

三步针罐疗法配合正骨推拿治疗 神经根型颈椎病40例

北京军区天津疗养院中医针灸理疗康复中心(300191)

张凯 蒋戈利 邢军 刘玉珍 刘文红

天津中医药大学研究生院

董艳

神经根型颈椎病是临床最为常见的一种类型,发病率高,主要表现为与脊神经根分布相一致的感觉、运动和反射变化,为各种原因导致椎间隙变窄、压迫和刺激脊神经根所致。目前治疗神经根型颈椎病主要采用药物治疗和非药物治疗两种方法,现有临床研究多采用单一疗法作为干预措施,对于综合疗法治疗此病的文献报道较少。本中心自2007年7~12月期间,采用三步针罐疗法与正骨推拿相结合治疗神经根型颈椎病取得很好疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

70例患者均为本院中医针灸理疗中心门诊患者,随机分为2组:治疗组40例,男19例,女21例,年龄36~57岁,病程1~2年。对照组30例,男13例,女17例,年龄25~61岁,病程1~2年。两组患者在治疗前2周末予以针对性中西医结合治疗,2组患者的性别、年龄、病程、中医辨证类型上比较,差异无显著性($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断及纳入标准

符合《实用脊柱病学》对本病的诊断标准,并结合病史,临床表现和影像学检查确诊。排除颈部外伤、结核、肿瘤、肌筋膜炎、其它类型颈椎病、风湿病、胸廓出口综合征、锁骨上肿物、进行性肌萎缩、颈椎病合并肩周炎等相关疾病。

2 治疗方法

2.1 治疗组

2.1.1 三步针罐疗法 主穴:整脊穴(平衡针穴,神庭与印堂连线中点)、中平穴(奇穴,外膝眼与外踝连线中点)、后溪、颈夹脊、阿是穴。配穴:少阳经气不利加外关、中渚、丝竹空、瞳子髎;阳明经气不利加合谷、曲池、太阳;太阳经气不利加支正、小海、肩中俞、肩外俞。类痉证加外关、阳陵泉、太冲;类痿证加肺俞、肾俞、足三里。第一步:施以平衡针法,针刺主穴。患者于诊床上取端坐位,常规消毒后,用30号2.0到3.0寸毫针,整脊穴针尖朝下,提插进针,沿皮下骨膜外入针1.5寸,施提插泻法,令酸麻胀感放射到鼻根部,后溪和中平穴行提插捻转泻法,后溪穴向腕部斜刺1.0寸,令针感向前臂放射,直刺双侧中平穴1.5~1.8寸,使针感下传至足。嘱患者活动患部2分钟,不留针。第二步:电针颈夹脊穴,针刺颈夹脊穴和配穴。行平补平泻法,类痿证用补法,夹脊穴针刺入0.8~1.2寸,得气并向肩部放射为度,再用KWD2-808型电针仪行双侧对称性疏密波刺激20分钟。第三步:取针后,选择1~2个阿是穴,用75%乙醇常规消毒,用中号三棱针刺破血脉,深度宜2~4mm,令出血3~5ml,之后在穴位上拔罐,留罐10~15分钟。刺络放血每周

川芎15g,鸡血藤30g,制白附子10g,僵蚕10g,全蝎6g。一般发病10天内,主方加荆芥20g、防风15g;发病10~20天内主方加桃仁10g、红花10g、伸筋草30g、透骨草30g;40天内主方加桃仁10g、红花10g、伸筋草20g、乌梢蛇10g、黄芪15g;40天以上主方大青叶30g,加桃仁10g、红花10g、伸筋草20g、黄芪30g、路路通10g、生龙骨30g、生牡蛎30g。每日1剂,饭前分早晚两次服,另配艾灸治疗,艾灸穴位:下关、颊车、地仓、迎香、翳风,隔姜艾炷灸,每日1次。对照组用西药,急性期强的松每日1次,每次30mg,口服10天;维生素B₁每次20mg,每日3次;维生素B₆每次20mg,每日1次;一叶萩碱每日1次,每次14mg;艾灸治疗同治疗组,每穴5分钟,以局部皮肤潮红为度。

3 疗效观察

3.1 临床疗效标准

临床痊愈:治疗后眼睑闭合良好,面肌功能基本恢复;好转:治疗后较治疗前临床症状改善,遗留不同程度的面肌功能障碍;无效:临床症状无改变。

3.2 两组临床疗效比较

治疗组50例,临床痊愈47例,好转1例,无效2例,临床痊愈率为94%,总有效率为96%;对照组50例,分别为41例、4例、5例、82%、90%。两组临床痊愈率比较,治疗组疗效为优($P < 0.05$)。

