

25%, 25%~50%, 51%~75% 和 >75% 分别作为无效、进步、显著进步和痊愈标准, 总有效率 = (进步 + 显著进步 + 痊愈) / 总例数 × 100%。中医疗效标准参照 1994 年 6 月国家中医药管理局公布的《中医病证诊断疗效标准》制定: 痊愈: 症状完全消失, 情绪恢复正常; 显效: 主要症状明显好转, 情绪基本稳定; 有效: 部分症状好转, 情绪稍有改善; 无效: 症状及情绪均无改善。

3.2 两组临床疗效比较

治疗组 75 例, 痊愈 35 例, 显著进步 23 例, 进步 9 例, 无效 8 例, 总有效率为 89.3%; 对照组 75 例, 分别为 20 例、26 例、10 例、19 例、74.7%。两组比较, 治疗组疗效明显优于对照组 ($P < 0.05$)。

3.3 HAMD 评分比较

治疗组 75 例, 治疗前、后 HAMD 评分均值分别为 (22.5 ± 5.2) 分、(9.5 ± 2.2) 分。对照组 75 例, 治疗前、后 HAMD 评分均值分别为 (21.9 ± 4.9) 分、(14.8 ± 3.7) 分。治疗组疗效明显优于对照组 ($P < 0.01$)。

3.4 两组不良反应情况比较

治疗组未出现不良反应; 对照组出现头痛 3 例, 恶心 1 例, 食欲减退 2 例。

4 讨论

脑卒中属中医中风范畴, PSD 属于中医郁证的范畴, 其病机为风、痰、瘀、火相互搏结导致气血郁滞不畅, 肝失调达而情绪低落。其病理变化与心、肝、脾有关, 故针刺太冲、合谷、三阴交、百会、印堂等穴疏肝理气, 宁心安神以改善抑郁症状。针刺治疗具有双向调节作用, 可通过神经系统和免疫系统调整大脑皮层中枢兴奋和抑制过程, 使脑内神经突触间各种神经递质趋于平衡; 可扩张血管, 增加脑血流, 改善脑血流灌注。本组研究表明, 黛力新联合针刺治疗 PSD, 总有效率显著优于单纯西药组; 组间治疗后 HAMD 评分比较, 治疗组明显优于对照组, 差异有显著性 ($P < 0.05$), 且治疗组未出现不良反应情况。

火针结合中药泡洗治疗
中风后手肿胀 40 例

北京市中西医结合医院针灸科 (100039)

符 健

中风后患者手肿胀是临床常见症状, 可见患侧手掌变厚、粗糙、干燥, 手指增粗胀大, 皮色或光亮而白, 或色暗无泽, 活动受限。多在恢复期出现, 是影响肢端功能恢复的主要原因之一。与西医学中脑血管病后的肩手综合征相似。目前口服药物与传统毫针治疗有效, 外用药物虽有一定疗效, 但起效慢。笔者于 2005 年 12 月~2007 年 12 月, 采用火针结合中药泡洗治疗中风病手肿胀取得了满意疗效, 现报告如下。

1 临床资料

患者均来源于我院针灸科病房及门诊, 按随机方法分组, 治疗组 40 例, 男 28 例, 女 12 例; 年龄 43~92 岁, 平均 (66.65 ± 10.32) 岁; 病程 7~183 天, 平均 (52.85 ± 39.14) 天; 其中脑出血 1 例, 脑梗死 39 例。对照组 38 例, 男 24 例, 女 14 例; 年龄 44~86 岁, 平均 (65.32 ± 9.63) 岁; 病程 9~158 天, 平均 (50.29 ±

