

高,这种热力刺激可达表皮与真皮,甚至达到肌层,进而使该部位附近的血管扩张,血管的渗透性增强,局部血液循环改善,局部组织代谢增强,从而促进静脉淋巴回流,消除肿胀。

侧卧位牵引同步针灸治疗老年 腰椎间盘突出症 68 例

江西省吉安市中心人民医院中医科(343000)

李林雅 吴金秀 王石娥

近年来,我们采用侧卧位牵引同步针灸治疗老年人腰椎间盘突出症,并与传统的仰、俯卧位牵引方法进行临床对照,取得了较为满意的效果,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

所选 2006 年 10 月~2008 年 4 月在本院就诊的老年腰椎间盘突出症患者,以 2:1:1 随机分成 3 组。A 组 68 例,男 45 例,女 23 例;年龄 65~89 岁,平均 71.7 岁;病程 11 天~13 年,平均 3.9 个月。B 组 34 例,男 19 例,女 15 例;年龄 65~83 岁,平均 69.8 岁;病程 16 天~12 年,平均 3.2 个月。C 组 34 例,男 21 例,女 13 例;年龄 66~86 岁,平均 71.1 岁;病程 5 天~16 年,平均 4.5 个月。以上 3 组,腰 5~骶 1 突出分别是 25、11、13 例,腰 4~腰 5 突出分别是 7、5、3 例,腰 3~腰 4 突出分别是 2、1、3 例;二个节段突出分别是 23、13、10 例,三个节段突出分别是 11、4、5 例;伴有腰椎增生分别是 66、32、34 例;伴有腰椎陈旧性骨折分别是 13、3、5 例;伴有腰椎畸形分别是 21、10、13 例。3 组患者性别、年龄、病程及临床症状差异无显著性,具有可比性($P>0.05$)。参考 McCulloch 1983 年制定的《腰椎间盘突出症的有关诊断标准》。通过 CT、MRI 或 X 线摄片等检查,排除腰椎脊髓病变结核、肿瘤、强直性脊柱炎病变。排除腰椎间盘突出症中央型、椎管狭窄、腰椎滑脱等牵引禁忌症患者。

2 治疗方法

2.1 治疗方法

A 组(侧卧位牵引同步针灸组):采用自行设计改进牵引床,患者侧卧位 60~90°,健肢在下,伸直,患肢在上,屈曲,头部枕平。牵引带以腋中线胸一盆骨固定。调节牵引床,中段突起约 10~12cm,使身体侧卧呈一水平线。调节牵引床两端牵引床架高度,使之两端牵引点与患者腰部段三点立体呈一线。在患者的胸前、患肢下各垫一枕。然后牵引,牵引力度为患者体重的 1/3~1/2。针刺主穴:取腰推 3、4、5 两侧夹脊穴共 6 穴,委中(患肢);配穴:随证加减:臀部加环跳、秩边;辨证为太阳型加承扶、殷门、承山、飞扬;辨证为少阳型加风市、中渚、外丘、悬钟、昆仑;局部消毒后,按选穴用泻法进针,接针灸治疗仪,腰部用 TDP 特定电磁波谱治疗器(神灯)照射。以上治疗同步进行,每日 1 次,每次 30 分钟。治疗结束时,先去电磁仪、电针仪、拔针,然后放松牵引带,结束治疗。B 组(俯卧位牵引同步针灸组):采用 FYC-III 伏卧式牵引床,患者除俯卧位外,牵引带固定,牵引力度、针刺等操作同 A 组。C 组(仰卧位牵引后加针灸组):采用 A 组同一牵引床,调节成平板,患者仰卧位,牵引带固定,调节成两端牵引点与患者腋中线水平的立体一线,牵引力度同 A 组;30 分钟后,用平板床取俯卧位,针刺、照射方法同 A 组,每次

30 分钟。3 组均每 10 天为 1 个疗程,2 个疗程之间间隔 3~5 天,2 个疗程为 1 个对照期。观察期间腰部腰围固定,并禁止负重、扭腰和剧烈活动。并随访 6 个月~1 年。采用单盲法。

3 治疗结果

3.1 疗效标准

参考《中医病证诊断疗效标准》。治愈:症状及体征消失,活动度完全正常(直腿抬高试验 $>80^\circ$);好转:症状及体征好转,活动度有所改善(直腿抬高试验 $45^\circ\sim 80^\circ$);未愈:症状及体征无变化,活动度无改善(直腿抬高试验 $<45^\circ$ 或无变化)。

3.2 各组疗效比较

各组治愈、好转、未愈,总有效率分别为:A 组 37 例、25 例、6 例,91.2%;B 组 13 例、9 例、12 例(因腰椎畸形 7 例放弃治疗),64.7%;C 组 11 例、13 例、10 例(因腰椎畸形 4 例放弃治疗),70.6%。3 组比较,A 组疗效明显优于与 B 组、C 组,差异有显著性($P<0.01$)。

