

- [3] 恽晓平, 于兑生. 康复疗法评定学[M]. 北京: 华夏出版社, 2005: 385, 83, 432.
- [4] 顾玉东. 手部肌腱修复后评定[J]. 中华手外科杂志, 2000, 16(1): 134.

巨刺阳陵泉配合辨经取穴 治疗肩周炎 102 例

肖红玲 孙立虹

(河北医科大学中医学院针灸系, 050091)

肩周炎中医称为“肩痹”、“漏肩风”、“肩凝症”、“冻结肩”等, 属“筋痹”范畴。因多发于 50 岁左右的中老年人, 故又称“五十肩”。其主要表现为肩关节疼痛, 活动功能受限, 严重影响患者的工作和生活。随着电脑的普及和社会工作压力增大, 肩周炎的发病率呈逐年上升和年轻化趋势, 已引起广泛重视。自 2006 年以来, 我们以巨刺、阳陵泉穴为主, 配合辨经取穴, 治疗本病 102 例, 疗效满意, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

收集门诊肩周炎患者 192 例, 随机分为 2 组, 治疗组 102 例, 男 44 例, 女 58 例, 年龄 45~65 岁; 病程 5 天~3 年; 其中左肩单侧发病 36 例, 右肩单侧发病 49 例, 双肩发病 17 例; 出现肩关节组织粘连 11 例。对照组 90 例, 男 37 例, 女 53 例, 年龄 45~65 岁, 病程 3 天~2 年; 其中左肩单侧发病 31 例, 右肩单侧发病 47 例, 双肩发病 12 例; 出现肩关节组织粘连 7 例。两组患者在性别、年龄、病程方面比较, 差异无显著性 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入标准

参考《中药新药临床研究指导原则》^[1]中的诊断标准: ①多在 50 岁左右发病, 肩部疼痛, 活动不灵, 逐渐加重; 病程较长, 疼痛可向颈、耳、前臂和手放射。②肩关节活动渐受限制, 尤以外展、外旋、后伸为甚, 最后成冻结肩。③患肩肌肉萎缩, 肩部有广泛压痛, 肩外展外旋障碍。④X 线摄片检查, 肩关节多为阴性, 有时可见骨质疏松和肩峰下钙化阴影。

1.3 排除标准

参考《中药新药临床研究指导原则》^[1]的排除标准: ①年龄在 45 岁以下或 65 岁以上, 过敏体质。②合并肩部骨折未愈合。③长期服用其他药物以及采取综合治疗。④合并有心血管、脑血管、肝肾和造血系统等严重原发性疾病或精神病。⑤不符合纳入标准, 未按规定用药, 无法判断疗效, 或资料不全等影响疗效或安全性判断。

2 治疗方法

2.1 治疗组

2.1.1 巨刺阳陵泉 取健侧阳陵泉, 选用直径为 0.34mm、长度为 50mm 的毫针针刺, 进针前嘱咐患者咳嗽, 伴随咳嗽同时进针, 进针后行提插捻转 1min, 留针 5min, 同时嘱患者持续活动肩关节。

2.1.2 辨经取穴 针刺阳陵泉后视患者疼痛的缓解情况, 再根据疼痛部位辨经取穴, 加取患侧本经的荥穴或输穴: ①太阴

型: 肩臂内侧疼痛, 在三角肌、胸大肌交汇处, 中府穴有压痛, 旋内后伸困难; 配患侧手太阴肺经荥穴鱼际。②阳明型: 肩臂之外缘痛, 可扩散到上肢外侧, 在三角肌上部中央处肩髃穴有压痛, 外展上举困难; 配患侧手阳明大肠经输穴三间。③太阳型: 肩关节后侧疼痛连及肩胛部和上肢外侧后缘, 在冈上肌、冈下肌、大小圆肌处, 肩贞、天宗穴有压痛, 肩内收时疼痛加剧, 配患侧手太阳小肠经输穴后溪。④少阳型: 肩臂后外缘痛, 在三角肌上部中央偏后处及肩胛提肌与冈上肌之间, 肩髃、肩井穴有压痛, 上肢旋前、外展上举困难, 配患侧手少阳三焦经输穴中渚, 留针 25~40min, 每隔 10min 行针 1 次, 每日 1 次, 7 次为 1 个疗程, 疗程间休息 3 天。治疗期间, 嘱患者根据病情每日进行相应的肩部功能锻炼。3 个疗程结束后统计疗效。

2.2 对照组

随机采用上述方法之一, 留针 30min, 每隔 10min 行针 1 次, 每日 1 次, 7 次为 1 个疗程, 疗程间休息 3 天。单项具体疗法与治疗组所述一致。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

参照《中药新药临床研究指导原则》^[1]的疗效标准。治愈: 肩部疼痛消失, 肩关节活动范围恢复正常; 显效: 肩部疼痛明显缓解, 肩关节活动范围明显改善; 有效: 肩部疼痛基本缓解, 肩关节活动范围部分改善; 无效: 症状、体征改善不明显。

