

以水针注射雪莲为主治疗强直性脊柱炎 60 例效果观察

黄庆华

作者单位:546607 广西,桂林市荔浦县修仁中心卫生院康复理疗科

作者简介:黄庆华(1979-),男,本科学历,医师,研究方向:脊柱相关疾病的诊治和康复治疗。

【摘要】 目的 探讨水针注射雪莲治疗强直性脊柱炎(AS)的临床疗效。方法 将符合诊断标准的 90 例 AS 患者随机以 2:1 的比例分为两组:(1)治疗组 60 例,以雪莲注射液为主运用水针注射疗法,选取 5 个华佗夹脊穴和腰俞穴交替使用,同时配合中医辨证分型用药和电磁波灸疗;(2)对照组 30 例,以红茴香注射液为主运用水针注射疗法,选取与治疗组相同的穴位和方法进行治疗。比较观察两组的临床疗效和不良反应。结果 治疗组治愈率 63.3%,有效率 100%;对照组治愈率 13.3%,有效率 100%。结论 以雪莲注射液为主运用水针注射疗法,选取 5 个华佗夹脊穴和腰俞穴交替使用,同时配合中医辨证分型用药和电磁波灸疗治疗强直性脊柱炎(AS)是一种目前疗效较好、治愈率相对高、短期内复发率低、经济简便的方法,十分适宜在广大基层医疗单位康复治疗科推广应用。

【关键词】 强直性脊柱炎(AS); 中医药; 雪莲; 水针; 电磁波灸疗

【中图分类号】 R 245.9 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-3806(2009)02-0191-03

强直性脊柱炎(Ankylosing spondylitis 简称 AS)又名类风湿性脊柱炎,是血清反应阴性疾病,是慢性进行性多发性关节炎的一种类型。因为 AS 目前尚无根治良方,早期治疗往往预后较好,而后期则效果差,故应该早期发现及时治疗。本文总结我院康复治疗科近年来所确诊的 60 例 AS 患者,以雪莲注射液(新疆西域药业有限公司生产)为主运用水针注射疗法,选取 5 个华佗夹脊穴和腰俞穴交替使用,同时配合中医辨证分型用药和电磁波灸疗治疗的实践体会,以供同道参考。

1 资料与方法

1.1 诊断标准 90 例 AS 患者经临床检查确诊,符合 1988 年 4 月昆明全国中西医结合风湿类疾病学术会议修订的强直性脊柱炎诊断标准^[1]和 1968 年纽约会议制定的强直性脊柱炎临床诊断标准^[2]。

1.2 一般资料 90 例 AS 患者为本院康复治疗科 2003-05~2008-05 门诊就诊病人,其中男 82 例,女 8 例,年龄 15~30 岁,病程最短 1 个月,最长 15 年。按照 2:1 的比例随机抽样分组,分为治疗组和对照组,并按中医辨证进行分型用药,分为风寒湿邪外袭型、湿热浸淫型、瘀血阻络型和肾精亏虚型。治疗组:60 例中,男 54 例,女 6 例,年龄 15~30 岁,病程最短 1 个月,最长 15 年,中医辨证风寒湿邪外袭型 17 例,湿热浸淫型 20 例,瘀血阻络型 9 例,肾精亏虚型 14 例。对照组:30 例中,男 28 例,女 2 例,年龄 15~30 岁,病程最短 1 个月,最长 15 年,中医辨证风寒湿邪外袭型 9 例,湿热浸淫型 7 例,瘀血阻络型 5 例,肾精亏虚型 9 例。两组的性别、年龄、中医辨证证型构成比、病程相近同,具有可比性。

