

• 临床报道 •

氯诺昔康片结合中药治疗 类风湿性关节炎 100 例

朱黎明

(河南省洛阳市机车医院, 471002)

类风湿性关节炎(RA)是一种以慢性进行性关节病变为主的自身免疫性疾病。笔者自 2004 年 12 月~2009 年 8 月运用氯诺昔康片结合祛湿愈痹汤治疗 RA 100 例,并与西医对照组相比较,取得了较为满意的疗效,现报道如下。

1 临床资料

观察 150 例 RA 均为本院收治的门诊及住院患者,诊断参照美国风湿病学会(ACR)1987 年修订的《RA 诊断标准》和美国风湿病学会 1998 年修订的《RA 分类标准》^[1-2]。随机分为 2 组,治疗组 100 例,其中男 20 例,女 80 例;年龄 18~69 岁,平均(45.2±15.3)岁;病程 2~21 年,平均(5.6±3.7)年。对照组 50 例,其中男 11 例,女 39 例;年龄 20~70 岁,平均(44.7±14.6)岁;病程 2~20 年,平均(5.8±3.4)年。两组性别、年龄、病程经统计学处理,差异无显著性意义($P>0.05$)。

2 治疗方法

治疗组给予氯诺昔康片(国药准字 H20040289,浙江震元制药有限公司生产),每次 4mg,每日 2 次,饭后口服;祛湿愈痹汤:独活 15g,桑寄生 15g,露蜂房 15g,穿山甲 10g,蜈蚣 2 条,全蝎 6g,乌梢蛇 10g,赤芍 15g,白芍 15g,益母草 30g,当归 15g,生薏苡仁 60g,桑枝 20g,淫羊藿 15g,鹿角霜 15g,菟丝子 15g,续断 15g,骨碎补 20g,补骨脂 15g,延胡索 12g,川芎 10g,甘草 10g,桂枝 10g,羌活 15g,水煎服,每日 1 剂,分 2 次服。对照组服用氯诺昔康片,方法同前;甲氨蝶呤片 15mg,每周 1 次,口服。两组均治疗 12 个月。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

参照中华人民共和国卫生部《中药新药临床研究指导原则》^[2]。临床治愈:症状全部消失,功能活动恢复正常,主要理化检查指标正常。显效:全部症状消失或主要症状消失,关节功能基本恢复,能参加正常工作和劳动,理化检查指标基本正常。有效:主要症状基本消失,主要关节功能基本恢复或明显进步,生活能够自理,劳动和工作能力有所恢复,主要理化检查指标有所改变。无效:症状体征和主要理化指标无改变。

3.2 两组临床疗效比较

治疗组 100 例,临床治愈 15 例,显效 47 例,有效 30 例,无效 8 例,总有效率 92.0%;对照组 50 例,临床治愈 3 例,显效 18 例,有效 5 例,无效 24 例,总有效率 52.0%。两组疗效比较,差异有显著性($P<0.05$)。两组主要症状、体征计分,ACR-70 缓解及疾病活动性评分,疼痛关节总数变化。与治疗前比较,均有明显改善($P<0.01$),组间比较差异无显著性($P>0.05$)。治疗组血沉(ESR)、类风湿因子(RF)、C-反应蛋白(CRP)及免疫球

蛋白均值与治疗前比较均有明显改善($P<0.05$),对照组除免疫球蛋白 IgG、IgM 外,其他指标亦有明显改善($P<0.05$)。

3.2 不良反应

对照组不良反应以胃肠道症状为主 19 例,皮疹 7 例,头痛 9 例,耳鸣 4 例,白细胞减少 11 例,丙氨酸氨基转移酶(ALT)升高 8 例。治疗组胃肠道症状为主 7 例,头痛 3 例,余未见明显异常。

4 讨论

RA 属中医“痹证”、“尪痹”范畴,主要由风寒、湿热之邪乘虚侵袭人体,引起气血运行不畅,经络阻滞;或病久痰浊瘀血阻于经隧,深入关节筋脉。RA 病久则除有关节疼痛、肿胀、沉重及游走窜痛等症状外,还会出现关节变形、骨质受损、僵直拘挛、不能屈伸,是为尪痹。尪痹以肾虚寒盛证临床多见,故治疗大法不外补肾祛寒、化湿疏风、活瘀通络、强筋壮骨。自拟方祛湿除痹汤由独活寄生汤合桂枝芍药知母汤加减而成,以羌活、独活搜少阴、太阳之风湿,续断、桑寄生、骨碎补、补骨脂、淫羊藿补肾强筋、除风通络,露蜂房、穿山甲、蜈蚣、乌梢蛇、全蝎、赤芍、益母草、延胡索、川芎通经活络、搜剔关节、化瘀止痛,白芍、甘草养血缓急、酸甘化阴,且有激素样增强免疫的作用,桂枝温散宣痹,生薏苡仁、鹿角霜除湿通络。氯诺昔康迅速有效缓解疼痛肿胀。两者标本兼治,副作用小,疗效迅速、持久、肯定。

参考文献

- [1]曾学军.应明确类风湿关节炎诊断中的基本概念[J].中华全科医师杂志,2005,4(3):133-135.
- [2]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则汇编[S].1993:210-212.

