

病程均在2年以上,改用小针刀治疗后显效。

4 讨论

颈性眩晕的病因机理,我国多数学者沿袭国外学者的观点,认为颈椎骨关节病变对走行在颈椎横突孔中的椎动脉产生影响所致。但近年随着软组织学科的进展,许多学者认为因外伤、劳损或椎间盘退变、椎间隙变窄所致的颈椎失稳,动态平衡失调,局部软组织(关节囊、韧带和肌肉)无菌性炎症刺激,组织内压增高引起上颈椎本体感受器的不正常冲动传入前庭核,导致了眩晕的产生。穴位埋线是在埋针的基础上发展起来的一种治疗方法。通过羊肠线这一异体蛋白对穴位组织的长时间刺激,促使人体局部组织产生一系列生理变化,修复和调整病变的软组织,恢复机体生理功能,达到愈病的目的。配合手法整脊,促使错缝、紊乱的颈椎生理曲度得到恢复。很多

学者认为颈性眩晕产生的部位在颈后三角即寰枕、寰枢关节处,所以,此处是治疗的重点,埋线应埋在颈深层肌部位,手法整脊的重点也在此,有不少患者第一次治疗完毕时即感头清目明,症状消失。所取的穴位中印堂为经外奇穴,具有镇静安神定志功效;风池具有清利头目功效;足三里有滋养脾胃、气血的功效;丰隆具有健中焦、振脾阳、化痰饮、降浊阴的功效;三阴交滋养肝、脾、肾三阴之气,使肝有所养,脾有所运,肾有所藏,太冲可泻上亢之肝阳,肝俞、肾俞可敛肝阳、滋肾阴、滋水涵木。诸穴合用,使眩晕得解。如病程日久,局部软组织出现粘连、挛缩、结疤,可配合小针刀松解以提高疗效。

* 河南省新乡市平原机器厂职工医院中医科(453002)

针刺配合 TDP 治疗肝肾亏虚型
膝骨性关节炎 38 例临床研究

章允志¹ 王明杰²

膝骨性关节炎以“疼痛”为主要症状,属中医“痹证”范畴。我们自2008年7月以来,运用针刺配合TDP治疗肝肾亏虚型膝骨性关节炎患者38例,并与注射玻璃酸钠注射液治疗做对照观察,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

符合入选条件者60例,随机分为治疗组、对照组。对照组22例,男8例,女14例;平均年龄(51.11±16.23)岁;平均病程(14.07±3.13)个月。治疗组38例,男10例,女28例;平均年龄(50.12±17.05)岁;平均病程(14.14±3.07)个月。两组的基本情况和病因无统计学差异(P>0.05),具有可比性。

1.2 诊断标准

中医诊断标准参照《中药新药临床研究指导原则》(第3辑)制定。西医诊断标准:①前月大多数时间有膝痛;②关节活动时骨响声;③晨僵<30min;④年龄≥38岁;⑤膝检查示骨性肥大;⑥X线示关节边缘骨赘。骨性关节炎存在如①、②、③、④,或①、②、⑤或①、④、⑤存在。

1.3 排除标准

①不符合骨性关节炎诊断标准者;②不属于本疗法范围内的病例;③并发病影响到关节者,如牛皮癣、病毒性神经病、褐黄病、代谢性骨病、急性创伤等;④不能坚持观察者;⑤治疗过程中接受本课题所用以外疗法者;⑥哺乳妊娠或正准备妊娠的妇女;⑦过敏体质及对多种药物过敏者;⑧合并心血管、脑血管、肝、肾、造血系统、内分泌系统等严重原发性疾病及精神病患者。

1.4 治疗方法

对照组采用注射玻璃酸钠注射液(施沛特,山东博士伦福瑞达制药有限公司生产)。每次1支,7天1次,5次。

治疗组采用针刺、TDP治疗仪照射患肢内、外膝眼、血海、梁丘、阴陵泉、阳陵泉(定位根据中华人民共和国国家标准GB12346-90经穴部位而定)。具体方法:患者取仰卧位,暴露患肢内、外膝眼、血海、梁丘、阴陵泉、阳陵泉穴。针刺上述诸穴位后用TDP照射,照射头距离20~30cm,以不烫伤和患者可耐受为度。照射30min,皮肤发红为度,7天为1个疗程,2个疗程。

2 治疗效果

2.1 疗效标准

根据《中药新药临床研究指导原则》(第三辑)制定。临床控制:疼痛等症状消失,关节活动正常,积分减少≥95%,X线显示正常;显效:疼痛等症状消失,关节活动不受限,积分减少≥70%但<95%,X线显示明显好转;有效:疼痛等症状基本消除,关节活动轻度受限,积分减少≥30%但<70%,X线显示有好转;无效:疼痛等症状与活动无明显改善,积分减少<30%,X线无改变。

2.2 结果

治疗组临床控制8例,显效17例,有效9例,无效9例,总有效率为89.5%;对照组分别为4例、10例、3例、5例、77.3%。两组总有效率比较差异有统计学意义(P<0.05)。

