疗前后对照。

一、针刺对甲皱微循环的影响

在观察条件不变（室温在18~30℃之间，手指皮肤温度差不超过5℃）的情况下，对22例患者作了针刺前后的甲皱微循环检查，其中管襻模糊者治疗前为10例，治疗后仅为4例；血流速度治疗前 <2 秒、2~5秒、 >5 秒者，各为6、6、10例，治疗后各为18、2、2例；异态血流者治疗前15例，治疗后仅为7例。此结果证明治疗前后患者的血流速度有非常显著性差异($p<0.01$)，非线状的异态血流也有显著改善($p<0.05$)，提示针刺治疗对甲亢稳定期突眼者的甲皱微循环异常有纠正的可能。

二、眶血流图的影响

按照阻抗血流原理，取目-耳导联，以BR-4型血流图仪为接受仪，将阻抗信息通过XDH-3型心电图仪进行描记。观察了30例（60眼）突眼症针刺前后的变化情况。结果甲亢稳定期突眼症经3个疗程针刺治疗后，其波幅和灌注指数较针刺前有非常显著的改善($p<0.001$)。提示眶区微血管变得通畅，血液灌流量和排放量均有明显增加，静脉回流加快，眶区血液循环有改善的可能。同时我们对50例（100眼）正常眼以同样的方法进行了检查，经统计学处理，除灌注指数一项外，其余各项均与治疗前突眼症患者的数据有显著性差异，提示甲亢稳定期突眼症的眶血管通道不畅，血管弹性差，

有供血减少的可能(资料略)。

三、对血液流变性的影响

选用 XN₃ 血粘细胞自动计时仪和 FM₃ 冰点渗透压计,测定血浆比粘度的玻璃管内径为 0.33 厘米,长度为 8 厘米;测定全血比粘度的玻璃管内径为 1.1 厘米,长度为 15 厘米;对 20 例突眼症在治疗前后作了血液流变性的对比检查,结果见表 2。

表 2 20 例突眼症针刺前后血液流变性观察

项 目		治疗前均值	治疗后均值	治疗前—治疗后 均差±标准误
全血比 粘度	高切速	4.30	3.98	0.32±0.05**
	低切速	6.90	6.00	0.89±0.12**
血浆比粘度		1.81	1.74	0.06±0.01**
红细胞压积		39.78	38.13	1.65±0.32**
血 沉		23.50	22.30	1.20±1.20
血浆渗透压		281.20	283.20	2.00±0.84*

自身前后比较 * P<0.05; ** P<0.001

从表 2 的结果中看到 20 例突眼症经 3 个疗程针刺治疗后,除血球沉降率一项治疗前后在统计学上无明显差异外,其余各项指标均有统计学意义。提示针刺对甲亢稳定期突眼症血液流变性的异常状况,同样有改变的可能。

讨 论

眼球突出是突眼症的典型表现,在眼球突出之前或眼球突出过程中,往往可伴见其他多种眼征和症状,如流泪、畏光、眼胀、结膜充血、水肿、上眼睑挛缩等等。针刺治疗突眼症不仅要缓解眼球突出,而且也要减轻和消除其他眼征和症状。我们以治眼病的有效穴位如攒竹、丝竹空、太阳穴为基础,分设两组。即单取眼周的攒竹、阳白等诸穴的眼周穴位组;及取上天柱、风池穴加以上的眼周穴位为上天柱穴组。两组经突眼度、球后间隙治疗前后比较的结果,上天柱穴组的总有效率明显高于眼周穴组,眼球突出和其他眼征、症状的改善也有明显差异。为什么有这种疗效的差异呢?据临床观察,正如一般文献指出的那样,针刺眼周穴位对减轻和缓解眼征、症状有效。如针阳白穴

透鱼腰穴、丝竹空透鱼腰穴有松弛上眼睑痉挛的作用;又如攒竹穴透刺睛明穴对流泪有一定的疗效;刺太阳穴对减轻结膜充血有效等等,但针刺眼周穴位却很少见有使眼球突出缓解的。尤其对突眼度在 20 毫米以上的中、重度突眼几乎难以见到突眼度减少。对突眼度在 20 毫米以下的轻度突眼,经眼周穴位的连续针治后,发现有突眼度和眼征、症状同时缓解的病例。针刺上天柱、风池穴加眼周穴位后,不仅见到眼征和症状有明显好转,而且突眼度也可缓解。即使是突眼度在 24 毫米以上的重度突眼者,也有明显减少的病例。在突眼分级方面,上天柱穴组针前 IV 级为 14 只眼,针刺 3 个疗程后,IV 级眼全部消失。其中有 2 只眼恢复到正常;有 6 只眼降为 III 级;有 4 只眼降为 II 级;有 2 只眼降为 I 级。从本文观察的结果中看到:针眼周穴位的主要作用在于减轻眼征和症状。针上天柱、风池穴的主要作用在于减少眼球突出。上天柱、风池穴加上眼周穴位的共同使用,不仅对眼征、症状,而且对眼球突出的疗效就更为满意。故在临床取穴时,应以上天柱、风池穴为主,酌情配合眼周穴位的针刺,这样就容易见效。