1.3 中医辨证分型及用药^[1] 90 例 AS 患者在进行水针注射疗法同时,均结合其临床症状进行中医辨证分型随证加减口服中药治疗,以保证疗效。

1.3.1 风寒湿邪外袭型 主证:背腰拘急疼痛,或连髋股,或引膝胫,或见寒战,腰背觉冷,遇寒则重,得温痛减,脉浮紧,苔白腻。治则:疏风散寒,祛湿止痛。方药:三痹汤加减。独活 10 g,秦艽 12 g,细辛 6 g,川芎 10 g,当归 12 g,熟地 15 g,芍药 10 g,茯苓 12 g,桂枝 10 g,杜仲 12 g,牛膝 10 g,党参 12 g,黄芪 12 g,续断 12 g,防风 10 g,制川乌、草乌各 10 g。

1.3.2 湿热浸淫型 主证:背腰及腿部疼痛,活动后痛可减轻,口干不欲饮,无明显畏寒,但恶热,舌红苔黄厚腻,脉濡数。治则:清热利湿,通络止痛。方药:四妙丸加味。苍术 10 g,黄柏 10 g,川牛膝 15 g,薏苡仁 30 g,鸡血藤 30 g,栀子 10 g,川断 10 g,乳香 8 g,没药 8 g,杜仲 10 g。

1.3.3 瘀血阻络型 主证:背腰及腿部疼痛,日轻夜重,脊背活动受限,舌质紫暗,或有瘀斑,脉细涩。治则:活血祛瘀,通络止痛。方药:身痛逐瘀汤加减。当归 10 g,川芎 12 g,桃仁 10 g,红花 10 g,没药 10 g,五灵脂 10 g,牛膝 15 g,秦艽 10 g,土元 10 g,羌活 10 g,地龙 15 g,香附 15 g。

1.3.4 肾精亏虚型 主证:背腰及腿部酸软疼痛,喜温喜按,腰膝无力,遇劳加重;分为阳虚和阴虚两型。(1)肾阳虚者,畏寒,肢体怕冷,遇冷痛重,得温则舒,面色苍白,手足不温,舌质淡,脉沉细;治则:温补肾阳,佐以活血祛风止痛。方药:乌头桂枝汤加味。制川乌、草乌各 9 g,炙甘草 9 g,熟地 10 g,当归 10 g,川芎 10 g,独活 12 g,制乳香 9 g,制没药 9 g,桑寄生 15 g,细辛 3 g,蜂房 9 g,红花 9 g,肉桂 9 g,菟丝子 12

g,川断 15 g,杜仲 15 g。(2)肾阴虚者,心烦失眠,口干咽燥,手足心热,足跟疼痛,舌质红、脉弦细。治则:滋补肾阴,佐以活血祛风止痛。方药:芍药甘草汤加味。白芍 20 g,甘草 9 g,生地 30 g,麦冬 15 g,丹参 25 g,木瓜 15 g,乳香 9 g,没药 9 g,蜂房 9 g,川断 9 g,桑寄生 15 g,独活 9 g,枸杞果 15 g,龟板 10 g。

1.4 治疗方法

1.4.1 操作手法 (1)一组。华佗夹脊穴:在水针注射针刺前,先从夹脊穴的起点(即第 1 胸椎棘突下旁开半寸),用拇指向下按压滑动,找出敏感点(压痛点、痛性结节或有酸、麻、胀感处),然后用手指在选定的穴位上掐成“十”字痕,从而瞄准和锁定目标,进行穴位皮肤常规消毒后,在十字交叉点进针,向脊柱方向斜刺(因背部薄,为防止刺伤前方脏器,一般不向前直刺深刺),待针下出现电击样或胀麻感传导时,则停止进针,施以相应手法并回抽无血无气后方可推注相关药液 2 ml/每穴。(2)二组。腰俞穴^[3]:患者取侧卧或俯卧位。侧卧时,双膝尽量屈曲向腹部;俯卧时,髌部可垫厚枕。在骶管裂孔处先用手指从尾骨尖,延中线向头方向摸按,约 3~4 cm 处,在骶尾交界处可摸到一三角形或“U”形的凹陷,即骶管裂孔。在骶管裂孔两侧可摸到一蚕豆大小的骨质隆起,即为骶角。两骶角连线中点即为进针点。穴位皮肤常规消毒后采用直刺法进针,用 7 号针头垂直刺入皮肤、皮下组织,针尖进入骶尾韧带时有阻力感,当穿透骶尾韧带时有落空感,回抽无血及脑脊液后,少量注药如果无阻力,表示已进入骶管腔内,即可注药 10 ml。

