

氧的耐受性、清除氧自由基、防止内源性细菌以及内毒素攻击等作用,能防止休克向多脏器功能障碍综合征发展^[9],故能提高治疗休克的总有效率。综上所述,参附注射液在抗休克方面,疗效确切,副作用极少,临床医生在抢救各型休克(厥脱证)患者的过程中,可放心应用。

参考文献

[1] 吴在德, 吴肇汉. 外科学 [M]. 第 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008.34-36
[2] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 第 12 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005.254
[3] 国家中医药管理局. 中医内科病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994.203
[4] 郑筱萸. 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, 2002.77-85
[5] 林闽加, 王胜林, 董耀荣. 参附注射液治疗休克临床观察[J]. 中国中医急症, 2012, 21(7): 1133
[6] 林棉缪, 英年, 黄志, 等. 参附注射液治疗休克 62 例临床观察[J]. 中药药理与临床, 1997, 13(5): 47
[7] 齐宏伟. 参附注射液对 50 例冠心病心绞痛发作临床治疗效果研究[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2013, 34(3): 363
[8] 吴冬梅, 吴利军. 参附注射液对感染性休克患者血液动力学的影响[J]. 浙江中医杂志, 2013, 48(9): 696
[9] 冷万军, 马园. 参附注射液在急性有机磷农药中毒性休克治疗效果观察[J]. 宁夏医科大学学报, 2011, 33(5): 491
[10] 薛卫林, 韩广明, 胡晓飞, 等. 参附注射液治疗老年多器官功能障碍综合征的临床研究[J]. 中国中医急症, 2013, 22(8): 1393
(收稿日期: 2015-12-23)

火针刺络放血配合口服忍冬藤汤治疗痛风病 30 例疗效观察

杨西永

(江西省德兴市中医院针灸康复科 德兴 334200)

摘要:目的: 观察火针刺络放血配合口服忍冬藤汤治疗痛风病的疗效。方法: 将 60 例痛风病患者随机分为治疗组和对照组各 30 例, 治疗组采用火针刺络放血配合口服中药忍冬藤汤治疗, 对照组采用口服秋水仙碱片剂治疗, 观察两组疗效。结果: 治疗组的治愈率为 60.0%, 明显高于对照组的 36.7%, 且未出现不良反应。结论: 证明火针刺络放血配合口服忍冬藤汤疗法是治疗急性痛风病的有效方法, 且相较于口服秋水仙碱更加安全有效。

关键词: 痛风病; 火针; 刺络放血; 忍冬藤汤

中图分类号: R589.7 文献标识码: B doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.01.009

痛风是一组嘌呤代谢紊乱所致的慢性疾病。临床上以高尿酸血症伴痛风性急性关节炎反复发作、痛风石沉积、痛风性慢性关节炎和关节畸形、肾小球和肾小管等实质性病变和尿酸结石形成为特点。本病以中年人为最多见, 40~50 岁是发病的高峰。男性发病率多于女性, 男女之比例约为 20 : 1。近年来, 随着人们物质生活水平的提高、饮食结构和生活习惯的改变, 痛风的发病率呈逐年上升的趋势。

目前, 国内外治疗痛风病仍以秋水仙碱为首选, 但其毒副作用大, 不能长期应用。临床最常见的副作用即消化道反应, 病人服药后出现恶心、呕吐、食欲减退、腰部不舒适感以及腹泻等不良反应。此外还有研究表明秋水仙碱具有骨髓毒性, 可抑制造血功能, 亦可能造成肝肾功能损害、脱发、皮肤过敏、精神抑郁等不良后果。本文采用火针刺络放血配合口服中药忍冬藤汤疗法治疗痛风病, 并与口服西药秋水仙碱的临床疗效进行对比观察。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2013 年 1~12 月德兴市中医院针灸康复科痛风病患者 60 例, 采用随机法分为治疗组和对照组各 30 例。治疗组男性 28 例, 女性 2

例; 年龄 21~68 岁, 平均年龄 46 岁; 病程 3 d~5 年, 平均 3 年; 对照组男性 29 例, 女性 1 例; 年龄 25~71 岁, 平均年龄 48 岁; 病程 2 d~6 年, 平均 4 年; 所有患者的血尿酸均高于 428 $\mu\text{mol/L}$ 。两组患者年龄、性别、病程经统计学分析无显著差异 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

