

囊及双侧横突,左右对比找到不对称的部位。触到 C³ 棘突右偏后,再依据 X 线片与触诊、神经定位结果一致后,做第二步 C³ 椎体整复手法。医生首先将左手放于患者颈后部,用左手食指钩住 C³ 棘突右缘,右手放在患者左面部并使头颈部向右旋转,再将左手拇指放在 C³ 左侧横突后缘,双手同时稍用力向头部牵引并使头颈部向右旋转致最大角度,然后突然加力,有控制地加大旋转角度。在此同时左手食指向左钩 C³ 棘突,拇指顶推 C³ 横突,同时发力使 C³ 复位。此时,可听到复位时的弹响声。C³ 以下椎体手法整复时应在枕部垫枕,整复的椎体越靠下则枕头的高度越高,使需要复位的椎体处于失稳状态,有利于手法整复轻巧完成。以上手法每周做 3 次,两次间隔 2 天,每 5 次为 1 个疗程。疗程间休息 1 周。

2.2 对照组

采用坐位颈椎旋转定点复位手法,患者端坐位,以 C³ 棘突向右偏歪为例,首先用单手拇指触诊法摸清偏歪的颈椎棘突。使患者头颈前屈并向左旋转 45°,医生左前臂掌侧托住患者右侧下颌骨体部,左前胸部固定患者后头部,逐渐向上用力牵引患者头颈部,牵引力需平稳而均匀,牵引力 5~6kg,医生牵引的左前臂感到患者颈部已失稳,即颈椎部的椎间及软组织已稍为牵开,则牵引的左前臂向左侧旋转约 20°,连同开始做牵引时患者头颈部向左侧的旋转度共达 65°左右。按压第 6 颈椎棘突右缘的右拇指同时向左前上方顶推,复位时多数可听到复位响声。以上手法每周做 3 次,两次间隔 2 天,每 5 次为 1 个疗程。疗程间休息 1 周。此种复位手法需注意的是开始牵引时力量由小到大,推顶棘突的拇指开始时不用力,待患者颈椎由于牵引出现失稳时,在持续牵引下作旋转的同时拇指推顶棘突达到复位。复位的椎体越靠下,头颈向前屈的角度越大。

3 治疗结果

疗效标准参照国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》^[2]拟定。优:原有各型症状、体征消失,颈及肢体功能恢复正常,能参加正常劳动和工作;良:原有各型症状、体征基本消失,颈及肢体功能基本正常,不影响正常劳动和工作;好转:原有各型症状减轻,体征有所改善;无效:症状、体征无改善。经过 3 个疗程,治疗组 190 例,优 72 例,良 80 例,好转 34 例,无效 4 例,优良率为 80%,有效率 97.89%。对照组 160 例,优 38 例,良 60 例,好转 54 例,无效 8 例,优良率为 61.25%,有效率 95.00%。两组优良率比较差异有显著性意义($P<0.05$),治疗组明显为优。

4 讨论

本手法利用仰卧体位患者颈枕部及肩部肌肉自然放松,在此时施以放松手法,使病变部位高度紧张和痉挛的肌组织可以得到有效的治疗,并且在颈肩部软组织充分放松的基础上,为下一步颈椎旋转定点复位手法创造了较好的条件。这是此手法的第一个优点。仰卧位旋转定点复位手法的第二个优点是安全高效。患者仰卧在治疗床上,医生旋转患者头颈部时,其旋转的最大角度被患者面部着床面限制住,颈部旋转的最大角度是在颈部旋转的生理活动范围内,所以可以保证手法的绝对安全。由于在整复手法前,对颈枕肩部的软组织进行了充分的放松治

疗,使整复治疗手法更加轻巧,其错位的椎体可顺利得到调整。真正达到了筋骨并治的治疗效果,对于恢复颈部的内外平衡、治疗根本病因,起到了事半功倍的治疗效果。

因坐位时人体为保持坐位时的体位姿势,肌肉本身就需要一定的紧张度。颈椎病患者有神经根压迫时,局部肌肉痉挛僵硬就更为明显。此手法整复治疗前,因没有对颈肩部软组织做很好的放松治疗,加之患者有疼痛、紧张不能很好的配合治疗,手法整复治疗时容易出现软组织的合并损伤,出现症状加重,另外由于患者不能很好的配合治疗,就直接影响手法整复的治疗效果。医生做手法整复治疗时,如果不能很好的控制颈椎旋转的角度,相对安全性较差,因此对于初学者保证手法治疗的安全性非常重要。

