

1.5 统计学方法 结果采用 SPSS17.0 统计学软件处理,计量指标以($\bar{X} \pm S$)表示,进行 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 症状改善情况比较 观察组患者服药 1、2、3 个月后症状改善情况均显著优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组总缓解有效率 93.88%,亦显著高于对照组 83.67%,差异有统计学意义($P<0.05$)。详见表 1。

表 1 两组患者服药 1、2、3 个月症状改善情况的比较 例

组别	n	服药 1 个月后		服药 2 个月后		服药 3 个月后		总有效率(%)
		显效	无效	显效	无效	显效	无效	
观察组	49	28*	21	40*	9	46*	3	93.88*
对照组	49	25	24	33	16	41	8	83.67

注:与对照组相比,* $P<0.05$ 。

2.2 ALT、AST 改善情况比较 观察组患者用药 1、2、3 个月后 ALT、AST 改善情况均较对照组显著,差异有统计学意义($P<0.05$)。详见表 2。

表 2 两组患者治疗前后 ALT、AST 比较 ($\bar{X} \pm S$) U/L

项目	组别	n	用药前	用药 1 个月后	用药 2 个月后	用药 3 个月后
ALT	观察组	49	127.3±44.5	96.5±32.6*	69.8±22.9*	36.7±13.7*
	对照组	49	128.1±46.4	105.6±38.6	80.7±30.4	51.2±22.1
AST	观察组	49	109.8±36.7	76.4±29.7*	41.8±18.7*	20.3±9.8*
	对照组	49	112.8±35.6	81.3±32.5	58.6±24.4	37.9±14.7

注:与对照组相比,* $P<0.05$ 。

2.3 HBV-DNA 转阴率比较 观察组患者服药 3 个月后 HBV-DNA 转阴率为 77.6%(38/49),显著高于对照组的 61.2%(30/49),差异有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨论

慢性乙型肝炎的临床症状多而复杂,常见的临床表现有全身症状、消化道症状、黄疸、肝区疼痛、肝

脾肿大、肝掌、肝病面容等,病情迁延难治^[2]。乙肝病毒很难被彻底消灭,临床上西医治疗主要是抑制病毒的复制,但并不能彻底消灭,这与中医六邪之湿邪致病特点相似。中医诊断慢性乙型肝炎临床多见肝郁脾虚证和肝胆湿热证,肝胆湿热证临床症状较重,其发病多是感受湿热之邪,或喜肥甘厚味,酿湿生热,或脾胃受损,内生湿邪,湿邪郁而化热,故清热祛湿、清肝利胆是慢性乙型肝炎肝胆湿热证的治疗原则^[3]。茵栀黄软胶囊的组成为茵陈提取物、栀子提取物、黄芩苷、金银花提取物。该药主要功能为清热解毒、利湿退黄,用于湿热毒邪内蕴所致的肝炎。方中茵陈味苦辛,微寒,入肝经,具有清热祛湿、退黄之功效;栀子清热泻火凉血;黄芩味苦寒,清热燥湿、泻火解毒;金银花味甘寒入胃经,清热解毒;四药合用,组方精简,功效明确,均有清热祛湿之功,药效强,作用显著。本研究结果表明:中西医结合治疗慢性乙型肝炎肝胆湿热证,患者症状缓解有效率显著高于单独使用西药治疗,差异有统计学意义($P<0.05$);且患者 ALT、AST 改善情况及 HBV-DNA 转阴率均显著优于单独使用西药治疗,差异有统计学意义($P<0.05$)。综上所述,茵栀黄软胶囊联合拉米夫定即中西医结合治疗慢性乙型肝炎肝胆湿热证较单独使用西药治疗效果显著,临床价值高,可广泛推广。

参考文献

[1]刘江凯,赵文霞,王啸.肝炎康丸联合拉米夫定治疗慢性乙型肝炎肝胆湿热证临床观察[J].中国中医药信息杂志,2012,19(12):73-74
[2]曾文铤,黄晓茵,梁建新,等.康宁胶囊联合拉米夫定治疗慢性乙型肝炎的疗效[J].现代医院,2011,11(10):22-24
[3]李芳,尹德辉,杨世忠,等.拉米夫定治疗慢性乙型肝炎中医证型的疗效[J].中华医院感染学杂志,2013,23(18):4 511-4 512,4 537

(收稿日期:2014-05-17)

针刀配合推拿治疗神经根型颈椎病探讨

杨爱明

(四川省广安市中医医院 广安 638000)

