

表 3 两组治疗前后甲状腺功能比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	FT3 (pmol/L)		FT4 (pmol/L)		TSH (mIU/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	50	4.58± 0.69	4.32± 0.60	15.45± 2.28	15.14± 2.22	2.35± 1.15	2.34± 1.11
对照组	50	4.52± 0.63	4.28± 0.64	14.98± 1.85	15.30± 2.42	2.36± 1.04	2.41± 1.02
t		0.454	0.322	1.132	0.345	0.046	0.328
P		0.651	0.748	0.260	0.731	0.964	0.743

3 讨论

甲状腺结节的发生与多种因素有关，如年龄、性别、自身免疫、碘摄入量、感染、应激等。以往临床多采用单纯西药治疗甲状腺结节，同时注意饮食上碘的摄入以及情绪调节等，能够有效改善患者甲状腺体积、结节直径等，但部分患者疗效并不理想。甲状腺结节属中医学“癭”范畴，癭病之病位为肝，情志内伤为癭病的始动因素，肝经循行路径，肝郁气滞，血行不畅，痰浊内生，痰浊与血瘀壅结颈前，故发病。因此，其治疗关键在于活血化瘀、理气化痰、软坚散结^[4]。消痛散结片是江苏省徐州市中医院自制的一种中药制剂，其主要成分包括天花粉、青皮、三棱、柴胡、浙贝母、延胡索、陈皮、白芍等。其中天花粉、浙贝母散结解毒、润肺化痰；三棱、延胡索活血化瘀；陈皮、青皮、白芍健脾化痰；柴胡疏肝理气；诸药合用共奏行血散结、理气化痰、活血化瘀之功效^[5]。现代药理学表明^[6]，天花粉中含有天花粉多糖，可调节机体免疫功能，增强免疫活性。

本研究结果显示，研究组治疗总有效率明显高于对照组 ($P<0.05$)；治疗前两组中医证候积分比较

无显著性差异 ($P>0.05$)；治疗后研究组中医证候积分低于对照组 ($P<0.05$)；两组治疗前后甲状腺功能各指标无明显变化，组间差异无统计学意义 ($P>0.05$)。说明在西药常规治疗基础上辅以疏肝理气化痰活血中药治疗甲状腺结节，能够有效改善患者临床症状，提高临床疗效，且对患者的甲状腺功能影响较小。综上所述，疏肝理气化痰活血中药治疗甲状腺结节效果更为理想，临床应用价值高。

参考文献

[1]常孟然,林燕,李文静,等.中医通调法治疗良性多发性甲状腺结节[J].中国临床医生杂志,2016,44(1):104-106
[2]王洪波,刘业辉.中医扶正清癭方治疗良性甲状腺结节效果研究[J].中国急救医学,2016,36(1):139-140
[3]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002.185-187
[4]王环,陈洁.甲状腺结节的中医研究进展[J].长春中医药大学学报,2016,32(4):871-874
[5]左文标,杜安业,隋森,等.疏肝理气化痰活血对甲状腺结节患者焦虑状态治疗研究[J].内蒙古中医药,2016,35(4):3-4
[6]屠婕红,黄佳,傅应华,等.天花粉免疫活性多糖 RTPS- I 的分离及性质结构研究[J].中国药师,2017,20(2):270-273

(收稿日期: 2017-12-01)

铍针配合靳三针治疗椎动脉型颈椎病临床疗效观察

周花玲[#] 吕显林 侯雪民 刘青林 姜丰山
(广东省东莞市横沥人民医院康复医学科 东莞 523460)

摘要:目的:观察铍针配合靳三针治疗椎动脉型颈椎病的临床疗效。方法:将符合研究标准的 60 例椎动脉型颈椎病患者按就诊顺序随机分成两组,每组 30 例。其中治疗组患者予以铍针配合靳三针治疗,对照组予以常规电针治疗。观察两组治疗的临床疗效及治疗前后症状与功能评分以及 VAS 评分。结果:经过 1 个疗程的治疗,治疗组总有效率 96.7%,对照组总有效率 76.7%,两组比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)。两组治疗前后症状与功能评分比较以及 VAS 评分比较,差异均有统计学意义 ($P<0.01$)。两组治疗后组间症状与功能评分比较以及 VAS 评分比较,差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。结论:铍针配合靳三针治疗颈椎病疗效确切,且疗效优于常规电针治疗,值得临床运用推广。

