

针刺配合整脊疗法治疗强直性脊柱炎并发髋关节病变疗效观察

孙星标

浙江省台州市黄岩区中医院, 浙江 台州 318020

[摘要] 目的: 观察针刺配合整脊疗法治疗强直性脊柱炎(AS)并发髋关节病变患者的临床疗效。方法: 将80例AS并发髋关节病变患者按病例尾号随机分为2组各40例, 治疗组采用针刺配合整脊疗法治疗, 对照组口服美洛昔康片、塞来昔布胶囊治疗, 治疗结束后观察并比较2组脊柱痛目视模拟标尺法(VAS)评分、Bath AS疾病活动性指数(BASDAI)、Bath AS功能指数(BASFI)、Harris髋关节评分变化。观察并记录2组患者治疗后安全性指标的变化, 包括白细胞计数(WBC)、谷丙转氨酶(ALT)、谷草转氨酶(AST)、肌酐(Cr)、尿素氮(BUN)。结果: 治疗后, 2组BASDAI、BASFI、脊柱痛VAS评分均较同组治疗前降低($P < 0.05$), 但组间比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。2组Harris髋关节评分均较同组治疗前升高($P < 0.05$), 组间比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗组治疗后WBC、ALT、AST、Cr、BUN与同组治疗前比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$); 对照组治疗后ALT、AST均较同组治疗前升高($P < 0.05$), 且与治疗组治疗后比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$), 其他指标治疗前后比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。结论: 针刺配合整脊疗法可改善AS并发髋关节病变患者的临床症状, 提高髋关节功能, 且安全性较好。

[关键词] 强直性脊柱炎(AS); 针刺疗法; 整脊疗法; 髋关节功能

[中图分类号] R681.5+3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2015)03-0224-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.03.108

强直性脊柱炎(AS)是以累及中轴关节为主的慢性炎症性疾病, 临床多表现为炎性下腰痛、肌腱端炎、下肢非对称性大关节炎等, 具有慢性、进行性、致残性的特点。有研究表明, 髋关节受累是AS预后不良的重要影响因素^[1]。保持及改善髋部关节功能可改善患者生活质量。笔者在长期的临床实践中发现, 针灸配合整脊疗法治疗AS具有较好的临床疗效, 现报道如下。

1 临床资料

收集2010年9月—2013年12月来本院就诊的80例AS患者, 均符合AS诊断标准^[2], 下腰痛均超过3月, 活动后可改善; 腰椎在垂直和水平面的活动受限; 扩胸度较同年龄、同性别的正常人减少; X线提示均具备单侧 ~ 级, 双侧 ~ 级的骶髂关节炎。全部患者对治疗方案知情同意。排除妊娠或哺乳期的女性患者; 合并有心、脑血管, 肝、肾和造血系统等严重原发性疾病、精神病患者; 严重关节畸形患者。按病例尾号将患者随机分为2组各40例, 治疗组男28例, 女12例; 年龄20~45岁, 平均(22.1±5.2)岁; 病程0.4~10年, 平均(6.1±2.3)年。对照组男29例, 女11例; 年龄19~46岁, 平均(24.2±4.9)岁; 病程0.3~9年, 平均(5.9±1.8)年。2组性别、年龄、病程比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具

有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 口服美洛昔康片(修正药业集团四川制药有限公司), 每次7.5 mg, 每天1次; 塞来昔布胶囊(Pfizer Pharmaceuticals LLC), 首次服用400 mg, 疼痛未缓解者可再服200 mg; 随后根据需要, 每次服用200 mg, 每天2次。1月为1疗程, 观察治疗4疗程。

2.2 治疗组 采用针刺和整脊疗法治疗。(1)针刺: 选秩边、环跳、委中、阿是穴, 采用平补平泻手法, 以得气为度, 每次留针30 min, 每周2次。(2)整脊: ①放松手法: 患者俯卧, 先施以推揉手法行胸、背、腰部放松, 术者先以掌根自上而下沿脊柱两侧推3~5遍, 再由内向外自上而下推3~5遍, 继双手重叠沿肌纤维走向按揉肩、胸、背、腰部3~5遍。②整脊手法: 术者立于患者施术部位的反方向, 先以双手拇指自上而下按压双侧夹脊穴, 动作宜缓慢有度, 不要滑动拇指, 按压3~5遍; 再用双手拇指沿竖脊肌内侧向外弹揉双侧竖脊肌, 3~5遍; 继双手拇指按压膀胱经, 3~5遍; 最后以拇指指腹和食指内侧配合自上而下做脊柱的推按手法, 2或3遍, 施行中不可用暴力推按脊柱。结束时以虚掌拍打施术部位, 并搓揉腰骶部和肾区, 每天1次, 治疗1月为1疗程, 间隔7天后