3.2 治疗结果

治疗组 102 例, 治愈 87 例, (其中 1 次治愈 6 例, 2 次治愈 9 例, 3 次治愈 11 例, 1 个疗程治愈 45 例, 2 个疗程治愈 9 例, 3 个疗程治愈 7 例), 显效 13 例, 有效 1 例, 无效 1 例, 愈显率为 98.04%, 总有效率为 99.02%; 对照组 90 例, 治愈 64 例, (其中 1 次治愈 2 例, 2 次治愈 4 例, 3 次治愈 7 例, 1 个疗程治愈 29 例, 2 个疗程治愈 12 例, 3 个疗程治愈 10 例); 显效 10 例, 有效 8 例, 无效 8 例, 愈显率为 82.22%, 总有效率为 91.11%。两组愈显率比较, 差异有显著性 ($P<0.05$)。

4 讨论

本病发病多因肩部感受风寒, 阻痹气血; 或因劳作过度、外伤, 损及筋脉, 气血阻滞, 不通则痛; 或因年老气血不足, 肝肾亏虚, 筋骨失养所致。治宜“疏通经络, 调和气血, 舒筋止痛”, 故选取筋会阳陵泉为主穴, 配合辨经取穴的方法治疗。我们取阳陵泉穴, 则是以腓骨小头前下方的压痛点为准, 通过临床验证以此压痛点定位其疗效明显优于传统的定位方法。在《灵枢·杂病》中对此早已有记载, “按已刺”, 即按压穴位有压痛, 同时能缓解症状, 再针刺。《灵枢·官针》曰: “巨刺者, 左取右, 右取左。”故取健侧阳陵泉。随咳进针, 记载于窦默的《针经指南》即进针时“令病人咳嗽一声”, 有两个作用: 一是转移注意力, 缓解患者对针刺的恐惧, 减轻进针时的疼痛, 避免晕针; 二是咳嗽可以振奋经脉气血, 提高疗效。《灵枢·经脉》载: 手太阴肺经“从肺系, 横出腋下, 下循臑内”; 手阳明大肠经“上肩, 出骨之前廉”; 手太阳小肠经“出肩解, 绕肩胛, 交肩上”; 手少阳三焦经“循外上肩”。肩周炎的发病部位与该四条经脉、经筋密切相关。根据“经脉所过, 主治所及”、《难经·六十八难》“输主体重节

痛”及《灵枢·邪气脏腑病形》“荣俞治外经”的理论,故选取该四条经脉的荣输穴鱼际、三间、后溪和中渚,协同阳陵泉穴,共奏“调和气血,舒筋活络,解痉止痛”之功效。

参考文献

[1] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M]. 1997:141-142.

中药保留灌肠治疗子宫内
膜异位症术后 16 例

杨东霞 丛慧芳

(黑龙江中医药大学附属第二医院,150040)

子宫内异症(以下简称内异症)已成为妇科常见病,治疗方法有手术治疗、药物治疗与综合治疗,但术后易复发,单纯西药治疗有较多副作用。为寻求更好的治疗方案,我们观察自 2006 年 3 月~2007 年 3 月在我院行保守(保留生育功能)或半保守(保留卵巢功能)手术的内异症患者术后应用中药保留灌肠的疗效和安全性,并与孕三烯酮治疗作对照,观察结果如下。

1 临床资料

回顾分析了我院 2006 年 3 月~2007 年 3 月行保守或半保守手术,并经病理证实为盆腔内异症(包括卵巢内异囊肿)。43 例中 29 例有人工流产史,14 例无人工流产等宫腔操作史,25 例为不孕症患者;术前均有不同程度的痛经、月经过多、下腹痛或腰骶部疼痛、性交痛。43 例分为 3 组,中药保留灌肠组 16 例,年龄 23~43 岁,平均年龄(36.8±5.3)岁,手术方式半保守 6 例,保守 10 例。孕三烯酮组 14 例,年龄 27~42 岁,平均年龄(36.9±5.9)岁;手术方式半保守 5 例,保守 9 例。对照组 13 例,年龄 25~38 岁,平均年龄(36.8±6.5)岁;手术方式半保守 4 例,保守 9 例。3 组的年龄、疾病分期、术前临床症状及手术方式差异无显著性,具有可比性($P>0.05$)。所有病例对其治疗方案均知情同意,所有病例均随访至 2009 年 4 月,均无高血压、心脏病、糖尿病病史,术前半年无服用激素类药物史,血常规、尿常规及肝肾功能均正常。