1.4.2 器具及药物 经严格消毒的一次性 10 ml 注射器、7 号注射针头;0.5%强力碘伏(络合碘);消毒棉签。注射用药:治疗组选用雪莲注射液 4 ml、2%利多卡因注射液 5 ml、维生素 B₁₂注射液 500 μg。以上药物配制成 10 ml 混合药液备用;对照组选用红茴香注射液 4 ml、0.9%生理盐水注射液 6 ml,配制成 10 ml 混合药液备用。

1.4.3 使用方法 用上述准备的注射器分别为治疗组和对照组病人抽取上述准备的相应药液,选取一组华佗夹脊穴 5 个和二组腰俞穴交替使用。选用一组穴位时,将 10 ml 药液平均分成 5 份,即每穴 2 ml,进行水针注射疗法治疗;选用二组穴位时,将全部药液 10 ml 在腰俞穴上,进行水针注射疗法治疗。水针注射结束后选用重庆产双头 TDP 电磁波灸疗仪进行患部脊柱照射 30 min,强度以患者能耐受为宜。两组均每 3 日治疗 1 次,20 次为 1 疗程,治疗期间口服上述分型中药进行辅助治疗,于 5 个月 after 评定疗效。

1.5 疗效判定 临床治愈:症状和阳性体征完全消失,ESR 恢复正常,X 线片显示骨质疾病有改善或无发展,活动自如;显效:症状和阳性体征明显改善,ESR 降低,活动基本正常;有效:症状和阳性体征较治疗前有所改善;无效:治疗 60 d (20 次),症状和阳性体征以及功能活动等无改善。

1.6 统计学方法 组间率的比较用 χ^2 检验。

2 结果

经 1~3 个疗程的治疗观察,疗效结果见表 1。两组资料

表 1 治疗组与对照组疗效比较(例,%)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	60	38(63.3)	14(23.3)	8(13.4)	0(0)	60(100.0)
对照组	30	4(13.3)	12(40.0)	14(46.7)	0(0)	30(100.0)

经统计学处理,总有效率差异无统计学意义($\chi^2 = 0, P > 0.05$);但治疗组治愈率明显高于对照组($\chi^2 = 20.1, P < 0.01$)。经随访 6 个月到 1 年,治疗组 60 例中复发 2 例;对照组 30 例中复发 14 例,经统计学处理, $\chi^2 = 25.69, P < 0.01$,说明治疗组在短期内的复发率明显低于对照组。治疗过程未出现局部及全身不良反应。

3 讨论

3.1 AS 是血清反应阴性,以中轴关节慢性进行性多发性炎症为主的全身性疾病。本病为脊柱各关节周围组织的慢性侵袭性炎症,一般先侵袭骶髂关节,其后由于病变发展逐步上行蔓延至腰、胸、颈椎等脊柱关节,出现小关节间隙模糊、融合消失及骨质疏松破坏、韧带钙化,最后可因脊柱强直或驼背固定而致残疾。近年来莫氏^[4]发现,该病症早期的 X 线改变与诊断标准具有一定的差异性,如发病顺序,有相当一部分患者其早期病变可发生于颈部、胸部或腰骶关节部,而并非都从骶髂关节部开始发病。故其临床可表现颈肌痛、腰背痛及下腰痛或腰痛,照片检查颈、胸、腰椎可有上述 X 线改变,但骶髂关节尚无 X 线改变。临床可将其分为颈型、胸腰段型、腰骶髂关节型等。因此,早期发现、早期确诊、早期治疗是临床治愈的关键。现代医学认为,AS 是一种人组织相容性抗原 B₂₇(HLA-B₂₇)阳性率高达 95%的血清反应阴性的风湿病,具有明显的家族性发病趋向,其病因尚不明了,但可能与遗传、感染等因素有关。本病好发于 16~25 岁青年人,男女比例约为 10:1。

