

3.3 症状计分标准:采用中医症状半定量计分标准,主要症状如腰骶、腰背、颈部疼痛、疼痛夜甚等分别计为 0、2、4、6 分,活动受限、晨僵、足跟痛等症状分别计为 0、1、2、3 分,腰膝酸软、喜暖畏寒计 0、1 分。

3.4 综合疗效:临床缓解 3 例,显效 14 例,有效 29 例,无效 6 例,总有效率 88.46%。

3.5 证候疗效:临床缓解 11 例,显效 13 例,有效 24 例,无效 4 例,总有效率 92.3%。

3.6 治疗前后主要症状改善情况比较:治疗后腰骶、腰背、颈部疼痛及晨僵、喜暖畏寒、足跟痛等症状改善明显,差异有显著性($P < 0.01$);补肾强脊颗粒可有效缓解患者活动受限、疼痛夜甚症状,差异亦有显著性($P < 0.05$)。相关资料略。

3.7 治疗前后实验室指标改善情况比较:检测 46 例,治疗前血沉(ESR)均值为(17.73 ± 13.87) mm/h,治疗后为(11.73 ± 10.29) mm/h,ESR 治疗前后比较差异有显著性($P < 0.05$)。治疗前后 C 反应蛋白均值比较差异无显著性($P > 0.05$)。相关资料略。

4 讨论

强直性脊柱炎属中医学“骨痹”、“脊强”、“大傺”范畴,发病部位主要在腰骶,“腰为肾之府”,故肾在本病病因病机中居主导地位。肾为先天之本,藏真阴而寓元阳,藏精主骨生髓,先天禀赋不足,肾督亏虚,阳气不能温煦,阴精失于濡养,故腰背既冷且痛;肾虚不足,复感外邪,内外合邪,阳气不化,邪气内盛,影响筋骨荣养,则致脊柱伛偻;肾阳亏虚,阳气温煦无力,血受寒则易凝,且痹证日久,久病入络,瘀血久滞不散,气血交阻,则瘀血乃成。故肾虚血瘀为本病病机关键,补肾活血为基本治疗原则。

补肾强脊颗粒方中淫羊藿、补骨脂温肾壮阳,强筋骨而祛风湿;熟地黄滋肾阴,益精填髓;枸杞子、怀牛膝补益肝肾;当归、赤芍活血化瘀,通络止痛。诸药共收补肾壮督、活血化瘀之功。药效学实验亦表明,补肾强脊颗粒对佐剂性关节炎模型大鼠具有抗炎作用,对化学刺激引起的疼痛亦有明显的镇痛作用。

血府逐瘀汤治疗真性红细胞增多症 3 例

广州中医药大学第二附属医院血液科(510120)

崔徐江 葛志红 梁冰

真性红细胞增多症(PV)是一种慢性克隆性骨髓增殖性疾病。中医学认为,血瘀气滞热蕴是本病的主要病机。我们动态观察 3 例患者,以血府逐瘀汤为主要基本方进行纯中药治疗,每周测定外周血象 1 次,现将有关临床观察治疗结果及体会报告如下。

1 治疗方法

中药方剂选用血府逐瘀汤为基本方,根据具体病情适当调整用药及药量。处方:桃仁 5~15g,红花 10~20g,川芎 5~10g,赤芍 10~15g,当归 0~25g,生地黄 5~20g,柴胡 15~20g,枳壳 10g,桔梗 10g,牛膝 10g,甘草 5g;均加用丹参 10~20g。根据广东患者特点,多不用当归,脾虚便溏重时加用白术、茯苓、佛手,

生地黄酌情减量。病情较重、血红蛋白含量高时适当加用三棱 10~20g、莪术 10~20g、土鳖虫 10~20g 以加强破血逐瘀、行气消积之效。热象重时加用白花蛇舌草、金银花、鳖甲、青蒿适量辅助清热。患者均以自煎中药为主,煮沸后以文火煎熬 1 小时以上,复煎合并,分 2 次于餐后 1 小时服。不方便自煎中药时,临时改服颗粒冲剂或血府逐瘀口服液每次 2 支,每日 2~3 次。

