

热敏灸治疗膝关节骨性关节炎不同证型的临床疗效观察

于丹

(江西中医学院 2010 级硕士研究生 南昌 330004)

摘要:目的:观察热敏灸治疗膝关节骨性关节炎不同证型的疗效差异。方法:临床中对膝关节骨性关节炎四种证型患者各 20 例实施热敏灸,每日 1 次,10 次为 1 个疗程。结果:两个疗程结束及半年后随访的疗效均为:寒湿阻络型>瘀血阻络型>肝肾两虚型>湿热阻络型。结论:针对膝关节骨性关节炎患者不同证型实施热敏灸,其疗效存在差异,临床上使用热敏灸治疗优势证型具有显著价值。

关键词:热敏灸;膝关节骨性关节炎;不同证型

中图分类号:R 684.3

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.01.020

膝关节骨性关节炎(KOA)是一种以关节软骨的变性、破坏及骨质增生为特征的慢性关节病,属中医学“痹证”、“骨痹”范畴,多与肝肾不足、风寒湿热邪外侵、气血瘀阻有关。热敏灸能够温经通络、祛寒逐痹,直达病所,治疗该病疗效确切,得到医患广泛青睐,已成为治疗该病的重要方法之一。笔者在临床中对 KOA 不同证型进行热敏灸治疗发现,其不同证型疗效有差异。现将我们的临床观察报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 80 例病例都来源于江西省中医院针灸科就诊的 KOA 患者。参照国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》(1994)^[1] 分为肝肾两虚、寒湿阻络、湿热阻络、瘀血阻络四种证型。各型患者基本情况比较, $P>0.05$,具有可比性。见表 1。

表 1 各型患者基本情况比较 ($\bar{X}\pm S$) 例					
组别	n	男	女	年龄(岁)	平均病程(月)
寒湿阻络型	20	10	10	59.2± 3.1	18.4± 4.5
湿热阻络型	20	11	9	61.5± 2.8	20.8± 3.8
瘀血阻络型	20	12	8	58.8± 2.9	20.5± 3.1
肝肾两虚型	20	9	11	62.2± 3.0	19.1± 3.9

1.2 诊断标准 参照《中药新药临床研究指导原则》(2002)^[2]。

1.3 治疗方法

1.3.1 热敏腧穴探查方法^[3] 以膝关节周围及腰部为热敏腧穴高发区。于热敏高发区,用点燃的艾条距离皮肤 3 cm 左右施行艾灸,当患者感受到艾热发生透热、扩热、传热和非热觉中的一种或一种以上感觉时,即为发生腧穴热敏化现象,该穴为热敏

腧穴。探查出高发区内所有热敏腧穴,做好记录。

1.3.2 热敏灸治疗 取上述标记的热敏腧穴,按 4 步施灸,先回旋灸 2 min 温热局部气血,继雀啄灸 2 min 加强敏化,循经往返灸 2 min 激发经气,再施以温和灸发动感传、开通经络。每次施灸时间以感传消失为度,时间因人而异,平均 45 min 左右,1 d 1 次,10 次为 1 个疗程,共治疗 2 个疗程。

1.4 疗效判定标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]。

1.5 统计分析 采用 SPSS19.0 统计软件包。

2 结果分析

2.1 不同证型 KOA 患者疗效比较 见表 2。表 2 示,寒湿阻络型、湿热阻络型、瘀血阻络型、肝肾两虚型四组的愈显率分别为 85.0%、30.0%、75.0%、60.0%,经秩和检验,四组疗效差异有统计学意义($P<0.05$)。说明治疗后疗效差异为:寒湿阻络型>瘀血阻络型>肝肾两虚型>湿热阻络型。

