

温针灸配关节松动术治疗肩周炎的临床疗效分析

冼燕波

(广东省高州市金山街道社区卫生服务中心 高州 525259)

摘要:目的:评价温针灸配关节松动术治疗肩周炎的临床疗效。方法:选取 2012 年 2 月~2014 年 2 月在我院收治的 100 例肩周炎患者,随机分成观察组及对照组,每组 50 例。观察组采用温针灸结合关节松动术治疗,对照组采用单纯温针灸治疗,对两组患者的疗效进行分析。结果:观察组患者的疗效显著优于对照组患者,差异有统计学意义($\chi^2=8.033, P<0.05$)。结论:温针灸结合关节松动术对于肩周炎的治疗效果更好,应该优先选择。

关键词:肩周炎;温针灸;关节松动术;临床疗效

中图分类号:R681.7

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.11.042

肩关节周围炎指的是肩关节囊及关节周围软组织出现范围较为广泛的慢性炎症^[1-2]。肩周炎的常见并发症是肩关节疼痛及功能性障碍,由于该病初期症状较为轻微,患者往往忽视,最终延误最佳治疗时机。一旦患者出现较为严重的并发症时,肩关节周围的软组织已经变成大范围粘连状态,造成该疾病难以治疗。本研究采用温针灸配关节松动术对 50 例肩周炎患者进行治疗,疗效良好。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2012 年 2 月~2014 年 2 月我院收治的 100 例肩周炎患者,其中男 32 例,女 68 例;年龄 44~65 岁,平均年龄为(54.3±5.5)岁。将 100 例患者随机分成观察组及对照组,每组 50 例。观察组男 15 例,女 35 例;年龄 44~63 岁,平均年龄为(53.1±5.2)岁。对照组男 17 例,女 33 例;年龄 45~65 岁,平均年龄为(54.2±5.5)岁。纳入标准:100 例患者均符合相关参考文献中肩周炎的诊断标准^[3]。排除标准:患者无恶性疾病、脑血管疾病及急性关节炎等疾病。两组患者的一般资料对比分析,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 治疗方法 两组患者均采用相同的基础治疗,观察组采用温针灸结合关节松动术治疗,对照组采用单纯温针灸治疗。温针灸方法:所有患者均采用循经取穴与辨证取穴的方式。主穴主要有:肩髃、肩髃、肩贞、臂臑、曲池、外关、合谷;配穴主要有:阿是穴、天宗、曲垣、列缺、条口、承山。对于风邪偏盛的患者,可以选择膈俞、血海等穴位;对于寒邪偏盛的患者,可以选择肾俞、关元等穴位;对于湿邪偏盛的患者,可以选择阴陵泉。穴位经消毒后,以 1~3 cm 毫针进行治疗,实证患者以泻法进行治疗,虚证患者以补法进行治疗,在主穴穴位的针柄上插上艾卷,长度约为 2 cm,将其点燃,传送热力,保持 30 min,每天 1 次,10 次为 1 个疗程,总共治疗 2 个疗程。关节松动术:采用澳大利亚 Maitland 的关节松动术。首

先被动辅助运动:取仰卧位,以拇指将肱骨头进行按压,保证肱骨头从前往后进行滑动,促进肱骨头从头往足方向进行滑动。然后保持俯卧位,以拇指按住肱骨头,保证其从后往前进行滑动。然后采取被动生理运动:患者保持坐位,肩关节采取前屈、外伸、外展等活动。每次治疗保持 20 min,应该在无痛的情况下进行治疗。每天保持 1 次,10 次作为 1 个疗程,共治疗 2 个疗程。

1.3 统计学方法 所有数据均采用 SPSS17.0 统计软件分析,计数资料采用卡方检验。 $P<0.05$ 表明数据间存在显著性差异。

1.4 治疗结果 观察组疗效显著优于对照组,差异有统计学意义($\chi^2=8.033, P<0.05$)。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
观察组	50	12(24.0)	25(50.0)	12(24.0)	1(2.0)	49(98.0)
对照组	50	7(14.0)	25(50.0)	10(20.0)	8(16.0)	42(84.0)
χ^2						8.033
P						<0.05

2 讨论

中医认为,肩周炎疾病属于“冻结肩、肩凝症”范畴^[4]。肩周炎主要是由于肝肾精亏、气血不足、筋脉拘挛而造成的。故中医治疗多以温通经络、行气活血止痛为主。通过局部穴位温针灸的治疗方式能够达到温通局部经气的作用,使人体的气血运行更加通畅,通则不痛。现代中医理论表明,艾卷燃烧后生成的抗氧化物质能够附着在患者穴位的皮肤部位,以灸热渗透进入体内后将会发生作用。艾火的热力不但能够影响穴位表层,还能深入体内,效果良好^[5]。

关节松动术是现代西方常用的康复方式之一,常常被用于治疗人体的关节功能障碍。在关节面通过微小的活动之后,能够使人体的关节产生较大幅度的活动,并能够抑制疼痛感觉器,提高疼痛阈值,促进关节液的流动,预防因肿胀、疼痛以及关节活动受限而造成的关节软骨退变。

本研究结果显示,两组治疗方式对于肩周炎疾病均有较好的疗效,均能够显著缓解临床症状及疼痛。且观察组疗效显著优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。表明温针灸结合关节松动手的治疗方式相对于单纯的温针灸效果更好,在条件允许的情况下,应该优选温针灸结合关节松动手。综上所述,温针灸结合关节松动手相对于单纯的温针灸对于肩周炎的治疗效果更好,应该优先选择。