自制健脾灵片治疗老年慢性 溃疡性结肠炎 85 例

陈治水 贾丹兵 李春雷 邓伟哲
王宇光 王宇恒 霍洪波

(中国人民解放军第二一一医院,150080)

慢性溃疡性结肠炎(CUC)有反复发作、迁延难愈的特点。老年患者由于脾胃虚弱,免疫功能低下,其治疗更为棘手。自 1988 年以来,我们根据“五行生克”学说和“治未病”的理论,采用健脾益气、抑肝清肠中药健脾灵片为主,配合中药保留灌肠,治疗老年 CUC 患者 85 例,现将治疗结果报告如下。

1 临床资料

本科 1988~2008 年住院或门诊的老年 CUC 患者,诊断均符合 1978 年杭州全国消化病学术会议制定的慢性非特异性溃疡性结肠炎诊断标准^[1]。纳入病例年龄 60~75 岁,无严重心脑血管疾病。健脾抑肝组(治疗组)85 例,男 52 例,女 33 例;年龄 60~75 岁,平均(66.3±5.5)岁;病程 3~31 年,平均(6.7±5.1)年;初发型 5 例,慢性持续型 19 例,慢性复发型 61 例;轻度 42 例,中度 41 例,重度 2 例。健脾益气对照组(对照组)80 例,男 45 例,女 35 例;年龄 60~75 岁,平均(65.1±7.9)岁;病

程 2~29 年, 平均(5.7±3.9)年; 初发型 5 例, 慢性持续型 15 例, 慢性复发型 60 例; 轻度 39 例, 中度 40 例, 重度 1 例。

2 治疗方法

治疗组口服自制健脾灵片(院内制剂, 组成: 黄芪、党参、白术、儿茶、乌梅炭、白芍、木香、黄连、延胡索、防风、甘草等), 每次 8 片(每片含生药 0.75g), 每日服 3 次。对照组服参苓白术散, 每次 1 袋, 每日 3 次。两组均每晚用苦参桃花汤 100ml(含苦参、桃花等), 加锡类散 2 支、1% 奴夫卡因 10ml 保留灌肠, 每晚 1 次。两组均 30d 为 1 个疗程, 连用 3 个疗程, 疗程结束时复查电子结肠镜。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

按 1993 年太原全国慢性非感染性肠道疾病学术研讨会和 1992 年临汾全国中西医结合消化学术会议制定的标准判定^[2]。

3.2 两组临床疗效比较

治疗组 85 例, 治愈 64 例, 显效 15 例, 好转 5 例, 无效 1 例, 愈显率为 92.9%, 总有效率为 98.8%; 对照组 80 例, 分别为 44 例、18 例、11 例、7 例、77.5%、91.25%。两组比较, 治疗组愈显率明显优于对照组($P<0.01$)。

3.3 治疗前后生化指标变化比较

结果显示, 两组患者 D-木糖排泄率、胰功肽指标和唾液淀粉酶活性均明显低于正常水平, 经治疗后 3 项指标均有显著增加, 但以治疗组改善更为明显($P<0.05$)。

3.4 两组治疗前后非特异性细胞免疫指标变化比较

结果显示, 两组患者 3 项细胞免疫指标均明显低于正常人, 经治疗后, 治疗组活性 E-玫瑰花试验(Ea-RFC)、人体淋巴细胞(LTR)和总 E-玫瑰花试验(Et-RFC)已接近正常; 对照组虽有显著增高, 但较正常组差异仍有显著性($P<0.05$)。

4 讨论

健脾灵片中黄芪、党参、白术三味健脾扶土为君; 以白芍、木香、延胡索、防风四味疏肝抑木为臣; 白芍缓急止痛, 乌梅炭收敛止泻, 儿茶敛疮生肌, 黄连清肠解毒, 以上四味共为佐药, 甘草为使, 共奏健脾扶土, 疏肝抑木之功, 并配合苦参桃花合剂保留灌肠, 使清肠解毒, 生肌敛疮之药直达病所。经 85 例治疗 3 个月疗效分析, 健脾抑肝清肠组疗效较单纯健脾益气组的治愈率高 20.3%($P<0.01$), 其对小肠吸收功能、胰腺外分泌功能、唾液淀粉酶活性和细胞免疫指标的调节作用也明显优于单纯健脾组。

参考文献

- [1] 全国消化病学术会议. 慢性非特异性溃疡性结肠炎诊断标准. 实用内科杂志, 1982, 2(2): 73.
- [2] 陈治水, 危北海, 陈泽民, 等. 慢性非特异性溃疡性结肠炎中西医结合诊断、辨证和疗效标准[J]. 中国中西医结合杂志, 1994, 14(4): 239.