2 治疗方法

中药保留灌肠采用少腹逐瘀汤加减(饮片购自黑龙江中医药大学附属第二医院药局):小茴香、干姜、延胡索、没药、当归、川芎、肉桂、赤芍、蒲黄、五灵脂、牛膝、柴胡、三棱、莪术、皂角刺。月经期于上方去三棱、莪术、牛膝、皂角刺等破血之品。以上药物浓煎成 200ml,高位保留灌肠,每日 1 次,同时下腹部微波治疗 30min,着重于包块部位或痛甚部位,3 个月为 1 个疗程,连续治疗 3 个月,月经期不停药。孕三烯酮组于术后 7 天开始服孕三烯酮(北京第三制药厂生产),每次 2.5mg,每周 2 次,连续 3~6 个月为 1 个疗程。服药后患者每 3~6 个月复查 1 次,了解其症状、体征、妊娠及 B 超检查情况。用药期间每月复诊,主要了解药物不良反应情况,复查血常规、肝功能等。对照组术后前两组药物均不用,其他观察方法同前两组。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准^[1]

缓解:无症状,未发现盆腔肿块;改善:仍有症状,但程度减轻,无阳性体征,未发现盆腔肿块;复发:B 超再次发现内异囊肿或再次出现周期性,渐进性下腹痛。

3.2 两组临床疗效比较

中药保留灌肠组缓解 11 例(68.8%),改善 4 例(25%),复发 1 例(6.3%),术后妊娠 3 例(30%)。孕三烯酮组缓解 11 例(78.6%),改善 2 例(14.3%),复发 1 例(7.2%),术后妊娠 3 例(33.3%)。对照组缓解 7 例(53.9%),改善 2 例(15.4%),复发 4 例(30.7%),术后妊娠 1 例(11.1%)。3 组比较,中西药物两组缓解率明显高于对照组($P<0.05$)。

3.3 不良反应及随访情况

中药保留灌肠组 12.5%(2/16)出现腹泻,其中有 1 例伴痔疮加重,症状轻,患者能耐受,均未停药。孕三烯酮组 35.7%(5/14)出现副作用,表现为恶心、头昏、乏力、呕吐、燥热、阴道不规则出血,其中 21.4%(3/14)出现肝功能损害,肝酶升高,经护肝治疗,2 例好转,1 例持续升高,中断治疗停药后恢复正常。停药后 6~30 个月随访,孕三烯酮组 9 例保留子宫者中,8 例月经当月复潮,当月 BBT 呈双相 6 例,占 44.4%;中药保留灌肠组 13 例保留子宫者在服药期间及停药后月经正常无改变。中药保留灌肠组与孕三烯酮组复发各 1 例,复发率分别为 6.3%和 7.1%,两组差异无显著性意义($P>0.05$)。而单纯手术组中有 4 例复发,占 30.7%,与中药保留灌肠组、孕三烯酮组比较,差异均有显著意义($P<0.05$)。中药保留灌肠组妊娠率为 30%(3/10),孕三烯酮组 33.3%(3/9),单纯手术组 11.1%(1/9),中药保留灌肠组、孕三烯酮组比较,差异无显著意义($P>0.05$);中药保留灌肠组与孕三烯酮组与单纯手术组比较差异均有显著性意义($P<0.05$)。

4 讨论

许多学者认为,内异症是雌激素依赖性疾病,然而多年的临床和研究显示,激素抑制疗法并不能改善内异症患者的健康状况^[2],手术治疗内异症易复发。本资料显示,未治组 2 年内复发率为 30.7%,随访年限愈长,复发率可能还会升高,所以术后辅助药物治疗,促使残留小病灶萎缩,有利于降低复发率。孕三烯酮(内美通)始于 20 世纪 80 年代,一直沿用至今,该药物疗效确切,但进口内美通价格较贵,而且不能完全控制月经和肝功能损害,影响了临床广泛使用。虽然国产孕三烯酮价格明显低于进口内美通,但用药后仍有 1/3 左右患者出现阴道流血淋漓不净和肝功能损害。内异症属中医“痛经”、“月经不调”、“癥瘕”和“不孕”的范畴,故中医辨证以气滞血瘀为主,治疗当以活血化瘀,消癥散结为主。本方以当归,川芎,赤芍,蒲黄,石灵脂,牛膝活血化瘀;三棱,莪术,皂角刺消癥散结;延胡索,柴胡疏肝理气止痛;小茴香,干姜,肉桂温经活血通络;当归补血、活血,寓有祛瘀不忘扶正之意。如此组方用药,使下焦瘀血消散,气畅痛止。中药保留灌肠可使药液经直肠黏膜渗透吸收,既可减少中药对直肠的刺激,又可使药力直达病所,且药物不经肝脏,直接进入大循环,迅速起到治疗作用,从而缩短疗程。本治疗方法可抑制Ⅲ期内异症术后的复发,其疗效与孕三烯酮相近,并且副反应远低于孕三烯酮,价格合理,是内异症术后较理想的辅助