参考文献

[1]蒋学文,涂春兰,秦少福.针刀配合肩周康复操训练对肩周炎患者的疗效观察及护理[J].护士进修杂志,2014,29(11):1028-1029
[2]朱婷,李加平,孙宇,等.超声引导下注射联合针刀治疗肩周炎效果观察[J].山东医药,2015,55(12):86-87
[3]周桂香.肩关节松动手配合温针灸治疗肩周炎的疗效观察[J].医学综述,2011,17(18):2862-2864
[4]李永凤.温针灸配合关节松动手治疗肩周炎 46 例[J].内蒙古中医药,2011,30(14):24-25
[5]王丽菊,郭龙.关节松动手配合温针灸治疗肩周炎的临床效果观察[J].中国医药指南,2012,10(6):76-78

(收稿日期: 2015-05-18)

中西医结合治疗胆道蛔虫症 100 例疗效观察

邓相圣¹ 刘镇中²

(1 江西省吉安市吉州区曲瀨卫生院 吉安 343065; 2 江西省吉安县人民医院 吉安 343100)

关键词:胆道蛔虫;中药;电针;中西医结合疗法

中图分类号:R657.4

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.11.043

胆道蛔虫症为临床常见外科急腹症,以突然发作剑突下阵发性钻顶样剧烈绞痛,可向右肩背部放射为特点。其发病急,症状重,变化快,严重者可引起急性重型胆管炎、肝脓肿,蛔虫还可往胆囊管钻入胆囊,引起胆囊穿孔。近年来,我们采用中西医结合治疗胆道蛔虫症 100 例,疗效显著。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选择我院门诊及住院治疗的胆道蛔虫症患者 100 例,其中男 61 例,女 39 例,年龄 10~57 岁,平均 29.3 岁,病程 2 h~3 d。所有患者发作时表现为:剑突下钻顶样绞痛或右上腹阵发性绞痛,伴脸色苍白、辗转不安、大汗淋漓、四肢厥逆。部分患者伴有发热、恶心、呕吐。疼痛间隙期无明显症状,剑突下或右上腹均有轻、中度压痛,无反跳痛。血象白细胞计数稍高,嗜酸性粒细胞比例升高。所有患者均经 B 超诊断为胆道蛔虫,部分患者并发胆囊炎。

1.2 治疗方法

1.2.1 中药治疗 以疏肝利胆、理气止痛、安蛔驱虫、健脾和胃为治疗原则。内服自拟驱虫利胆汤,方药组成:柴胡 10 g、枳壳 10 g、郁金 10 g、黄芩 10 g、虎杖 15 g、生大黄 15 g、乌梅 15 g、使君子 15 g、川椒 10 g、白术 10 g、陈皮 10 g、白芍 10 g、甘草 6 g。发热加金银花、牛蒡子;黄疸加茵陈、金钱草;痛甚加延胡索;呕甚合连苏饮;蛔虫排出胆管后去乌梅、使君子、川椒,加金钱草、法半夏、茯苓、砂仁。水煎服,每日 1 剂。

1.2.2 电针治疗 取胆囊、足三里、阳陵泉、内关穴,发热者加合谷。方法:穴位局部皮肤常规消毒,单手快速进针后捻转数次,得气后接华佗牌 SDZ-II 型电

子针治疗仪,选用连续波形、强刺激,频率 100 次/min,持续 20 min,每日 1 次。

1.2.3 西医治疗 卧床休息、静脉补液,提供每日足够热量,纠正脱水和电解质紊乱。抗生素治疗常用头孢哌酮钠舒巴坦、氨苄青霉素静脉点滴,厌氧菌感染时加甲硝唑静滴。对症治疗选 654-2 静脉点滴,肌注维生素 K₃,口服阿司匹林,必要时可肌注杜冷丁。

1.3 治疗结果 治疗 1 周后统计疗效。痊愈(临床症状消失,B 超诊断胆道蛔虫消失)95 例(占 95%);有效(临床症状消失,B 超诊断胆道内仍见蛔虫影)5 例(占 5%)。3 h 内止痛 65 例(占 65%),3 h~1 d 内止痛 30 例(占 30%),1~3 d 止痛 5 例(占 5%)。

2 典型病例

刘某,男,31 岁,突发剑突下偏右上腹钻顶样绞痛,伴恶心、呕吐,蛔虫 1 条,在当地卫生所肌注 654-2 10 mg,口服食醋约 100 ml,症状未缓解,遂前来本院治疗。于 2013 年 5 月 7 日 13 时入院治疗,入院时患者剑突下偏右上腹钻顶样绞痛,弯腰屈膝,辗转不安,面色苍白,大汗淋漓,四肢厥逆,伴恶心、呕吐。查体:T:37.3 ℃,P:84 次/min,R:21 次/min,BP:136/84 mm Hg。呈急性痛苦病容,皮肤巩膜无黄染,心肺(一),腹软,右上腹有轻压痛,无反跳痛,麦非氏征阳性,肝胆脾未触及。察其舌偏红、苔薄黄、脉弦紧。实验室检查白细胞 10.6×10⁹/L,中性粒细胞 79%,嗜酸性粒细胞 9%。B 超检查示:胆囊内见一长约 4.5 cm 左右蛔虫形影。入院诊断:中医:蛔厥(蛔虫内扰,气机郁滞,湿热内蕴);西医:胆道蛔虫症伴胆囊炎。入院后立即针刺足三里、阳陵泉、内关、胆囊穴,得气后接华佗牌 SDZ-II 型电子针治疗仪,选用