[收稿日期] 2014-10-20

[作者简介] 孙星标(1970-), 男, 副主任中医师, 研究方向: 颈肩腰腿痛的非手术治疗。

行下一疗程,治疗4疗程后统计疗效。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 分别于治疗前、治疗4疗程后记录2组患者的脊柱痛目视模拟标尺法(VAS)评分、Bath AS 疾病活动性指数(BASDAI)、Bath AS 功能指数(BASFI)、Harris 髌关节评分。脊柱痛 VAS 评分、BASDAI、BASFI 的评定均采用 10 cm VAS; Harris 髌关节评分包括:疼痛评分、功能评价(包括:步态、功能性活动)、下肢畸形、髌关节活动范围(度),满分为 100 分,≥90 分为优,80~89 分为较好,70~79 分为良,<70 分为差。观察并记录 2 组患者治疗后安全性指标的变化,包括白细胞计数(WBC)、谷丙转氨酶(ALT)、谷草转氨酶(AST)、肌酐(Cr)、尿素氮(BUN)。

3.2 统计学方法 采用 SPSS13.0 软件包进行统计学分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 *t* 检验;计数资料采用 χ^2 检验。

4 治疗结果

4.1 2 组治疗前后 BASDAI、BASFI、脊柱痛 VAS 评分、Harris 髌关节评分变化比较 见表 1。治疗后,2 组 BASDAI、BASFI、脊柱痛 VAS 评分均较同组治疗前降低($P < 0.05$),但

组间比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。2 组 Harris 髌关节评分均较同组治疗前升高($P < 0.05$),组间比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 2 组治疗前后 BASDAI、BASFI、脊柱痛 VAS 评分、Harris 髌关节评分变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	<i>n</i>	BASDAI	BASFI	脊柱痛 VAS 评分(分)	Harris 髌关节评分(分)
治疗组	治疗前	40	5.6±1.2	4.6±2.0	6.5±1.4	68.1±3.7
	治疗后	40	2.5±1.5 ^①	2.4±1.8 ^①	2.7±1.3 ^①	92.0±4.1 ^②
对照组	治疗前	40	5.4±1.1	4.6±2.0	6.4±1.3	64.3±3.1
	治疗后	40	2.6±2.0 ^①	2.4±1.8 ^①	3.2±2.1 ^①	84.2±3.7 ^①

与同组治疗前比较,① $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,② $P < 0.05$

4.2 2 组安全性指标检测结果比较 见表 2。治疗组治疗后各检测指标与同组治疗前比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。对照组治疗后 ALT、AST 均较同组治疗前升高($P < 0.05$),且与治疗组治疗后比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$),其他指标治疗前后比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

表 2 2 组安全性指标检测结果比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	<i>n</i>	WBC($\times 10^9/L$)	ALT(IU/L)	AST(IU/L)	Cr($\mu\text{mol/L}$)	BUN(mmol/L)
治疗组	治疗前	40	11.43±3.91	27.81±12.36	38.46±15.31	85.76±25.31	4.87±1.72
	治疗后	40	11.23±3.51	28.60±10.80 ^②	39.17±12.82 ^②	86.17±23.82	4.75±1.62
对照组	治疗前	40	11.80±4.22	27.03±13.72	39.92±17.43	83.36±23.17	4.76±1.782
	治疗后	40	11.21±3.49	36.12±12.5 ^①	52.61±12.27 ^①	83.59±22.82	4.74±1.55

与同组治疗前比较,① $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,② $P < 0.05$

5 讨论

AS 是一种主要累及青壮年男性的慢性炎症性疾病,主要侵犯中轴关节,也可累及外周关节和内脏。髌关节病变多为隐匿起病,早期症状不典型,可为单侧或双侧髌关节间歇性疼痛。严重髌关节损害往往导致患者严重致残,出现行走困难、下蹲和坐位困难,使患者部分或完全丧失生活自理能力。其发病机制尚不十分清楚,因髌关节既是滑膜关节,也有肌腱骨附着点(圆韧带等),AS 的髌关节损害可能包含着 2 个类型的病理改变,即滑膜炎和肌腱端炎^[1],并且其受累的严重程度、对传统药物的治疗反应以及预后在不同的患者之间差异很大,服药后出现的不良反应不但会影响治疗效果,还可能导致严重后果。有些患者经传统的药物治疗后髌关节病变仍不可抑制地向前发展,常导致终身残疾。大多数患者会在髌关节受累后期出现关节强直后采用髌关节置换等手术治疗来改善患者髌部功能^[4]。服用药物也会出现胃肠道、心血管系统、中枢神经系统等的不良反应。