2 典型病例

病例 1:患者,女,56 岁,2001 年 10 月因头晕、面红赤、皮肤瘙痒半年余在某医院就诊,发现红细胞增多而收入血液专科住院,经骨髓穿刺及活检等系列检查排除继发性红细胞增多症,明确诊断为真性红细胞增多症。入院时外周血血红蛋白含量 230g/L,入院后及时给予多次放血治疗。诊断后近 3 年时间一直采用间歇放血治疗、持续口服羟基脲(3~6g/d)、间断使用皮下注射干扰素(300~500 万 U/周)等治疗,血红蛋白含量得以控制在 150g/L 左右,但患者感觉倦怠乏力、纳呆眠差、胃脘痛并伴胃肠道反应,注射干扰素期间有发热、恶心、肌肉骨骼酸痛等,期间患者多次自行停药后症状反复,血红蛋白含量快速反弹,最高达 200g/L 左右。2004 年 8 月转到我院血液专科门诊寻求中医治疗时,已停用干扰素。开始服用中药第 1~8 周(2004 年 8~9 月)期间每周减量羟基脲(0.5~1.0g/d),8 周后全部停用羟基脲,之后一直在门诊坚持服用中药汤剂治疗。每周检查 1 次血常规(长假期节日暂停 1 周检查)。服药后其血红蛋白含量明显下降,倦怠乏力、纳呆眠差、胃肠道反应明显改善。开始 4~8 周便溏伴大便次数增加,每天 2~3 次,以后大便逐渐正常。头晕、面红赤、皮肤瘙痒等症状逐渐改善至消失。

病例 2:患者,男,52 岁,2005 年 8 月体检时发现血红蛋白含量异常增高(182g/L),时有头晕、头胀,余无明显不适,近期家中曾装修房屋。随即行骨髓穿刺、骨髓活检及其他系列检查,排除继发性红细胞增多症,明确诊断为真性红细胞增多症。一直在门诊治疗,开始采用口服羟基脲(6g/d)和中药治疗,血红蛋白含量迅速下降,未出现明显副作用。应患者要求在服药后第 3 周开始快速减量,2005 年 10 月开始中药治疗。开始数周有便溏,后大便逐渐正常。

病例 3:患者,男,37 岁,2005 年 9 月体检时发现血红蛋白含量异常增高(171g/L),无明显不适,拒绝行骨髓穿刺、骨髓活检检查,基本排除继发性红细胞增多症,诊断为真性红细胞增多症。2005 年 10 月开始一直在门诊采用纯中药治疗,血红蛋白含量逐渐下降,开始数周有便溏,后大便逐渐正常。

3 讨论

中医学认为,本病病因与血气有余、邪热内蕴、热郁血分、阴亏阳盛、内蒸骨髓有关。血瘀、气滞、热蕴是本病的主要病机。肝藏血,主疏泄,血行失畅,瘀血内停,肝气郁结,郁而化火,气逆血升,则可见头痛眩晕、面红目赤、耳鸣口苦、烦躁易怒、舌红苔黄、脉弦数诸象。肾主骨生髓,邪热伤阴,水亏血瘀,虚热内生,内蒸骨髓,则可见低热虚烦、手足心热、口苦咽干、腰膝酸软、舌红苔少、脉数诸象。脾主运化,益气统血,血瘀气滞,邪热内蕴,运化无权,则可见胃脘痞胀、排便无力、便溏、便秘诸象。故本病病位在骨髓,涉及肝、肾、脾三脏。病初多为实证,久则见

虚实夹杂之证,常见证型有血瘀气滞证、肝胆实火证、热入营血证、血亏血瘀证。治疗上应以活血、破血、逐瘀为主,兼施以疏肝理气、清热解毒、滋阴凉血、健脾行气。

血府逐瘀汤出自清代王清任所著《医林改错》,实为桃红四物汤合四逆散之变通方,由桃仁、红花等 11 味药组成。桃仁性平味苦,活血祛瘀;红花、川芎性温味辛,红花活血祛瘀通络,川芎活血行气,祛风止痛;赤芍性微寒味苦,清热凉血,祛瘀止痛;当归性温味甘、平,补血活血止痛;生地黄性寒味甘、苦,清热凉血,养阴生津。以上共为君药,活血化瘀而养血。柴胡、枳壳性微寒味甘、平,二药行气活血,疏肝解郁,为臣药。桔梗性平味苦、辛,载药上行,合枳壳则升降上焦之气而宽胸;牛膝性平味苦、酸,通利血脉,引血下行,二者为佐药。甘草调和诸药为使药。综观血府逐瘀之全方配伍,可谓不寒不热,气血双调,解气分之郁结,行血分之瘀滞,活血而不伤阴,祛瘀又能生新,具有活血化瘀、清热凉血、行气养阴之功效,通治一切气滞血瘀证,是行气活血法的代表方。其剂型主要有传统的汤剂,新剂型有胶囊剂、口服液、冲剂(颗粒剂)、丸剂、浓缩丸等。

新手法治疗髋髂关节损伤 68 例

北京世纪坛医院(100038)

杜 德 利

髋髂关节损伤属于骨伤科常见病之一,多因外伤所致,好发于青壮年。笔者于 2000~2005 年采用新手法治疗髋髂关节损伤 68 例,疗效满意,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料:本组 108 例均为我院骨伤科门诊病例,随机分为两组。治疗组 68 例,男 35 例,女 33 例;年龄 20~53 岁,平均 36.7 岁;病程 1~10 年,平均 4.3 年。对照组 40 例,男 23 例,女 17 例;年龄 22~55 岁,平均 37.2 岁;病程 2~11 年,平均 4.5 年。两组年龄、性别、病程经统计学分析差异无显著性,具有可比性($P>0.05$)。

