

多表现明显的阴虚内热、湿瘀内阻见证,本组患者入院时均明显的面色潮红、面圆体肥、口苦口干、多汗、痤疮、皮肤缕纹、舌苔黄厚、脉滑数等一派阴虚内热、湿瘀内阻,因此,对长期大量用激素的RNS患者中药应以清利湿热、解毒活血为基本大法。既往我们曾对RNS采用清热解毒活血方剂联合激素环磷酰胺治疗,取得比单用西药的对照组为优的疗效^[3]。为了进一步验证疗效,本研究选择了全部有病理资料的RNS,并在原方中的基础上增加了清利湿热的药物,即清利解毒活血汤。结果证明,清利解毒活血汤联合强的松、环磷酰胺及低分子肝素方案疗效显著高于对照组,也比我们以前的治疗方案疗效有所提高。

清利解毒活血汤主要由知柏地黄汤合猪苓汤加清热解毒、活血化瘀中药组成,知柏地黄汤滋阴降火,清利湿热,以拮抗糖皮质激素的副反应。猪苓汤是张仲景育阴利水的代表方,立意于阴虚内热水停等错杂为病的状态,溶滋阴与利水于一炉,使利水而不伤阴。方中加鳖甲、栀子以增强滋阴降火、清利湿热之功,白花蛇舌草、半枝莲、连翘、蒲公英等清热解毒利湿热,丹参、当归、桃仁、川芎、红花、益母草活血化瘀通络,黄芪益气扶正固本。本研究治疗组治疗后尿蛋白比治疗前显著减少,血清白蛋白上升,Fig降低均明显高于对照组,Scr及BUN均比治前降低,肾功能改善明显优于对照组,治疗组疗效显著高于对照组且不良反应、特别是对类固醇现象明显轻于对照组。

RNS之所以难治,其原因很复杂,但肾脏本身的

病理是最主要的因素,一般认为肾脏病理损害越重,治疗效果越差。本组不同病理类型治疗效果也不相同,膜性肾病及IgM肾病疗效最差,仅1例能达到完全缓解。GM L疗效最好,8例均获完全缓解,IgAN、M sPGN及FsGS 3型疗效在上述二者之间,均在50%左右,且互相之间没有差异,但本组对各病理类型病理损害程度没有进一步分析,因此各型与疗效的关系有待进一步研究。肾小管间质损害在肾小球疾病的进展中起着重要作用,本组肾小管间质损害轻者疗效显著高于重者,因此我们认为肾小球病理类型及肾小管间质损害程度是影响RNS治疗效果的主要原因。我们认为,清利解毒活血汤联合糖皮质激素CTX和低分子肝素的方案对RNS有较好的疗效,且毒副反应很轻,是治疗RNS的一个较好的中西医结合方案。但本方案对MN、IgMN及肾小管间质损害重者疗效仍不尽人意,有待进一步深入研究。

参考文献

- [1] 叶任高,陈裕盛,方敬爱.肾脏病诊断与治疗及疗效标准[J].中国中西医结合肾病杂志,2003,4(5):271-274.
- [2] 彭晖,余学清,娄探奇,等.不同病理类型肾病患者蛋白尿成分与肾脏病理关系[J].中华肾脏病杂志,2006,22(5):271-274.
- [3] 朱辟疆,韦先进,周逊,等.清热解毒活血汤联合西药治疗难治性肾病综合征疗效观察[J].中国中西医结合肾病杂志,2006,7(10):586-588.

* 江苏省镇江市中西医结合肾脏病研究所(212028)

手法治疗腰椎间盘突出症 186例

李春涛* 李浩源*

腰椎间盘突出症是骨科、中医推拿科门诊常见病、多发病,是在椎间盘退行性变的基础上,腰部软组织受到慢性劳损或急性扭挫伤致椎间盘的外层组织纤维环发生破裂,内层组织髓核从破裂处向后方或侧方突出,压迫邻近的神经根,从而导致腰腿疼痛、麻木,下肢肌肉萎缩,腰部 and 下肢功能活动障碍等表现的综合征,严重影响患者的工作和生活。自1977年9月~2009年12月,我院一直采用手法治疗此症,其中较系统观察治疗186例,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

186例腰椎间盘突出症患者均为我院1977年9月

~2009年12月门诊或住院患者,男104例,女82例;年龄16~81岁,平均46.5岁;病程1个月~16年,平均6.9个月;初次发病者102例,复发者84例。所有患者均经CT或MRI检查确诊为腰椎间盘突出,其中L4~L5突出者21例,L5~S1突出22例,L4~S1突出者73例,合并2个以上椎间盘突出者70例;左腰痛甚有101例,右例腰痛甚81例,双腰痛4例,左下肢放射痛麻木86例,右侧下肢放射痛麻木71例,双下肢放射麻木25例。