AS 属中医学痹证、骨痹范畴。在《素论·痹论》有“风寒湿三气杂至,合而为痹也”的论述,并有“骨痹不已,复感

于邪,内舍于肾……肾痹者,善胀,尻以代踵,脊以代头”等论述,其发病主要与风、寒、湿、热等因素有关。结合患者整个病程中主要累及脊柱、髌关节、膝、踝关节,依据“经脉所过,主治所及”,考虑 AS 主要累及的经脉为足太阳膀胱经、督脉。因此,AS 的基本病机是肾精亏虚,精血不足,督脉空虚失养,筋脉失濡,风、寒、湿、热等外邪入侵,痹阻足太阳膀胱经,气血运行不畅,使筋脉关节失养而发,久病深入骨骱,留于督脉而成。针刺足太阳膀胱经可通经络、活气血,达到“通则不痛”,改善病情^[5-6]。整脊疗法是从病机出发,用疏通经络、滋补肾阳、打通督脉的手法以缓解患者的痛苦。可通过刺激穴位和经络,来达到调整机体的目的,此外,整脊疗法可弥补药物不能直接到达病所的弊端,同时还加强脊柱各附件的力量,以延缓脊柱后凸畸形的发生,从而阻止髌关节病变的发生。

本研究结果表明,治疗后,2 组 BASDAI、BASFI、脊柱痛 VAS 评分均较同组治疗前降低($P < 0.05$),Harris 髌关节评分均较治疗前提高($P < 0.05$),且治疗组 Harris 髌关节评分情况优于对照组($P < 0.05$)。2 组安全性指标观察,治疗组各指标

均无明显变化,但对对照组治疗后 ALT、AST 均较同组治疗前升高($P<0.05$),且高于治疗组($P<0.05$),提示治疗组的治疗方法更为安全有效。综上所述,针刺配合整脊疗法可改善 AS 并发髋关节病变患者的临床症状,提高髋关节功能,且安生性较好。

[参考文献]

- [1] 李洪毓,陈宜恒.强直性脊柱炎髋关节病变的相关因素分析[J].中华风湿病学杂志,2010,14(11):756-758.
 [2] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:119.
 [3] Appel H, Loddenkemper C, Sieper J. Immunopathol-

ogy of ankylosing spondylitis and other spondyloarthritides [J]. Zeitschrift für Rheumatologie, 2008, 67: 25-31.

- [4] 曹沛宏.全髋关节置换术治疗强直性脊柱炎致髋关节强直的疗效及康复锻炼的意义[J].中华骨科杂志,2009,29(7):644-647.
 [5] 周昭辉,陈振虎,徐展琼.温针灸夹脊穴治疗强直性脊柱炎临床研究[J].针灸临床杂志,2011,27(3):11-13.
 [6] 王亚玲,任昌菊.温针夹脊配合穴位注射治疗强直性脊柱炎疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2014,23(6):635-637.

(责任编辑:刘淑婷,吴凌)

“上虚下实”在推拿治疗原发性低颅内压综合征中的运用

董世德

桂林市中医医院推拿科,广西 桂林 541002

[摘要] 目的:观察原发性低颅内压综合征的病机及推拿治疗对策。方法:运用推拿治疗结合练功综合治疗原发性低颅内压综合征患者9例。结果:经30次治疗后,7例痊愈,2例好转。结论:本病病机是“上实下虚”,运用推拿治疗结合练功综合治疗可达到“上虚下实”的健康状态。

[关键词] 原发性低颅内压综合征;“上虚下实”;推拿治疗;练功

[中图分类号] R442.8 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415(2015)03-0226-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.03.109

原发性低颅内压综合征是临床比较重的疾病,不易诊断,因为其病因病机不详,治疗方法也处于摸索之中。在过去近3年的临床中,笔者收治了9例从他院他科转诊的病人,取得了较好的效果,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 临床表现 头晕头痛,部分有晕仆史,目眩,恶心呕吐,呕出胃内容物,耳鸣,视力下降,全身不适,乏力,时汗出,胸闷,畏寒,平卧时头晕头痛稍舒,站立行走时加重,闭目稍舒,开眼则眩晕加重,摇头头颈时头晕头痛加重,故所有病例严重症状出现后均在床上度过,对起床等动作产生恐惧心理。双下肢沉重乏力似灌铅状。查:颈曲变直或反张,胸曲加深,

颈胸椎纵轴部分有偏歪,甚呈“S”形,第二颈椎至第七胸椎棘突有不同程度左右偏歪,棘突旁或棘突上棘突间压痛明显,部分病人有头晕痛、胸闷加重表现,颈软无抵抗,但有因恐惧表现抵抗,转头试验阳性, Hoffmann 阴性或弱阳性,双下肢皮肤紧绷,尤其是小腿皮肤紧绷明显,按压皮肤紧张;小腿明显强于大腿,大腿明显强于上肢,下肢皮色暗滞,部分有静脉怒张。

1.2 辅助检查 ①X线摄片示颈曲变直甚至反张,颈椎间孔均有不同程度变形、狭窄,颈椎胸椎轴度不正直,多呈不稳状,多有骨质增生表现,部分向椎间孔内增生。②经颅多普勒示:椎-基底动脉痉挛、狭窄,收缩期血流速度变小,多在

[收稿日期] 2014-10-20

[基金项目] 广西卫生厅计划课题(Z2014576)

[作者简介] 董世德(1963-),男,中医副主任医师,主要从事脊柱相关疾病临床工作。