

• 中西医结合 •

自拟柴桂抗敏汤治疗 66 例过敏性鼻炎疗效观察

张浪辉

福建省闽东卫生学校 355017

【摘要】本文自拟柴桂抗敏汤用于治疗过敏性鼻炎，进行了有益的探索，能有效降低患者血清 IgE 水平，在疗效和复发率上均取得较为满意的结果，可供临床借鉴。

【关键词】柴桂抗敏汤；过敏性鼻炎；疗效观察

【中图分类号】R276.1

【文献标识码】A

【文章编号】1009-3179 (2018) 08-108-02

过敏性鼻炎是临床常见病之一，其发病原因主要是由于患者接触致敏原之后，机体 IgE 水平升高，诱发肥大细胞释放炎症因子的鼻腔粘膜过敏性疾病。临床表现以打喷嚏、流涕、鼻塞等为主。该病病情虽然没有生命危险，但也可以对患者的生活带来巨大的困扰，也可导致部分患者哮喘的反复发作。资料显示，该病全球发病率在 10% 以上，我国部分城市发病率最高可达 24.1%^[1]，因环境问题等因素，我国该病的发病率正逐年上升^[2]。目前，西医治疗虽然可在短期内缓解患者症状，获得一定的疗效，但由于患者体质以及生活环境中过敏原的存在，难以根治。祖国医学对本病早有认识，也积累了一定的经验和优势^[3]。笔者自拟柴桂抗敏汤对该病进行治疗，报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

表 1：两组一般资料比较

组别	例数	年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	性别 (例)		病程 (年, $\bar{x} \pm s$)
			男	女	
观察组	33	22.7 ± 8.4	18	15	7.3 ± 4.4
对照组	33	25.5 ± 7.5	16	17	7.5 ± 3.9
χ^2 值	-	0.263	0.284		0.723
P 值	-	0.825	0.621		0.474

以随机数字表法将 2016 年 1 月至 2017 年 1 月在耳鼻喉门诊诊治的过敏性鼻炎患者 66 例分为观察组和对照组，33 例 / 组。所选病例符合《耳鼻咽喉科疾病诊断标准》^[4] 对过敏性鼻炎的诊断标准，所有患者均签署知情同意书。观察组中

男性 18 例，女性 15 例，年龄 18-61 岁，平均年龄 22.7 岁，发病时间 0.2-12.6 年，对照组男性 16 例，女性 17 例，年龄 14-62 岁，平均年龄 25.5 岁，发病时间 0.3-14.2 年。两组在年龄、性别、病程等方面比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，具有可比性。具体见表 1。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法

对照组采用西医治疗方案：①录雷他定 10mg，qd，口服。②布地奈德鼻喷雾剂，每天 1 次，喷鼻。观察组在对照组西药治疗的基础上，增加自拟柴桂抗敏汤，药物组成：柴胡 12g、桂枝 10g、黄芪 25g、辛夷 10g、苍耳子 15g、防风 10g、蝉蜕 10g、细辛 2g、白术 10g、白芍 10g、黄芩 10g、荆芥 10g、大枣 6 枚、甘草 5g，并随证加减。一天一剂，以水煎服。两组均以 7d 为 1 个疗程，连续治疗 2 个疗程。

1.2.2 疗效判定标准

以《中医病证诊断疗效标准》^[5] 中所规定的标准。

1.2.3 分析指标

①疗程结束后，以显效、有效、无效三种结果，分析两组疗效。②分析两组治疗前后 IgE。③随访半年，分析两组复发率。

1.2.4 统计方法

以 SPSS19.0 软件对数据进行处理，

所得数据使用 SPSS19.0 统计学软件分析处理，计数资料 χ^2 检验，计量资料 t 检验， $P < 0.05$ 表示有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效比较，见表 2。

表 2：两组疗效比较 (n, %)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
观察组	33	19 (54.5%)	13 (39.4%)	1 (3.1%)	32 (97.0%)
对照组	33	13 (39.4%)	14 (42.4%)	6 (18.2%)	27 (81.8%)
P 值	-	-	-	-	$P < 0.05$

2.2 两组治疗后血清 IgE 的比较，见表 3

表 3：两组治疗后血清 IgE 的比较 ($\bar{x} \pm s$, U/L)

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	33	205.28 ± 65.53	82.18 ± 37.20
对照组	33	205.26 ± 66.32	104.22 ± 38.89
P 值	-	$P > 0.05$	$P < 0.05$

2.3 两组随访半年，复发率统计，见表 4

表 4：两组半年复发率统计表 (n, %)

组别	例数	复发
观察组	33	4 (21.1%)
对照组	33	11 (33.3%)
χ^2 值	-	6.35
P 值	-	$P < 0.05$

3 讨论

过敏性鼻炎由于发病率高，对患者的健康生活造成较大

(下转第 111 页)

手法治疗急性骶髂关节后移位的分析

王茂海

东阳市人民医院 浙江东阳 322100

【摘要】目的 探讨推拿治疗急性骶髂关节后移位的疗效。**方法** 73 例患者随机分成两组：手法治疗组 37 例，神灯对照组 36 例，治疗 1 周后，观察其治疗效果。**结果** 手法治疗组有效率为 89.2%，明显优于神灯对照组 63.9%。**结论** 运用推拿三步法治疗急性骶髂关节后移位明显优于神灯治疗，显效快，安全易操作。

