

症,伴疲乏无力等多种其他症状的非炎症性、非自身免疫性弥漫疼痛综合征。该病病因不明,目前认为与睡眠障碍、神经内分泌变化及心理因素有关。我们近几年采用中西医结合治疗纤维肌痛综合征 21 例,疗效较满意,现报告如下。

1 临床资料

21 例均为门诊患者。其中男性 11 例,女性 10 例;年龄 29~45 岁,平均 35.2 岁;病程 1 年以内 6 例,1~4 年 14 例,4 年以上 1 例。参照 1990 年美国风湿病学会诊断标准明确诊断,除外明确的关节炎,关节无积液、无滑膜增生、关节畸形和温度升高。实验室和放射学检查均正常(或与本病无直接关系)。

2 治疗方法

中药采用自拟麻桂拈痛散加减。基础方:黄芪 30g,黄精 20g,当归 10g,川芎 20g,麻黄 10g,柴胡 10g,白芍 30g,香附 10g,枳壳 10g,蜈蚣 1 条,桂枝 10g。疲劳较甚者加北沙参、淫羊藿;睡眠障碍为主,加龙骨、牡蛎;情绪低落者加郁金、瓜蒌壳;周身痛明显者加延胡索、乳香、没药。水煎服,每日 1 剂,分 3 次服。西医疗法:(1)采用星状神经节阻滞术。1%利多卡因每次 10ml,每周 2 次。8 次为 1 个疗程。(2)酌情给予三环类抗抑郁药如多虑平 12.5mg,每晚 1 次,或阿米替林 12.5mg,每晚 1 次。治疗期间指导患者了解该病,减轻其紧张与焦虑情绪,纠正睡眠紊乱,建议患者多做户外有氧锻炼。

3 治疗结果

基本治愈(临床症状基本消失,睡眠正常)11 例,好转(临床压痛点大有减少,痛感减轻,睡眠紊乱有所缓解)8 例,无效 2 例(均为治疗 1 个月左右未见显效而自行中止治疗)。

4 典型病例

患者,男,37 岁,工程师,2004 年 3 月初诊。自诉周身不适疼痛 1 年以上,伴入睡困难,且自觉睡眠不深,晨起疲乏,胃肠功能紊乱,经多家医院诊治未见好转,多项实验室检查均未见异常。于 2003 年 11 月在四川省内某医院诊断为纤维肌痛综合征,经阿米替林、百忧解等治疗后症状有所缓解,但疗效欠理想,故寻求中药治疗。初诊见患者面色憔悴,情绪低落,舌质淡白少苔,脉细涩。检查:以拇指按压 9 对压痛点,共有枕部、斜方肌、第二肋骨、上踝外侧、臀部、膝关节等处 12 个压痛点明显压痛。综合病史及多项实验室检查结果,临床诊断为纤维肌痛综合征。中医辨证为肝气郁结,胸阳痹阻。治则为宣阳通痹,疏肝养筋,以自拟麻桂拈痛散加减。药物:黄芪 30g,北沙参 20g,黄精 20g,当归 10g,川芎 20g,麻黄 10g,桂枝 10g,白芍 30g,香附 10g,郁金 10g,蜈蚣 1 条。共 6 剂,每日 1 剂,分 3 次服。同时采用左右星状神经节阻滞术,1%利多卡因每次 10ml,交替注射,每周 2 次,以及多虑平 12.5mg 睡前服。1 周后,患者自诉诸痛大减,睡眠明显改善,惟口稍干,舌质偏红。原方基础上加玉竹 10g,黄芩 10g,坚持治疗,1 个月后获痊愈,随访半年未见复发。

5 讨论

纤维肌痛综合征属中医学“痹证”范畴,多为先天禀赋不足,加之后天操劳忧思太过,日久肝气郁结,肝木不荣,疏泄失职,气机不畅,上逆犯及心肺,胸阳痹阻而致。方中黄芪、黄精、当归、川芎益气活血,使“气得血而足,血得气而运”,为君药;柴

胡、白芍、香附、郁金、枳壳疏肝理气为臣;佐以麻黄、桂枝宣通表里内外。即可宣皮毛腠理,内可深入凝血瘀滞。本方独取一味蜈蚣,寓为久痛入络,以此药专搜经络陈疾,正如叶天士所言:“每取虫蚁迅速,飞走诸灵,俾飞者升,走者降,血无凝着,气可宣通。”诸药并用,共奏宣阳逐痹、理气通络之功。

补肾强脊颗粒治疗强直性脊柱炎 52 例

中国中医科学院广安门医院风湿免疫科(100053)

王海隆 周雍明 指导:冯兴华

强直性脊柱炎是以骶髂关节和脊柱慢性炎症为主的周身性疾病,常见症状为腰背僵直疼痛,活动后可缓解,晚期可发生脊柱强直、畸形甚至严重功能受损。目前对本病尚缺乏有效的治疗方法及药物,而中医药治疗该病有一定优势。我们采用在冯兴华主任医师多年临床经验基础上研制的院内制剂补肾强脊颗粒治疗强直性脊柱炎 52 例,疗效满意,现报告如下。

1 临床资料

1.1 病例来源:入选病例均来自 2001 年 6 月~2004 年 12 月门诊与住院的强直性脊柱炎患者,共 52 例。其中男 38 例,女 14 例;年龄 19~53 岁,平均(33.98±8.83)岁;病程 3 个月~40 年,平均(7.06±0.98)年。

1.2 西医诊断标准:采用 1984 年修订的纽约标准(Vander Linden 修改)。

1.3 中医证候诊断标准:参考卫生部颁发的《中药新药临床研究指导原则》中肾气亏虚、瘀血阻络证制定。腰骶、腰背、颈部疼痛,或酸痛,或刺痛,或疼痛夜甚,活动受限,晨僵,外周关节疼痛,肢冷畏寒,足跟痛,舌暗苔薄,脉沉细。

1.3 纳入标准:(1)符合西医诊断标准;(2)符合中医证候诊断标准;(3)年龄 18~55 岁。

1.4 排除标准:(1)妊娠哺乳期的女性患者;(2)其他血清阴性脊柱关节病;(3)疾病晚期脊柱强直,严重关节畸形患者;(4)合并急性眼部炎症需用激素治疗者;(5)合并有心脑血管、肝、肾和造血系统严重原发性疾病者。

2 治疗方法

补肾强脊颗粒主要由淫羊藿、补骨脂、杜仲、菟丝子、熟地黄、枸杞子、怀牛膝、当归、赤芍、细辛等组成。由中国中医科学院广安门医院制剂室制成颗粒(批号:20001834),每次 10g,每日 2 次,12 周为 1 个疗程。

3 治疗结果

3.1 综合疗效判定标准:(1)临床缓解:主要症状基本消失,主要化验指标恢复正常;(2)显效:主要症状好转,主要化验指标趋于正常;(3)有效:主要症状有所改善,主要化验指标数值有所下降;(4)无效:未达到上述有效标准或加重者。

3.2 证候疗效判定标准:(1)临床缓解:中医临床症状、体征消失或基本消失,证候积分减少≥95%;(2)显效:中医临床症状、体征明显改善,证候积分减少≥70%而<95%;(3)有效:中医临床症状、体征均有好转,证候积分减少≥30%而<70%;(4)无效:中医临床症状、体征均无明显改善,甚或加重,证候积分减少<30%。

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”、“大倮”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宰地位。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,影响筋骨荣养淖泽,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 0~5g,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