

突出症。

2 治疗方法

接诊当天即给予治疗,治疗组用推拿手法,对照组用局部痛点封闭治疗,观察期间两组均给予三七片内服,并配合卧床休息,但不能应用止痛药物。7天为1个疗程,间隔2天进入第2个疗程,不足1个疗程按1个疗程计。治疗组急性腰扭伤伴有腰椎小关节紊乱患者,用腰椎旋转复位法或腰椎斜扳法;有骶髂关节错位患者,则分前错位或后错位,分别采用单髋过屈复位法及单髋过伸复位法进行治疗。对照组用强的松龙与利多卡因进行局部痛点封闭,3天后可重复1次,可连续4次。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准

治愈:腰痛消失,腰部活动自如,X线或CT摄片腰椎无异常。显效:腰痛基本消失,腰部活动自如,X线或CT摄片腰椎无异常。有效:腰痛明显减轻,腰部活动欠自如,X线或CT摄片腰椎无异常,或腰椎轻度旋转。无效:腰痛无改善,腰部活动受限,腰椎轻度旋转,保护性侧弯。

3.2 两组临床疗效比较

治疗组86例,治愈66例,显效8例,有效8例,无效4例,总有效率为95.35%;对照组43例,分别为9例,10例,14例,10例,76.74%。经统计学处理,两组疗效差异有统计学意义,治疗组疗效明显优于对照组($P<0.01$)。

4 典型病例

林某某,男,50岁。因扭伤腰痛1天入院。患者24小时前搬重物不慎扭伤而致腰痛,自用跌打药酒、活络油等外搽,症状无缓解,反见加重,不能挺胸走路,咳嗽腰部刺痛,呈跛行,由家人护送急诊科诊治,X线摄片腰椎未见异常。以急性腰扭伤诊治,予伤科接骨片、芬必得胶囊内服,复方氨林巴比肌肉注射,维生素B₁、维生素B₁₂肌肉注射,症状无好转,转我科诊治。查体,痛苦病容,强迫体位,双侧腰肌紧张,压痛(++),L₄~5棘突间压痛,L₄右侧横突处饱满,压痛(++),右髂后上棘处压痛(++),右侧髂后上棘比左侧略低1cm,双侧直腿抬高试验阳性,“4”字征试验右侧阳性,复阅X线片示,腰椎右旋,L₃~4棘突左偏,余未见异常。拟诊:(1)急性腰扭伤;(2)腰椎小关节紊乱症;(3)右骶髂关节后错位。予手法治疗,先点压右臂上皮下约1分,之后用左手拇指顶住L₃~4棘突左侧,用腰椎旋转复位法使之复位,接着用单髋过伸复位法纠正右骶髂关节错位,并嘱活动腰部,治疗后疼痛基本消失,腰部活动自如,咳嗽无刺痛,嘱回家卧床休息,并服用三七片,次日复诊时走路正常,腰部局部按压少许酸痛,X线摄片复查,腰椎无旋转,棘突未见偏歪。嘱继续用药,后电话随访已痊愈。

5 结论

手法治疗的作用是整复移位、活血散瘀、消肿止痛、缓急解痉、舒筋活络、宣通散结、剥离粘连。治疗上要早,定位要准确,特别是解剖移位方向要明确,操作灵巧,尽可能利用力学原理及人体生理特点,用力稳当,即要求稳妥有力,避免用力过大造成损伤,还要讲究辨证施法。腰椎斜扳法能有效整复腰椎小关节的移位,解除小关节的滑膜嵌顿;腰椎旋转复位法则是目标定位明确,能一次性纠正棘突偏歪,整复小关节紊乱,而单髋过

伸或过屈复位则是整复骶髂关节错位的有效方法。但如果发病2天以上的患者,腰椎小关节处韧带及腰肌痉挛,组织水肿,则疼痛消失时间相对长些。对急性腰扭伤的治疗,长期以来,多数人主张按摩治疗,认为效果好。其实,由于错位的关节未有整复,受伤肌群处于紧张状态,按摩易于造成局部组织痉挛、水肿,出现次日疼痛加重。而采取局部封闭治疗,或是物理治疗,疗效不确定,不彻底,治疗时间长,易留后遗症,变成慢性腰肌劳损。患者如果是单纯的腰肌及韧带损伤,通过卧床休息及服用三七片等多能自愈,而对于并发关节错位的患者,必须通过正骨推拿,纠正关节错位,解除滑膜嵌顿,使肌肉回复正常状态,得到真正的放松及修复,这才是真正有效的治疗方法。

推拿加理疗治疗椎动脉型颈椎病39例

天津市海河医院中医针灸科(300451)