表 2 不同证型 KOA 患者疗效比较 例(%)						
组别	n	痊愈	显效	有效	无效	愈显
寒湿阻络型	20	11(55.0)	6(30.0)	2(10.0)	1(5.0)	17(85.0)
湿热阻络型	20	1(5.0)	5(25.0)	8(40.0)	6(30.0)	6(30.0)
瘀血阻络型	20	8(40.0)	7(35.0)	3(15.0)	2(10.0)	15(75.0)
肝肾两虚型	20	6(30.0)	6(30.0)	4(20.0)	4(20.0)	12(60.0)

2.2 不同证型有效以上患者随访半年临床疗效比较 见表 3。表 3 示,寒湿阻络型、湿热阻络型、瘀血阻络型、肝肾两虚型愈显率分别为 78.9%、14.3%、55.6%、37.5%,经秩和检验,四组患者疗效差异有统计学意义($P<0.05$)。说明半年后随访疗效差异仍为:寒湿阻络型>瘀血阻络型>肝肾两虚型>湿热阻络型。

镜清理术取得良好疗效的关键。对于重度骨关节炎合并膝内、外翻患者,如不接受截骨或关节置换术,行关节镜下选择性、有限化清理术,亦有一定疗效。另外,根据术后患者中医四诊资料,在以独活寄生汤为基础方的基础上给予辨证加减治疗,局部与整体结合,中医学同现代医学结合,所以收到满意的近期疗效,对于远期疗效,有待进一步观察研究。

参考文献

[1]吕厚山,孙铁铮,刘忠厚.骨关节炎的诊治与研究进展[J].中国骨质疏松杂志,2004,10(1):7-22,60
[2]李玉伟,王海蛟,许纬洲.关节镜下有限化关节清理术治疗膝骨性关节炎[J].中国内窥镜杂志,2002,8(3):84-85
[3]陈小波,刘南海.三七总皂苷离子导入治疗膝骨关节炎的临床疗效观察[J].实用中西医结合临床,2010,10(6):10-11
[4]陈强.加味独活寄生汤治疗骨性关节炎 76 例临床观察[J].山西中医,2011,27(11):18-19

(收稿日期: 2012-09-05)

当归四逆汤加味治疗闭塞性周围动脉粥样硬化 32 例临床观察

石荣

(湖北省建始县中医院 建始 445300)

摘要:目的:观察当归四逆汤加味治疗闭塞性周围动脉粥样硬化的临床疗效。方法:将 64 例病人随机分为中西医结合治疗组 32 例、西医对照组 32 例。对照组给予常规对症治疗;抗血小板聚集、血管扩张剂的应用、步行锻炼、控制高血压、控制高血糖、调节血脂,积极干预发病相关的危险因素;戒烟、戒酒、饮食调理等以及对患肢的精心护理。治疗组在对照组治疗基础上加用当归四逆汤加味水煎服,3 次/d,1 次 100 mL 口服,治疗 2 个月为 1 个疗程。1 个疗程后进行临床疗效评定;全部病人治疗前后观察临床症状如疼痛、创面、跛行距离、末梢循环改善情况,统计显效率。结果:两组近期疗效判断比较:治疗组临床治疗显效率为 71.88%,对照组为 53.12%,组间比较有统计学意义($P<0.05$)。结论:当归四逆汤加味治疗闭塞性周围动脉粥样硬化疗效明显且安全,无副作用,中西医结合治疗较单纯西医综合治疗效果好,是治疗周围动脉粥样硬化闭塞症较为理想的方案。

关键词:当归四逆汤;闭塞性周围动脉粥样硬化;疗效观察

中图分类号:R 543.5

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.01.021

闭塞性周围动脉粥样硬化系指周围动脉由于粥样硬化病变引起的管腔进行性狭窄或闭塞所致的缺血性症状,好发于 50 岁以上男性,主要累及下肢动脉^[1]。Juergens 和 Silbert 报道本病非糖尿病患者 10 年死亡率 10%,截肢率为 8%,而伴糖尿病者分别为 38%和 34%^[1],可见其致死率和致残率都非常高。是常见的肢体慢性缺血性疾病,属于中医“脱疽”的范畴。其早期表现为肢体酸胀、麻木、怕冷、疼痛及间歇性跛行,病情发展到晚期,则可见足趾或足发生溃疡或坏死。目前西药在此方面疗效尚不明确。笔者以中医温经散寒、养血通脉、活血化瘀为治则,选用当归四逆汤加味配合西药对症治疗本病 32 例,取得较好的效果。现总结报告如下:

1 资料与方法

1.1 诊断与排除标准 参照中国中西医结合学会周围血管病专业委员会制定的标准^[2]。排除合并有严重的心、肝、肾功能障碍者,及并发严重感染者。

1.2 一般资料 本组 64 例病人临床表现为下肢酸胀疼痛、麻木、肢体温度下降、怕冷、足部破溃、静息痛及间歇性跛行等症状,随机分为中西医结合治疗组、西医对照组。中西医结合治疗组 32 例,男 25 例,女 7 例,年龄 54~78(60.4± 10.9)岁,合并 2 型糖尿病(符合 1985 年 WHO 糖尿病诊断标准)23 例,合并脑梗死 14 例,合并高血压病 13 例,合并冠心病 10 例。西医对照组 32 例,男 22 例,女 10 例,年龄 51~79(61.2± 11.4)岁,合并 2 型糖尿病 21 例,合并脑梗死 12 例,合并高血压病 12 例,合并冠心病 11 例。两组在性别、年龄、病程方面无统计学意义($P>0.05$)。两组病人均常规做心电图、肝肾功能以及下肢动脉超声、血液动力学检查。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 给予常规对症治疗:(1) 抗血小板聚集(拜阿司匹林片,1 次/d,1 粒/次口服,进口药品注册证号:H20090978,国药准字 J20080078)。(2)

+++++

表 3 不同证型有效以上患者半年后随访疗效比较 例(%)						
组别	n	痊愈	显效	有效	无效	愈显
寒湿阻络型	19	10(52.6)	5(26.3)	4(21.0)	0(0.0)	15(78.9)
湿热阻络型	14	0(0.0)	2(14.3)	5(35.7)	7(50.0)	2(14.3)
瘀血阻络型	18	6(33.3)	4(22.2)	5(27.8)	3(16.7)	10(55.6)
肝肾两虚型	16	3(18.8)	3(18.8)	6(37.5)	4(25.0)	6(37.5)

3 讨论

中医认为本病属“痹症”范畴,其病因病机是由于人体肝肾亏虚,气血不足,或感受风寒湿邪,筋脉痹阻,气血不畅积久而发。《诸病源候论》有:“亦有气血虚,受风邪而得之者”;《张氏医通》曰:“膝为筋之府,膝痛无不因肝肾虚者”;《素问·痹论》云:“风寒湿三气杂至,合而为痹也。”热敏灸是陈日新教授等人基于灸疗临床,潜心研究近 24 年创立的一种艾灸新疗法,通过探查腧穴热敏状态,寻找热敏化腧穴,激发炎性感传,施足灸量,于临床灸疗过程中达到“气至病所”,从而大幅度提高灸疗疗效^[3]。热敏

灸已广泛运用于 KOA 的临床治疗。本研究观察发现,热敏灸治疗 KOA 不同证型的临床疗效有差异,治疗 2 个疗程结束及半年后随访的疗效均为:寒湿阻络型>瘀血阻络型>肝肾两虚型>湿热阻络型,说明热敏灸治疗寒湿阻络型 KOA 具有明显优势。该研究对于临床运用热敏灸治疗 KOA 不同证型时选用治疗方法具有一定的指导意义,值得临床进一步研究观察。

参考文献

[1]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.135-136
[2]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[S].2002. 127-128
[3]陈日新,康明非.腧穴热敏化艾灸新疗法[M].北京:人民卫生出版社,2006.163

(收稿日期:2012-02-24)