3.3 两组痊愈天数及痊愈时间比较

治疗组总平均痊愈天数为(36.7 ± 10.1)天,Ⅱ~Ⅳ级痊愈天数为(27.2 ± 2.3)天,Ⅴ~Ⅵ级痊愈天数为(56.3 ± 10.1)天;对照组分别为(47.74 ± 12.74)天、(29.9 ± 4.8)天、(65.9 ± 11.3)天。治疗组痊愈天数明显少于对照组($P < 0.05$)。

4 讨论

中医认为,贝尔麻痹属于“中风”、“口眼喎斜”病证的范畴。该病病机为正气不足,经络空虚,风邪侵袭,经筋失养,筋肉纵缓不收。根据中西医对发病机理的认识,以祛风散寒,解决面神经骨管最狭窄的鼓室段的炎症是本病治疗的关键。古今一般以牵正散为首选方剂,如《医方考》曰:“中风,口眼喎斜,无他症者,此方主之。”我们在继承传统方法的基础上,借鉴我院陈广恩老中医的临床经验,提出贝尔麻痹为“面部感冒”的新观点,认为其与“感冒”之病因有相同之处,皆由病毒感染所引起,故根据审病求因,审因诊治的原则,在古方牵正散的基础上,加入大青叶等药,命名为青叶牵正散,本方重用大青叶30~60g。现代药理研究表明,大青叶有抗菌、抗病毒、抗炎、解毒、促进免疫功能,抑制血小板聚集,扩张血管的作用。川芎活血祛风;鸡血藤、桃仁,红花具有活血化瘀通络之效;透骨草、伸筋草、路路通,具有疏筋活络通脉之功。在治疗上又划分不同的阶段,辨证灵活加减用药,发病初始以青叶牵正散方酌加发表散风药治疗,时间稍长者酌加活血化瘀药的比重,时间较长者根据“久病必虚”和“久病必瘀”的观点,加上龙骨、牡蛎佐以黄芪补气固本及搜风通络、活血化瘀之虫类药,以扶正祛邪,使方剂更合病机。

1~2次,拔罐隔日1次。

2.1.2 六步正骨推拿法 令患者取坐位,医者立于患者身后。第一步:放松手法。拿肩井2~3分钟,按揉和拿捏两侧颈项肌肉2~3分钟。第二步:松解粘连。用弹拨法作用于颈项部和肩部5分钟,以弹拨肌肉痉挛处及结节、条索状物为主。用小鱼际滚法作用于颈部两侧斜方肌5~10遍,用大鱼际滚法作用于从肩部到颈项两侧区域5~10遍。第三步:点按腧穴。点按风池、颈夹脊、肩中俞、肩外俞、肩井、天宗、太阳、印堂、百会、四神聪穴,力度由轻到重,以局部酸麻胀为度,每穴各30秒。第四步:调整小关节紊乱。采用旋转复位手法。首先确定脊柱偏歪,嘱患者颈部前屈,医者双手拇指由上到下,由下向上反复触摸颈椎棘突两侧,上下左右对比脊柱偏歪的情况,有时偏歪不明显可发现棘突之一侧较隆突。该棘突周围有压痛点、结节者更有治疗意义。确定偏歪棘突后,用拇指定点,令患者屈曲颈部并向后靠于医者的胸腹部,放松颈部肌肉,医者用另一手掌置于患者左侧下颌角部,在颈部拔伸状态下,用力将头部向患侧旋转,同时利用定点拇指及身体的力量将棘突推向对侧。在旋转过程中一般会听到清脆的响声,此时查看棘突偏歪现象已消失,表明棘突偏歪已矫正。完毕后按揉两侧颈项肌肉,并点揉双侧风池穴。若偏歪已矫正,患者仍有部分症状,可被动左右旋转头颈部及侧屈颈部。该手法使用后3天应适当限制颈部活动,部分患者棘突偏歪可复发,可再次施用手法。此法不宜反复多次使用,以免影响颈椎的稳定性。第五步:疏通上肢经络。沿神经放射痛部位行轻柔拿法。点按上肢相应穴位,如极泉、尺泽、曲池、外关、合谷、阿是穴等。之后用牵抖法、搓法作用于上肢。第六步:整理手法。拿揉颈项部肌肉,拿肩井,小鱼际轻叩肩背,配合颈部被动屈伸和侧屈,之后拔伸颈部1~2分钟。

