

2 治疗方法

通痹汤药物组成:川芎 18g,川牛膝 25g,秦艽 20g,赤芍 18g,杜仲 20g,薏苡仁 25g,伸筋草 20g,防风 15g,骨碎补 20g,甘草 4g。以汤剂为主,2 日 1 剂,2 周为 1 个疗程。亦可制剂为散剂、丸剂,但须依据病情,酌情量化。随证加减:若风邪偏重者加天麻 20g,独活 18g;若湿邪偏重者加木防己 20g,茵陈 18g;若寒邪偏重加威灵仙 20g,桂枝 10g;若偏热邪重者加忍冬藤 18g,黄柏 12g;若出现肝肾亏虚腰痛者加桑寄生 25g,续断 20g;若出现关节肿大变形者加木瓜 18g,松节 20g;若严重者可结合针灸理疗兼治。

3 结果

疗效评定标准:①痊愈:疼痛及伴随症状消失。②显效:疼痛明显减轻,伴随症状消失。③有效:疼痛及伴随症状减轻。④无效:疼痛及伴随症状不减。治疗结果:痊愈 70 例,显效 35 例,有效 13 例,无效 2 例。总有效率达 98.3%。

4 病案举例

陈某,男,55 岁,就诊时间 2009 年 10 月。患者于 3 个月前,因下地劳动,突遇暴雨,全身湿透,半月后初感肢体疼痛,时觉腰骶沿大腿后侧腘窝处至小腿外侧脚后跟部酸胀疼痛,疲乏无力,诊为“右下肢坐骨神经炎”,经服药打针及艾灸等法治疗,其效不显,病情逐渐加重而前来余处求治。症见:右下肢疼痛,若弯腰、屈膝、或腰膝伸直时疼痛难忍,时现灼痛,尤其阴雨天气痛势较剧,站立和

行走时身体微向左侧倾斜,睡眠时只可向左侧卧,其精神萎靡,时觉口干,舌质淡红,苔少,脉象濡弦略数。以舌脉证候所见诊为痹证。属寒湿郁久化热伤络之势,治以除湿清化通络,方以通痹汤加减:木瓜 18g,薏苡仁 20g,川牛膝 25g,全蝎 10g,木防己 20g,黄柏 12g,忍冬藤 20g,甘草 4g,嘱服 3 剂,并结合针灸推拿理疗兼治。

复诊:腰骶至右下肢疼痛减轻,唯时现灼痛,舌脉未变,此系湿热仍盛之象,守前方去防己,加茵陈 15g,松节 18g,连翘 12g,连进 10 余剂,病势大减。后随症变通加减药物,兼以手法理疗调治月余,诸证逐渐消失而病获痊愈,追访至今未复发。

5 讨论

痹证系临床常见病,多发病。本病的发生常与气候环境以及患者体质因素有关。《素问·痹论》云:“风寒湿三气杂至,合而为痹”;“所谓痹者,各以其时重感于风寒湿之气”。由此可见,痹者是不通之谓,凡风寒湿邪所致人体肌表经络,导致气血阻塞不通,引起机体经络、筋骨、关节、肌肉等部位发生疼痛,伸屈不利,关节肿大等状均可称之为痹证。就其本病,笔者在临床病证中,运用通痹汤加减,对众多患者治疗颇有收效。方中防风、薏苡仁祛风除湿;伸筋草、骨碎补、川牛膝舒筋通络;川芎、赤芍、秦艽、杜仲行气活血止痛;甘草调和诸药增强药效。随证加减,用于临床各型痹证,确有事半功倍之效。

* 四川省遂宁市中医院(629000)

综合疗法治疗类风湿关节炎 80 例临床观察

江莉祥* 王天宝* 肖正华*

类风湿关节炎(RA)是一种以关节和关节周围组织的非感染性炎症为主的自身免疫性疾病,病因及发病机制尚不明确。综合疗法治疗具有减轻局部症状、改善关节功能的作用。现将综合疗法治疗 RA 80 例疗效观察报道如下。

