

临床报道

药棒疗法治疗类风湿性关节炎53例 临床对比观察

童三元* 黄汉明[△] 余协炎* 刘昌纳[△] 杨绍云[△] 喻金枝*

药棒疗法,是用特制木棒蘸上配制好的中药液,在人体适当的穴位上叩击,来治疗疾病的一种方法。《医宗金鉴·外科心法要诀》外治法中已记载振挺疗法,振即叩击之意,挺就是木棒。我们在此基础上,将棒蘸上药液制成药棒,曾治疗近1500例骨关节病,其中类风湿性关节炎108例,均显示有一定疗效。为了进一步观察药棒对本病的确切疗效,我们对53例类风湿性关节炎患者用双盲法进行了临床对比观察和免疫指标检测。现报告如下:

诊断标准和病例选择

53例患者均为武汉市轮渡公司卫生所药棒门诊1983年4月至12月诊治的病员。按美国风湿病学会(ARA)诊断标准⁽¹⁾,53例患者均确诊为类风湿性关节炎,其中45例为周围型类风湿性关节炎,8例为混合型。女性33例,男性20例;年龄12~60岁;病程为1~30年,平均为6.1年。病人来自全国各省。患者均经常规药物治疗,有的加用激素治疗,效果不佳。治疗按双盲随机对照进行,分为药棒治疗组(用木棒蘸药液叩击,简称药棒组)34例,对照组(用木棒蘸对照液叩击)19例。

药物配制及治疗方法

一、药物配制

药棒药液由川乌、草乌、三七、细辛、乳香、没药等组成。上述药物用市售白酒浸泡,渗漉制得药棒治疗液。对照组用颜色相似、不含药物的对照液。

二、叩击方法

右手持0.7尺至1.5尺长的木棒,木棒外形、长短根据使用部位不同,塑成不同形状。握棒以拇指和食指第二关节及中指第三关节纹处适握为宜。棒尾紧贴劳宫穴,操作宜稳,用右手的腕力对准穴位进行叩击。我们经过多年的临床实践,发现对不同的患者,必须采取不同的叩击手法,方能取效。其叩击手法大致分以下几种:

1. 点叩:叩击时与皮肤面接触要小,使患者自感有针刺样的放射感和灼热感,待叩击部位出现潮红,继后呈血疹样斑块,当斑块向周围扩大时,叩击面也随之扩大。点叩适用于合谷、太渊及肩部、膝以下穴位。

2. 平叩:此法一般用于关节的正位和脊柱的正位。将木棒塑成锥体形,叩击时腕部向上翘约呈40度角,用腕力进行叩击。叩击时棒与皮肤接触面要大,患者明显感到痛和针扎感。

3. 横叩:持棒手法同平叩,腕部向左旋,手心向右下方,与点叩相反。一般用于关节的内外侧。叩击时患者自感疼痛,并伴有对侧振动感。

4. 混合叩:多用于全身性关节疼痛和肿胀,三种叩法混合用。

三、叩击穴位的选择

根据患者受累关节不同,选穴有以下三条原则:以痛为俞,由点及面;局部取穴和远道

* 武汉市轮渡公司卫生所; [△] 湖北省医药工业研究所

取穴相结合;经筋结聚处取穴。常用穴位如下。肩部:肩髃、肩髃、巨骨、秉风、臂臑、肩贞;肘部:曲池、肘髃、天井、手三里、少海、支正;腕部:腕骨、阳溪、阳池、神门、养老、太渊、外关;髋部:环跳、居髃、承扶;手指:各指关节处,称为指边穴;膝部:犊鼻、阳陵泉、膝眼、鹤顶、照海、阴谷、委阳、腓中、腓缘;踝部:丘墟、解溪、昆仑、跟平。痛者加肾俞、足三里;发热加丰隆、大椎;痛甚加曲池、肾俞穴、阿是穴等。

