

· 经验交流 ·

中药强脊方配合物理疗法治疗强直性 脊柱炎临床观察

胡文清 张 仲 周 沛 常 利 董力微

目前较公认的治疗强直性脊柱炎(ankylosing spondylitis, AS)的药物有柳氮磺胺嘧啶(sulfasalazine, SSZ)、甲氨喋呤(methotrexale, MTX)、雷公藤多甙等,但上述药物均可对机体造成肝、肾等器官损害,很多患者难以坚持长期服用。为寻找一种安全、有效、无毒副作用、价廉、患者易于接受的治疗方法,自1999年开始,我们对来我院康复中心就诊的78例活动期AS患者随机分组,45例给予中药强脊方配合物理治疗与33例给予柳氮磺胺嘧啶治疗患者作对照观察,现报告如下。

资料与方法

1 病例选择 所有病例均符合1984年修正的AS纽约诊断标准^[1],并有以下4项中3项者作为入选对象:(1)晨僵 ≥ 30 min;(2)外周关节炎;(3)血沉 > 20 mm/h,或C反应蛋白(CRP) > 10 mg/L;(4)肌腱端病。

2 一般资料 采用信封法将78例患者随机分为两组,治疗组45例,男32例,女13例;年龄12~58岁,平均30.2岁;病程2个月~18年,平均5.2年;病程分期:早期(骶髂关节炎Ⅱ级)12例,中期(骶髂关节炎Ⅲ级)25例,晚期(骶髂关节炎Ⅳ级)8例。对照组33例,男25例,女8例;年龄15~36岁,平均26.6岁;病程5个月~13年,平均6.3年;早期10例,中期19例,晚期4例。两组患者年龄、性别、病程分期差异无显著性,具有可比性。

3 治疗方法

3.1 休息、营养与功能锻炼 AS患者休息时卧硬板床,少进辛辣食物,保证摄入足够的蛋白质、维生素及钙。日常生活和工作避免腰椎后突。做下蹲运动,每天2次,每次10 min,以加强臀肌、腘绳肌和股四头肌肌力。

3.2 治疗组 (1)口服中药强脊方,男性服用1号方,主要药物组成:生地、人参、茯苓、附子、白术、当归、枸杞子、虻虫、山萸肉、元参等。女性及儿童服用2

号方,主要药物组成:人参、生地、附子、石斛、当归、川芎、桃仁、红花、川牛膝、丹参、土茯苓等。以温补肾阳、滋补肝肾、益气补血为主。每日1剂,水煎2次,取300ml分早晚2次服用,每疗程20天。(2)配合局部高频电疗——分米波治疗,采用国产TMA-A型双频热疗机,频率915MHz,功率30~40W。低频调制中频电疗以止痛、消肿,采用北京博医康公司生产的高级电脑中频电疗仪,每疗程20天。(3)小剂量牵引颈腰椎及下肢关节以改善关节活动度,每疗程20天。药物与理疗各治疗3个疗程,疗程间休息1周后继续治疗。

3.3 对照组 (1)口服SSZ,第1周每次0.25g每日3次,以后每周每次增加0.25g,至第4周起每次1.0g每日3次维持。(2)开始配合非甾体抗炎药(NSAIDs),症状控制后逐渐减量以至撤除,必要时临时增加。

4 观察指标 治疗前后主要症状和体征、Keitel^[2]试验。关节疼痛、肿胀及整体功能分级按照1988年全国中西医结合学会风湿类疾病专业委员会于昆明会议制定的标准^[3]。实验室指标包括ESR、CRP、X射线常规骶髂关节正位片或CT扫描。0.5年内每月随访1次,以后视情况1~3个月随访1次,记录症状、功能状态和实验室检查结果、肝功能结果及副反应情况,作出康复评定。

5 统计学分析 采用SPSS 10.0统计软件包,计量资料应用方差分析、*t*检验,计数资料应用 χ^2 检验。

结 果

1 疗效比较 按照1988年全国中西医结合学会风湿类疾病专业委员会于昆明会议制定的标准^[3]进行评定。显效:经治疗后受累部位疼痛消失,活动功能改善或恢复正常,ESR恢复正常,X射线显示骨质病变有改善或无发展,恢复日常劳动。好转:受累部位疼痛减轻,活动范围增大,ESR降低。无效:经治疗1~3个疗程(30天为1个疗程),受累部位症状无改善。治疗组45例,显效29例(64.4%),好转13例(28.9%),无效3例(6.7%),总有效率93.3%。对照组33例,显效8例(24.2%),有效19例(57.6%),无效6例(18.2%),

