

中医药治疗强直性脊柱炎疗效观察(附 168 例分析)

刘圣根 段早辉 蒋云根 黄建平
(武警江西省总队医院 南昌 330001)

摘要:目的:系统观察中药内服外敷治疗 AS 的临床疗效及其作用机理。方法:将 168 例患者随机分为治疗组 112 例内服外敷中药,对照组 56 例服消炎痛合剂外贴止痛膏。结果:改善关节疼痛、晨僵、腰椎活动度(schober 试验)、胸廓扩张度、指—地距离、枕墙距测量、体重等体征方面治疗组明显优于对照组(除胸廓扩张度外, $P<0.01$);化验检查 ESR、Ig(s)等指标,治疗组有明显改善,与对照组比较有显著性差异($P<0.01$);X 线片及 CT 片显示治疗组病情稳定或逆转,能改变病情。近远期观察治疗组无明显副作用。结论:中药内服外敷能有效控制 AS 病情,使各项功能检查及化验指标迅速恢复正常,远期观察 X 线片及 CT 片显示病情稳定或逆转。

关键词:强直性脊柱炎;中医药疗法;中药外敷;虫类药;疗效观察

中图分类号:R 593.23

文献标识码:B

文章编号:1671-4040(2003)04-0011-02

强直性脊柱炎(AS)发病率高达 0.3%,现将 168 例经中药及消炎痛合剂治疗后疗效对比观察结果报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 168 例为 1997 年 5 月~2000 年 3 月门诊及住院病人,所有病例符合 1988 年 AS 纽约诊断标准^[1]。随机分为治疗组及对照组,治疗组 112 例,男 102 例,女 10 例;年龄 16~45 岁,平均年龄 26.1 岁;病程 6 月~30 年,平均 8 年。X 线骶髂关节炎分级按纽约标准 5 级分类法:骶髂关节炎 II 级 35 例,III 级 45 例,IV 级 32 例;侵犯两侧髋关节 52 例,合并贫血 18 例,合并类风湿性关节炎(RA)2 例,合并痛风 1 例,2 例出现肺上叶纤维化(其中 1 例合并心包炎)合并肺结核 3 例,6 例出现虹膜炎。对照组 56 例,男 52 例,女 4 例;年龄 5~42 岁,平均 25.3 岁;病程 6 月~28 岁,平均为 7.6 年,骶髂关节炎 II 级 17 例,III 级 23 例,IV 级 16 例,2 例出现虹膜炎。2 组患者在性别、年龄、病情程度、病程及骶髂关节 X 线改变方面差异均无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 排除标准 不符合上述诊断标准和纳入标准者;AS 属晚期,严重畸形残废,无法观察其各项临床指标者;合并心血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病者;妊娠或哺乳期妇女;未按规定用药,无法判断疗效者;服药后改或加服其它药物,中断联系不能随访或不能坚持治疗者。

1.3 治疗方法 (1)中药汤剂:金毛狗脊 10g、威灵仙 10g、乌药 10g、蝉蜕 5g、制川乌 5g(先煎 60min)、制附片 10g(先煎 60min)、僵蚕 10g、铁马鞭 15g、花椒 5g、吴茱萸 10g、制南星 6g、生地 15g、虎杖 30g、露蜂房 10g、干姜 15g、土茯苓 30g、羌活、活各 10g、白芷 10g(或皂角 10g)等,并根据中医辨证,1d 1 包,熬 300mL,分 2 次服。2~3 个月疼痛消失后,去攻伐之品如皂角、威灵仙、南星、吴茱萸、乌药,加滋补类如黄芪、党参、当归、骨碎补、红参等。(2)中药粉剂:每晚 1 次,约 3g 左右,其组方:自然铜(炮制后)、蜈蚣、蕲蛇、沉香、全蝎、九香虫、鹿茸、猴骨等,2~3 个月疼痛消失后停服。其中自然铜每天口服量约 0.03g,累计量不超过 1.0g,小于 18 岁约 0.6g。(3)中药外敷:局部外敷关节、脊柱以及受累肌腱端、筋膜炎或静脉炎处(即拔罐疼痛或青紫处)。组方:生川乌、生草乌、生南星、生半夏、天仙子、自然铜等。每周敷 1 次,每次 2~3d。同一部位,敷至无水疱渗出(先有水疱渗出)或无化脓为止,由上而下。对照组病人服消炎痛合剂,每瓶 300mL(25mg/100mL),每次服 150mL,每日 2 次饭后服,同时于疼