1 临床资料

符合美国风湿病学学会 1987 年 RA 的诊断标准^[1],病级为 1~2 级,红细胞沉降率(ESR)≥30mm/h,所选患者均侧重关节炎性表现,并排除:①严重的关节畸形、关节功能损伤 3 级以上。②合并有心、肝、肾等关节外表现。③孕妇及哺乳妇女、精神病患者。④重叠其他风湿病如系统性红斑狼疮、干燥综合征、严重的膝部骨关节炎患者。本组 80 例,女 56 例,男 24 例;年龄 16~60 岁,平均 38 岁;病程 6 个月~10 年。

2 治疗方法

2.1 口服自拟补脾除痹汤

黄芪 20g,党参 12g,白术 12g,赤芍 12g,熟地黄 12g,雷公藤、川芎各 10g,当归 15g,青风藤、络石藤各 15~30g,鸡血藤、夜交藤各 30g,蚂蚁、地龙、土鳖虫、乌梢蛇各 10g。随证加减:风寒湿型症见重着疼痛为主加制草乌、

附子等;风湿热郁加知母、忍冬藤等;肝肾亏虚加女贞子、枸杞子、天仙藤等;关节肿痛畸形加全蝎、炮穿山甲等;脾胃虚弱加茯苓、砂仁等。每日 1 剂,水煎分 2 次服,3 个月为 1 个疗程。

2.2 中药外敷治疗

药用制乳香、制没药、血竭、麝香、细辛、黄柏、金银花、附子、马钱子、天南星、红花、栀子等制成酊剂,外敷患处,每周 1 次。

2.3 运动干预加按摩治疗

①急性期。患者需卧硬板床休息,局部行热敷,限制受累关节活动,使关节保持功能位置,可使用各种矫形支架和夹板 1~2 周。②中期。进行按摩、床上被动和主动运动。如伸屈、旋转^[2]。可离床时,注意坐姿,避免跪坐、盘腿坐,四肢小关节可在温水(37℃)中做关节操^[3],鼓励患者尽早下床缓步行走,进行步态训练。③晚期。多采用物理疗法、推拿按摩法,针对关节炎所编的医疗体操、太极拳、健身操、游泳等。

2.4 物理治疗

通过阿是穴及肿胀明显处将药物直接渗透,导入病变部位,可以使病变组织获得比传统给药方式更高的药

物浓度,同时低频脉冲电刺激亦能改善局部微循环,促进炎症吸收与消散,使新陈代谢、组织修复与再生功能都有不同程度的增强和改进。

2.5 毫针刺刺和温针灸

取穴:①整体取穴:肝俞、脾俞、命门、曲池、足三里、太溪。②局部取穴:肩关节取肩贞、肩髃。肘关节取曲泽、少海。腕关节取阳溪、合谷。掌指关节取八邪、合谷。指关节取四缝、中魁。髋关节取环跳、风市。膝关节取血海、膝眼、梁丘。踝关节取解溪、昆仑、丘墟。跖趾关节取八风、太冲。趾关节取气端、独阴。颞颌关节取下关、颊车。③随症配穴:寒湿留滞关节酸胀疼痛者加大椎、气海;湿热内蕴关节红肿疼痛者加曲池、身柱;痰瘀交凝关节畸形疼痛者加膈俞、血海。根据病变部位不同、中医辨证不同,分别选用相应的穴位,每次选择 6~10 个穴位,交替治疗。背俞穴和疼痛明显的关节酌用温针灸,其他穴位进行毫针刺刺,肿胀明显可点刺出血。局部穴位进针得气后行提插泻法,远部穴位进针得气后行捻转泻法或平补平泻法。每次留针 20~30min,每日 1 次,10 次为 1 个疗程。

3 结果

3.1 疗效标准

显效:关节疼痛、关节肿胀、关节压痛、握力、晨僵和血沉改善率等改善率平均数 $\geq 70\%$ [改善率=(治疗前值-治疗后值)/(治疗前值-正常值) $\times 100\%$];有效:以上 6 种改善率平均数 $\geq 50\%$;改善:以上 6 种改善率平均数 $\geq 30\%$;无效:以上 6 种改善率平均数 $< 30\%$ 。