【关键词】 推拿；三步法；骶髂关节后移位

【中图分类号】 R244.1

【文献标识码】 A

【文章编号】 1009-3179 (2018) 08-109-02

骶髂关节紊乱症又称骶髂关节错位或骶髂关节半脱位，是推拿科临床中较为常见的病症。根据骶髂关节错位的方向不同可分为向前错位和向后错位两类，临床中又以骶髂关节后移位多见，本病治疗不当易继发致密性骨炎^[1]。笔者运用“按动法”、“正骨手法”、“远端取穴”三步法，对 73 例急性骶髂关节后移位患者进行治疗，取得了满意的疗效，报道如下：

1 临床资料

1.1 一般资料

将临床诊断为急性骶髂关节后移位的患者 73 例随机分为两组，手法治疗组 37 例，其中：男 14 例，女 23 例；年龄 26～64 岁，平均 45 岁，病程 4 小时～7 天，平均 3 天。对照组 36 例，其中：男 14 例，女 22 例；年龄 26～61 岁，平均 43 岁，病程 1 天～6 天。平均 4 天。

1.2 诊断标准

参照国家中医药管理局医政司对 24 个专业 105 个病种中医诊疗方案^[2] 诊断为骶髂关节紊乱：（1）有急性腰骶部扭伤史或慢性劳损史，多见于从事体力劳动的青壮年；（2）一侧或双侧腰骶部疼痛，不能弯腰，患侧下肢站立负重、行走抬腿困难，严重者疼痛向臀部和腹股沟处放射；（3）骶髂部有明显压痛，患侧髂后上棘低于健侧，床边试验阳性，“4”字试验阳性，髋膝屈曲试验及下肢后伸试验阳性，严重者可见腰骶部脊柱侧弯；（4）骨盆正位 X 线摄片：患侧骶髂关节间隙增宽，或无异常。

1.3 纳入 / 排除标准

纳入：（1）符合骶髂关节后移位诊断标准；（2）年龄 20～65 岁；（3）自愿接受验证方案治疗并签署知情同意书者。排除：（1）不符合上述诊断标准和纳入标准者；（2）有骨结核、骨、肿瘤等骨质病变者及妊娠、哺乳期妇女；（3）糖尿病、肝肾功能不全、心血管疾病、有出血者及精神疾病者。

2 治疗方法

2.1 手法治疗组

（1）按动疗法：患者取俯卧位，医者站在其患侧用力拿捏患侧腓肠肌下端，待患者有酸痛感时，嘱患者双手撑床使腰部悬空，令其做腰部的左右摆动，患者很快自觉局部疼痛缓解且腰部活动度加大。（2）正骨手法：以右侧为例：患者左侧卧位，患肢在上，右侧髋关节屈曲 90°，左侧下肢伸直。医者立于患者前方，以右手扶住患者的右肩，以固定躯体；左手的掌跟部按于患者的右侧髂后上棘处，向患者的右侧髂前上棘的方向用力推按，此时多可闻及骶髂关节复位的响声。

（3）远端取穴：患者取俯卧位，点按患侧居髂、承扶、委中、

承山、阳陵泉、足三里、三阴交各半分钟。以上手法隔日治疗一次，7 天为一疗程。

2.2 对照组（神灯理疗组）

以额定功率 500W 神灯治疗仪预热 5 分钟后，令患者裸露患处皮肤，将神灯治疗仪置于距患处 30 厘米处，照射 30 分钟，每日 1 次，7 天为一疗程。

3 评价指标与疗效评定

3.1 疗效评定标准

参照国家中医药管理局 1994 年颁布的《中医病证诊断疗效标准》^[3] 进行评价：临床治愈：症状体征等消失或基本消失，关节活动无障碍，能恢复原工作；临床有效：症状体征等有所好转，关节活动有改善；临床无效：症状体征等无明显改善。

3.2 Oswestry 腰痛评估量表。

3.3 统计学方法

应用 SPSS15.0 分析软件进行统计，分别运用 χ^2 检验、t 检验等进行分析比较

4 结果

4.1 两组临床疗效比较

组别	n	治愈	有效	无效	总有效数	总有效率
治疗组	37	10	23	4	32	89.2%
对照组	36	6	17	13	23	63.9%

手法治疗组疗效明显高于对照组。

4.2 Oswestry 腰痛评估量表前后对比

组别	治疗前	治疗后	差值	P
手法治疗组	9.2±2.1	4.1±2.3	5.21±2.43	0.009
对照组	9.1±2.2	5.5±3.3	4.1±3.24	0.044

5 讨论

骶髂关节是躯干传递力至两下肢的枢纽，属于微动关节。骶髂关节发生紊乱时，会严重影响生活、工作。笔者运用推拿手法，以“按动疗法”、“正骨手法”、“远端取穴”的操作顺序治疗本病，机理分析如下：（1）患者均为骶髂关节的急性损伤，伤势较为严重，局部肌肉僵硬、肿胀，疼痛剧烈，拒按。此时，很难施以局部手法操作，且局部手法治疗后加重受损组织渗出、肿胀，使疼痛更为剧烈。更不可能施用小关节复位手法。因受损的骶髂关节在足太阳膀胱经的循行路线上，故根据中医“经络所过主治所及”的理论，在同为膀胱经小腿三头肌远端寻找痛点，施以拿捏点按。《素问·举痛论篇》曰：“按之者热气至，热气至者痛止。”待疼痛缓解后，嘱患者配合腰部的主动运动，使局部疼痛得到进一

（下转第 111 页）