痛处外贴麝香止痛膏。

2 疗效观察

治疗前记录晨僵、腰背部及受累关节疼痛数、体力(行走到疲劳时间)、功能检查包括颈腰椎活动度(schober 试验)、胸廓扩张度、指—地距离、枕墙距测量、体重情况。实验室指标:血常规、血沉、免疫球蛋白、肝功能。每 1~2 个月测 1 次,6 个月、1 年、3 年摄片或 CT 复查 1 次。1 个月为 1 个疗程,大多数病人服药 3~4 个月,病程短者服药 2 个月(4 例),最长 6 个月(2 例)。以后以滋补及锻炼为主,多服高蛋白饮食。疗效评价^[2]:参照“风湿四病”的中西医结合诊疗标准。统计学处理:计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 t 检验,等级资料采用 Ridit 分析。

3 结果

3.1 总疗效比较 起效时间 1~2 周,颈、背、腰部症状外敷后即明显见效,3 个月后体力增加,不易疲劳,疼痛及晨僵均消失或明显减轻。所有贫血病人均得到纠正或明显改善。治疗组 3 个月显著好转率 72%,1 年后显著好转率 75.8%,3 年后显著好转率 75.6%,随观察时间延长,显著好转率提高,疗效稳定。对照组 3 个月显著好转率 28%,1 年后显著好转率 25%,3 年后显著好转率 19.6%,随观察时间延长,显著好转降低。2 组比较有显著性差异($P<0.01$)。27 例治疗前后查 HLA-B27 均阳性。

3.2 治疗前后症状与体征比较 除胸廓活动度略有增加外,其它各项改善均有显著性差异。体重及各项功能改善随观察时间延长而增加,体重不增加者效果差。从表 1 可见治疗后 3 个月出现显著疗效,且随着时间延长,显著疗效率升高,组间对照及前瞻性对照有显著性差异。

表 1 2 组治疗前后临床症状及实验室指标变化($\bar{X} \pm s$)

组别	治疗时间	n	晨僵/h	胸廓活动度/cm	Schober/cm	枕墙距/cm	指地距/cm	体重/kg
治疗组	0	112	0.56±0.21	2.4±0.9	4.7±1.8	5.5±3.2	62±26.3	49±12
	3 月	112	0.15±0.07**△△	2.6±1.2	5.8±1.9*△	3.6±2.2**△△	45±15.1*△△	48±18
	6 月	108	0**△△	2.8±1.1	6.1±1.9*△	3.5±2.1**△△	36±11.3**△△	59±16*△
	1 年	96	0**△△	3.0±1.2*△	6.8±2.0**△△	3.5±2.0**△△	31±10.2**△△	60±17*△
	3 年	82	0**△△	3.0±0.9*△	6.8±1.9**△△	3.6±2.3**△△	30±10.1**△△	62±13*△
	0	56	0.51±0.21	2.4±0.7	4.0±1.7	5.6±3.3	63±25.2	50±13
对照组	3 月	56	0.29±0.15**	2.4±0.7	4.7±1.9*	5.3±2.2*	56±21.3	49±17
	6 月	53	0.23±0.12**	2.4±0.5	4.6±2.1*	5.2±2.1*	52±23.2*	48±15
	1 年	50	0.25±0.13**	2.3±0.8	4.3±2.0	5.5±3.2	53±22.1*	45±11
	3 年	46	0.38±0.25*	2.2±0.8	4.1±2.0	5.8±3.5	47±26.2*	42±12*