摘要:目的:观察针刀配合推拿治疗神经根型颈椎病的疗效。方法:选取神经根型颈椎病患者 120 例,随机分成观察组和对照组各 60 例,观察组患者使用针刀配合推拿治疗,对照组患者使用颈部牵引加针灸、推拿三联疗法进行治疗,对两组患者的治疗效果进行对比分析。结果:治疗后,观察组显效 56 例,有效 3 例,无效 1 例,总有效率为 98.3%;对照组显效 45 例,有效 10 例,无效 5 例,总有效率为 91.7%。两组差异显著($P<0.05$),具有统计学意义。结论:采用针刀配合推拿治疗神经根型颈椎病效果显著,且明显减少治疗时间,值得临床广泛使用。

关键词:神经根型颈椎病;针刀;推拿治疗;牵引

中图分类号:R681.55

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.10.012

神经根型颈椎病又叫痹痛型颈椎病,是临床中最为常见同时也是发病率最高的一种颈椎病^[1],因为神经根型颈椎病关节突关节增生、骨刺向侧方突出,相应水平的神经根受到刺激或压迫,从而出现一系列相应功能障碍或神经根刺激的临床表现。该病最为典型症状有无力、麻木、手指或上肢放射性疼痛以及颈肩背疼痛等^[2]。我院对 60 例神经根型颈椎病

患者使用针刀配合推拿松解手法治疗,取得较好的效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2011 年 4 月~2013 年 9 月我院收治的神经根型颈椎病患者共 120 例,随机分成观察组和对照组各 60 例,其中观察组中男 30 例,女 30 例,年龄 30~65 岁,平均(48.3±2.3)岁;对照组

中男 35 例,女 25 例,年龄 32~64 岁,平均(46.3±1.8)岁。两组患者一般情况比较无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《中药新药临床研究指导原则》中神经根型颈椎病诊断标准:(1)发病以中老年人居多,青壮年多有劳损史、损伤史、颈部畸形以及其他诱因等。(2)多数发病缓慢,可反复发作,时轻时重,病程较长。(3)具有典型的神经根症状(麻木或疼痛或二者兼有),与神经支配区域相同。(4)经影像学检查显示不稳或形成骨赘,颈椎曲度出现明显改变,钩椎关节出现骨质增生、韧带钙化等。全部病例均经过 X 线四位片检查以及 CT 或 MIR 检查明确诊断,症状及体征均符合神经根型颈椎病之诊断。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 行三联疗法。颈部枕颌牵引疗法,采用坐姿前屈位(前屈 15~30°),牵引重量为 3~5 kg,时间 30 min,1 次/d。针灸疗法:选穴原则为局部取穴与循经取穴相结合。主穴:患侧颈 5~7 夹脊穴、肩井穴、附分穴、天宗穴,配穴:患侧手三里、曲池、外关、合谷、后溪。每次选主穴 2~3 个,配穴 2~3 个。进针得气后接 G6805-2 型电针仪,低频疏密波刺激 30 min,1 次/d。推拿疗法:患者坐位,先综合运用揉、揉、推、拿法松解颈椎及患侧肢体肌肉,次用点穴法点按患侧风池、肩井、风府、天宗、缺盆、曲池、合谷等穴位,弹拨中极穴,使之产生放射感,最后使用搓、抖法放松患肢,30 min/次,1 次/d。1 周为 1 个疗程,共 4 个疗程。

1.3.2 观察组 行针刀配合推拿松解手法治疗。针刀疗法:患者双手放于身体两边,取俯卧低头位,确保颈稍向前屈,术者立于床沿,将患者颈项部充分暴露。根据患者病变情况及影像片示,在患者病变处寻找压痛点、结节以及条索等阳性反应点判定颈椎病变节段。颈部后正中中线侧开 1.5 cm,3~7 棘突水平有硬结或条索,通过甲紫溶液进行标记。手术按常规要求进行消毒处理,选用 I 型 4 号汉章针刀,在标记好的位置刺入,当深入到病变组织后纵行切割,直到关节囊处,术后可用创可贴按压针眼。推拿松解手法:针刀松解后,患者正坐,术者立于患侧,右肘关节屈曲并托住患者下颌,手扶健侧颞枕部,向上缓缓用力拔伸,并做颈部左右旋转活动,另一手拇指置于患处相应椎旁,随颈部的活动施点按法,如此反复 3 次。1 周为 1 个疗程,共 4 个疗程。

