

100mg。用药后监测尿人绒毛膜促性腺激素(HCG),第1周每周3次,以后每周1次至正常,观察患者消化道反应并记录。

3 治疗结果

3.1 疗效判定标准:治愈:(1)临床症状、体征明显减轻;(2)B超提示盆腔包块缩小或不继续增长;(3)无内出血发生;(4)妊娠试验转阴。失败:(1)治疗过程中出现输卵管破裂,内出血;(2)腹痛反复发作;(3)盆腔包块不缩小或继续增长;(4)异位妊娠的胎心波动持续存在或治疗期间心波动持续存在;(5)HCG持续升高或不变。

3.2 两组疗效比较:治疗组22例,治愈19例,有3例保守治疗失败转手术治疗,保守治疗成功率为86.36%;对照组21例,治愈19例,有2例失败,成功率为90.95%。两组患者治疗成功率差异无显著性($P>0.05$)。

3.3 两组副反应比较:治疗组食欲不振1例,恶心呕吐2例,口腔黏膜溃疡2例;对照组分别为6例、9例、10例。两组差异有显著性($P<0.05$)。

4 讨论

高灵敏度妊娠试剂的问世和超声图像技术的提高,使异位妊娠获得早期诊断成为可能,这为药物保守治疗提供了条件。MTX是十分有效的叶酸拮抗剂,可抑制二氢叶酸还原酶,而致DNA合成障碍,因而抑制快速增长的滋养细胞,使异位妊娠产物停止发育而被吸收。MTX杀胚作用迅速、可靠,治疗效果满意。MTX保守治疗异位妊娠,常用剂量为80~100mg,但毒副作用较大,患者易发生消化道反应,如恶心呕吐、食欲不振及口腔黏膜溃疡等,使治疗失败。我们在治疗过程中采用中药异位妊娠方配伍小剂量MTX,减少了MTX的用量,从而使其毒副作用大大下降,与对照组相比差异有显著性。同时因方中采用了活血化瘀、软坚破结之中药,使血液循环得到改善,提高了腹膜通透性和血液纤维活性,有利于血肿与妊娠产物的吸收,虽然减小了MTX的用量,但疗效满意,与对照组相比差异无显著性。

小针刀配合旋牵手法治疗 椎动脉型颈椎病 48 例

江西省人民医院(330006)

刘 仁 毅

苏州大学

刘 伯 龄

近年来,我院采用小针刀配合旋牵手法治疗椎动脉型颈椎病,取得良好疗效,现报告如下。

1 临床资料

本组共收治90例患者,随机分为两组,对照组(针刺配合颈椎牵引)42例,男24例,女18例,平均年龄(46±8.23岁),病程11天~6个月;治疗组(小针刀配合旋牵手法)48例,男22例,女26例,平均(48±7.15)岁,病程16天~7个月。经统计学处理,两组患者临床资料差异无显著性($P>0.05$)。

诊断标准:(1)曾有猝倒发作,并伴有颈性眩晕;(2)旋颈试

验阳性;(3)X线检查示颈椎曲度改变、不稳或骨赘形成,钩椎关节骨质增生,韧带钙化;(4)经颅血管多普勒(TCD)检查示椎—基底动脉供血不足。

2 治疗方法

2.1 针刺方法:根据临床检查及X线片所示取相应的颈部夹脊穴,背痛加用天宗、阿是穴等;肩痛加用肩井、肩贞等,选用30号1.5~2.5寸毫针,进针得气后平补平泻捻转5分钟,留针30分钟,每天1次,连续10次为1个疗程,疗程间隔2~5天,共治疗3个疗程。

2.2 颈椎牵引方法:选用坐位枕颌布带牵引,牵引时患者头部应前倾15~30°,牵引重量从2~5kg开始,根据患者体质可逐渐增加,但不宜超过体重的1/10,每次15~30分钟,每天1次,10天为1个疗程,3个疗程后观察疗效。