基金项目:河北省中医药局基金项目(No.0341)

作者单位:河北医科大学第三医院康复中心(石家庄 050051)

通讯作者:胡文清, Tel:0311-7027951

表 1 两组患者治疗前后关节疼痛和肿胀积分值比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 时间 | 腰骶疼痛 | 髌疼痛 | 膝疼痛 | 膝肿胀 | 踝疼痛 | 踝肿胀 |
|----|-----|-------------------------------|-------------------|-------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 治疗 | 治疗前 | 3.21 ± 0.68(45) | 3.86 ± 0.95(29) | 2.96 ± 0.65(18) | 1.87 ± 0.68(13) | 2.65 ± 0.71(13) | 2.06 ± 0.74(14) |
| | 治疗后 | 1.60 ± 0.50(45)* [△] | 1.33 ± 0.56(29)** | 1.11 ± 0.53(18)** | 0.63 ± 0.32(13)** [△] | 1.31 ± 0.53(13)** ^{△△} | 0.84 ± 0.53(14)** ^{△△} |
| 对照 | 治疗前 | 3.18 ± 0.53(33) | 3.74 ± 0.45(18) | 2.52 ± 0.61(13) | 1.73 ± 0.46(11) | 2.46 ± 0.39(7) | 1.98 ± 0.81(6) |
| | 治疗后 | 1.72 ± 0.39(33)* | 1.52 ± 0.33(18)** | 1.36 ± 0.73(13)* | 0.66 ± 0.33(11) | 2.13 ± 0.46(7) | 0.77 ± 0.23(6) |

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$;与对照组治疗后比较,[△] $P < 0.05$,^{△△} $P < 0.01$;()内数据为例数;表 2 同

表 2 两组患者治疗前后关节功能及 Keitel 试验变化情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 时间 | 脊柱活动(度) | | | 晨僵(min) | Keitel 试验 |
|----|-----|--------------------|-------------------|-------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| | | 前屈 | 后伸 | 侧屈 | | |
| 治疗 | 治疗前 | 67.34 ± 25.30(35) | 10.56 ± 5.34(35) | 20.12 ± 6.76(45) | 102.70 ± 50.10(38) | 3.67 ± 1.56(45) |
| | 治疗后 | 83.63 ± 24.12(35)* | 23.40 ± 6.32(35)* | 37.20 ± 5.80(45)* | 23.40 ± 10.90(38)* [△] | 1.80 ± 0.59(45)* ^{△△} |
| 对照 | 治疗前 | 68.56 ± 23.30(25) | 12.06 ± 6.38(18) | 21.23 ± 10.37(31) | 89.50 ± 46.30(17) | 2.96 ± 1.30(31) |
| | 治疗后 | 73.81 ± 21.20(25) | 20.31 ± 8.70(18)* | 26.21 ± 13.56(31) | 45.30 ± 23.10(17)* | 2.19 ± 0.60(31)* |

总有效率为 81.8%。显效率治疗组优于对照组($P < 0.01$),总有效率两组间比较差异无显著性。

2 两组患者治疗前后关节疼痛和肿胀积分值比较 见表 1。除对照组膝肿胀、踝疼痛、踝肿胀积分值治疗前后差异无显著性外,两组治疗后腰骶疼痛、髌疼痛、膝疼痛积分值均明显降低。治疗组膝肿胀、踝疼痛、踝肿胀积分值较治疗前明显降低($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),除髌疼痛、膝疼痛积分值两组差异无显著性外,其他积分值治疗组均低于对照组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。

3 两组患者治疗前后关节功能及 Keitel 试验的变化 见表 2。脊柱前屈、侧屈对照组治疗前后无显著性变化,治疗组治疗前后比较,差异有显著性($P < 0.05$)。其他各项指标两组均得到明显改善,治疗前后比较差异有显著性,晨僵、Keitel 试验治疗组改善程度明显优于对照组($P < 0.05$, $P < 0.01$)。

4 两组患者治疗前后 ESR、CRP 转阴率比较 两组患者治疗后 ESR 均呈下降趋势,治疗组治疗前后比较差异有显著性,且明显优于对照组($P < 0.01$),见表 3。CPR 转阴率治疗组 92.5% (37/40 例),对照组 89.7% (26/29 例),两组患者比较差异无显著性。