四、叩击手法

根据患者虚实不同,予以不同手法。实证:身体强壮,关节痛甚,局部灼热红肿,关节活动不便,口渴,汗多,尿黄赤,舌红、苔黄腻或黄燥,予重叩、快叩,叩击频率一般在200次/分左右;虚证:身体瘦弱,病久不愈,面色不华,关节不红肿或肿胀,自汗,舌淡、苔薄白,予轻叩、慢叩,叩击频率一般在90次/分左右。

治疗效果

一、治疗结果

本组疗效观察指标分症状与体征(包括病人晨起僵硬时间简称晨僵、关节疼痛与肿胀、功能状态)、放射线改变、实验室检查(包括血沉、类风湿因子、循环免疫复合物和补体₃)三方面。根据以上各项指标的改变判断总疗效。显效:多数关节疼痛消失,肿胀消退,关节僵硬明显改善,功能改善为I级,放射线表现好转,类风湿因子转阴,血沉正常。有效:两个或两个以上关节疼痛明显减轻,肿胀消退或减轻,关节僵硬改善,功能改善为II级,放射线表现好转或稳定,类风湿因子转阴或由强阳性转为弱阳性,血沉下降或正常。无效:关节疼痛无改善,肿胀不消退,关节僵硬无改变,功能状态无好转,放射线表现恶化,类风湿因子阳性,血沉高于正常。

根据以上疗效标准统计,药棒组获显效5例(14.7%),有效26例(76.5%),无效3例(8.8%),总有效率为91.2%。对照组19例均

评为无效。两组疗效比较有明显差异($P < 0.001$)。

二、疗效分析

1. 晨僵:晨僵是指病人早晨起后,受累关节活动受阻的一种僵硬感觉。关节滑膜炎反应越重,持续时间越长。经治疗后,药棒组34例,晨僵时间最少缩短2小时,最多缩短16小时,平均缩短 5.78 ± 3.23 小时(均差值 $\pm$ 标准差,下同),有显著性差异($P < 0.001$);对照组19例有2例缩短1小时,1例延长1小时,余16例无改变,平均缩短 0.05 ± 0.40 小时($P > 0.05$)。两组晨僵平均缩短时间有显著性差异($P < 0.001$)。

2. 疼痛:类风湿性关节炎患者于活动或受累关节受压时常感疼痛。治疗前,两组病人均有明显疼痛感觉。治疗后,药棒组34例中18例疼痛消失,16例明显减轻。对照组19例中7例减轻,12例无改变。两组疼痛好转率有非常显著差异($\chi^2 = 24.30$, $P < 0.001$)。

3. 握力:以气囊连接标准血压计袖带来测定双手握力。治疗后,药棒组1例无改变,其余最少增加2毫米汞柱,最多增加128毫米汞柱,平均增加 17.09 ± 21.98 毫米汞柱($P < 0.001$)。对照组检测18例,9例无改变,9例增加2~22毫米汞柱,平均增加 2.89 ± 6.27 毫米汞柱($P > 0.05$)。两组患者握力增加均值有显著性差异($P < 0.01$)。

4. 关节肿胀:用带尺测量病人受累关节的周径,表示软组织肿胀程度。治疗后,药棒组最少消退0.3厘米,最多消退8.5厘米,平均消退 2.11 ± 1.74 厘米($P < 0.001$)。对照组检测15例,4例无改变,1例增加1厘米,其余10例最少消退0.4厘米,最多消退1.5厘米,平均消退 0.23 ± 0.41 厘米($P > 0.05$)。两组病人的关节肿胀消退程度有非常显著性差异($P < 0.001$)。

5. 功能状态:按美国风湿病学会所订类风湿性关节炎的功能分级标准确定⁽¹⁾。附表示,药棒组中13例II级、8例III级、3例IV级的患者经治疗后均改善为I级;有6例III

级、2例IV级的患者改善为II级。经统计学处理,治疗前后功能状态有显著改善($P < 0.001$)。对照组中,1例治疗前后均为I级,1例II级治疗后改善为I级,1例III级改善为II级,其余16例均无改善($P > 0.05$)。