1.2 诊断标准

参照国家中医药管理局1994年颁布的《中医病证诊断疗效标准》中腰椎间盘突出症诊断标准制定:①有腰

部外伤、慢性劳损或受寒湿史,大部分患者在发病前有慢性腰痛史;②常发生青壮年;③腰前向臀部及下肢放射,腹压增加(如咳嗽、喷嚏)时疼痛加重;④脊柱侧弯,腰生理弧度消失,病变部位椎旁有压痛,并向下肢放射,腰部活动受限;⑤下肢受累神经支配区有感觉过敏或迟钝,病程长者可出现肌肉萎缩,直腿抬高或加强试验阳性、膝跟腱反射减弱或消失,踝趾背伸肌力减弱;⑥X线摄片检查:脊柱侧弯,腰生理前凸消失,病变椎间盘可能变窄,相邻边缘骨赘增生。CT检查显示腰椎间盘突出部位及程度

1.3 排除标准

①有严重的骨质疏松,或合并腰椎骨折;②妊娠期患者;③精神疾病障碍患者;④合并有严重心血管、脑血管、肝肾和造血系统等严重原发性疾病的患者;⑤未按规定治疗,无法判断疗效或资料不全等影响疗效判断者。

2 治疗方法

采用笔者所在科室自创的侧卧手法定位复位法,具体分9个步骤:①松腰肌法:患者先俯卧于特制治疗床上,医者站于痛侧(如右侧痛甚),让患者全身放松不紧张,医者进行准备手法,包括掌根揉按、叠指叠掌痛按、单手背揉按、肘点揉,首先从腰部双侧揉按顺下腰骶部,臀上肌、梨状肌、大腿外侧、内侧,约15~20min;②叠指弹拨:以单手的拇指或双手拇指叠压,也可用一侧手的掌根部叠压在另外一手的拇指部,顺腰椎两侧棘骶肌、臀同髂缘、坐骨神经行径等部位做点按与弹拨,用力由轻到重以患者能接受为度;③肘点揉双侧腰肌、腰骶、臀上肌、梨状肌、疼痛麻木的患肢大腿外侧;腰椎间盘突出症的患者常在两侧或患侧腰骶角处,用力由轻到重,致局部有酸胀,或有向下放电感为度,释力由重到轻;④肢揉腰臀:以上肢的小鱼际、前臂或肘部在腰臀部行大面积的揉法,力由轻到重,患者能接受为度,释力由重到轻;⑤旋腰定位斜扳法:患者取健侧卧位,健侧下肢伸直在下,患者下肢稍屈曲顺在健侧前侧位置,患者面向医者准备接受复位手法,首次健侧下肢置于身后,患侧下肢身前,医者站在患者腹侧,一侧手置于患侧肩前,另一侧上肢的前臂尺侧置患者臀部处,两手相对用力并逐渐加大患者腰部旋转角度,至最大限度时,瞬间用力,加大旋转的角度,80%~95%患者听到弹响声表明手法复位第一次成功,接着医者相反方向站立,让患者转相反方位,患侧取于卧位,患侧下肢伸直在下,健侧下支置于患下肢胸前侧,患侧下肢,置于身后,按照相同方法相反手位复位,瞬间用力,

比第一次手法复位要大约10%~20%,听到弹响声即表明手法复位成功;⑥抬腰腿压扳:患者取俯卧位,医师位于患者患侧,一手置于对侧大腿下段的外侧,另一手按压患者腰骶部,两手相对用力,使腰部后伸至最大限度后瞬间发力,加大后伸(5~10°)至有弹响声出现即止;⑦接伸抖腰:患者取俯卧位,助手在患者侧,双手从患者腋下穿过行拉伸,医者立于患者足侧,双手分别握住患者双踝,并抬起双下肢,在拉伸的同时将腰部轻轻抛起抖动十数次;⑧屈髋摇臀:患者取仰位,双髋双膝关节屈曲,使双膝靠近腹部,医师把持患者双膝,在按压的同时旋转摇动臀部;⑨抱膝滚脊:患者取仰位,双髋双膝尽量屈曲,并以双手抱膝,医师一手放于患者腰后,一手放于患者小腿中部,两手相对用力,使患者腰部在矢状面上产生滚动,连续滚动数次。手法结束后,患者卧床休息5~10min,接着用固定带(腰围)固定腰部,嘱其每次先侧身起床,预防腰椎间盘突出继续突出。手法连续治疗12天,特别指出治疗至症状消失即停止治疗。治疗期间,应避免腰部劳损、扭挫伤、感受风寒等,同时遵医嘱尽量不弯腰、不负重、不左右旋转腰活动,可以进行腰肌功能锻炼。疗程结束后1个月内复诊1~2次。

3 结果

3.1 疗效评价标准

根据国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》进行评价:①治愈:腰腿痛消失,直腿抬高70°以上,能恢复原工作;②好转:腰腿痛减轻,腰部活动功能改善;③未愈:症状体征无改善。