表 3 两组患者治疗前后 ESR 比较 (mm/h, $\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 时间 | 例数 | ESR |
|----|-----|----|-----------------------------|
| 治疗 | 治疗前 | 45 | 73.56 ± 23.00 |
| | 治疗后 | 45 | 28.10 ± 23.80* [△] |
| 对照 | 治疗前 | 33 | 68.76 ± 24.61 |
| | 治疗后 | 33 | 51.60 ± 20.30 |

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.01$;与对照组治疗后比较,[△] $P < 0.01$

5 两组患者治疗前后 X 线观察 治疗组 45 例患者中,治疗前后未见骨质改变者 34 例,4 例明显好转,髌髌关节由粗糙转为光滑,7 例较前加重。对照组 33 例中,未见骨质改变者 8 例,25 例较前加重。两组

比较差异有显著性($P < 0.01$)。

6 药物不良反应 在疗效观察中治疗组未发现毒副作用,对照组有 3 例出现肝损害。

讨 论

AS 由于病程长,容易反复,需长期治疗。NSAIDs、慢作用药、雷公藤、细胞毒性药物的应用带来的副反应往往超过了 AS 本身给人体带来得损害,患者难以坚持用药,对照组在应用柳氮磺胺嘧啶的过程中,有 3 例出现肝损害而终止用药,改用其他疗法,故应用上述药物应慎重。由于 AS 缺乏根治性药物,中药、物理治疗等综合疗法就显得很重要。AS 属中医的“骨痹”、“龟背”、“肾痹”范畴。本研究认为,AS 病机由于肾阳不足,风寒湿邪痹阻,伤及督脉,耗伤气血及邪气化热而肝肾亏损,肾阳虚损。但多数为先天禀赋不足(部分病例有遗传因素)。故治则应温补肾阳,滋补肝肾,益气补血及通络活血^[4]。全方以补为主、兼顾祛邪,使阴充阳旺,筋骨强健,自可祛邪外出,使关节滑利。高频电疗中分米波是目前穿透力最强的电磁波(穿透人体组织 7~9 cm),频率 915 MHz,主要作用为热作用和非热作用。热作用加快血流速度,改善局部血液循环,降低神经肌肉的兴奋性,促进局部营养代谢、消炎、消肿、止痛;非热效应具有提高机体免疫力的作用。低频调制中频电疗法具有镇痛作用。同时对尚未发生骨性强直的关节给予牵引治疗,可预防与治疗畸形。治疗中发现,对颈椎、腰椎、髌关节的牵引有较明显的治疗效果。国外相关的报道^[5]也证实了物理治疗 AS 的有效性和便利性。在治疗随访 2 年的过程中,治疗组无毒副作用的症状出现。该治疗方法在关节消肿、止痛方面有较好的疗效。4 例患者髌髌关节的好转说明对髌髌关节具有可恢复性的疗效,这一结果在文献中尚未见报道。上述结果表明,中药“强脊”

配合物理疗法治疗强直性脊柱炎是一种安全、有效的治疗方法。

参 考 文 献

1 戴 冽, 汤美安. 强直性脊柱炎的诊断和治疗进展. 国外医学内科学分册 1998;26(1):13—16.
Dai L, Tang MA. Progress of diagnosis and therapy of ankylosing spondylitis. Foreign Med Sci: Int Med 1998;26(1):13—16.

2 缪鸿石, 南登昆, 吴宗耀. 康复医学理论与实践. 上海: 上海科学技术出版社, 2000: 1612.
Miao HS, Nan DK, Wu ZY. The theory and practice of rehabilitation. Shanghai: Shanghai Scientific and Technical Publishers, 2000: 1612.

3 王兆铭. 中西医结合治疗风湿类疾病. 天津: 天津科技出版社, 1989: 542—551.
Wang ZM. The rheumatic disease treated with integrative Chinese and Western medicine. Tianjin: Tianjin Science and Technology Press 1989: 542—551.

4 冯文岭, 周 沛, 张玉良. 中药风湿灵治疗强直性脊柱炎的实验研究与临床观察. 中国骨伤 1994;7(3):12—15.
Feng WL, Zhou P, Zhang YL. The experimental research and clinical observation on ankylosing spondylitis treated with Fengshiling. J Chin Orthop Traumatol 1994;7(3):12—15.