附表 治疗前后两组功能级别分布

功能级别	药 棒 组		对 照 组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
I 级	2	26	1	2
II 级	13	8	12	12
III 级	14		6	5
IV 级	5			

6. 放射线改变:类风湿性关节炎患者的放射线改变主要表现为骨质疏松、骨质增生、软组织肿胀、关节腔狭窄。治疗后,药棒组有21例软组织肿胀好转,骨质稀疏改善,关节囊密度下降;13例无变化。对照组治疗前后摄片者18例,仅2例有好转。两组间的放射线改变率有显著性差异($P < 0.01$)。

7. 血沉:两组病人治疗前大多数血沉高于正常。治疗后,药棒组34例中19例恢复正常,11例明显下降,4例有所升高,下降均值为 21.91 ± 30.80 毫米/小时($P < 0.001$)。对照组19例中,4例仍正常,其余15例均有升高,升高的均值为 10.47 ± 17.29 毫米/小时。两组治疗前后血沉改变有非常显著性差异($P < 0.001$)。

8. 类风湿因子:药棒组34例病人中,治疗前类风湿因子阳性32例,阴性2例。治疗后,12例转阴,8例由强阳性或阳性转为弱阳性,余12例仍为阳性。治疗前后有显著改变($P < 0.001$)。对照组19例患者中,治疗前18例阳性,1例阴性。治疗后,3例由阳性转为弱阳性,余均无变化($P > 0.05$)。

9. 循环免疫复合物(CIC):类风湿性关节炎患者体内常发现免疫复合物⁽²⁾。血液中循环免疫复合物的消长与疾病的缓解或发作以及疾病预后密切相关⁽³⁾。用聚乙二醇(PEG)—紫外分光光度法,以波长280 mμ测定。药棒组

19例治疗前后光密度差值为 0.11 ± 0.09 OD ($P < 0.001$)。对照组10例治疗前后差值为 0.025 ± 0.041 OD ($P > 0.05$)。两组治疗后的光密度下降差值有非常显著差异($P < 0.01$)。

10. 补体 C_3 :血清 C_3 含量在类风湿性关节炎活动期显著降低^(4,5)。采用琼脂单向免疫扩散法测定,药棒组和对照组患者治疗前 C_3 含量分别为 97.86 ± 15.44 毫克%和 141.0 ± 29.00 毫克%。治疗后药棒组增加 24.68 ± 24.22 毫克% ($P < 0.001$),对照组反而降低 40.40 ± 30.16 毫克% ($P < 0.001$)。治疗前后两组间 C_3 含量改变有非常显著性差异($P < 0.001$)。

讨 论

我们在继承发掘中医传统疗法的同时,运用经络理论,局部使用中药药液,采用独特的叩击手法,促进气血的循行,疏利络脉的痹阻,经临床大量实践证明,对风、寒、湿引起的痹证有良好的疗效。现就本疗法的作用机理及临床观察结果进行探讨如下。

一、药棒疗法的作用机理探讨

1. 以温达通:我们治疗的骨关节疾病患者,多为久治不愈的经络顽疾,故临床所见每多损伤阴阳,出现强直不仁等病变。药棒疗法选用温通胜湿药物为主,以通络甯行之酒浸制成药液,再用独特的叩击手法,来刺激局部的经穴,使经脉血流加快,使皮部的浮络充血,腠理扩充,从而使痹阻之经脉得以畅通,不仁之腠理得以濡润,拘急之经筋得以柔润,达到温通祛邪的目的。据临床观察,患者于治疗后首先出现潮红,然后出现灼热,以致全身发热,叩击后即感全身舒服。

2. “通则不痛”:散瘀以通利,是药棒治疗理论根据。因为经脉痹阻,势必引起局部络脉的瘀结,所以病变部位,一经药棒叩击,在药和棒的作用下,大多出现青、紫、乌、褐等血瘀样斑块。这些斑块出现的多少,也可说明病情的轻重。因此,在治疗时随着斑块的出现及扩大,叩击的范围也应随之扩大。患者反映,每当叩击出现紫黑色的瘀块后,原有的痛、胀