3.2 结果

80 例中,显效 8 例,有效 18 例,改善 44 例,无效 10 例,总改善率 87.6%。

4 讨论

RA 是一种自身免疫性疾病,以慢性对称性多关节炎为主要临床表现,女性多于男性。属中医学“痹证”范畴,历代医家称谓“历节”、“顽痹”、“痹”等,以病性缠绵、致残率高为特征,其病因病机主要是先天不足,脾肾亏虚,气血不足,风寒湿热等邪乘虚入侵,阻滞经络关节使气血运行不畅所致,属本虚标实证。正如《黄帝内经》云:“正气存内,邪不可干”。故治疗宜补益脾肾,祛风除湿,通络止痛。以黄芪、党参、青风藤、雷公藤为主药,辅以四物汤养血活血,旨在“治风先治血,血行风自灭”。诸药合用,调和营卫,补阴生血,使骨正筋柔,气血协调,并有祛风除湿,通络消肿,养心安神等作用。

外敷药选用性味浓厚猛烈之麝香,渗透力强,经皮肤或黏膜吸收,作用慢而持久,使用安全可靠。按摩、理疗和干预治疗,可起到疏通经络、缓解疼痛、消炎的目的。针灸处方取肝俞、脾俞、肾俞补肝肾之亏,灸督脉命门穴以温其阳,从而达到气血调和。局部取穴和随症配穴化痰活血、理气通经。病程、关节功能损伤小者疗效相对较好,针灸对关节疼痛、肿胀、压痛、握力、晨僵、血沉、类风湿因子滴度均有改善,且无明显副作用。

参考文献

- [1]张乃峥. 临床风湿病学[M]. 上海:上海科学技术出版社, 1999:118-139.
- [2]王凭,王欣. 临床物理医学与康复[M]. 呼和浩特:内蒙古科学技术出版社,1997:35.
- [3]罗桂香. 中晚期类风湿性关节炎中西医结合康复护理[J]. 中华护理杂志,1999,34(3):173-174.

* 中国人民解放军武装警察部队北京总队医院(100029)

中药粉剂治疗胃、十二指肠溃疡 78 例

迟 亚 萍*

近年来,笔者采用中药粉剂治疗胃、十二指肠溃疡和传统甲氰咪胍作对照进行了临床疗效观察,现总结如下。

1 临床资料

共选择 128 例患者,均经纤维胃镜检查,确诊为胃、十二指肠溃疡,临床无其他并发症,随机分为中药粉剂治疗组和甲氰咪胍对照组,治疗组 78 例,男 45 例,女 32 例;年龄 23~78 岁,平均 58.5 岁;病程 1~42 年,平均 12 年。对照组 50 例,男 26 例,女 24 例;年龄 21~69 岁,平均 52.8 岁;病程 0.8~35 年,平均 9.2 年。两组患者均有不同程度的上腹隐痛或灼痛、胀痛,泛酸、嗝气,上腹压痛,两组胃溃疡、十二指肠溃疡及复合溃疡分别为 35 例、22 例和 28 例、18 例和 15 例、10 例。

2 治疗方法

治疗组用中药三七、珍珠、延胡索、白及、血竭、海螵蛸、(人工)牛黄,共为细末过细筛,各于晨起、上午两餐中间及睡前服 3g,治疗期间禁服其他药物。对照组每日早

中晚餐前口服甲氰咪胍 0.2g,晚 8:00 点加服 0.4g,两组病例疗程均为 1 个月。1 个疗程后复查纤维胃镜。

3 结果

3.1 疗效评定标准

参考 1978 年全国消化系统疾病学术会议制定的标准,临床症状、体征消失,内窥镜下溃疡面消失或瘢痕期为治愈;临床症状、体征减轻,内窥镜下溃疡面处于愈合期或缩小 1/2 以上为显效;临床症状、体征减轻,镜下溃疡面缩小不足 1/2 为有效;临床症状、体征无改善,镜下无变化为无效。

3.2 结果

治疗组治愈、显效、有效、无效分别为 34 例、29 例、10 例、5 例,对照组分别为 18 例、12 例、12 例、8 例,总有效率两组分别为 93.6% 和 84.0%,两组比较有统计学差异($P < 0.05$),显愈率分别为 80.8%、60.0%,两组比较有统计学差异($P < 0.01$)。