1.2 诊断标准:根据国家中医药管理局 1994 年发布的《中医病证诊断疗效标准》制定。(1) 有急性髋髂部扭伤史或慢性劳损史,多见于从事体力劳动的青壮年。(2) 一侧或两侧髋髂部疼痛,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) 髋髂部有明显压痛,两侧髂后上棘不等高。“4”字试验阳性,床边试验阳性,髌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) 髋髂关节双斜位 X 线片示患侧髋髂关节间隙增宽,或无异常。

2 治疗方法

治疗组用新手法治疗。患者取侧斜俯卧位,患肢屈膝、屈髋在上,患侧髋髂关节在上,医生先用揉、推、按、点等手法充分放松髋髂关节周围软组织后,用肘关节的尺骨鹰嘴处抵住患者患侧髋髂关节缘上方三点处(把髋髂关节面分三份,即在髋髂关节上 1/3 处顶点,中 1/3 处中点,下 1/3 处最下点)分别用力点压 15~20 秒,然后放松周围软组织以缓解点压所致疼痛。患者再取仰卧位,屈膝屈髋,医生把握下肢向下压,缓慢向内旋转 5~8 圈,可使后旋的髂骨向前旋回位且缓解后旋所致疼痛;反

之,屈膝屈髋,缓慢向下压,缓慢向外旋转 5~8 圈,可使前旋的髂骨向后旋回位且缓解向前旋移位所致疼痛。每周治疗 2 次,2 周为 1 个疗程。

对照组用中药熏蒸法。基本方组成:络石藤 15g,天仙藤 15g,青风藤 15g,海风藤 15g,红花 15g,乳香 15g,防风 15g,威灵仙 15g,羌活 15g,独活 15g,伸筋草 15g,透骨草 15g,高良姜 15g,大青盐 20g。缝布袋装入上药为 1 次剂量,煮沸 20 分钟后,即在患处熏蒸 20~30 分钟,每日 1 次,疼痛较重者可每日熏蒸 2 次。2 周为 1 个疗程。

3 治疗结果

3.1 疗效评定标准:根据国家中医药管理局 1994 年发布的《中医病证诊断疗效标准》制定。治愈:髋髂部疼痛消失,腰腿活动自如;好转:髋髂部疼痛减轻,功能改善;未愈:髋髂部疼痛及腰腿部活动功能无改善。

3.2 治疗结果:治疗组 68 例,治愈 50 例(73.5%),好转 12 例,未愈 6 例,总有效率为 91.2%;对照组 40 例,治愈 13 例(32.5%),好转 12 例,未愈 15 例,总有效率为 62.5%。两组治愈率、总有效率比较,治疗组明显为优($P<0.01$)。

4 病案举例

患者,女,53 岁,1 年半前骑自行车不慎跌倒,腰及下肢挫伤,腰部及右下肢疼痛较重,行走困难。经按摩、理疗、内服中药治疗均未见明显效果。来诊时右侧髋髂关节压痛明显,“4”字试验阳性,髋髂关节双斜位 X 线片显示右侧髋髂关节间隙较健侧增宽 1.0~1.5mm,诊断为右髋髂关节损伤。经采用新手法治疗 1 个疗程后痊愈,随访 1 年未见复发。

5 讨论

髋髂关节损伤在临床上比较多见。其关节面为耳状关节面,髋、髂两块骨之间呈不规则形相互交错、紧贴的关节面。年轻人肌肉韧带强健,保护相对稳定,而中老年人肌肉韧带略有退变,一旦受到突然外力就会使髋髂关节在瞬间旋转、移位,从而使周围软组织产生疼痛、水肿、充血、粘连,进而加重疼痛,造成下肢功能障碍。严重者下肢长短不一,其患侧下肢可较健侧下肢长 0.5~2cm。髋髂关节损伤后,时有病例因治疗不当而延长病程。因此损伤后,一要及时明确诊断,二要治疗得当。采用新手法的关键在于髋髂关节周围软组织松解,点穴可使其痉挛放松而达到满意的疗效。

本刊“专题笔谈”栏目征稿

为继续办好《中医杂志》“专题笔谈”栏,欢迎广大作者、读者踊跃投稿。现征集稿件:升麻、天花粉、玄参、郁金、红藤、白花蛇舌草、白头翁、肿节风、白薇、僵蚕、威灵仙、冬虫夏草、刘寄奴、仙鹤草、贯众、槐花、茜草、木瓜、薏苡仁,以上药物任选某味介绍,要求有别于教科书,确为家传师授或个人经验。每药独立成篇,择优录用,恕不退稿。来稿请寄北京市东直门内南小街 16 号(100700),中医杂志编辑部 2 号编辑收。

E-mail: jtcmeditor@yahoo.com.cn. http://www.cnki.net