5 Van der Linden S, Van Tubergen A, Hidding A. Physiotherapy in ankylosing spondylitis: what is the evidence. Clin Rheumatol 2002;20(6 Suppl 28):s60—64.

(收稿: 2004-08-04 修回: 2004-10-08)

肌萎灵注射液治疗运动神经元病临床观察

陈金亮 王殿华 周顺林

运动神经元病是脑和脊髓运动神经元的变性疾病, 包括进行性脊肌萎缩症、肌萎缩侧索硬化症、进行性延髓麻痹、原发性侧索硬化症等。多年来, 我们从奇经论治, 采用“扶元起痿, 养荣生肌”治疗方法, 运用肌萎灵注射液配合肌萎灵胶囊对本病进行治疗, 取得了较好的临床疗效。现就 2001 年 2 月—2003 年 1 月 852 例住院患者的治疗结果, 报道如下。

临 床 资 料

1 一般资料 经本院门诊确诊为运动神经元病并收住院的 852 例患者, 按入院先后次序, 以 5:1 比例随机分为治疗组和对照组。治疗组 710 例中, 男 492 例, 女 218 例, 年龄 14~80 岁, 平均(54.67±10.23)岁, 病程 6 个月~10 年, 平均(1.87±0.78)年。对照组 142 例中, 男 88 例, 女 54 例, 年龄 16~76 岁, 平均(53.56±10.31)岁, 病程 7 个月~9 年, 平均(1.85±0.76)年。临床类型: 治疗组肌萎缩侧索硬化症 332 例, 进行性脊肌萎缩症 346 例, 原发性侧索硬化症 10 例, 进行性延髓麻痹 22 例。对照组肌萎缩侧索硬化症 67 例, 进行性脊肌萎缩症 69 例, 原发性侧索硬化症 2 例, 进行性延髓麻痹 4 例。病变程度: 按《内科疾病诊断标准》(杨任民主编. 合肥: 安徽科技出版社, 1984: 201—203)所列 5 个临床阶段, 治疗组第 1 阶段 93 例, 第 2 阶段 277 例, 第 3 阶段 241 例, 第 4 阶段 83 例, 第

5 阶段 16 例。对照组分别依次为 18、56、48、17、3 例。两组在性别、年龄、病程、病变类型、病变程度等方面无明显差异($P>0.05$), 具有可比性。

2 诊断标准 起病隐匿, 呈进行性加重; 具有上和(或)下运动神经元损害的临床表现, 多无感觉和括约肌障碍; 肌电图为神经元性损害(3 个肢体以上), 运动和感觉神经传导速度正常, 无传导阻滞; 实验室检查颈椎 CT 或 MRI 等除外脊髓压迫或其他疾病。

方 法

1 治疗方法 治疗组应用肌萎灵注射液(河北以岭医院制药厂生产, 由人参、鹿茸、何首乌等药组成, 1 ml 含生药 0.625 g, 8 ml/支)48 ml 加入 5% 葡萄糖注射液或生理盐水 250 ml 中静脉滴注, 每天 1 次, 25 天为 1 个疗程, 休息 5~7 天, 继续下一个疗程, 并根据患者不同临床症状配合应用肌萎灵系列口服制剂。症见气短, 语音不清, 重则胸闷憋气, 呼吸困难, 咳痰不出, 不能言语等延髓麻痹之呼吸衰竭者, 治以补气升阳, 祛痰利咽, 加用肌萎灵 1 号制剂(栝蒌、地龙、黄芪、冬虫夏草等); 症见饮食呛咳, 吞咽不利, 重则咀嚼无力, 吞咽困难等延髓麻痹之吞咽困难者, 治以通降脾胃, 降逆止呛, 加用肌萎灵 2 号制剂(黄连、人参、枳壳等); 症见肢体僵硬, 肌束震颤, 肌张力增高, 病理反射阳性或有腭阵挛、踝阵挛, 行走困难, 痉挛步态者, 治以养肝柔筋, 加用肌萎灵 3 号制剂(黄柏、鸡血藤、白芍、郁金等); 症见肌肉萎缩无力, 肌力下降, 上肢不能抬举, 下肢不能站立, 重则痿软瘫痪于床, 久卧不起者, 治

基金项目: 国家科技部十五攻关课题(No. 2001BA701A07-33)

作者单位: 河北以岭医院(石家庄 050091)

通讯作者: 王殿华, Tel: 0311-8609688, 3997324