4 讨论

目前,牵引疗法仍然是治疗老年人腰椎间盘突出症的首选和有效方法之一,但老年人腰椎多有病变畸形,俯、仰卧位牵引均困难,因此,临床治疗十分棘手。我们借鉴以往有用牵引同步针灸治疗该病的经验,采用侧卧位牵引同步针灸疗法治疗老年人腰椎间盘突出症的治疗方案,通过临床对比,B 组、C 组因为腰椎畸形分别有 7 例、4 例放弃了治疗,A 组无一放弃,从而提高了治愈率,且优势明显,侧卧位牵引解决了老年人因为腰椎畸形不能进行牵引的问题。侧卧位牵引的另一个优势是,由于患者侧卧,身体与床面之间的磨擦阻力,造成牵引时上下两侧牵引力的不平衡,患侧牵引力相对加大,这种对患侧椎间盘的加力减压,有利于盘内髓核的回纳。

中西医结合治疗亚急性甲状腺炎 32 例

荆楚理工学院医学院医疗系(448000)

卢志刚

亚急性甲状腺炎(简称亚甲炎),可分为肉芽肿性甲状腺炎和亚急性淋巴细胞性甲状腺炎,我们观察的病例系前者,其最常见的临床表现为颈前区包块伴疼痛。以往多选用强的松口服治疗为主,也有局部注射地塞米松,但多为短效制剂,需反复多次注射,患者依从性差。我们以中西医结合疗法治疗本病 32 例,临床疗效满意,现报告如下。

1 临床资料

全部病例均为 2006 年 9 月~2007 年 3 月荆楚理工学院附属荆门第一人民医院门诊或住院病例,将符合诊断标准的 60 例患者随机分为治疗组 and 对照组。治疗组 32 例,男 4 例,女 28 例;平均年龄(41.1 ± 12.4)岁;病程(15.2 ± 10.9)个月。对照组 28 例,男 5 例,女 23 例;平均年龄(37.7 ± 15.2)岁;病程(16.7 ± 12.8)个月。两组病例一般资料经处理差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。所选病例符合廖二元主编《内分泌学》的诊断标准:甲状腺肿大、疼痛、有压痛,伴有全身症状,发病前可有上呼吸道感染史,实验室检查可有红细胞沉降率(ESR)明显增快,血清 FT₃、FT₄ 升高而甲状腺摄¹³¹I 率降低,呈分离现象。

2 治疗方法

对照组每日口服强的松 30mg,连用 2 周,继而每日口服强的松 20mg,连用 2 周,以后每日用量每周减 5mg,至症状消失,

体征恢复正常,用药 8 周。有甲状腺功能亢进(甲亢)症状者,每次口服心得安 10mg,每日 3 次至症状消失,夜间失眠者加服安定或阿普唑仑,对少数出现甲状腺功能减低(甲减)的患者予甲状腺片或优甲乐片口服,进行短期替代治疗。治疗组在对照组治疗的基础上,均以丹栀逍遥丸加味为主随症加减,水煎服,每日 1 剂。基本处方如下:柴胡 15g,郁金 15g,夏枯草 20g,牡丹皮 12g,栀子 12g,当归 12g,白芍 12g,茯苓 12g,白术 12g,甘草 10g。甲状腺肿大疼痛显著加鳖甲 30g,生牡蛎 30g,海藻 30g;发热咽喉疼痛加金银花 10g,连翘 10g,木蝴蝶 10g。2 周为 1 个疗程,观察 8 周。追踪停药后 8 周内的复发率。

3 治疗结果

3.1 疗效评定标准

参照陈贵廷等主编的《最新国内外疾病诊疗标准》治疗标准:临床治愈:症状及体征(发热、甲状腺疼痛、甲状腺肿大)消失;血沉正常;血清FT₃、FT₄、TSH 水平正常。好转:症状及体征消失或好转,但仍需要经药物维持治疗,停药后可复发;血清FT₃、FT₄、TSH 水平基本正常;血沉下降或恢复。无效:临床症状有所缓解;甲状腺肿大缩小或症状无缓解;血清FT₃、FT₄、TSH 仍维持高水平或恢复正常,转变为低水平。

3.2 两组临床疗效比较

治疗组 32 例,痊愈 13 例,好转 16 例,无效 3 例,总有效率为 90.63%;对照组 28 例,分别为 8 例、14 例、6 例、71.57%。两组总有效率比较差异有显著性($P<0.05$)。

3.3 两组临床症状、体征比较

甲状腺疼痛、触痛消失时间,治疗组为(1.64±0.58)天,对照组为(3.67±0.69)天;甲状腺肿大缩小时间治疗组为(9.12±2.56)天,对照组为(13.27±4.29)天;发热消退时间治疗组为(1.45±0.38)天,对照组为(2.89±0.92)天。以上各项指标治疗组明显优于对照组($P<0.01$)。