叶祖明 何新立

椎动脉型颈椎病(CSA)是中老年人的常见病、多发病。临床表现以头晕、头痛、颈项痛为主,甚者猝然昏倒,严重影响患者的工作和生活。近年来我们采用推拿加理疗治疗该病,取得一定疗效,现介绍如下。

1 临床资料

病例来自本科门诊2000年以来收治的椎动脉型颈椎病患者69例,其中男35例,女34例,年龄在34~68岁之间,病程7天~12年。随机将患者分为两组,A组采用推拿加理疗方法治疗,共39例,男16例,女23例;B组采用针刺方法治疗,共30例,男19例,女11例。参考1994年国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》及“第二届颈椎病专题座谈会”修订的《颈椎病诊断标准》,拟定CSA的诊断标准:(1)具有CSA的典型临床表现:眩晕,头痛,视觉障碍,甚至猝倒,旋颈试验阳性;(2)具有颈椎退变的一般临床表现:颈痛不适,活动受限;X线片显示,颈椎节段不稳或钩椎关节增生。(4)经颅多普勒(TCD)检查:一侧或两侧椎—基底动脉血流紊乱。

2 治疗方法

2.1 推拿

患者坐位,医者立于其后,使患者头部略后仰。第一步,点揉风池、风府、完骨、天柱、新设、太阳、百会、四神聪等穴,时间约3分钟。第二步,用揉、滚等手法松解颈屈肌群(胸锁乳突肌、斜角肌、最长肌)、颈伸肌群(头颈夹肌、半棘肌、竖脊肌)和颈旋转肌群(胸锁乳突肌、头颈夹肌、半棘肌、竖脊肌)及项韧带。力度以患者舒适为度,时间约5分钟。第三步,用弹拨法,施于颈屈伸及旋转肌群和项韧带,力度以患者能承受为度,时间5分钟。第四步,颈部拔伸法,力度以患者臀部稍离凳子为度,保持1分钟,拔伸同时左右旋转患者颈部15~30°,反复两次,时间2分钟。最后,用轻柔掌摩手法放松颈肩结束手法。整体施术时间20分钟,每日1次,12次为1个疗程。

2.2 理疗

采用廊坊市生产的ZM-C型中频治疗仪,患者俯卧位,用生理盐水湿漏两块14层的12cm×8cm医用纱布垫,置于患者颈部皮肤(相当于两侧颈夹脊穴),后用理疗器一对导头分别放于医用纱布垫上,选用电脑内04号处方,输出电流5~20mA。每

次 25 分钟,每日 1 次,12 次为 1 个疗程。

2.3 针刺

取穴:B 组均取穴风池、百会、颈 2~7 夹脊穴。取穴参照第 5 版高等医学院校教材《腧穴学》,针刺平补平泻,得气后,留针 30 分钟,每日 1 次,12 次为 1 个疗程。

A 组采用先理疗随后即行推拿治疗,B 组采用针刺方法治疗。两组均在 3 个疗程后判定疗效。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

参考国家中医药管理局制定的《中医病证诊断疗效标准》进行评定。显效:症状、体征消失,功能恢复正常;旋颈试验阴性;X 线颈椎摄片示,颈椎有明显改善或恢复正常;颅 TCD 检查,椎一基底动脉血流正常。有效:症状好转,体征减轻,功能基本恢复;旋颈试验阴性;X 线颈椎拍片示,颈椎有明显改善;颅 TCD 检查,椎一基底动脉供血好转。无效:症状、体征及旋颈试验,X 线片、TCD 检查均无改善。不良现象:经治疗后 CSA 患者症状加重,出现晕针、滞针、血肿、脊髓和椎动脉损伤等情况。

3.2 治疗结果

A 组 39 例,显效 29 例,有效 8 例,无效 2 例,总有效率 94.9%,未出现不良现象;B 组 30 例,显效 10 例,有效 12 例,无效 8 例(其中有 6 例由于畏惧针刺疼痛中途退出治疗,1 例出现晕针终止治疗),总有效率 73.3%。经统计学处理,A 组疗效明显优于 B 组($P < 0.05$)。

4 讨论

CSA 系因颈椎退行性病变影响椎动脉对脑的供血而引起以眩晕为突出表现的病症,是颈椎病常见类型。中医认为,CSA 属“眩晕”范畴。颈部劳损,经络不畅,清窍失养是其病理基础,或感风寒湿,气机阻滞,血行受阻,脑髓失养,或阴虚阳亢,上扰清窍,至眩晕诸症乃发。