3.2 祖国医学认为本病的病机要点是先天禀赋不足或后天失于调摄,素体虚弱,肝肾精血不足,肾精亏虚,筋骨失养,督脉失荣,风寒湿之邪合而为痹,乘虚深侵肾督,骨质受损,病为“脊强反折”。其性质为本虚标实,肾督虚弱为本,风寒湿为标,并可累及全身多个脏腑。本病属于中医“痹证”范畴,古人称之为“龟背风”、“竹节风”等。《黄帝内经》中就有对本病病机及症状的论述。《素问·痹论》篇云:“骨痹不已,复感于邪,内舍于肾”,“肾痹者,善胀,尻以代踵,脊以代头”。肾主骨,生髓,主藏精,精生髓,髓居骨中,骨赖髓养。肾精充足,骨得髓养,则骨骼坚实;肾精亏虚,复感外邪,邪舍于肾,骨髓生化不足,骨骼失养,则发为骨痹。综上所述,先天禀赋不足或后天失于调摄,素体虚弱,肾精亏虚,筋骨失养是本病的主要病机,而寒湿痹阻、湿热浸淫,瘀血阻络,气血运行不畅,则是造成本病发生的基本病因。治疗当以补肝肾,调气血扶正为主,配以舒筋通络、祛风蠲痹立法。

3.3 本法在治疗过程中药物经穴位水针注射后直接作用患处或沿经络系统直达其他病所,而更好的发挥穴位和药物的治疗作用,再通过特定的电磁波灸疗消炎和热效应作用于局部,更能温经散寒,驱风胜湿,使弥漫在穴位中的药液更快的吸收,改善局部血液循环,加速渗出物的吸收,并通过中医辨证分型随证加减口服中药治疗,共奏清热利湿,温补肾阳,活

血化瘀,通经止痛,强筋壮骨,祛风、祛寒、祛湿、祛痰、祛热之功。

3.4 华佗夹脊穴能通过督脉及三阳经之经气,振奋阳气以通局部及全身经筋、脉络之血。不仅可使药物经穴位水针注射后直接作用脊椎患处,还可通过神经走行(经络分布)治疗肩臂、胸腰腿等相应部位的疾患。其理在于水针注射华佗夹脊穴能促进气血运行,活血化瘀,通经止痛。腰俞穴是腰肾精气传输之处,是治疗腰部病症的重要腧穴,本穴如门下枢轴,控制枢运转运动故名腰俞。临床主治腰脊强痛、下肢痿痹、腰椎间盘突出症、腰椎管狭窄症、隐性椎裂、尾部痛等脊柱病变所致的疼痛。

3.5 雪莲注射液系由生长在雪山上的耐寒植物新疆雪莲的花、茎、叶浸出提取液制成,每毫升相当于0.4 g新疆雪莲,其消炎、镇痛的主要成份是雪莲黄酮,具有抗炎、消肿、镇痛,驱风湿,通经活络,提高机体免疫力,活血化瘀的作用。现代药理研究还证明,雪莲含有生物碱、甾醇、挥发油、还原糖和16种氨基酸,具有明显的抗炎性、消肿、镇痛和抑制巨噬细胞产生白细胞介素1等作用。有散寒止痛、通痹通络、温经活血,祛瘀消肿、补肾强筋之功效。穴位注入维生素B₁₂和局部麻