关键词:椎动脉型颈椎病;铍针;靳三针;临床疗效

中图分类号:R681.5 文献标识码:B doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2018.01.011

椎动脉型颈椎病 (Vertebral Artery Type of Cervical Spondylosis) 是由于颈部组织病理性改变,直接或间接导致椎基底动脉血流障碍,引起脑供血不足,临床上以眩晕为主要症状,并多伴有头痛、颈项痛、耳鸣、视物模糊等不适,是颈椎病中的一种常见类型^[1]。近年来,随着手机、计算机在日常生活和

工作中的普及,椎动脉型颈椎病的发病呈逐年增长的趋势,且日益低龄化,严重影响人们的健康。本研究以铍针配合靳三针为治疗手段,观察其临床疗效。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 1 月~2017 年 12 月

[#] 通讯作者:周花玲,E-mail:695001296@qq.com

来我院接受诊治的椎动脉型颈椎病患者 60 例,按照就诊先后顺序随机分为治疗组和对照组,每组 30 例。其中治疗组中男 12 例、女 18 例,年龄 20~67 岁、平均年龄(40 ± 10.69)岁,病程 1 d~2 年、平均病程(8.75 ± 1.36)个月;对照组中男 14 例、女 16 例,年龄 23~64 岁、平均年龄(42 ± 11.28)岁,病程 2 d~3 年、平均病程(8.64 ± 2.03)个月。两组性别、年龄、病程等一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准 采用国家中医药管理局 1995 年颁布的颈椎病中椎动脉型颈椎病的诊断标准:(1)头痛,眩晕,耳鸣,耳聋,视物不清,有体位性猝倒,颈椎侧弯后伸时症状加重;(2)X 线片示:横突间距变小,钩椎关节增生,CT 检查可显示左右横突孔大小不对称,一侧相对狭窄;(3)椎动脉造影示椎动脉迂曲,变细甚至完全梗阻。纳入标准:(1)符合椎动脉型颈椎病诊断标准;(2)年龄 16~70 岁;(3)患者同意参与本临床研究。排除标准:(1)有严重心脑血管、肝肾及肿瘤疾病的患者;(2)因颅内占位性病变、脑血管病、高血压病、耳源性疾病、眼源性疾病等引起眩晕的患者;(3)严重晕针的患者;(4)妊娠患者。

1.3 治疗方法 治疗组予铍针配合靳三针治疗。靳三针治疗主穴:颈三针(天柱、百劳、大杼)、晕痛针(四神针、印堂、太阳)、风池。随证配穴:风阳上扰型则配太冲;气血亏虚型则配足三里;痰浊上蒙型则配丰隆;肝肾阴虚型则配太溪。操作方法:患者坐位,皮肤常规消毒后,以直径 0.32 mm,长 25~45 mm 不锈钢毫针快速刺入腧穴,得气后接 G6805 电针,波型选择连续波,强度以患者耐受为度。电针每次 30 min。靳三针治疗每日 1 次,10 次为 1 个疗程。铍针治疗:靳三针治疗结束后,予铍针治疗。患者取坐位,双手平放于治疗床上,胸前垫薄枕,颈部稍呈屈曲位,在斜方肌上段起点即风池穴、风池向外旁开 2 cm、天柱穴处可触及深部压痛点或硬结,颈半棘肌百劳穴、C₄₋₆ 夹脊穴处、项韧带常可找到痛点或条索。若伴有耳鸣者可在乳突后下缘完骨穴处寻找压痛点,伴有肩痛常可在斜方肌中段肩外俞、肩井穴触及到痛点。每次选择 4~5 个痛点,做好标记,选择适当规格的铍针(规格:0.40 mm×50 mm,中德合资马鞍山邦德医疗器械有限公司生产的乐灸一次性使用无菌小针刀),局部常规消毒,医者以左手固定头颈部,右手用腕力迅速将铍针垂直刺入压痛点,进针深度 0.8~1.5 cm,以透过筋膜为度,做线状松解或多方向松解,一般 3~6 针,常可听到“咔嚓”声音,待针下无沉紧涩滞感、无明显“咔嚓”声音时出针。松解后