1.4 疗效评判 以颈椎病临床评价量表为准。治愈:手指末端麻木感消失,肩臂部放射性疼痛消失,

臂丛神经牵拉试验阴性;显效:手指末端偶有麻木感,肩臂部放射性疼痛消失,臂丛神经牵拉弱阳性或阴性;好转:臂丛神经牵拉试验弱阳性,肩臂部放射性疼痛明显减轻;无效:患者体征、症状等均无出现改善情况。

1.5 统计学分析 本研究数据采用 SPSS18.0 软件进行分析,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 t 检验,以均数±标准差($\bar{X} \pm S$)表示。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

观察组总有效率为 98.3%,对照组总有效率为 91.7%,两组差异显著($P<0.05$),具有统计学意义。见表 1。观察组平均治疗时间(3.5±1.2) d,对照平均治疗时间(18.2±3.8) d,观察组明显少于对照组,差异显著($P<0.05$),具有统计学意义。

表 1 两组患者治疗效果对比 例

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	60	56	3	1	98.3
对照组	60	45	10	5	91.7
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

颈椎病是临床中的常见病和多发病,目前以中老年人人居多,但随着人们生活方式的改变及家用电脑、智能手机的普及,颈椎病的发病人群越来越倾向于年轻化,而且逐年呈现出上升趋势,其中最为典型的则是以神经根型颈椎病为主。神经根型颈椎病属于中医“痹症”范畴,《素问·痹论》曰:“风寒湿三气杂至,合而为痹也”,从中指出痹症的发生,主要由风、寒、湿诸邪乘虚侵袭人体,引起气血运行不畅,经络阻滞或病久痰浊瘀血,阻于经隧,深入关节筋脉,最终导致痹症,故针对关节筋脉的治疗是其中之重点。现代研究表明,神经根型颈椎病的主要原因是由于颈部动态平衡出现失调而导致的。由于患者长时间的劳累、不良姿势、低头伏案工作以及在感受风寒湿等因素的引导下,使得患者的颈肩部软组织出现了损伤,最终出现挛缩、粘连以及瘢痕等变化,使动态平衡失调。在颈椎病形成的各个阶段,脊髓、神经、血管等组织都有可能受到椎间盘组织的压迫或刺激,从而出现一系列临床症状^[9]。

神经根型颈椎病的传统治疗方法较多,但是治疗效果却一般。针刀治疗对神经根型颈椎病有较为理想的治疗效果,可以直接针对关节筋脉进行治疗,减轻及松解粘连、瘢痕以及挛缩等病理变化,同时能够消除肌紧张,对患者局部的新陈代谢进行改善,最终达到止痛的作用。除此之外,针刀疗法还具有针刺效应,可以充分激发体内神经以及各(下转第 37 页)

食物,忌食生冷、辛辣食物。

1.4 疗效标准 参照国家中医要管理局 1994 年颁布《中医病证诊断疗效标准》^[2]。痊愈:呃逆症状完全消失,愈后 2 周不复发;显效:呃逆症状消失,但 2 周内偶有复发,持续时间及发作次数明显减少或轻微的呃逆;有效:呃逆症状减轻;无效:呃逆仍持续,稍有不明显改善或无改善。

1.5 统计学方法 采用 SPSS13.0 统计软件,对两组治疗数据行卡方检验。 $P<0.05$ 示差异有统计学意义。

1.6 结果 治疗组总有效率为 95.0%, 对照组为 85.0%,两组比较有显著性差异($P<0.05$)。治疗组效果明显优于对照组。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较 例(%)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	20	4(20.0)	9(45.0)	6(30.0)	1(5.0)	95.0
对照组	20	2(10.0)	6(30.0)	9(45.0)	3(15.0)	85.0

2 讨论

呃逆指胃气上逆,出于喉间,呃呃连声,声短而频,有声无物,不能自制的病症。《灵枢·口问》篇说:“谷入于胃,胃气上注于肺……新故相混,真邪相干,气并相逆于胃,而胃腑不受,复出于胃,故呃逆也^[3]。”中上二焦为产生呃逆部位。因于胃气上逆动膈,寒气蕴蓄,燥热内盛,气郁痰阻,气血亏虚等方面;此外肺气失于宣通,在发病过程中也产生一定作用。手太阴肺经脉,还循胃口上膈属肺,肺胃之气又同主降,两脏腑在功能上互相促进,病理上互相影响,且膈居肺胃之间,当各种致病因素侵袭肺胃,致膈间之气不畅,引起呃逆。《景乐全书·呃逆》篇说:“凡杂症之呃,虽由气逆,然有兼寒者,有兼热者,有因食滞而逆者,有因气滞而逆者,有因中气虚而逆者,有因阴气竭而逆者。”对于反复发作的顽固性呃逆,多由严重器质性疾病所致。年老体弱和危重病患者出现呃逆,往往是胃气衰败、病情加重之象^[4]。中医学认为“得胃气者生,无胃气者死”,而呃逆是胃肠功能障碍的警钟。