药,不但可以阻断局部病灶痛觉的传导,还可以调节神经功能,延长镇痛时间,改善局部微循环,利于组织修复。因此,以雪莲注射液为主运用水针注射疗法,选取5个华佗夹脊穴和腰俞穴交替使用,同时配合中医辨证分型用药和电磁波灸治疗强直性脊柱炎(AS)疗效显著。本文治疗组总有效率达100%,治愈率63.3%,另外在短期内的复发率明显低于对照组,治疗中未见不良反应。雪莲注射液属非激素类药,且无毒副作用,价格适中,方法安全、简便,十分适宜在广大基层医疗单位康复理疗科推广应用。

参考文献

- 1 时德廷. 风湿病的中西医诊治[M]. 北京:中国中医药出版社, 1996:165-166,169-173.
 - 2 蒋位庄. 中西医结合临床诊疗丛书·骨伤科手册[M]. 北京:中医古籍出版社,2001:532-533.
 - 3 田峻. 实用水针注射技巧[M]. 武汉:湖北科学技术出版社, 2001:173.
 - 4 莫敦锦. 强直性脊柱炎早期诊断的X线分析[J]. 中华现代外科杂志,2005,2(23):2194-2195.
- [收稿日期 2008-12-10][本文编辑 韦挥德 黄晓红]

恙虫病并发多器官功能障碍综合征1例

·病例报告·

黄世明, 何建文, 陈丽珍, 王克英

作者单位:571536 海南,万宁市新中农场医院

作者简介:黄世明(1968-),男,医师。E-mail:huangshiming-2007@126.com。

[关键词] 恙虫病; 多脏器功能障碍

[中图分类号] R 513.2 [文献标识码] B [文章编号] 1674-3806(2009)02-0193-02

恙虫病是携带恙虫病立克次体(东方立克次体)的恙螨幼虫媒介传播的急性传染病,其临床特征为持续高热、毒血症症状、皮疹、焦痂、淋巴结肿大等。恙虫病立克次体呈球杆菌状,多成对分布,大小为0.3~0.5×0.8~2.0 μm。病原体寄生于细胞质内,有向细胞核聚集的趋向,对热及化学消毒剂均很敏感,55℃ 10 min即失去活力,0.5%石炭酸可迅速将其杀灭^[1]。本病多流行于沿海各省(地区)如广东、广西、海南、福建、台湾等,以5~8月份为高峰季节,青壮年男性农民多见。2008-03我们收治1例重症病人,报告如下。

1 病历摘要

患者男性,31岁,农民,因畏寒发热7d伴头痛、呕吐、意识障碍3d于2006-06~07入院。患者持续性高热,体温多在40℃以上。查体:T41℃,P100次/min,R22次/min,BP

130/80 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),神志不清,谵妄状态,时有双上肢不自主抽动,右腋后线与肩胛角相交处见一约1.5×1.5 cm大小的焦痂,右腋窝触及一约2×2 cm大小的淋巴结,质软,光滑,有压痛。巩膜黄染,双侧瞳孔等大等圆,直径约3 mm,对光反射灵敏,颈抵抗,双肺呼吸音粗,无干湿性啰音,心率100次/min,律齐,无杂音。腹平软,肝右肋下3 cm,质软,光滑,脾肋下2 cm,质软,光滑,下腹部隆起,叩诊浊音,病理反射未引出。血象:Hb 125 g/L,WBC 3.5×10⁹,N 0.71,L 0.29。肝功能:ALT 107.3 U/L,AST 141.6 U/L,TB 49.9 μmol/L,DB 19.1 μmol/L。尿常规:蛋白(+++),管型(+),红细胞(+++),白细胞(+/-)。生化:K⁺ 3.59 mmol/L,Na⁺ 127.6 mmol/L,Cl⁻ 92.94 mmol/L,尿素氮 23.3 mmol/L,肌酐 188.5 μmol/L。外斐氏试验:OX₂ 1:20,