

10个)率:1组为27.8%(5/18例),2组为68.8%(11/16例),3组为82.6%(19/23例),白细胞转阴率2组和3组优于1组($P<0.05$)。

2 症状转阴率:1组为61.1%(11/18例),2组为43.8%(7/16例),3组为87.0%(20/23例),3组优于2组($P<0.05$),但3组与1组比较差异不显著($P>0.05$)。

3 肝功能转阴率:1组为77.8%(14/18例),2组为56.3%(9/16例),3组为91.3%(21/23例),3组优于2组($P<0.01$),但3组与1组比较差异不显著($P>0.05$)。

体会 消炎痛属解热镇痛药,也是前列腺素E合成抑制剂。对炎性疼痛的止痛效果明显,同时具有膀胱逼尿肌收缩抑制作用。其栓剂在直肠内被吸收,使药物在前列腺体内浓度提高,故有效地控制慢性前列腺炎的尿路刺激症状和局部症状,这是本组单用消炎痛有效率较高的原因所在。但其对前列腺液白细胞和细菌的转阴率最低,因此治愈率最低,不宜单独使用。

野菊花具有清热解毒功效。体外实验对金黄色葡萄球菌、链球菌和革兰氏阴性菌有抑制作用。并使外周血管扩张,消除局部炎症。中医常用于热疖、疔疮等症。其栓剂在直肠内吸收后提高前列腺体内浓度,促进局部炎症消退。故前列腺液白细胞转阴率明显优于消炎痛组,但局部症状改善不如消炎痛组。采用野菊花栓加消炎痛栓合用可扬长避短,既有消炎作用又有减轻症状的效果,且未见副反应,但对其远期疗效尚待继续观察。

(收稿:1996-08-23 修回:1996-12-22)

穴位注射加TDP照射治疗颞下颌关节功能紊乱综合征 56例

同济医科大学附属协和医院(武汉 430022)

黄巍

自1990年以来,我们采用穴位注射加TDP穴位照射治疗早期颞下颌关节功能紊乱综合征56例,并与单纯电针治疗的28例作对照观察,疗效满意,现报道如下。

临床资料 选择以下颌关节疼痛及运动障碍为主,咀嚼、讲话时症状加重,局部压痛,常伴有轻重不等的弹响,X线片示髁状突位骨不正常及运动受限者84

例,均系门诊患者,年龄17~56岁,平均27.8岁;病程1周~5年,平均0.23年。按2:1比例随机分为两组,观察组56例,男31例,女25例。对照组28例,男15例,女13例。

治疗方法 观察组取下关、颊车透下关穴为主,配合谷、内庭穴,均选患侧,每次取主穴和配穴各1个,穴位交替;药物用强的松龙注射液1~2ml,2%盐酸普鲁卡因2ml,维生素B₁₂注射液250μg,混合吸入5~10ml注射器内,配5号针头,穴位消毒后快速刺入,得气后,每穴推入2.5~3ml药液。其中合谷、内庭刺入时针尖稍向病所方向斜刺,使其得气,或针感向病所方向传导。再用特定电磁波器(简称TDP,CQ-27F³,中国重庆巴山仪器厂制造)穴位照射,每穴照射15~20min,均1周2~3次。对照组取穴同观察组,两组穴位交替,穴位用75%酒精棉球消毒,选28~32号2~3寸长毫针(或磁极针),快速刺入穴位得气后,在针体上接上G6805治疗仪(上海医疗器械八厂制造),导极正极接在主穴上,负极接在配穴上,选连续波,200次/min左右频率,留针15~30min,每日或隔日1次,两组均5次为1个疗程,2个疗程后作疗效判定。

结果 疗效标准 痊愈:关节疼痛及下颌运动障碍、弹响完全消失,局部无压痛;显效:关节疼痛及下颌运动障碍、弹响明显减轻,局部稍有压痛;好转:关节疼痛及下颌运动障碍、弹响较前减轻,局部压痛较前减轻;无效:治疗前后症状和体征无改善。

结果:观察组56例,痊愈39例占69.6%(其中1次治愈5例,2次治愈9例,3次治愈15例,4次治愈7例,>5次治愈3例),显效10例占17.9%,好转5例占8.9%,无效2例占3.6%,总有效率为96.4%。对照组28例,痊愈10例占35.7%(其中4次治愈2例,余为>5次治愈),显效7例占25.0%,好转5例占17.9%,无效6例占21.4%,总有效率为78.6%。观察组疗效优于对照组($P<0.05$)。

体会 本病多属功能性紊乱,病程长,早期用针灸治疗效果好,选足阳明经穴颊车透下关,可疏风通络,利牙关;配手阳明之原穴合谷,可疏风解表,通络镇痛;足阳明之荥穴内庭,清胃泄热,理气镇痛。加TDP穴位照射,剂量以温暖舒适不烫皮肤为度,可取得好的疗效。穴位注射采用远近结合取穴,具有疏通经络,祛瘀消肿,消炎止痛,TDP可产生大量红外线,改善微循环,促使毛细血管扩张,增加通透性,提高免疫功能和自调机能作用,两法结合,相得益彰。

(收稿:1996-08-05 修回:1996-12-25)