

碍、肢体功能障碍等等。眼针配合体针有助于肢体功能再现,以达到最大程度上的功能恢复。临床上对于手部功能障碍疗效差,治疗难度大。我们从 2005 年开始,对 50 例临床确诊为中风手部功能障碍的住院患者的临床疗效进行了观察,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组患者 50 例,均来自呼伦贝尔市中蒙医院 2005 年 1 月~2007 年 1 月间的内科住院的脑卒中偏瘫患者,其中男女各 25 例;年龄 50~59 岁 15 例,60~69 岁 19 例,70 岁以上 16 例;病程 1 个月以内 34 例,1~3 个月 16 例;肌力 0 级 14 例,1 级 11 例,2 级 12 例,3 级 13 例。

1.2 诊断标准

西医诊断标准:中风患者的诊断按照 1994 年第四届全国脑血管病学术会议所制订各类脑血管病要点中脑卒中的诊断标准,均经头颅 CT、MRI 及腰穿检查确诊为脑出血或脑栓塞,伴肢体功能障碍。手部肌力分级:0 级:无肌肉收缩;1 级:肌肉有轻微收缩表现,但无关节活动;2 级:在无地心引力时可完成全幅关节活动;3 级:抗地心引力时,能完成全幅关节活动;4 级:能抗一定阻力,完成全幅关节活动;5 级:能抗强阻力,完成全幅关节活动。

1.3 纳入标准与排除标准

纳入标准:符合上述诊断标准,存在手部功能障碍,手部肌力分级标准在 3 级以下,肢体关节没有变形,首次发病的患者。排除标准:严重心肺肝肾功能衰竭,全身极度衰竭及其他非针灸适应证患者和视网膜下腔出血者。

2 治疗方法

所有患者进行脑卒中常规治疗,均要求进行主动或被动的功能锻炼,伴有基础疾病如高血压、糖尿病者常规用药,使血压、血糖保持在正常水平。

2.1 头针

选对侧的运动区下 2/5,选用 0.30mm×40mm 毫针,持针与头皮呈 15~30°角,快速进针达帽状腱膜下层后,使针与头皮平行继续进针 20mm 左右。手法得气后行快速小幅度捻转 3 分钟,每分钟 200 转,边行针边嘱患者活动患手,留针 30 分钟,每 10 分钟行针 1 次。

2.2 体针

选患侧的合谷、八邪、中渚、阳池,选用 0.30mm×40mm 毫针,快速进针,行提插捻转补法,得气后留针 30 分钟。

2.3 眼针

选取双侧上焦区、双侧大肠区、双侧小肠区,根据辨证分型的不同分别加取。肝阳暴亢加肝区;风痰阻络加脾区;痰热腑实加胃区;气虚血瘀加心区;阴虚风动加肾区。头针、体针治疗起针后行眼针,采用眶外横刺法。在选好穴区后,用 0.35mm×13mm 毫针,先以左手手指压住眼球,并使眼眶皮肤绷紧,距眼眶内缘 2mm 的眼眶上,右手持针迅速准确从穴区的一侧刺入,斜向另一侧,刺入真皮到达皮下,保持针体在穴区内,不用任何手法,留针 1~5 分钟。10 天为 1 个疗程,3 个疗程后统计结果。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

痊愈:手功能肌力达 5 级;显效:手功能肌力提高≥2 级;有效:手功能肌力提高≥1 级;无效:手功能肌力无改变。

3.2 临床疗效

痊愈 13 例,显效 11 例,有效 12 例,无效 14 例,总有效率 72%。

病程 1 个月以内 34 例,痊愈 12 例,显效 6 例,有效 8 例,无效 5 例,病程 1~3 个月 16 例,痊愈 1 例,显效 2 例,有效 4 例,无效 9 例。不同病程疗效比较差异显著($P<0.01$),显示病程短者,疗效较好。

肌力 0 级 14 例,痊愈 1 例,显效 2 例,有效 5 例,无效 6 例,总有效率 57.14%;肌力 1 级 11 例,痊愈 3 例,显效 2 例,有效 2 例,无效 4 例,总有效率 63.63%;肌力 2 级 12 例,痊愈 3 例,显效 3 例,有效 4 例,无效 2 例,总有效率 83.33%;肌力 3 级 13 例,痊愈 6 例,显效 4 例,有效 1 例,无效 2 例,总有效率 84.61%。