本推拿手法治疗该病的作用机理在于扩大椎间隙及椎间孔,纠正椎间关节紊乱,松解局部软组织粘连和痉挛,恢复颈椎正常生理曲度,使筋络顺接,气血流畅,达到疏经通络、理筋整复、荣养清窍而晕止的目的。取位头后仰可恢复颈椎生理曲度,缓解椎动脉受压,头晕症状可得以改善,并可提高患者对手法的耐受度;点揉风池、风府、完骨、天柱均为治疗眩晕的要穴,新设为治疗颈椎病的特定穴,风池、完骨为足少阳经穴,百会属督脉,为督脉与诸阳经及足厥阴之会,三穴能调理肝胆之气机,百会、风府为髓海之外在腧穴,百会又能升提气血、充盈髓海,故点揉诸穴既能治“髓海不足”,又能止眩晕,配以太阳通络止头痛,四神聪安神,以求标本兼治;揉、滚颈屈伸肌群和颈旋转肌群及项韧带则能松解肌肉和韧带,以解除其疲劳;弹拨颈部肌肉则缓解颈椎曲度变化应激产生的肌肉痉挛及粘连,促进局部血液循环;拔伸时将颈椎提起,使其首先恢复生理曲度,继续拔伸则可减轻对椎动脉的压迫,改善椎动脉血流。旋转拔伸则能调整椎关节突和神经根与周围组织的关系,缓解神经根受压所产生的症状。正常颈椎有 60~80° 的旋转范畴,本法采用 $< 30^\circ$ 的旋转度治疗时安全可靠,理疗作用在于其镇痛作用与促进局部血液循环作用。理疗后使局部皮肤温度升高,毛细血管扩张,加速血液循环,放松痉挛的肌肉。在推拿前施予理疗以补充推

拿的镇痛不足,理疗后的镇痛作用和痉挛肌肉的放松有利于推拿手法的实施和疗效的提高。因此,两者配合优势互补,相得益彰,提高临床疗效。

甘草芍药汤化裁方治疗慢性胃炎 156 例

广西壮族自治区百色市人民医院(533000)

黄子冬

慢性胃炎为临床常见消化系统疾病,其发病率居各种胃病之首,其病因尚未完全阐明。胃镜检出率 50% 以上。本病可分为慢性浅表性胃炎和慢性萎缩性胃炎,肥厚性胃炎多未能得到组织学证实,故其名称很少使用。又按免疫状态,出现自身抗体——抗壁细胞抗体(PCA)与否,将萎缩性胃炎分为 A、B 两型。笔者使用甘草芍药汤化裁方结合西药治疗慢性胃炎取得较好疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

观察病例均为本院住院及门诊患者,共 234 例,随机分为 2 组。治疗组 156 例,男 87 例,女 69 例;年龄 22~56 岁;病程 7 个月~9 年。对照组 78 例,男 44 例,女 34 例;年龄 23~57 岁;病程 8 个月~9 年。两组资料经统计学处理,无统计学意义,具有可比性($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准

按照《中医内科学》以及《3200 个内科疾病诊断标准》关于本病的诊断标准:有典型的上腹部灼热胀闷疼痛、恶心呕吐、嗝气口苦、嘈杂似饥、纳呆,不为碱性药物所缓解等临床症状;胃镜下可见不同程度的胃黏膜粗糙,并呈弥漫性充血、水肿、糜烂,有黄色黏液附着,或见中等量、少量胆汁自幽门反流入胃;组织学改变有比较特征性的病理变化,活检证实为慢性胃黏膜炎症性改变。所有病例均经纤维胃镜检查排除占位性病变。所有患者均有频发性和持续性胃脘部疼痛,尤以餐后为甚,灼热,痞满,嗝气,口苦,恶心,或呕逆苦水,或吞酸嘈杂,大便秘结等,起病多与情志有关,舌淡红、苔白或黄,脉滑细紧弦。

2 治疗方法

治疗组以甘草芍药汤化裁方治疗,处方:炙甘草 12g,白芍 30g,柴胡 10g,炙黄芪 18g,延胡索 18g,煅瓦楞子 30g(先煎),枳壳 12g,吴茱萸 2g,半夏 10g,甘松 8g,扁豆花 15g,山药 25g,随症加减,水煎服,每日 1 剂,早、晚温服。对照组给予吗叮啉片,每次 10mg,每日 3 次,饭前半小时口服;奥美拉唑胶囊,每次 20mg,每日 2 次,饭前半小时口服。2 组疗程均为 30 天,疗程结束后复查胃镜。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

参照《慢性胃炎中西医结合辨证和疗效标准》制定。近期临床治愈:临床症状消失,胃镜复查活动性炎症及黏膜充血、溃疡消失;显效:临床症状消失,胃镜复查炎症好转,疼痛胀闷消失;有效:临床症状减轻,胃镜复查炎症有所减轻,疼痛反酸减少;无效:临床症状无改变,胃镜复查无变化。

3.2 两组主要症状改善情况比较

治疗组 156 例,治疗前胃脘部疼痛 156 例,治疗后 16 例,有