西医采用美国风湿病协会于 1997 年制定的痛风诊断标准, 包括以下九条: (1) 急性关节炎发作 1 次以上, 1 日内即达到发作高峰; (2) 急性关节炎局限于个别关节; (3) 整个关节呈暗红色; (4) 第一趾关节肿痛; (5) 单侧趾关节炎急性发作; (6) 有痛风石; (7) 高尿酸血症; (8) 非对称性关节肿痛; (9) 发作可自行中止。凡具备该规范 3 条以上, 并可除外继发性痛风者, 即可确诊^[1]。

1.3 治疗方法

1.3.1 治疗组

(1) 火针刺络放血疗法: 先用电磁波治疗仪照射患处局部, 使患处皮肤潮红, 组织充血, 浅表静脉怒张。医者用左手固定患者的患病关节, 右手持细火针, 选取患病关节上充盈、青紫或怒张的络脉, 或充血肿胀明显处, 或病变部位附近的相关腧穴, 将火针烧红后进行快速点刺, 要求点刺准确, 一

针到位，针刺深度在 0.5 寸左右，每次选取 1~3 个点。根据病变局部的红肿、疼痛程度和血液中尿酸值的高低决定放血量，放血后观察关节局部红、肿、热、痛的改善情况，一般为 20 ml，或以血色由暗红色或深红色转为淡红色为度。火针刺络放血疗法，隔日 1 次，每次放血约 20 ml。治疗 5 次为 1 疗程，共计 10 d。(2)忍冬藤汤：是以清利湿热、祛风止痛、活血通络为原则，药物组成：忍冬藤 60 g，土茯苓 60 g，萆薢 15 g，白茅根 15 g，车前子 15 g，黄芩 10 g，麻黄 10 g，威灵仙 15 g，独活 15 g，细辛 6 g，当归 10 g，黄芪 15 g。方义：忍冬藤具有清热解毒、疏风通络的疗效。土茯苓泄浊解毒、健胃燥湿、通利关节；萆薢分清泄浊；三药合用宣通十二经络、祛湿化痰、消除血凝气滞，对改善关节肿痛确有殊功，故为主药。黄芩有清热燥湿、泻火解毒；白茅根具有凉血止血、清热利尿；车前子通利水道、渗湿化痰、清热通淋，均有清热之功为臣药；独活祛风除湿、除痹止痛。细辛解表散寒、祛风止痛、通窍、温肺化饮；威灵仙有祛风湿、通络止痛、消骨鲠的作用；麻黄有发汗解表、宣肺平喘、利水消肿和散寒通滞的功效。四药合用祛风除湿、消肿止痛为佐药。黄芪有补气升阳、益卫固表、托疮生肌、利水之功，性质偏于走表，属表皮之药，能令毒素以深就浅，并进一步托毒外出，既可去毒解瘀，更可益气活血通络。当归既能补血又能活血、行气止痛、润燥滑肠。二药合用为使药。服用方法：水煎内服，每日 1 剂，10 剂为 1 疗程。

1.3.2 对照组 选用国产秋水仙碱片剂，首次口服 1 mg，以后每隔 2 h 口服 0.5 mg，直至症状缓解，最大剂量 6~8 mg/d，症状缓解后用 0.5 mg，每天 2 次，10 d 为 1 个疗程。

1.4 疗效标准 根据卫生部 1993 年颁布的《中药新药治疗痹症临床研究指导原则》拟定疗效标准。治愈：症状全部消失，关节功能全部恢复，血尿酸、血沉指标正常。显效：症状基本消失，关节功能基本恢复，能正常工作劳动，血沉指标明显降低。有效：主要症状基本消失，关节功能恢复明显，生活能够自理，血尿酸指标有一定降低。无效：与治疗前比较各方面无改变。

1.5 统计学方法 本研究采用 SPSS18.0 软件进行统计学分析，计数资料以%表示，采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