注:与本组治疗前比较,* $P<0.01$,** $P<0.001$;与对照组治疗后比较,△ $P<0.01$,△△ $P<0.001$;下表同。

3.3 治疗前后体液免疫检查结果及血沉比较 见表 2。治疗过程中,血沉曾呈一过性升高,2~4 个月后下降或恢复正常,免疫球蛋白恢复较快,对照组仅 IgA 有改变。从表 2 可见组间对照及前瞻性对照有显著性差异,并且远期疗效稳定。

表 2 2 组治疗前后体液免疫及血沉比较

组别	治疗时间	n	IgG	IgA	IgM	ESR
治疗组	0	112	1 868±392.6	462.3±236.5	252.6±126.7	56±25
	3 月	112	1 281±267.2*△	263.5±62.3**△△	156.5±96.5**△△	55±28
	6 月	108	1 210±231*△	236.3±76.2**△△	132.1±50.3**△△	28±20**△△
	1 年	96	1 190±218*△	207.3±65**△△	133.2±46.2**△△	17±18**△△
	3 年	82	1 222±226*△	202.5±56**△△	131.0±42.5**△△	16±12**△△
对照组	0	56	1 865±390.2	465.2±230.2	249.6±128.5	57±24
	3 月	56	1 838±421.0	426±115*	243±126	55±22.3
	6 月	53	1 817±396.0	417±120**	250±109	56±23
	1 年	50	1 796±396.0	439±119	249±103	59±25
	3 年	46	1 830±438.0	450±156	256±108	65±26

3.4 放射学变化 按文献中分级方法^[3],根据 AS 患者 CT 上骶髂关节侵蚀、硬化及强直的基本病理改变将本组病例分 0~III 级。73 例 3 个月后 X 线摄片复查。26 例骶髂关节变好,表现为关节面清晰,关节面下囊性变减轻或消失,骨质疏松改善,出现关节面硬化,脊柱韧带(所累及椎骨的韧带)钙化;47 例无明显变化,但骨侵蚀稳定。12 例 5 年 CT 随访显示远期疗效稳定,关节面破坏、修复、硬化。提示中药与非甾体抗炎药不同,有可能阻止或改善骨病变的进展。少数变坏者与外敷不充分有关。对照组 X 线显示关节面骨破坏进行性加重,最后出现关节间隙消失,骶髂关节融合,脊柱韧带上行性钙化或骨化,呈“竹节样”改变,脊柱畸形。2 组治疗前后 X 线表现比较见表 3。

表 3 2 组治疗后 X 线表现

组别	n	治疗 3 个月						治疗 3 年					
		变坏	不变	变好	变坏	不变	变好	变坏	不变	变好	变坏	不变	变好
治疗组	73	0	47	26	2	28	33	3	22	29	5	19	26
对照组	50	2	48	0	6	35	0	11	21	0	15	4	0

3.5 副作用 绝大多数服药 3 周后均出现腹胀、纳差、肠蠕动加快、大便稀,经中药外敷脐周有关穴位后好转。过去疼痛处治疗后均出现一过性疼痛加重,在 1~3 周内消失。对照组副作用主要表现为恶心、呕吐、胃痛、腹痛、头痛等。全部病人未见肝肾损害及血液系统损害,无任何其它毒副作用及不良反应,对生殖无影响。

4 讨论

AS 是一种血清反应阴性的脊柱关节病,以侵犯脊柱及骶髂关节、髋关节为主的慢性炎症性自身免疫性疾病,多见于男性,有家族性多发倾向,大约 90% 的 AS 病人携带有 HLA-B27(+),本组 27 例治疗前后查 HLA-B27 均呈阳性,说明作用环节不在此方面。发病年龄在 15~30 岁之间,病因与感染有关。