(上接第 902 页)

且根据不同血瘀证类型常合用多方加减协同治疗,如水与血结证,常在活血化瘀方药的基础上合用五苓散和苓桂术甘汤利水化饮。

数据分析结果显示,川芎、赤芍为陈老师治疗冠心病最常用的活血化瘀药物。以川芎、赤芍为主要成分的芎芍胶囊,是陈老师在国家“八五”、“九五”、“十五”攻关课题研究成果的基础上研制的,用于冠状动脉介入治疗后再狭窄的防治^[5]。此外统计分析还发现,冠心病出现不同的症状,陈老师用药的选择也有所不同,如针对胸闷侧重于半夏、瓜蒌等的应用,而心痛则更注重延胡索、薤白、丹参等的应用。延胡索辛散温通,有活血行气止痛之功,止痛效果显著,是陈老师治疗各种疼痛的常用药物。此外,陈老师常用藿香、佩兰治疗冠心病,两药一起应用可以芳香化湿,有扩张冠状动脉,改善心肌供血的作用^[6]。

通过对陈可冀老师冠心病临床诊疗数据的分析,

3.4 实验室指标比较

治疗前治疗组 ESR(mm/h)为(50.2±19.8),对照组为(42.5±7.1);两组治疗 4 周分别为(23.8±3.3)、(20.2±3.7),治疗 8 周分别为(13.3±2.5)、(16.9±4.0)。组间比较差异无显著性($P>0.05$),治疗 4 周、8 周与各组治疗前比较 ESR 改变差异有显著性($P<0.01$)。两组治疗 8 周 ESR 恢复正常的例数占总例数的比例差异无显著性($P>0.05$)。

治疗 8 周后,治疗组 27 例 FT₃、FT₄、TSH 恢复至正常,3 例 FT₄ 高于正常,2 例 FT₄ 低于正常。对照组 24 例 FT₃、FT₄、TSH 恢复至正常,2 例 FT₃ 略高于正常,2 例 TSH 低于正常。两组治疗 8 周后 FT₃、FT₄、TSH 恢复正常的例数占总例数的比例差异无显著性($P>0.05$)。

3.5 复发率比较

追踪停药后 8 周内复发率:治疗组 2 例为 6.25%;对照组 5 例为 17.85%。

4 讨论

亚甲炎是临床上较常见的甲状腺疾病,发病机理尚未完全阐明。根据其临床表现归属于中医“瘰癧”之“气瘰”、“肉瘰”、“石瘰”等范畴。现代医学认为,亚甲炎常继发于上呼吸道感染或流行性腮腺炎,多由病毒感染引起,可能是病毒传染,破坏了甲状腺滤泡,部分释放出的胶体引起甲状腺组织内异物反应而引起,甲状腺滤泡上皮细胞的破坏以及滤泡完整性的丧失是本病病理生理的主要结局。笔者认为,本病多因长期情志不舒,气机郁遏,血行不畅,加之素体多虚,外邪入侵,最后导致气滞毒聚交于颈前发生瘰癧,病位在甲状腺,涉及肝脾等脏器功能紊乱,气血失和。我们应用丹栀逍遥散加味配合西药治疗本病取得了良好的效果。方中柴胡、郁金疏肝理气;牡丹皮清血中之伏火,栀子清热解毒;夏枯草清肝散结、消肿止痛;白芍养血柔肝;当归活血化瘀通络;白术、茯苓健脾化痰;甘草解毒缓和药性。随症加减,收效显著。

[编辑:黄健]

相对客观地体现了名专家治疗冠心病的部分学术思想与经验,对冠心病的临床应有一定的参考借鉴作用。

参考文献

[1]国际心脏病学会和协会及世界卫生组织临床命名标准化联合专题组.缺血性心脏病的命名及诊断标准.中华心血管病杂志,1981,9(1):75~76.
[2]中华心血管病杂志编辑委员会.不稳定性心绞痛诊断和治疗建议.中华心血管病杂志,2000,28(6):409~412.
[3]陈可冀.试谈冠心病心绞痛及急性心肌梗塞的中医治疗.中华内科杂志,1987,(4):232~235.
[4]张京春.陈可冀学术思想及医案实录.北京:北京大学医学出版社,2007:55.
[5]徐浩,史大卓,陈可冀,等.芎芍胶囊预防冠状动脉介入治疗后再狭窄的临床研究.中国中西医结合杂志,2000,20(7):404~407.
[6]陈维养.陈可冀医学选集——七十初度.北京:北京大学医学出版社,2002:14.

(收稿日期:2007-12-21;修回日期:2008-03-18)

[编辑:叶晨]