治疗 10 d 后，对比两组治疗结果、不良反应，相比之下，治疗组的治愈率明显高于对照组，只有 6 例患者出现食欲减退现象。对照组不良反应的种类和

比例明显高于治疗组。此外，治疗结束后的 3 个月内随访发现，治疗组复发 2 例(复发率 6.7%)，对照组则为 9 例(30.0%)。详见表 1、表 2。

表 1 两组治疗效果比较[例(%)]

组别	n	治愈	显效	有效	无效	复发	总有效
治疗组	30	18(60.0)	9(30.0)	3(10.0)	0(0.0)	2(6.7)	30(100.0)
对照组	30	11(36.7)	8(26.7)	11(36.7)	0(0.0)	9(30.0)	30(100.0)

表 2 两组治疗后不良反应比较[例(%)]

组别	n	恶心呕吐	食欲减退	腹泻	皮肤过敏	腰部不适感
治疗组	30	0(0.0)	6(20.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
对照组	30	18(60.0)	11(36.7)	9(30.0)	8(26.7)	5(16.7)

3 讨论

痛风病是由嘌呤代谢紊乱、尿酸排泄减少、堆积在患部导致的炎症。从中医学的角度来说，痛风属于痹症，多由风寒湿气，乘虚袭于经络，气血相凝滞所致(《张氏医通》)。临床上此病的病人多嗜食膏粱厚味、醇酒肥甘，导致脾肾运化升清不及，湿浊内生，湿邪蕴久而化热，火热之邪炼津生痰，湿热、痰瘀阻于经脉，久蕴不解，流注经络骨节，闭阻经络，造成血脉不通，不通则痛，致肢体关节疼痛、红肿、灼热。甚则痰瘀浊毒附骨胶固，变生痛风结节，致关节僵肿畸形^[2]。

秋水仙碱能有效降低炎症因子在关节液中的水平，临床疗效确切，目前被选为治疗痛风病的首选药物。但由于其毒副作用较大，患者服药后常出现恶心、呕吐、腹泻等不良反应，在临床上不能长期应用。采用放血能在短时间内迅速排放患病关节处高压、高黏度、高尿酸含量的血液，淤血痰浊随血而出，从而迅速降低局部压力、减少炎性刺激、缓解疼痛症状。并且因刺血疗法改变了血液的流速、流量、血管容量和血液黏度，局部的血液循环得到改善，并对周围的腧穴形成慢性刺激，通过穴位反馈作用调节整体的嘌呤代谢，促进了身体对尿酸的排泄，从而抑制了尿酸的合成，达到治疗的目的。

火针助阳散寒，具有行气活血、温通经络的作用，尤善于散肿化瘀消癥。现代研究亦证明火针兼有针刺和灸法之效有关，治疗时针刺的机械性刺激和灸的温热性刺激共同兴奋多觉型感受器，具有促进慢性炎症吸收从而起到消肿的作用。火针在烧红时针身温度可达 80℃ 以上，炽热的针体快速刺入病变组织，可将病变组织碳化，在病变组织里形成一个微小通道，短时间内不易闭合，有利于患处的淤血顺利的排出，放血量较一般的针刺放血多，肿胀组织的得到快速的减压，疼痛明显减轻，显著降低关节肿胀度，局部血液循环得到改善，同时提高了新陈代谢，

激发自身对坏死组织的吸收,促使受损组织重新再生及修复。

忍冬藤汤能清利湿热、祛风止痛、活血通络,能宣通十二经络,祛湿化痰,消除血凝气滞,对改善关节肿痛确有特殊功效。综上所述,火针刺络放血配合口服忍冬藤汤治疗痛风病不仅疗效显著,并且副

作用少、复发率低。值得临床推广和研究。

参考文献

[1]朱婉华.痛风(浊瘀痹)诊疗与康复手册[M].北京:人民军医出版社,2015.38-39
[2]洒玉屏,文绍敦,胡珊.火针放血治疗急性痛风性关节炎机理探讨[J].时针国医国药,2009,20(2):394-395

(收稿日期:2015-08-10)

针刀联合循经点按手法治疗颈源性网球肘疗效观察

张云涛 陈圣堂

(湖北省潜江市中医院针灸推拿科 潜江 433199)