按压针孔止血,局部皮肤消毒,针孔当天勿沾水,保持创面干燥。铍针治疗 5 d 进行 1 次,共治疗 2 次。对照组则参照新世纪第二版《针灸学》教材“颈椎病”及“眩晕”的针刺处方,其主穴取风池、颈夹脊、天柱、百会、后溪、外关、合谷。配穴随症加减,如肝阳上亢加行间、太溪;痰湿中阻加丰隆、阴陵泉;气血两虚加脾俞、胃俞;肾精亏虚加悬钟、三阴交。得气后均留针接 G6805 电针仪,每次 30 min。每天治疗 1 次,10 次为 1 个疗程。

1.4 疗效观察 采用《颈性眩晕症状与功能评估量表》^[2](ESCV)进行评估,分别于患者治疗前及治疗结束后评估。该量表包括五大项目,满分为 30 分。具体内容为眩晕 16 分(眩晕程度 8 分,频度 4 分,持续时间 4 分),颈肩部 4 分,头痛 2 分,日常生活及工作 4 分,心理及社会适应 4 分。采用视觉模拟量表(VAS)分别在两组患者治疗前及治疗结束后进行评分,使用一条长约 10 cm 的游动标尺,一面标有 0~10 个刻度,标尺的一端为 0,另一端为 10,“0”分表示无痛,“10”分表示难以忍受的最剧烈的疼痛,中间部分表示不同程度的疼痛。让患者根据自己的疼痛程度在标尺上标出相应的位置,记录对应的评分。疗效评定标准:参照国家中医药管理局 2012 年拟定的《中医病证诊断疗效标准》^[3]进行疗效评定,治愈:头痛、头晕、颈项痛等临床主要症状及体征完全消失,肌力、颈肩部活动度恢复正常;显效:临床主要症状及阳性体征部分消失,颈肩部活动存在轻度不适;有效:临床主要症状及阳性体征明显改善;无效:临床主要症状及阳性体征均无明显变化。

1.5 统计学处理 采用 SPSS18.0 统计分析软件进行数据处理,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料采用卡方检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后症状与功能评分及 VAS 评分比较 两组治疗前症状与功能评分比较及 VAS 评分比较均无统计学差异($P > 0.05$);两组治疗后的症状与功能评分及 VAS 评分均分别与同组治疗前比较,差异均有统计学意义($P < 0.01$),提示铍针配合靳三针、常规电针均可明显改善椎动脉型颈椎病的症状与功能,有效缓解头痛、颈项痛症状。两组治疗后症状与功能评分组间比较差异有统计学意义($t = 2.62, P < 0.05$);两组治疗后 VAS 评分组间比较,差异有统计学意义($t = 2.13, P < 0.05$);提示铍针配合靳三针针刺对椎动脉型颈椎病的症状与功能的

改善以及 VAS 评分的改善均优于常规电针。见表 1。

表 1 两组治疗前后症状与功能评分及 VAS 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	症状与功能评分		VAS 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	30	15.68± 2.08	27.83± 0.64 ^{*△}	4.21± 1.67	1.35± 0.24 ^{*△}
对照组	30	15.34± 2.17	22.54± 1.79 [*]	4.09± 2.03	1.70± 0.55 [*]

注:与同组治疗前比较,治疗组症状与功能评分 $t=-12.37$,对照组症状与功能评分 $t=-9.86$;治疗组 VAS 评分 $t=8.573$,对照组 VAS 评分 $t=4.218$,^{*} $P<0.01$ 。与对照组治疗后比较,[△] $P<0.05$ 。

2.2 两组临床疗效比较 经过 1 个疗程的治疗,治疗组总有效率为 96.7%,对照组总有效率为 76.7%,两组总有效率比较差异有统计学意义($P<0.05$),提示铍针配合靳三针治疗椎动脉型颈椎病总有效率优于常规电针。见表 2。

表 2 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	30	12(40.0)	14(46.7)	3(10.0)	1(3.3)	29(96.7) [*]
对照组	30	5(16.7)	8(26.7)	10(33.3)	7(23.3)	23(76.7)