《正骨心要》云:“若脊柱筋陇起,骨缝必错,则成伛偻之形。当先揉筋令其合软,再按其骨徐徐合缝,脊膂始直。”王中衡等人的《通督按摩法》认为:任何病邪的产生,都是由于直接或间接地致脊柱某一或某些部位(即节段)偏离正常位置,从而使督脉气血不畅通。治疗以整复脊柱错动为主要手段,达到通其经络、调节气血、振奋阳气、协调脏腑的目的。《医宗金鉴·正骨心法要旨》:“一旦临证,机触于外,巧生于内,手随心转,法从手出。”“法之所施,使患者不知其苦”及“盖正骨者,须心明手巧。即知其病情,复善用手法,然后治自多效”。

参考文献

[1]孙宇,陈琪福.第二届颈椎病专题座谈会纪要[J].中华外科杂志,1993,31(8):472-476.
[2]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京中医药大学出版社,1994:186.

养阴活血方联合安博维治疗高血压病早期肾损害患者 30 例

周 婷 屈长宏

(江苏省扬州市中医院,225002)

肾脏在高血压的形成机制中占有重要的地位,同时又是高血压主要的累及器官,高血压导致的肾损害是致残、致死的主要原因。我们前期研究已证实,养阴活血方联合安博维对高血压病早期肾损害不仅具有降低高血压患者血压变异性的作用,还有降低近期尿微量白蛋白(mALB)、β-微球蛋白(β-MG)的作用^[1]。本研究进一步观察了该方法对高血压病早期肾损害患者远期疗效的观察,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

收集扬州市中医院 2006 年 1 月~2007 年 1 月住院及门诊患者 60 例,采用顺序均衡随机方法分为治疗组和对照组各 30 例。治疗组中男 16 例,女 14 例;年龄 42~67 岁,平均(52.5±11.6)岁;病程 0~17 年,平均(8.2±6.4)年;高血压 1 级 9 例,2 级 21 例;低危 5 例,中危 18 例,高危 7 例。对照组中男 18 例,女 12 例;年龄 40~68 岁,平均(50.6±13.7)岁;病程 0~16 年,平均(8.7±5.3)年;高血压 1 级 8 例,2 级 22 例;低危 6 例,中危

19 例, 高危 5 例。两组患者在性别、年龄、病程、高血压分级及危险分层方面经统计学处理差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入标准

符合高血压病诊断标准^[2], 高血压分级为 1 级、2 级, 危险分层为低、中、高危; 血清肌酐 (SCr)、尿素氮 (BUN) 正常, 常规尿蛋白检测阴性, $\text{mALB} > 20 \text{ mg/L}$ 和或 $\beta\text{-MG} > 0.3 \text{ mg/L}$; 符合中医肾阴虚或阴虚阳亢^[3]的辨证标准。

1.3 排除及中止标准

排除原发性肾脏病、糖尿病肾病及其他原因的继发性肾损害; 继发性高血压。中止标准: 出现了其他重大疾病, 需积极治疗; 发生了意外事件; 严重的药物不良反应; 不能坚持完成本试验或失访者。

2 方法

2.1 治疗方法

所有病例入选前均停用一切对血压、肾脏有影响的药物 2 周。对照组予安博维 (杭州市赛诺菲圣德拉堡民生制药有限公司生产, 批号 0601076) 每次 150 mg , 每日 1 次。治疗组在安博维基础上加用养阴活血方, 组成: 熟地黄 15 g , 山茱萸 10 g , 何首乌 15 g , 枸杞子 15 g , 丹参 15 g , 水蛭 10 g , 川芎 10 g 等, 每日 1 剂, 分两次煎服。两组均为 2 个疗程, 每个疗程 8 周, 疗程间间隔 8 周。两组均予相同的基础治疗: 低盐饮食、适量运动, 降压目标值设为 $(130 \pm 5) / (80 \pm 5) \text{ mmHg}$, 血压不能达标者依次联合钙通道阻滞剂、 β 受体阻滞剂、利尿剂, 疗程结束后所有病例继续给予基础治疗, 并维持目标血压 2 年, 观察期间每 1~2 周检测 1 次偶测血压, 保证目标血压值稳定。

2.2 观察指标及方法

2.2.1 尿 mALB 、 $\beta\text{-MG}$ 含量和 24h 尿蛋白定量的测定 尿 mALB 采用¹²⁵I 放射免疫法, 试剂由北京科美东雅生物技术有限公司提供; 尿 $\beta\text{-MG}$ 采用 Nycodard 金标法, 试剂由挪威 Ax-is-shield 提供; 24 小时尿蛋白定量采用邻苯三酚红钼铬合显色法, 试剂由上海德赛诊断系统有限公司提供。均于治疗前及治疗后 2 年测定。