3 讨论

本研究采用的针刺、TDP治疗仪照射相结合治疗肝

肾亏虚型膝骨性关节炎。针刺主要通过调节局部血运以调节机体的整体功能,其机理与针刺能调气血和五脏六腑,散风寒,除湿热,通筋络,行气活血有关。由于针灸简便有效,容易推广,长期以来广泛应用于临床各科,并在治疗膝骨性关节炎方面积累了比较丰富的经验,本研究中内膝眼、外膝眼、血海、梁丘为局部选穴,这些穴位由于经络所过又近膝关节病变部位,能够疏通筋脉、活血化瘀,内、外膝眼为治膝痛常用穴,对局部肿胀疼痛有较好的效果;血海为脾经穴位,梁丘为胃经郄穴,脾为脏为阴,胃为腑为阳,此二穴一内一外,阴阳相济,脏腑协调,共奏行气活血,消肿止痛之功。阴陵泉为足太阴脾经合穴,能够祛湿通络;阳陵泉为足少阳胆经穴下合穴,尤为八会穴之筋会,可以强筋骨、利关节。故穴位的选取除体现了局部取穴外,还体现了按经脉取穴的特点。膝关节主要为

脾经、胃经、胆经、膀胱经所过,而所选取的穴位多位于上述经脉上,从而体现了经脉所过,主治所及的治疗规律,且临床选取了上述穴位为主要的治疗用穴。

电磁波治疗仪(TDP治疗仪)照射使治疗部位受热均匀,扩张血管,改善血液循环及淋巴循环,增进机体组织的新陈代谢,促进细胞生长,提高细胞膜通透性,增强吞噬细胞的吞噬功能,加快炎症组织修复及增生病变的软化吸收,消除水肿,提高免疫力。此疗法具有改善局部血液循环、促进新陈代谢、降低肌张力、缓解肌痉挛、镇痛、消炎及减轻粘连的特点。

1 浙江省台州曙光医院(318050)

2 广西中医学院瑞康医院骨伤科

穴位埋线对高黏血症患者血液流变学指标的影响

张芙蓉* 许爱秀* 舒 晴*

高黏血症是由一种或几种血液黏滞因子升高,使血液过度黏稠、血流缓慢造成,以血液流变学参数异常为特点的临床病理综合征。我科自 2007年 1月起对 60例高黏血症患者分别采用穴位埋线法和普通针刺对照治疗,并对患者血液流变指标进行了追踪观察,现将结果报导如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

60例高黏血症患者均来源于我科专家门诊,经检测为血液流变学异常者。按就诊次序随机分为穴位埋线组与普通针刺组,穴位埋线组 30例,其中男性 16例,女性 14例,平均年龄 55.46岁。普通针刺组 30例,其中男性 17例,女性 13例,平均年龄 53.14岁。各组治疗前两组性别构成比、年龄、血液流变学指标无统计学差异。

1.2 诊断标准

选用血液流变学相关指标:全血黏度(高切、中切、低切)、血浆黏度、卡松黏度。其中全血高切黏度、中切黏度、低切黏度及血浆黏度有一项以上增高即可诊断。参考值范围参照本院实验室标准。

1.3 纳入标准

①血液流变学检查指标增高,符合高黏血症的诊断标准。②舌质暗,苔白腻,脉弦滑,辨证属中医痰瘀互结证型者。③自愿接受临床试验并签署知情同意书者。

1.4 排除标准

极重度高血压者(3级);脑血管意外;糖尿病酮症酸中毒;冠心病急性心肌梗死,重度心律失常(持续性快速房颤、房扑、频发室早、室速);合并有急性疾病及肝、肾、造血系统等严重原发性疾病者;精神病患者;妊娠、哺乳

期妇女及过敏体质者;1个月内参加过其他临床试验的患者。

2 治疗方法

2.1 穴位埋线组

采用穴位埋线法,取穴分为两组①双侧血海、丰隆、脾俞;②双侧膈俞、足三里、三阴交,两组穴位交替使用。操作方法:血海、丰隆、足三里取仰卧位,膈俞、脾俞、三阴交取俯卧位,穴位皮肤常规消毒,无需局部麻醉,将 1号手术烙制羊肠线(长约 1.5cm)装入北京任晓艳穴位埋线医学研究中心生产的一次性使用埋线针的前端内。其中血海、丰隆、足三里、三阴交 4穴直刺 1.2~1.5寸,膈俞、脾俞两穴向脊椎方向斜刺 0.8~1.0寸。局部行捻转得气后,边推针芯边退针管,使羊肠线埋入皮下肌层内,线头不得外露,消毒针孔,外敷无菌敷贴。每周治疗 1次,两组穴位交替使用,共治疗 8周。

2.2 普通针刺组

取穴与穴位埋线组相同,每周 1次,每次留针 30min,共治疗 8周。

2.3 观察指标

以全血黏度高切、中切、低切、血浆黏度、卡松黏度为观察指标,评价血液黏度。在治疗前、第 4周末、第 8周末各行 1次血液流变学检查,共 3次。治疗过程中密切观察可能与治疗有关的不良反应。

2.4 疗效评定标准

①显效:临床痰瘀互结证型基本消失,治疗后血流变指标全血黏度高切、中切、低切、血浆黏度、卡松黏度 5项下降 >10%者;②有效:临床痰瘀互结证型明显减轻,血流变指标 5项下降 >5%者;③无效:临床痰瘀互结证型