

大,皮损潮红,尿黄,舌质红、舌苔薄黄或白,脉弦滑或数。常见于本病的进展期。治法:清热凉血解毒。方药:土槐汤加减。②血燥证:原有皮损部分消退,皮损淡红,舌质淡、舌苔少或薄白,脉缓或沉细,口咽干燥。常见于本病的静止期。治法:滋阴养血润肤。方药:加味四物汤加减。③血瘀证:皮损肥厚浸润,经久不退,皮损颜色暗红,舌质紫暗或有瘀点、瘀斑,脉涩或细缓,女性可有痛经。多见于斑块型银屑病。治法:活血祛瘀。方药:赤芍莪术汤加减^[4]。

2.1.2 中药外治法 ①中药湿敷或封包:黄柏、黄芩、防风、蒲公英、板蓝根、蛇床子、连翘各 20~30g,甘草 10g,加水 3000ml,水沸腾后煎 40min,煎至 1000ml。②中药药浴:透骨草 100g,皂角 50g,生侧柏叶 100g,白鲜皮 50g。辨证加减:血热型加马齿苋 50g,蒲公英 50g,败酱草 50g;血燥型加地肤子 50g,苦参 50g;血瘀型加牡丹皮 50g,生艾叶 50g。加水 5000ml,煎 30min 后药浴,隔日 1 次,连用 4 周。

2.1.3 西药治疗 复方甘草酸苷(商品名美能,日本美能发源制药公司生产) 40ml 每日 1 次静脉滴注,局部外用维 A 酸霜(重庆维邦)及曲安奈德乳膏(大连市皮肤病医院制药厂生产),两者交替外搽,每日 2 次,连用 4 周。

2.2 对照组

复方甘草酸苷 40ml 每日 1 次静脉滴注,局部外用维 A 酸霜及曲安奈德乳膏,两者交替外搽,每日 2 次,连用 4 周。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

参照《中医皮肤科病证诊断疗效标准》中银屑病的疗效标准判定。治愈:皮损完全消退,或皮损消退 $\geq 95\%$;显效:皮损消退 $\geq 80\%$ 但 $< 95\%$;有效:皮损消退 $\geq 50\%$ 但 $< 80\%$;无效:皮损消退 $< 50\%$ 。

3.2 两组临床疗效比较

治疗组 90 例,治愈 53 例,显效 17 例,有效 11 例,无效 9 例,总有效率为 90%。对照组 90 例,分别为 41 例、12 例、10 例、27 例、70%。两组比较治疗组疗效明显优于对照组($P < 0.05$)。

4 讨论

中医学文献中所载的“白疔”,其所描述的症状与银屑病有相似之处。文献均认为其病因病机与风燥有关。《外科大成》论白疔说:“白疔,肤如疹疥,色白而痒,血燥不能营养所致。”然而风邪客于皮肤,有外感之风,亦有内生之风。引起血燥的原因也不外肝肾亏损,冲任失调,或素有湿热内壅,壅久化热,耗伤阴血;情志内伤,久病重病耗伤阴血等,均可致使营血亏虚,而血虚化燥生风。现代医学认为,该病发病与遗传、外伤感染、精神因素、内分泌失调、寒冷潮湿、代谢障碍及免疫诸多方面因素有关。西医治疗上针对病因采用抗炎复方甘草酸苷静脉滴注,复方甘草酸苷是一种具有类激素作用的抗变态反应、抗炎等多种药理活性的药物,而无激素副作用。外用激素药膏及维 A 酸制剂疗效显著,维 A 酸可以调节角质形成细胞的有丝分裂,抑制角质形成细胞的增生和变形,从而使银屑病患者皮损的增生和分化恢复正常。经临床验证中西医结合治疗寻常型银屑病疗效显著。

参考文献

- [1]郑敏. 银屑病发病机制研究中若干问题的思考[J]. 中华皮肤科杂志, 2006, 39(3): 121-123.
- [2]赵辨. 临床皮肤病学[M]. 南京:江苏科学技术出版社, 2001:759-763.
- [3]国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社, 1994:154-155, 186.

仰卧位旋转定点复位手法 治疗颈椎病 190 例

冯建民

(中国中医科学院中医门诊部, 100700)

颈椎病为多发病,在颈椎病发病早、中期多采用保守治疗,保守治疗中以手法治疗最易为患者所接受。近年来,笔者应用仰卧位颈椎旋转定点复位手法治疗神经根型、椎动脉型、交感神经型颈椎病 190 例,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

治疗组 190 例,男 100 例,女 90 例;年龄 36~65 岁,平均年龄 51 岁;神经根型颈椎病 60 例,椎动脉、交感神经型颈椎病 130 例;病程 3 个月~3 年,平均 6 个月。对照组 160 例,男 92 例,女 68 例;年龄 42~64 岁,平均 53 岁;神经根型颈椎病 50 例,椎动脉、交感神经型颈椎病 110 例;病程 2 个月~3 年,平均 6 个月。两组在性别、年龄、病程方面经统计学分析,差异无显著性意义,具有可比性($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准

依据全国第二届颈椎病专题座谈会通过的《颈椎病诊断标准》^[1]:①具有神经根、椎动脉、交感神经型颈椎病的临床表现。②影像学检查显示椎间盘或椎间关节有退行性改变,特别是椎体有病理移位的征象。③影像学征象与临床表现一致。

1.3 入选和排除标准

入选标准:根据全国第二届颈椎病专题座谈会通过的《颈椎病诊断标准》。椎动脉、交感神经型:临床症状有头痛、头晕、耳鸣、视物不清。神经根型:临床症状有颈肩臂疼痛麻木、肌肉萎缩、肌无力;发病时间短于 3 年;X 线片有颈椎体失稳移位的征象,并与临床症状体征一致者。

排除标准:由其他疾病引起类似颈椎病临床表现者,如高血压或低血压、颈部外伤、肿瘤及颅内占位性病变等;X 线片有明显骨质增生致椎管狭窄者;CT 或 MRI 有明显椎间盘突出及椎管狭窄者。

2 治疗方法

2.1 治疗组

以第 3 颈椎(C3)棘突向右偏歪为例,让患者仰卧于治疗床上,头顶与床头平齐,嘱其自然放松。医生坐于治疗床头前。第一步先做软组织放松手法,术者双手放于患者颈后部,放松颈枕和颈肩部软组织,对软组织的硬结、条索和挛缩进行针对性治疗。在软组织放松治疗的同时,触摸颈椎棘突、椎弓、后关节

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 5~6 kg,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》^[1]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:“若脊柱筋隆起,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