摘要:目的:观察针刀联合循经点按手法治疗颈源性网球肘的临床疗效。方法:将颈源性网球肘患者 78 例,随机分为两组:针刀治疗组 39 例,采用针刀联合循经点按手法治疗;阻滞对照组 39 例,采用阻滞治疗,比较两组治疗效果。结果:针刀治疗组痊愈 28 例,好转 9 例,总有效率为 94.9%;阻滞对照组痊愈 14 例,好转 10 例,总有效率为 61.5%,两组疗效经统计学比较,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:针刀联合循经点按手法治疗颈源性网球肘,见效快,治愈率高。

关键词:颈源性网球肘;针刀联合循经点按手法;阻滞;临床疗效

中图分类号:R745.4

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.01.010

网球肘通常指肱骨外上髁炎,是指肱骨外上髁部前臂伸肌总腱处慢性损伤性肌筋膜炎,而颈源性网球肘是颈椎第 5~7 节段病变所致。不同于单纯的肱骨外上髁炎,这些患者并没有过量的运动负荷和劳损经历,却患有网球肘。本研究笔者采用针刀联合循经点按手法治疗颈源性网球肘。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2010 年 3 月~2014 年 7 月我院门诊收治的颈源性网球肘患者 78 例,采用完全随机抽样法分为针刀治疗组(以下简称治疗组)和阻滞对照组(以下简称对照组)。治疗组 39 例,男 13 例,女 26 例;年龄 24~65 岁,病程 2 个月~2 年;对照组 39 例,男 12 例,女 27 例;年龄 21~63 岁,病程 1 个月~2 年。两组患者的性别、年龄、病程等资料比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 诊断标准^[1] 症状:肘外侧疼痛,疼痛呈持续渐进性发展,可向前臂或前肩放射;做拧衣服、扫地、端锅等动作时疼痛加重;常因疼痛而致前臂无力,握力减退,甚至持物时易脱落,休息时疼痛明显减轻或消失;但没有过量的运动负荷和劳损经历;同时有不同程度的颈痛、颈肩部酸累,同侧上臂外侧麻木感。体征:肱骨外上髁处压痛明显,可向前臂或前肩放射,前臂伸肌群紧张试验阳性,伸肌群抗阻试验阳性;颈 5~7 棘突、棘旁或横突处压痛,颈肩部有明显筋条或筋结,同侧肩外展肌力、伸拇伸指力减退和同侧上臂外侧皮肤感觉减退;X 线征:正侧位片示颈曲变直、钩椎关节增生、C4 以下棘突排列紊乱、椎间隙变窄、

项韧带钙化,斜位片示椎间孔变形或缩小,肘部骨与关节无明显异常。

1.3 统计学方法 应用 SPSS16.0 统计分析软件处理研究数据。计数资料以%表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 治疗方法

2.1 针刀治疗组

2.1.1 针刀治疗(均用汉章 I 型针刀) 颈部针刀治疗:患者取俯卧低头位,上胸部垫枕,在颈 5~7 棘突、横突的压痛点处或颈肩部有明显筋条或筋结处定位。皮肤常规消毒、铺巾、局麻后进针刀。在颈 5~7 棘突点行针刀时,刀头朝足方向、刀体朝头侧倾斜 60°,刀口线与人体纵轴平行,刺入后直达棘突顶点,纵疏横剥 2~3 刀,以松解项韧带;然后保持针刀在棘突骨面,略提起约 3 mm,针刀向患侧棘突旁刺入深达骨面,提插切开 2~3 刀,以松解颈半棘肌、头半棘肌、头夹肌。在颈椎横突后结节行针刀时,必须先测量等比例的颈椎正位 X 光片棘突到横突后结节的距离,定位病变颈椎棘突,再按测量的距离旁开,结合压痛点准确定位,刀口线与人体纵轴平行,刺入后直达横突后结节骨面,沿骨面向外横铲时有落空感,手法应缓慢匀速,行 2~3 刀,以松解中、后斜角肌。在颈肩部有明显筋条或筋结处行针刀,按照四步进针规程刺入后,顺筋条走行纵疏横剥 2~3 刀,再调转刀口 90°提插切开 1~3 刀。操作范围均不超过 0.5 cm,要注意深度,避免造成气胸,并注意避开重要血管和神经。肘部针刀治疗:患者取坐位,