以及沉重的感觉随之减轻。但是,经多次叩击的部位,若局部症候消失或好转,斑块的出现也续减,甚至全无,纵使用强叩击手法,也不再出现瘀块,这正是邪祛病除的指征。

3. 经脉通畅,营卫调和:药棒疗法,目前主要用于痹症的治疗。临床上往往收到一些意想不到的效果,即一些痹症的患者通过叩击后,增进食欲,夜尿减少,失眠改善,盗汗得止,经停复来。说明本法虽行局部叩击,但棒与药物的作用,还有调整全身经脉气血及调和营卫的作用。

二、临床疗效分析

临床疗效观察表明,治疗后药棒组类风湿性关节炎患者的各项指标均得到明显改善。晨僵系关节滑膜炎反应的一种表现,治疗后所有病人晨僵时间明显缩短甚至消失,炎症反应引起的其它症状如关节疼痛和肿胀、握力下降或消失、关节功能障碍等,经治疗后明显改善,有的恢复正常,血沉也相应下降或至正常。

药棒组治疗后与治疗前或与对照组相比较,均有显著差异,这提示炎症活动得到控制。综合疗效评定说明,药棒组病人的疗效明显优于对照组。慢性滑膜炎是类风湿性关节炎的主要特征,由于本病发病因素未明,目前各种疗法主要为了控制炎症反应。所以,药棒疗法可以作为类风湿性关节炎的一种有效疗法。

类风湿性关节炎是由免疫复合物引起的一种自身免疫性疾病。比较两组病人血液中类风湿因子转阴及循环免疫复合物光密度值降低的结果表明,药棒组与对照组有非常显著性差异,提示药棒及所用药物对患者的自身免疫反应有一定作用。

我们还观察到,药棒组的血清补体 C_3 由低于正常恢复到接近正常,而对照组的 C_3 并无好转,甚至下降,这种变化与两组的总疗效相一致。它也从另一方面说明了药棒疗法对类风湿性关节炎的治疗效果。

综上所述,对53例类风湿性关节炎的临床疗效分析结果表明,药棒疗法对类风湿性关节炎有明显的近期疗效,治疗过程中,药棒的药液起着重要的作用。

(黄汉明执笔)

本文承武汉医学院附属第一医院朱通伯教授,武汉医学院药理教研室胡崇家教授审阅,特此致谢。

参 考 文 献

- (1) 中级医刊(6):62, 1981。
- (2) Hay Foet, et al: Ann Rheum Dis 38(1):1, 1979。
- (3) 国外医学临床生化与检验分册(2):32, 1983。
- (4) 李晓玉:药理学进展(抗炎免疫药分册)。第31页,人民卫生出版社, 1982。
- (5) 南京部队总医院临床实验科微生物室:江苏医药(1~2):26, 1979。

捏脊治疗小儿遗尿症486例

山东省掖县人民医院小儿科 于健敏

从1964~1984年8月底,我们单纯应用捏脊法治疗小儿遗尿症486例,现总结如下。

一、临床资料:本组486例,男341例,女145例;年龄3~7岁184例,8~12岁281例,13~17岁21例;均为夜间遗尿,其中每晚遗尿1~2次者360例,2次以上者126例;伴智力低下及先天性畸形者20例。

二、治疗方法与疗效:患儿裸露脊背俯卧检查床上,医者先用手掌按摩背部,然后沿小儿脊柱自长强

穴开始,用两手指及拇指将皮肤提起,沿督脉上升,边推边捏至颈部风府穴,反复五遍,每遍推捏三下时,将两手之间的皮肤向后提一下(走三提一),当推捏至风府穴时,再用两拇指在每个椎棘突处按摩三下,尤在肾俞、关元俞及膀胱俞重点按揉。每日一次,三次为一疗程。本组486例中痊愈(无遗尿)286例,占58.85%,有效(遗尿减少或偶有遗尿)140例,占28.81%,无效(经一疗程治疗后遗尿无变化)60例,占12.34%。