中西医结合治疗脑梗死 32 例

王旭东 喜新 朱向阳 季炜鹏 郭正刚

(南通大学第二附属医院中医科、神经内科、针灸科, 226001)

2006 年 4 月~2008 年 10 月我们采用中西医结合疗法治

疗脑梗死 32 例, 疗效满意。现分析总结如下。

1 临床资料

入选者均为我院脑梗死住院患者, 共 64 例, 以偏瘫伴或不伴口眼歪斜、语言不清晰为特征, 均无意识障碍; 经详细询问病史、神经系统检查及头颅 CT 或 MRI 证实; 无严重心、肺、肝、肾等重大疾病; 全部符合全国第四届脑血管会议所订的诊断标准^[1]。随机分为两组。治疗组 32 例, 男 21 例, 女 11 例; 年龄 56~85 岁, 平均 70.5 岁; 均在发病 1 周内入院; 既往有高血压病史 23 例, 冠心病 8 例, 糖尿病 5 例, 颈椎病 9 例, 高脂血症 5 例; 男 20 例, 女 12 例; 年龄 53~81 岁, 平均 70.1 岁; 既往有高血压病史 24 例, 冠心病 10 例, 糖尿病 7 例, 颈椎病 8 例, 高脂血症 5 例。对照组 32 例, 两组在性别、年龄、临床表现、既往病史及头颅 CT 或 MRI 检查等方面差异均无显著性($P>0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组

给予西医综合治疗措施, 包括控制血压、血糖、调节血脂、防治脑水肿、改善脑循环, 防治并发症、对症支持治疗及早期康复治疗等。

2.2 治疗组

除予上述治疗外, ①根据中医辨证分型, 参考国家中药管理局《中医病证诊断疗效标准》^[2]治疗。肝肾阴亏, 肝阳上亢型(16 例): 治法: 滋阴潜阳, 熄风通络。方以天麻钩藤饮加减, 药用: 天麻 12g, 钩藤 12g, 石决明 30g(先煎), 生龙骨 30g, 生牡蛎 30g, 珍珠母 30g, 龟甲 18g, 玄参 12g, 生地黄 12g, 白芍 10g, 栀子 10g, 牛膝 15g 等。风痰瘀血, 痹阻脉络型(9 例): 治法: 祛风化痰, 活血通络。方以大秦艽汤合温胆汤加减, 药用: 秦艽 10g, 羌活 10g, 独活 10g, 白芍 10g, 当归 10g, 川芎 10g, 白术 10g, 茯苓 10g, 半夏 10g, 胆南星 10g, 石菖蒲 10g, 郁金 10g, 远志 5g, 全蝎 5g, 炮穿山甲 5g 等。气虚血瘀型(7 例): 治法: 益气活血, 化瘀通络。方以补阳还五汤加减, 药用: 生黄芪 30g, 当归 10g, 川芎 15g, 赤芍 10g, 桃仁 10g, 红花 6g, 地龙 12g, 白术 10g, 茯苓 10g, 桑枝 15g, 木瓜 30g, 鸡血藤 30g, 炮穿山甲 5g 等。中药煎剂每日 1 剂, 水煎 2 次, 共 400ml, 早晚分服。②肝肾阴亏, 肝阳上亢型加用疏血通注射液(牡丹江友博药业有限责任公司, 国药准字 Z20010100)6ml 加 0.9% 氯化钠注射液 250ml, 静脉滴注, 每日 1 次。③风痰瘀血, 痹阻脉络型加用冻干血栓通(广西梧州制药集团股份有限公司, 国药准字 Z20025652)150mg 加 0.9% 氯化钠注射液 250ml, 静脉滴注, 每日 1 次。④气虚血瘀型加用黄芪注射液(正大青春宝药业有限公司, 国药准字 Z33020179)20ml 加 0.9% 氯化钠注射液 250ml, 静脉滴注, 每日 1 次。⑤针灸推拿治疗, 每日 1 次。两组治疗均以 2 周为 1 个疗程, 疗程结束后评定疗效。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准

参照全国第四次脑血管病学术会议通过的《脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准》^[3]制定。基本痊愈: 病残程度 0 级, 分数降低 $\geq 90\%$ (能恢复工作或操持家务)。显效: 病残程度 1~3 级, 分数减少 46%~89% (部分自理, 大部分需人照顾)。有效: 功能缺损评分减少 18%~45%。无效: 功能缺损评分减少不足 17%, 卧床病例, 病残 5 级以上。