4 讨论

中风手部功能障碍属中医阴阳学说之阳缓阴急,三阳经筋脉弛缓,表现为伸力弱,属虚证,三阴经筋脉拘急,表现为握力强,属实证。治疗原则以泻阴补阳为主,眼针取穴根据经络所过,主治所及的循经取穴原则选取上焦区、小肠区、大肠区穴这三条经脉均循行于上肢的阳侧,直达五指末端,针此三个穴区可通调三阳经的经络,补气和血。针刺眼针上焦区可恢复大脑的神窍功能及上肢瘫。另外,根据辨证分型的不同加取肝区穴,以平肝潜阳、熄风通络,取脾区穴以健脾祛痰,取肾区穴以滋阴潜阳,熄风通经络,诸穴合用,调整阴阳经络,肢体功能得以恢复。

牵扳法为主治疗椎动脉型颈椎病 55 例

北京按摩医院(100035)

王金涛

椎动脉型颈椎病是临床常见病,多发病,以头晕、头痛为主要特点,严重影响着人们日常生活及工作的质量,笔者自 2005 年 5 月~2007 年 5 月,采用牵扳法为主推拿治疗椎动脉型颈椎病,获得满意效果,现总结如下。

1 临床资料

本组 106 例均为门诊患者,随机分为两组,治疗组 55 例,其中男性 22 例,女性 33 例;年龄 18~68 岁,平均 43 岁;病程 2 天~15 年。对照组 51 例,其中男性 23 例,女性 28 例;年龄 16~72 岁,平均 43.1 岁;病程 15 天~16 年。两组患者性别、年龄、病程经统计学分析,差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。根据 1993 年全国第二届颈椎病专题座谈会中制订的椎动脉型颈椎病的诊断标准进行诊断:(1)曾有猝倒发作,并伴有颈性眩晕。(2)旋颈试验阳性。(3)X 线片显示颈椎节段不稳,或钩椎关节骨质增生。(4)多伴有交感症状。(5)除外眼原性、耳原性眩晕及排除脑部器质性病变等。除以上依据外,106 例患者大多数经 CT 或 MRI 检查及在治疗前后做经颅多普勒超声(TCD)

检查。

2 治疗方法

2.1 治疗方法

采用牵扳法及其他推拿手法。患者俯卧或坐位,医者站其旁或后。(1)拇指由轻到重拨揉颈部肌肉及项韧带,遇有条索、结节及痛点重点施术,约 5 分钟。(2)拿揉肩背部及肘点或拇指点压脊柱两侧(胸 1~7 段),反复施术约 3~4 分钟。(3)拇指点压风池、风府、天柱、缺盆、百会等穴,各 20 秒。(4)施以颈椎牵扳法:患者坐位,医者站或坐于其后。双手掌部分别托起左右下颌角,余双手食指、无名指、小指固定枕部两侧;先让患者颈前屈 20°左右,再双手协调用力,同时拉回,提端头颈至一定角度(一般不大于 5°),使颈椎旋转到最大限度,突然快速发力,大多会有弹响或摩擦感;左右各 1 次旋转以后,头颅恢复中立位,双手拇指理顺椎旁肌肉及韧带,手法结束(本手法操作特点:稳、准、快,因旋转幅度较大,故操作宜慎重)。以上手法隔日 1 次,每次 15~20 分钟,2 周为 1 个疗程。同时记录 1 个疗程前后头晕、头痛等临床表现及 TCD 变化情况。

对照组施行以上除外颈椎牵扳法的其他推拿手法,连续治疗 2 周,每日 1 次,并记录 2 周前后头晕、头痛等临床表现及 TCD 变化情况。

2.2 疗效判定标准

参照国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》制订。痊愈:头晕及相关症状与体征消失,恢复正常生活工作;TCD 正常。显效:头晕基本消失,偶因疲劳后在颈部活动时出现短暂眩晕,有较少的症状与体征,不影响日常生活工作,TCD 有 60%以上改善。好转:头晕发作次数减少,程度减轻,有部分相关症状与体征,对日常生活工作稍有影响,TCD 有 40%~60%改善。无效:治疗后症状与体征无变化;TCD 无变化或改善程度<40%。

3 治疗结果

(1)两组临床疗效比较:治疗组 55 例,痊愈 35 例,显效 13 例,有效 6 例,无效 1 例,总有效为 98.18%;对照组 51 例,分别为 8 例、19 例、10 例、14 例、72.55%。治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。(2)两组 TCD 疗效比较:治疗组痊愈 48 例,显效 7 例,有效 0 例,无效 0 例,治愈率为 87.27%;对照组 51 例,分别为 27 例、24 例、0 例、0 例、52.94%。治疗组治愈率明显高于对照组($P<0.05$)。