注:与对照组比较,^{*} $P<0.05$ 。

3 讨论

椎动脉型颈椎病属临床中医“眩晕”的范畴,中医认为,肝肾亏虚、气血不足、督脉空虚、筋骨失养、气血不能养益脑窍是椎动脉型颈椎病的病理基础^[4]。西医则认为,钩椎关节增生及椎体不稳,关节松动使横突孔出现移位,颈部肌肉痉挛刺激或压迫椎动脉,进而出现椎基底动脉供血不足而发病。“颈三针”是广州中医药大学靳瑞教授根据自己多年的临床实践及反复的研究论证总结出来的治疗颈椎病的要穴。颈三针由天柱、百劳、大杼三穴组成,天柱位于颈椎上端,本穴气血乃汇聚足太阳膀胱经背部各腧穴上行的阳气所成,其气强劲,具有化气壮阳、通行气血之功效。百劳位于项部,善治诸虚劳损伤、颈项强痛。大杼为八会穴之骨会、手足太阳之会,又为督脉之别络,针刺该穴有强筋健骨、疏通脉络之功效^[5]。颈三针分管颈椎上、中、下三段,治疗颈椎病取穴

少而精,即时疗效明显优于常规穴位针刺。“晕痛针”由四神针、印堂、太阳组成。足太阳膀胱经经气不足时,清阳不升,脑府失养,发为眩晕。针刺“晕痛针”能疏通足太阳膀胱经气血,增强头部阳气,濡养髓海而止眩。

铍针源于《灵枢·九针》,“末如剑锋,以取大脓”,末端扁平带刀刃,锋芒锐利,能弥补针刺松解作用力度弱的不足。铍针对于颈部肌筋膜痉挛,肌纤维粘连形成条索、硬结,甚至钙化的患者更为合适。通过临床实践发现,许多椎动脉型颈椎病的患者枕下三角区风池穴及其附近 2 cm,天柱穴常可触及明显痛点或硬结,颈半棘肌处百劳穴,椎旁肌处 C₄₋₆ 夹脊穴常可触及痛点、条索甚至钙化灶。铍针通过切断痉挛的肌筋膜纤维,减轻肌纤维的张力,缓解因筋膜、肌束痉挛而造成血管神经的卡压和刺激,从而减轻相应的症状^[6]。治疗后病变部位痉挛缓解,迅速减张,血液循环得到改善^[7],许多病例甚至能达到立竿见影的疗效。本研究结果显示,铍针配合靳三针治疗 1 个疗程后,患者的症状与功能评分以及 VAS 评分改善、总有效率均优于常规电针治疗($P<0.05$)。且铍针配合靳三针疗法痛苦小,安全简便,患者易于接受,值得临床推广应用。

参考文献

[1]畅亚鑫,李文雄,杨锋.中医整脊疗法治疗椎动脉型颈椎病研究进展[J].陕西中医,2017,38(9):1315-1316
[2]王楚怀,卓大宏.颈性眩晕患者症状与功能评估的初步研究[J].中国康复医学杂志,1998,13(6):245-247
[3]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].北京:医药科技出版社,2012.134-140
[4]付斌.针刺结合推拿治疗老年椎动脉型颈椎病的疗效观察[J].实用中西医结合临床 2017,17(8):24-25
[5]林星华.观察温针灸颈三针治疗颈型颈椎病的临床疗效[J].中医临床研究 2017,9(16):43-44
[6]项凤梅,杨新波.铍针配合针刺治疗颈性眩晕疗效观察[J].上海针灸杂志,2015,34(6):553-554
[7]马忠,刁婧,文马子.铍针结合整脊治疗颈型颈椎病疗效观察[J].中国针灸,2014,34(2):173-175

(收稿日期: 2018-01-16)

(上接第 17 页)较高的安全性,患者可耐受。总之,肠梗阻导管联合加味小承气汤治疗术后早期炎性肠梗阻具有显著的临床优势,可快速解除肠梗阻,促进肠道功能较快恢复,安全性高,具有推广价值。

参考文献

[1]钟鸣,毕丹青,张勇学,等.腹部手术后早期炎性肠梗阻的营养支持治疗体会[J].昆明医科大学学报,2014,35(3):143-144

[2]吴波.肠梗阻导管在肠梗阻患者非手术治疗中的临床疗效[J].中国民康医学,2016,28(2):53-54
[3]张忠霞,于天英,高汉义,等.中西医结合治疗早期炎性肠梗阻的临床分析[J].中华医院感染学杂志,2013,23(14):3409-3410
[4]张慧林,赵妍.大黄的药理作用及临床应用分析[J].光明中医,2015,30(5):1119-1121
[5]钱培贤,杨卫锋,叶锋.肠梗阻导管联合加味小承气汤治疗术后早期炎性肠梗阻[J].中国中医急症,2015,24(1):123-125

(收稿日期: 2017-11-28)