在临床治疗过程中,我们发现甲亢稳定期突眼者有全身或局部的“瘀血”表现。如眼球胀痛、结膜瘀点、舌质紫斑或经来腹痛夹有瘀块等。实验室检查的结果提示有“血行不畅”的异常。上天柱穴、风池穴是针刺治疗的主穴,上天柱穴位于足太阳经天柱穴上五分处,“足太阳,有通项入于脑者,正属目本,名曰眼系”,其脉“起于目眦而下出于颈项”。发现作徐入徐出的捻转提插的导气手法时,针感往往可循足太阳经渐达眼区,对缓解突眼有效。故我们取上天柱穴,有利疏导经气、行气散瘀。风池穴属足少阳胆经,为肝之表经,是治眼病的常用穴。突眼症本与肝经关系密切,但因有利于近距离导气,故采用肝的表经穴风池穴。针刺以上二穴,意在“疏导化瘀”。灵枢《五乱》篇说:“徐入徐出谓之导气,补泻无形谓之同精”。我们临床体会到:用徐缓的进针,徐缓的出针,

导引经气,若经气已至,慎守勿失;若有个体差异,未能完全到达病所时,也要适可而止。说明导气“补为导其正气,泻为导其邪气”,可不拘于补泻形式。针感渐达眼区时,病人常诉眼部舒适,视物清楚。经2~3次后,部分眼征和症状开始减轻,疗程结束后,复查突眼度。球后间隙可有明显改善。复查外周微循环、眶血流图和血液流变学等指标,见有血流速度加快,灌顶瘀血减少,血灌流量增加,全血和血浆比粘度,红细胞压积明显下降、针刺治疗前后的统计学结果有非常显著的差异。提示血管收缩性减弱或血管扩张,使流经的血液粘度下

降,从而引起血流量增加⁽³⁾。针刺时的得气和“气至病所”的针刺感应,可能正是经气通畅,血行瘀去的一种外露征象。

本工作曾得到上海市第一人民医院 张洪德、许玉成医师及吴大卫副主任技师的大力支持,谨致谢意。

参 考 文 献

- (1) 栗鑫:新医药学杂志(3):50,1979。
- (2) 胡绍文:中西医结合治疗甲亢性突眼症。内部资料,1981。
- (3) 梁子钧:从现代血液流变学探讨祖国医学的活血化瘀理论。内部资料,1980。

手 法 治 疗 肩 关 节 周 围 炎

北京中医学院第一附属医院骨科 郑平校

手法治疗肩周炎可分为三个步骤进行,首先为“松筋法”,其目的为放松肌肉,缓解痉挛及止痛,如揉法、揉捻法;第二步为“分筋法”,其目的为分离解除“筋”的粘连,恢复肩关节的活动范围,但此类手法,病人痛苦最大,手法应轻柔缓和,顺序渐进,忌用暴力,否则不但解除不了痛苦,反会加重症状,如揉法、提抖法、扳法等;第三步为“舒筋法”,意即舒筋活血,散风通络,调和气血,放松肌肉,此类手法促使局部血液流通,加快新陈代谢,加速炎症吸收,驱散风寒。筋遇热则舒,务使局部达到发热感为度。如散法、捋顺法等。现将手法操作介绍如下。

一、揉法:用尺侧掌指关节或小鱼际肌着力于患处,利用腕关节的屈伸摆动,带动手掌和手指作连续揉动。二、揉捻法:用末节指腹或手掌、肘部等,按压于病变部位或穴位作均匀和缓的旋转研磨动作。三、揉法:一手扶肩部,另一手握住腕部,在牵引下作均匀和缓的回转动。四、提抖法:医者双手握住患腕,肘关节屈曲,在揉法的基础上,慢慢向上提抖。五、扳法:使患肩作前伸、后弯、内收、外展、外旋等被动活动,同时配以揉法。六、分筋法:是松懈肌腱粘连及筋膜挛缩的一种方法,根据不同部位,分为顿筋

法、抖筋法、颤筋法三种。(一)顿筋法:治肩前部伤筋(以右肩为例),医者立于患者斜前方,用右手虎口按住肩部前方,左手握住患者右手食、中、无名及小指,将肘关节屈曲,手搭于右肩,抬高肘部,然后用力将上肢向右前方牵伸,反复数次。要点:右手大拇指扣住胸大肌筋膜,在牵伸同时,拇指向上推按胸大肌筋膜。(二)抖筋法:治肩后疼痛。(以右肩为例),医者站在患者右侧,用右手握住患者右手手指,向前下方拉直,左右抖动伤肢。要点:嘱病人放松肌肉,在牵引下左右抖动。(三)颤筋法:治肩上方伤筋。医者站在伤侧,双手握住患者伤肢腕部,向前下外方拉直,然后上下颤动患肢。七、散法:用双手掌面在相对用力下作快速揉捻,同时作上下(或前后)往返移动,或单掌按压于患部作快速揉捻动作。八、捋顺法:用手指或手掌紧贴皮肤,沿肢体作上下推动。近端推向远端称捋法,远端向近端推称顺法。要点:施法时应使感觉达深层,而不影响皮肤。上述八法施用时均应动作均匀协调,柔和有力,并应以病人能够忍受为限。

另外治疗肩周炎,也需医患合作,即在手法治疗的基础上,督促病人进行功能锻炼,如“梳头”、“擦背”等动作,以尽快解决病人穿衣、梳头等困难。