3.2 治疗结果

186例中,治愈54例,占29%;好转118例,占63.9%;未愈14例,占7.5%;总有效率达92.9%。

4 典型病例

梁某某,男,36岁,因腰部疼痛向左下肢放射痛伴活动受限3个月,于1995年10月28日到我院中医推拿正骨科就诊,患者无明显外伤史。入我科查体:走路跛行,脊柱生理弧度变直,L4~S1左椎旁压痛、叩痛,并向左下肢放射;直腿抬高试验左25°右65°,左侧跟腱反射明显减弱,肢肌力正常,右下肢跟腱反射、肌力正常,马鞍区感觉无明显异常,JOA评分15分。MRI示:在L5~S1平面可见一巨大型腰椎间盘突出,患者拒绝西医治疗。要求手法复位治疗,每隔1~2天,治疗1次,29天以后每隔5天治疗1次,总共46天。患者症状逐日缓解,后正常工作和生活,至今无复发。

5 讨论

腰椎间盘突出症属中医学腰痛、痹痛范畴,推拿按摩已成为本病综合疗法中的基本方法之一,它可以对突出的椎间盘及相关的小关节、肌肉进行多方位的局部调节,还可以改善全身微循环状态,从而进行整体调节。该病现代医学病因病理一方面突出的髓核组织压迫神经根;更重要的是在于局部释放细胞因子、炎症介质等化学物质,激惹神经根及周围组织,致局部微循环改变等一系列无菌性炎症的病理过程。通过推拿手法,可使突出的髓核,受压的神经根周围组织的相互位置的轻微改变,以减轻髓核对神经根的压迫,松解神经

根的粘连,改善局部血运,消除炎症,达到通调气血,舒筋活络的功效。手法侧扳腰椎复位法的角度控制稳定,安全性得到加强,其体位科学合理,理论上符合解剖学及生物力学的要求,且运动幅度范围在患者日常自身的生理运动范围之内,基本可避免脊柱内外神经、血管、脊髓等组织的应力性损伤,即使重手法侧扳腰椎复位正骨也可在保证手法安全性的基础上,取得理想的脊髓减压效果,尽可能避免手法医疗的风险。

* 广东省珠海市妇幼保健院中医推拿正骨科 (519001)

化痰散瘀法治疗痰瘀交阻型糖尿病性冠心病 120例

朱 黎 明*

笔者自 2006年以来运用脉平片结合西医降糖治疗气阴两虚痰瘀交阻型糖尿病性冠心病 (Diabetic coronary heart disease, D-CHD),取得满意疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2006年 9月~ 2010年 1月在我院门诊确诊的II型糖尿病性冠心病患者,共纳入符合中医气阴两虚痰瘀交阻型糖尿病性冠心病患者 120例,随机分为治疗组和对照组各 60例。治疗组男 23例,女 37例;年龄 35~75岁,平均 (61.72±10.13)岁;糖尿病病程 4~20年,平均 (12.09±8.91)年;冠心病病程 2~10年,平均 (8.13±2.21)年。对照组男 22例,女 38例;年龄 37~80岁,平均 (60.38±11.02)岁;糖尿病病程 5~19年,平均 (13.17±9.24)年;冠心病病程 3~9年,平均 (7.65±2.87)年。两组年龄、性别、糖尿病病程、冠心病病程差异均无统计学意义 ($P>0.05$)。

1.2 诊断标准

采用 1999年 WHO 糖尿病诊断标准确诊的 2型糖尿病标准。冠心病诊断标准参照全国高等院校教材《内科学》中冠心病的诊断标准 (包括冠状动脉粥样硬化、稳定型及不稳定型心绞痛)。中医辨证标准按照中华人民共和国卫生部制定发布的《中药新药临床研究指导原则》中气阴两虚痰瘀交阻的辨证标准。

1.3 纳入及排除标准

纳入标准:①符合 1999年 WHO 糖尿病诊断标准的 2型糖尿病患者;②符合冠状动脉粥样硬化性心脏

病的患者;③符合中医气阴两虚痰瘀交阻者。排除标准:①酮症或酮症酸中毒及高渗昏迷的患者;②急性心肌梗死、心力衰竭、脑血管意外的患者;③糖尿病视网膜病变者;④肝、肾功能不良者;⑤甲状腺功能异常者;⑥糖尿病肾病及糖尿病足的患者;⑦妊娠期及哺乳期妇女;⑧有高血压病史者。

1.4 治疗方法

所有入选病例均口服降糖药或注射胰岛素,饮食控制并运动控制血糖,测定全部指标后开始治疗。对照组给予辛伐他汀片 (国药准字 H20057473,汕头金石制药总厂生产) 20mg,每日 1次口服。治疗组给予脉平片 (国药准字 Z20025366,甘肃独一味生物制药股份有限公司生产) 每次 4片,每日 3次口服。两组均治疗 3个月,每月复诊 1次,治疗前、治疗 30天及治疗结束后测定观察指标。

1.5 观察指标及测定方法

①空腹血糖、糖化血红蛋白采用葡萄糖氧化酶法检验;②总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白、低密度脂蛋白采用酶学法检测;做心电图、心脏彩超,必要时行冠状动脉造影。

1.6 药物不良反应观察

随时记录药物不良反应,如胃肠道不适、肌痛、腹泻、恶心、呕吐等。安全指标检测包括肝、肾功能和血、尿常规。

1.7 统计学方法

采用 SPSS 13.0软件进行统计学处理,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 t 检验。