2.3 小针刀治疗:患者坐位,面向椅背,双手平放在椅的靠背上,低头使前额放在双手上,充分暴露病变部位,触按寻找压痛条索或结节等阳性反应点。依据X线片、CT和MRI提示及结合临床体征,在阳性点用龙胆紫作标记,一般每次取4~6点,常规消毒,铺无菌洞巾,术者戴一次性帽、口罩及无菌手套,选4号或3号小针刀。按针刀疗法的四部进针法,刀口线与神经、血管、肌纤维平行,针刀垂直于皮肤进针,用针刀松解棘间韧带和相应的肌肉、韧带、筋膜。先纵行切开或剥离,再横行剥离。出针后压迫针孔片刻,使其不出血为止。再用创可贴敷针眼。每周治疗1次。对于颈、肩、背、臂等处的软组织损伤同时进行针刀治疗。针刀治疗1次未愈,隔7天再予治疗,1次为1个疗程,设定疗程为3次。

2.4 旋牵手法治疗:患者取坐位,术者立于患者身后,先做预备手法,即用揉、捏、滚、弹拨等手法在颈后、肩部、背部做松解,使局部肌肉、韧带、筋膜痉挛解除,放松后再做旋牵手法。以C₂棘突偏向左侧为例,术者用右手拇指扶按棘突之左旁,其余四指扶持颈部,控制患者将头颈前屈(前屈角度以偏歪棘突节段不同而异),再俯身用胸部压住患者头部,使其保持于此角度。术者左手屈肘,用肘弯勾托患者下颌部,用前臂及手抱住患者头面部,即将患者头部用胸部、肘弯、前臂及手抱住,以便协调控制头部,使之在保持一定前屈角度下作上提旋转活动,当左转至最大限度时,术者再用一巧劲,使患者头部继续向左上方超限转动,同时用右手拇指向对侧推拨C₂棘突,即可感到颈椎被推动和发出的响声,再将头颈部复回中立位,查看棘突偏斜是否纠正,若无纠正可重复此手法,旋转过程中不强求出现响声,应以症状改善,棘突偏斜纠正为原则。手法是在针刺或针刀后进行,一般1周治疗1次,1次为1个疗程,设定疗程为3次。

3 治疗结果

3.1 疗效评定标准:临床痊愈:颈痛及其相关症状全部消失,不影响活动及工作,随访3个月无复发。显效:颈痛及相关症状基本消失,仅在劳累或天气变化有轻度症状,功能恢复,不影响日常生活和工作。有效:相关症状和体征改善,但病情不稳定,对重体力劳动有影响。无效:临床症状和体征无变化或反加重。

3.2 结果:对照组42例,治愈10例,显效16例,有效11例,无效5例,总有效率为88.10%;治疗组48例分别为17例、21例、

9 例、1 例,总有效率为 97.92%,两组比较差异有显著性($P < 0.05$)。此外,治疗组椎动脉血流速度改善明显优于对照组(相关资料略)。

4 讨论

通过针刀术后配合手法治疗,其一使针刀施术后残留的粘连和疤痕达到完全彻底的松解;其二使因疤痕挛缩所造成的关键部位的椎体旋转移位、关节错缝等病症在针刀松解的基础上再用手法补充复位,疗效会有很大的提高,从本研究的结果中也可看出治疗组总有效率为 97.92%,表明小针刀配合旋手法治疗椎动脉型颈椎病具有简便、快捷、价廉、效验等特点,有利于临床推广应用。

瘫速康喷雾剂治疗中风后 肩手综合征 24 例

河南省中医中风病工程技术研究中心(450008)

韩 群 英

河南省永城市中医院

孟 庆 法

中国中医研究院研究生部

荆 志 伟

河南省郑州市管城区中医院

韩彩虹 李建慧

肩手综合征(SHS)又称反射性交感神经营养不良综合症,是脑卒中等疾病并发肩痛性运动障碍与同侧手肿胀的一组病症,其发病率高达 12.5%~70%。本课题组于 2001 年 10 月~2004 年 8 月采用瘫速康喷雾剂,结合心理治疗、正确体位、患肢适当的活动等综合康复方法,治疗中风后 SHS 24 例,取效甚佳,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料:全部患者均根据 1995 年全国第二届脑血管病会议拟定的诊断标准和头颅 CT 检查确诊。48 例中风后 SHS 均为我中心住院患者,男 27 例,女 21 例;发病年龄 36~72 岁,平均 57.17 岁;病程<3 个月 22 例,3~6 个月 17 例,>6 个月 9 例。中风后 SHS 的原发病为脑出血 13 例,脑梗死 35 例。按照中风后 SHS 的分期标准进行评估,48 例均符合诊断标准,入院时 I 期 30 例,II 期、III 期 18 例。