4 讨论

中医学将椎动脉型颈椎病归为“眩晕”范畴。不通则痛,重在整复关节,疏通经脉。通过揉、拨、点、压等推拿手法,可使颈背部紧张,痉挛的肌肉放松,达到舒筋活血,通经活络之目的;通过循经穴位点按,可使气血运行通畅,疏通经脉。通过特定的手法如牵扳法,可以纠正肌肉、韧带之扭挫,使经络顺接,整复关节错缝,恢复正常的生理平衡,从而治疗眩晕。本人通过 2 年的临床观察,证明牵扳法对改变颈椎的失衡,减轻钩椎关节骨刺对椎动脉的刺激,改善颅内血供,消除炎症有很好作用;同时也验证了牵扳法为主推拿治疗椎动脉型颈椎病,较单纯推拿手法效果更佳。

自拟柴芍乌贼汤治疗溃疡性结肠炎 83 例

河南省安阳市中医药学校(455000)

刘 爱 军

溃疡性结肠炎是一种病因不明的直肠和结肠黏膜非特异性炎症、溃疡形成为主的疾病,部分患者可有关节、皮肤、眼、口及肝、胆等肠外表现,系内科的常见病、多发病,且发病率有增多趋势。若失治误治,常常迁延难愈。用西医常规手段治疗棘手,疗效不明显,用药时间较长,毒副作用较大,且易复发。笔者数年来采用自拟柴芍乌贼汤治疗 83 例溃疡性结肠炎患者,结果疗效满意,复发率低,现报告如下。

1 临床资料

入选 114 例均系门诊患者,随机分为中药治疗组及西药对照组。治疗组 83 例中,男性 54 例,女性 29 例;病程 6 个月以内者 58 例,6 个月以上者 25 例;年龄 19~62 岁。对照组 31 例中,男性 18 例,女性 13 例;病程 6 个月以内者 22 例,6 个月以上者 9 例;年龄 15~59 岁。

两组患者均以慢性反复发作性的腹泻、黏液脓血便、腹痛、里急后重为主要临床表现。结肠镜检查:肠黏膜有弥漫性充血、水肿,黏膜下树枝状小血管模糊不清或消失,黏膜面粗糙或呈颗粒状。所有病例均以大便细菌培养和肠镜和/或钡灌肠排除肠结核、阿米巴肠炎、细菌性痢疾等其他疾患。

2 治疗及观察方法

2.1 治疗方法

中药治疗组方用自拟柴芍乌贼汤加减。药物组成:柴胡 12g,白芍 12g,赤芍 10g,当归 10g,白术 12g,茯苓 18g,槟榔 15g,黄连 9g,乌贼骨 20g,炙甘草 6g。服法:每日 1 剂,水煎两次,混合后分早晚两次饭前半小时温服。加减:脾虚明显,面色无华、倦怠乏力、纳差甚者,加黄芪、党参;湿阻气滞明显,脘腹闷胀、里急后重甚者,加木香、乌药、苍术、厚朴;腹痛明显者,加延胡索、三七;黏液便明显,加赤石脂、薏苡仁、败酱草、砂仁;脓血便或肛门灼热、舌红苔黄腻、脉弦滑之湿热证候明显者,加地榆炭、葛根、白头翁、秦皮;肝郁明显,闷闷不乐、抑郁易怒者,加香附、佛手;肾阳不足明显,腰部酸软畏凉、尺弱者,加附子、肉桂、补骨脂、肉豆蔻;大便滑脱者,加乌梅、蜜炙罂粟壳、煨诃子以涩肠固脱;久病多瘀,面色晦暗、舌紫暗或有瘀点、脉涩者,加丹参、泽兰。西药对照组口服柳氮磺吡啶片每次 1g,1 天 3 次,症状好转后维持量每次 0.5g,1 天 3 次;加或不加半琥珀酸钠氢化可的松 100mg,加入 0.9%氯化钠注射液 100ml,同时加入灭滴灵 1.0g,每日 1 次保留灌肠。

两组均以 6 周为 1 个疗程。治疗期间,均嘱患者进食低纤维、无渣、易消化、高蛋白及低脂肪且有足够热量的食物,尽量避免牛奶、花生等饮食,忌烟酒及辛辣刺激性食物。疗程结束,比较两组的疗效,复查结肠镜。

2.2 疗效标准

治愈:临床主要症状消失,肠镜复查肠黏膜病变恢复正常或溃疡病灶已形成瘢痕;显效:临床主要症状基本消失,肠镜复