34.39) 天; 其中脑出血 3 例, 脑梗死 35 例。两组资料比较, 具有可比性 ($P > 0.05$)。西医诊断标准参照中华医学会全国第四次脑血管病学术会议修订的《各类脑血管疾病诊断要点》; 中医诊断标准参照中国中医药学会内科学会《中风病诊断、疗效评定标准》。凡符合以上标准且患侧手肿胀者均可纳入。凡手肿胀是由于静脉输液渗漏造成, 以及虽有手肿胀但有局部皮肤损伤, 且不配合治疗, 或未能坚持治疗者, 均予排除。

2 治疗方法

(1) 火针治疗: 取中渚、阳池、合谷、阳溪、八邪穴。针具选用北京中医医院贺普仁教授所制的中粗点刺火针。操作方法: 充分暴露所选穴位, 常规消毒后, 采用火针快针法, 在各穴行速刺、点刺, 深度 2~3 分。操作时注意针体应烧至通红, 进针要迅速而准确。针刺后当日禁洗澡, 防止感染。以上治疗每 2 日 1 次, 5 次为 1 个疗程 (10 天)。(2) 中药泡洗治疗: 黄芪 24g, 茯苓 15g, 鸡血藤 30g, 川芎 15g, 红花 15g, 大黄 15g, 泽兰 15g, 防己 15g, 川乌 20g, 草乌 20g, 桑枝 30g。以上药物煎汤取汁 600ml, 放入容器内, 将患手置于药液中浸泡。如药液变凉, 可加热再用或使用恒温容器。每次持续 20 分钟, 每日 1 剂, 每日治疗 2 次, 10 天为 1 个疗程。治疗组采用火针加中药泡洗相结合的治疗方法, 而对照组单用中药泡洗治疗, 均连续进行 3 个疗程。

3 治疗结果

3.1 疗效判定标准

痊愈: 患手肿胀完全消退; 显效: 手肿胀明显消退, 下垂位过久或活动后偶尔出现轻度肿胀; 有效: 手肿胀稍有改善, 但时消时肿; 无效: 治疗前后无变化。

3.2 治疗结果

治疗组 40 例, 治疗 10 天后痊愈 9 例, 显效 9 例, 有效 10 例, 无效 12 例, 总有效率为 70%; 对照组 38 例, 分别为 2 例、5 例、10 例、21 例、44.7%。治疗 20 天后, 治疗组痊愈 16 例, 显效 10 例, 有效 8 例, 无效 6 例, 总有效率为 85%; 对照组分别为 6 例、8 例、9 例、15 例、60.5%。治疗 30 天后, 治疗组痊愈 20 例, 显效 10 例, 有效 6 例, 无效 4 例, 总有效率为 90%; 对照组分别为 13 例、9 例、9 例、7 例、81.6%。两组疗效比较, 第 1、第 2 疗程, 治疗组明显优于对照组 ($P < 0.05$)。

4 讨论

泡洗方中黄芪、茯苓健脾益气, 利水消肿, 标本兼顾; 鸡血藤、川芎、红花补血行血, 攻补兼施; 大黄、泽兰活血利水; 防己祛风湿、利关节、行水气; 配以辛温大热的川乌、草乌温经通络、搜风胜湿、消肿涤痰; 再配桑枝引药达病所。诸药合用共达益气活血、利水除湿、通利关节之功, 以消肿胀。现代医学研究, 上药均有不同程度的扩张血管, 促进代谢, 利尿等作用, 外用有助于改善局部血循环, 增加静脉淋巴回流而消除手肿胀。火针均为局部取穴, 具有舒利关节作用, 其中中渚、阳池分别为手少阳三焦经的输穴与原穴, 三焦为决渎之官, 水道出焉, 取之有利水之效。施之于火针, 取其性温, 具有增强人体阳气, 调节脏腑, 温通经络、行气活血、除湿消肿之功, 扶正祛邪而手胀自除, 非毫针可比。火针具有引导经气, 治疗关节水肿的作用。现代研究, 火针刺刺激可以在皮肤上形成局部充血, 通过对火针治疗前后局部红外热象图的观察, 表明经火针治疗后病变部位的平均温度升

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和对照组。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,