2.2.2 肾功能的测定 于治疗前及治疗后 2 年清晨抽空腹血 2 mL , 测定 SCr、BUN, 试剂由上海科华东菱诊断用品有限公司提供。

2.2.3 不良反应观察 观察服药过程中出现的不良反应, 并随时记录。

2.3 统计学方法

计量资料以均数 $\pm$ 标准差表示, 采用 SPSS13.0 软件进行统计分析, 经方差齐性分析后, 选择 t 或 t' 检验; $P < 0.05$ 为具有统计学意义。

3 结果

3.1 两组患者治疗前、治疗后 2 年尿蛋白和肾功能比较

治疗组治疗前 24 小时尿蛋白定量为 $(127.67 \pm 45.60) \text{ mg}$, 治疗后为 $(81.41 \pm 38.67) \text{ mg}$; 对照组治疗前为 $(125.35 \pm 43.17) \text{ mg}$, 治疗后为 $(102.84 \pm 40.72) \text{ mg}$, 两组治疗前后比较差异均有统计学意义 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$), 并且治疗组优于

对照组 ($P < 0.05$)。两组患者治疗前和治疗后 2 年血清 BUN、SCr 变化无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗组治疗前、治疗后 2 年 mALB 均值分别为 $(64.32 \pm 22.51) \text{ mg/L}$ 、 $(38.57 \pm 18.75) \text{ mg/L}$; 对照组分别为 $(63.81 \pm 23.28) \text{ mg/L}$ 、 $(54.86 \pm 21.53) \text{ mg/L}$; 治疗组治疗前、治疗后 2 年 $\beta\text{-MG}$ 均值分别为 $(0.63 \pm 0.14) \text{ mg/L}$ 、 $(0.38 \pm 0.13) \text{ mg/L}$, 对照组分别为 $(0.64 \pm 0.11) \text{ mg/L}$ 、 $(0.49 \pm 0.21) \text{ mg/L}$ 。与治疗前相比, 两组患者治疗后 2 年尿 mALB 、 $\beta\text{-MG}$ 差异均有显著性 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$), 治疗后 2 年组间比较差异亦有统计学意义 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。

3.2 不良反应观察结果

治疗组 2 例出现轻度干咳, 均可以耐受, 两组均无因严重的药物不良反应及意外事件而中止本试验的病例。

4 讨论

随着我国高血压患病率的升高, 高血压病已成为慢性肾衰竭的主要原因之一。根据高血压早期肾损害的临床表现, 其归属中医“眩晕”、“头痛”范畴, 以肝肾阴虚为主要病理基础, 瘀血为主要病理因素。肝肾阴虚, 脉道干涩, 血行不畅, 肾脉瘀阻, 肾失封藏, 精微外泄。中药治疗予养阴活血方, 方中熟地黄、山茱萸、何首乌、枸杞子补肝肾, 益精血, 固涩精微; 丹参、水蛭、川芎活血化瘀通络。安博维为血管紧张素 II 受体拮抗剂, 研究证实, 其具有降低蛋白尿和肾保护作用^[4]。本研究显示, 两组患者治疗后 2 年, 治疗组较对照组降低尿 mALB 、 $\beta\text{-MG}$ 和 24 小时尿蛋白更显著, 治疗后 2 年两组肾功能稳定, 提示中药养阴活血方联合安博维对高血压早期肾损害有明显的肾保护作用, 防止和延缓了肾损害的持续发展, 远期疗效优于单用安博维, 但其机理有待进一步的研究和探讨, 需要对患者进行更长期的随访, 以观察更远期的肾保护疗效。

参考文献

- [1] 周婷. 中西药合用治疗高血压病早期肾损害疗效研究[J]. 辽宁中医杂志, 2008, 35(2): 256-257.
- [2] 叶任高, 陆再英. 内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 247.
- [3] 郑筱蓓. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 73.
- [4] Ruiz-Ortega M, Lorenzo O, Ruperez M, et al. ACE inhibitors and AT₁ receptor antagonists-beyond the haemodynamic effect[J]. Nephrol Dial Transplant, 2000, 15(5): 561-565.

[编辑: 黄健]

欢迎邮购《中医杂志》光盘合订本

1951~1986 年 (4 张光盘) 480 元

1995~2004 年 (1 张光盘) 280 元

汇款地址: 北京东直门内南小街 16 号中医杂志医海林音像书店, 邮编: 100700。

电话: 010-64013164, 64035632。

<http://www.cnki.net>