天突为任脉腧穴、任脉阴维脉交会穴,主肺气道不宣、肺气升降出入失常之证。攒竹穴属太阳膀胱

经,《灵枢·经脉》述足太阳膀胱经“贯脊抵腰中”、“下夹脊”。脊与膈、脾密切相连,且其表里经肾经循喉咙,故针刺攒竹穴可借助于气街之气,宣泄太阳经气,调整脏腑气机的升降出入,降逆止呃。攒竹透鱼腰可增强针感,为顽固性呃逆、呕吐经验用穴。翳风为手少阳三焦经腧穴,有疏通三焦之气的功能^[5]。中脘为胃之募穴及腑会,又是任脉与手太阳、手少阳、足阳明交会穴,具有升胃阳、助腐化、止呃逆的作用。且为中气之会,故可调理中气、解郁和肝脾。内关为手厥阴心包经之络穴,又为八脉交会穴之一,通阴维脉,其脉“起于胸中,出属心包络,下膈,历络三焦”,有宁心安神、疏通经络、活血化瘀镇痛等作用。足三里为回阳九针穴之一,是强壮要穴,本穴位有补中气、健脾胃的作用,在和胃降逆同时益气健中。膈俞、胃俞皆为病变脏腑的背俞穴,神经病变所在,从西医学角度来看都具有缓解膈肌痉挛作用。太冲为肝经原穴,有疏肝理气、降逆和胃之功。膻中,八会穴之气会,具有理气降逆的作用。

顽固性呃逆为膈神经受刺激所致,西医多采用肌注胃复安、氯丙嗪等治疗,却常不能缓解呃逆。维生素 B₁ 在糖代谢中发挥重要作用,维持心脏、神经和消化系统的正常功能;维生素 B₆ 在体内形成吡哆醛磷酸脂,参与氨基酸代谢,可治疗各种原因造成胃肠道反应所引起的呕吐,对危重病人没有任何潜在的危险与禁忌证。单纯针刺在临床具有简便易行、疗效快的特点,但往往持续时间不够长的缺点,病情易反复。我们在辨证取穴的基础上,采用穴位注射西药法治疗呃逆,即可达到单纯针刺效果,药物在穴位内物理刺激又可使针刺作用持久;而联合维生素 B₁、维生素 B₆ 等西药可达到提高和巩固治疗呃逆的目的。

参考文献

[1]Kumar A,Dromerick AW.Intractable hiccups during stroke rehabilitation[J].Arch Phys Med Rehabil,1998,79(6):697-699
[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,1994.23
[3]祁相焕,张冬惠.针刺治疗危重病患者顽固性呃逆临床观察[J].上海针灸杂志,2013,32(6):491-492
[4]王启才.针灸治疗学[M].北京:中国中医药出版社,2007.2.117
[5]王瑞峰,王新明.针刺攒竹穴为主治疗呃逆 32 例[J].实用中医内科杂志,2011,25(4):109

(收稿日期:2014-06-19)

(上接第 20 页)项免疫系统,使其产生镇痛物质,最终达到镇痛的作用^[4]。

本研究结果显示,观察组总有效率为 98.3%,明显优于对照的 91.7%。说明采用针刀配合推拿治疗神经根型颈椎病效果显著,可明显提升治愈率,且观察组治疗时间明显少于对照组,因此,针刀配合推拿治疗神经根型颈椎病具有明显优势,值得临床广泛

使用。

参考文献

[1]蔡广耀.刃针结合推拿治疗神经根型颈椎病的临床观察[D].南京中医药大学,2011
[2]邹波.推拿治疗神经根型颈椎病的临床和机理研究[D].山东中医药大学,2005
[3]戴文良.推拿治疗神经根型颈椎病的文献研究[D].北京中医药大学,2007
[4]张慧方.针刀治疗神经根型颈椎病、落枕技术操作标准化的文献研究[D].北京中医药大学,2010

(收稿日期:2014-03-20)