1.2 分期与临床表现: I 期(早期)肩和手出现疼痛性运动障碍,以后出现弥漫性肿胀,皮温升高,发红发绀,被动运动时引起疼痛为本期的特点。X 线检查多见手肩部骨质有局部脱钙改变。本期可持续 3~6 个月而进入 II 期(后期),这一期肩手疼痛和肿胀消失,但肩关节功能障碍逐渐加重,手指可出现屈曲性挛缩和僵直,肌肉萎缩。X 线检查可见明显的骨质疏松。本期亦持续 3~6 个月,如不进行治疗,则进入第 III 期(后遗症期),此期皮肤、肌肉萎缩更加明显,手指诸关节完全挛缩,患手畸形,运动功能丧失,肩部呈冻结肩。

2 治疗方法

48 例患者随机分为治疗组和对照组各 24 例,治疗组在常

规治疗原发病的基础上,用我中心研制的瘫速康喷雾剂 200ml(批准文号:国药准字 1999Z-43 号,由河南省百泉制药有限公司提供)喷涂、擦洗患肢,每日 4~6 次,然后用温热毛巾敷住患肢 30 分钟,15 天为 1 个疗程;对照组外用双氯芬酸钠(扶他林乳剂)50mg 外涂患肢,每日 4~6 次,15 天为 1 个疗程,亦配合局部热疗或热敷。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:显效:患侧肩手疼痛、肿胀消失,皮肤颜色正常,患肢除瘫痪因素外活动不受限制,无手肌萎缩。有效:上述症状有明显改善,无明显手肌萎缩。无效:上述症状无改善或加重,有手肌萎缩。

3.2 治疗结果: I 期治疗组 15 例,显效 13 例,有效 2 例,无效 0 例,有效率为 100%;对照组 15 例分别为 9 例、4 例、2 例,有效率为 86.67%。II、III 期治疗组 9 例分别为 5 例、2 例、2 例,有效率为 77.78%;对照组 9 例分别为 1 例、3 例、5 例,有效率为 44.44%,差异有显著性($P < 0.01$)。说明瘫速康喷雾剂在 SHS 的各期均有较好疗效。在患肢疼痛、肿胀、主动/被动活动受限等显性症状的复常天数上,治疗组较对照组差异有显著性($P < 0.05$),相关资料略。

4 讨论

中风后 SHS 是由于脑血管病急性发作、冠心病等影响运动中枢前方的血管中枢,直接引起患肢交感神经兴奋性增高及血管痉挛反应,这与中医学络病理论不谋而合。本病病位在脑,多属气虚血瘀,络阻不通;或久病入络,瘀血阻滞;或因风痰流窜经络,血脉闭阻,气不能行,血不能濡所致。故本病治宜温通经脉,活血通络,健脾利水。本方中桑枝为君,秦艽、桑寄生、山萑祛风湿、舒筋络,白芷散风止痛,乳香、没药、红花养血活血,诸药合用,共奏活血通络之功。

风湿灵水针穴位注射治疗风湿痹 127 例

中国针灸学会(100700)

文 碧 玲

湖北中医学院附属医院

杨 毅 红

1 临床资料

治疗组 127 例中,男性 51 例,女性 76 例;病程 1~15 年,年龄 19~68 岁。其中风寒偏胜型 30 例,湿热偏胜型 35 例,气滞血瘀型 29 例,肝肾亏损型 33 例。对照组 35 例,男性 14 例,女性 21 例;病程 6 个月~16 年;年龄 22~70 岁。所有患者四肢关节肌肉均有不同程度的红、肿、重着、疼痛等典型的临床表现。

2 治疗方法

2.1 选穴:以病因辨证取穴和循经局部取穴为原则。主穴:大椎、风池、风门、膈俞等。局部选穴:上肢取肩髃、肩髃、尺泽、手三里、外关、腕骨、八风等;下肢取环跳、秩边、风市、血海、阳陵泉、绝骨、三阴交、昆仑、太冲、八邪等;腰背部取夹脊、肝俞、肾俞、脾俞、腰阳关等。随证补泻。

2.2 药物:风湿灵 I、II、III、IV 针剂系列。由湖北中医学院附