AS 在中医学中属“肾痹”、“骨痹”,目前多数医家认为肾精亏虚,督脉失养加感受外邪致病。治则:益肾、祛寒湿、通督、活络^[4],佐以粉剂动物类药搜经窜络以增疗效。组方特点采用辨病与辨证相结合,祛邪与扶正相结合。(1)即使热痹也不惧大量温里散寒药,尤其是制川乌、制附片逐渐加至有效治疗剂量,现代药理证实具促进细胞免疫作用,且剂量在

一定范围内加大,疗效增加,考虑与神经免疫调节有关^[5];(2)大量血肉有情之物——动物类药,从多方面作用于人体免疫系统。然而从本 2 组病人,以及治疗组间的一些前瞻性对照,与所见报道比较,显著好转率明显增高及远期疗效稳定中发现,药粉在改变病程中起决定作用,有利于远期疗效。尤其是药粉中自然铜经特殊炮制后,其中含有 AS₂O₃、及其它微量元素和重金属,具有杀灭细菌作用,作为一种原生质毒,能杀灭活体细胞使其崩坏,长期少量吸收可促进蛋白质合成加速骨骼生长,活跃骨髓造血机能,促进红细胞和血色素新生^[6],肠道细菌感染及肠道炎症在 AS 发病中起关键性作用^[8],AS 以湿热阴虚多见,多为胃肠湿热,口服 AS₂O₃,可有“蚀疮去腐”作用^[9],故能调整粘膜免疫功能,尤其是凋亡胃肠粘膜中的肥大细胞及嗜碱性细胞,中断由此而产生的免疫反应,减轻模拟抗原对人体免疫的激发,从而抑制亢进的体液免疫,终止病情的始动环节。故各项化验指标均恢复正常,且远期疗效稳定。

外敷中药在迅速破除瘀血、疏通经络、消除局部炎症、疼痛、改善功能等方面疗效明显,且可加速病灶钙化(早期轻处则吸收)。理论基础可能为:(1)化脓过程即为刺激网状内皮细胞、单核巨噬细胞系统,增强免疫自稳功能的过程,诱导机体自身吞噬变异、变性组织及改变局部血液循环;沟通皮肤-神经内分泌免疫网络体系^[6]。(2)经络是脏器的功能调节系统,治疗关键在于其疏通了病情变坏的经络阻塞,清除了筋膜炎、静脉炎或肌腱附着端炎^[1],从而改变了相应脏器的功能;(3)改变了病变处的滑膜细胞凋亡^[7]。

综合上述,经临床观察治疗组各项临床功能指标迅速恢复,近、远期疗效明显,X 线片、CT 片显示病情稳定或逆转,与对照组有显著性差异。此外,(1)C 反应蛋白(CRP)是病情活动之指标,基于所有我院 AS 病人均阴性故已删除;(2)观察 T 细胞亚群更有利于探讨 AS 与细胞免疫与体液免疫的关系,及治疗后恢复情况,本组未观察;(3)血沉一过性增快机理不详,待进一步探讨。

参考文献

[1]孟济明. 风湿病临床指南[M]. 北京:中国医药科技出版社,1996. 212~218
[2]王兆铭. “风湿四病”的中西医结合诊疗标准[J]. 中西医结合杂志,1989,9(1):32
[3]张立安,曹来宾,徐德水,等. 强直性脊柱炎的临床、CT、ECT 诊断与比较[J]. 中华放射学杂志,1995,23(5):323
[4]吴建华. 中医药治疗 AS 研究进展[J]. 中国中医骨伤科,1995,15(4):57
[5]杨仓良. 毒剧中药古今用法[M]. 北京:中国医药科技出版社,1993.342~347
[6]贾一江. 当代中药外治临床大全[M]. 北京:中国中医药出版社,1991. 106~109
[7]万荣,杨关铭. 黑虎丹治疗兔骨关节炎的实验研究[J]. 中国骨伤,2001,14(2):85~87
[8]刘毅. 肠道炎症及细菌感染在 AS 发病中的作用[J]. 中华内科学杂志,1995(5):337