2.2 对照组

随机采用上述两种方法之一或配合理疗,理疗采用 ZM-C-Ⅱ型中频治疗仪,将两电极片置于患者颈部两侧,频率以患者能够忍受为度,每次15分钟,每日1次,10次为1个疗程。单项具体疗法与治疗组所述一致。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准

痊愈:治疗后颈项强直、僵硬、颈肩放射痛或肢体末梢感觉障碍等症及颈椎旁压痛等阳性体征消失;显效:症状明显减轻或基本消失,阳性体征减弱,劳累或受凉等诱因可有轻度不适;好转:症状、体征部分消失或减轻,还需配合其他方法治疗;无效:两个疗程后症状和体征较前无大变化。

3.2 治疗结果

治疗组40例,痊愈27例,显效11例,有效2例,无效0例,愈显率为95%,总有效率为100%;对照组30例,分别为14例,6例,8例,2例,46.7%,93.3%。两组愈显率比较,差异有显著性($P < 0.05$)。

4 讨论

神经根型颈椎病属于中医“痹证”范畴,中医认为,本病的病因病机为肝肾亏虚,劳损,外伤,受风寒湿邪侵袭等因素,导致气血阻滞,经脉痹阻,搏结于颈项筋骨,日久气虚,痰瘀互结,

痹阻经络,不通则痛,发为本病。我们认为,本病的病机关键为“痰瘀互结,脉络痹阻,筋脉失养”。治宜疏通经络,舒筋活血,散瘀除痹。“三步针罐疗”集“远道选穴、平衡针灸、互动式针法、刺络放血疗法”于一体,体现《内经》中“善用针者,从阴引阳,从阳引阴”的选穴原则,可用于各种类型颈椎病、颈椎间盘突出及突出、颈性听力障碍、颈胃综合征等各种颈源性疾病,该疗法具有疗效显著,操作方便,副作用小的特点。

六步正骨推拿疗法的主要作用有:(1)松解劳损、紧张甚至痉挛的颈肌;(2)促进软组织损伤炎症的消除;(3)降低椎间盘的负荷;(4)改善颈椎管内外的高应力状态和神经根张力;(5)调整小关节紊乱,增加锥体的稳定性;(6)减轻或消除对神经和血管的机械性压迫和刺激,恢复颈椎的动静力平衡。使用该疗法应严格控制禁忌证:对于结核、肿瘤、炎症性疾病、骨折、脱位、畸形、骨质疏松者、椎管狭窄及椎间孔明显狭窄、严重高血压、动脉硬化及脑供血不足者则不宜推拿。对于粘连松解者,有部分患者会出现松解部位酸痛感,为正常现象,数天后可自行缓解,应提前向患者说明。

中西医结合治疗自身免疫性 甲状腺炎184例

河北省沙河市医院(056001)

路 现 平

自身免疫性甲状腺炎又称桥本甲状腺炎(桥本病,HD)。近年来,本病发病率有上升的趋势,因而引起了广泛的重视。我们采用中药甲宁和甲状腺片联合治疗184例,并与单纯西药治疗的120例对照,疗效满意,现总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

304例患者根据就诊先后随机分为中药甲宁治疗组(治疗组)184例,西药对照组(对照组)120例。治疗组184例,男28例,女156例;年龄20~69岁,平均 (39.0 ± 12.8) 岁;病程1个月~12年,平均 (4.6 ± 3.8) 年;病情程度:轻度100例,中度48例,重度36例。对照组120例,男20例,女100例;年龄19~70岁,平均 (37.8 ± 15.6) 岁;病程1个月~11年,平均 (4.7 ± 3.6) 年;病情程度:轻度72例,中度32例,重度16例。两组临床资料比较,经统计学处理,差异无显著性($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

参照史轶懿诊断标准。病情程度分为:轻度:甲状腺球蛋白抗体(TG-Ab)、甲状腺微粒抗体(TM-Ab)滴度 $< 40\%$;中度: TG-Ab、TM-Ab滴度 $40\% \sim 60\%$;重度: TG-Ab、TM-Ab滴度 $> 60\%$ 。

2 治疗方法

两组患者均采用甲状腺片(40mg /片,兖州生宝制药有限公司生产)口服,每次20~40mg,每天1~2次,连续服用1年为1个疗程。对照组同时给予强的松 10mg ,每日3次,口服,每月递减 $1/3$,连续服用3个月。治疗组同时服用中药甲宁(生药量 $1.0\text{g}/\text{ml}$,河北医科大学中医药研究院制剂室提供),每次50ml,每日3