

中药外敷配合烤灯治疗类风湿关节炎临床观察

杨宁 张芳

(江苏省中西医结合医院风湿免疫科 南京 210028)

关键词: 类风湿关节炎; 中药外敷; 烤灯; 疗效观察

中图分类号: R593.22

文献标识码: B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.03.044

类风湿关节炎(RA)是一种以侵蚀性关节炎为主要表现的全身性自身免疫病,女性多发,30~50岁为发病的高峰,临床表现为以双手小关节受累为主的对称性、持续性多关节炎。本病归于中医学“尪痹”范畴。我院对风湿免疫科20例类风湿关节炎患者采用中药外敷配合TDP烤灯治疗,效果满意。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集本院风湿免疫科类风湿关节炎患者共40例,随机分为治疗组与对照组各20例。治疗组男8例,女12例,年龄40~70岁,平均58岁;对照组男7例,女13例,年龄35~68岁,平均52岁;两组病例年龄、病程等经统计学处理,差异均无显著性意义(P>0.05),具有可比性,两组类风湿关节炎病情均处于活动期。

1.2 诊断标准 参照1987年美国风湿病学会修订的类风湿关节炎分类标准和2009年ACR/EULAR类风湿关节炎分类标准^[1]。中医辨证标准:参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]中风寒湿痹型。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 甲氨喋呤片(国药准字H31020644,2.5 mg/片)口服,10 mg/次,1次/周,联合正清风痛宁缓释片(国药准字Z20010174,60 mg/片)口服,60 mg/次,2次/d。加用双氯芬酸钠缓释片(商品名:英太青,国药准字H10960217,50 mg/粒)口服,50 mg/次,1~2次/d。

1.3.2 治疗组 甲氨喋呤片10 mg/次,1次/周,联合正清风痛宁缓释片口服,60 mg/次,2次/d。配合自拟中药方:莪术30 g、山慈菇15 g、白芥子20 g、白芷20 g、乳香20 g、没药20 g、夏枯草10 g、僵蚕20 g,水煎服,外敷患处。同时以TDP特定电磁波远红外治疗仪烤电灯治疗仪(仙鹤牌CQ-29P)照射患处。两组均治疗20 d为1个疗程,1个疗程后统计疗效。

1.4 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]中疗效标准。

1.5 疾病活动度评价方法 (1) 参照国际DAS28评分评价疾病活动度。根据DAS28评估软件计算

其数值。疾病无明显活动:DAS 28 评分≤2.6;轻度活动:2.6<DAS 28 评分≤3.2;中度活动:3.2<DAS 28 评分≤5.1;重度活动:DAS 28 评分>5.1。(2) 患者疼痛视觉模拟(VAS)评分:患者对其目前疼痛水平的自我评价,应用VAS评分(0~100 mm),得分越低则表示自我评价越好。(3) 血沉计数。

1.6 统计学处理 计数资料以百分率表示,计量资料以平均值±标准差($\bar{X} \pm S$)表示。统计学分析采用SPSS10.0。

2 结果

2.1 临床疗效 治疗组20例中,显效10例,有效8例,无效2例,总有效率90%;对照组20例中,显效11例,有效8例,无效1例,总有效率95%;两组总有效率比较,无显著性差异(P>0.05),表明两组临床疗效相当。

2.2 疾病活动度指标 见表1。治疗组及对照组患者治疗后RA活动性评分DAS28、VAS及血沉均较治疗前有所下降(P<0.01)。说明两种治疗方法都能明显改善患者的临床症状、体征及实验室指标。

表1 治疗组与对照组治疗前后指标比较 ($\bar{X} \pm S$)						
组别	n	时间	DAS28(分)	VAS(分)	ESR(mm/h)	
治疗组	20	治疗前	5.08± 0.68	57.96± 20.89	42.54± 12.86	
		治疗后	2.86± 0.72*	27.08± 10.86 *	15.48± 3.12*	
对照组	20	治疗前	5.02 ± 0.78	58.20± 13.24	45.12± 13.25	
		治疗后	2.71± 0.89*	25.12± 13.26*	16.12± 4.01*	

注:与同组治疗前比较,*P<0.01。

3 讨论

类风湿关节炎是一种以对称性、多关节炎为主要表现的慢性、全身性自身免疫病,属于中医学“痹症”范畴。《素问·痹论》:“风寒湿三气杂至合而为痹也。”而痹证日久,久病入络,聚湿成痰,痰瘀互结,痹阻关节。现代医学亦证实类风湿关节炎急性活动期血小板计数升高,D-2聚体升高,血黏稠度升高。因此活血化瘀在RA的治疗中显得十分重要。痰瘀之肿胀形成,不易消除,其肿非祛风渗湿、淡渗利水能消,多用莪术、山慈菇、夏枯草等以消肿;乳香与没药皆能活血化瘀,行气止痛,但乳香以行气活血为主长于止痛,没药以活血化瘀为要,长于消肿;白芥子主要温中散寒、利气豁痰、通经络、消肿;僵蚕亦可祛风、化痰、散结;上述药物共奏活血、化痰、消

肿之功效。正清风痛宁缓释片系我国传统中药青风藤中提取的,其主要活性成分为青藤碱。《本草汇言》:“青风藤散风寒湿痹之药也,能舒筋活血。”现代药理研究显示青风藤对环氧合酶-2 具有选择性抑制作用^[3]。对体液免疫和细胞免疫均有抑制作用,有较强的抗炎、消肿、止痛、免疫抑制与调节作用^[4]。而 TDP 红外线照射患处,能产生特定电磁波(TDP),作用于人体后,达到治病的目的。

目前国内外治疗类风湿关节炎常以 MTX 为基石,病情明显活动时常常需要同时加用非甾体消炎药或小剂量糖皮质激素,但患者常常因胃肠道反应、

肝肾毒性而不能耐受。我科应用 MTX 联合正清风痛宁缓释片、中药外敷及 TDP 红外线照射治疗,疗效显著且无明显胃肠道反应及其它毒副作用,并可减少患者对非甾体抗炎药及糖皮质激素依赖。

参考文献

[1]中华医学会风湿病学分会.类风湿关节炎诊断及治疗指南[J].中华风湿病学杂志,2010,14(4):265-270
[2]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002.115-119
[3]李晓娟,王培训,刘良,等.青藤碱抗炎抗风湿作用机理研究[J].广州中医药大学学报,2004,20(1):34-36
[4]林志翔,戴禄寿,郑良成,等.正清风痛宁对类风湿关节炎的治疗价值[J].临床军医杂志,2007,35(2):245-247

(收稿日期:2013-10-14)

内痔套扎与消痔灵联合治疗二、三期内痔 30 例临床观察

张东旭¹ 李师²

(1 辽宁中医药大学 沈阳 110032;2 辽宁省肛肠医院,辽宁中医药大学附属第三医院 沈阳 110003)

摘要:目的:提高内痔手术疗效,减轻患者痛苦,减少术后出血量,缩短康复时间。方法:根据随机平行对照的方法,将 60 例二、三期内痔患者按随机数字表方法随机分为两组。对照组 30 例以内痔结扎术的手术方法治疗,治疗组 30 例以内痔套扎与消痔灵联合应用的手术方法治疗。观察术后疼痛程度(VAS 评分)、术后出血评分、康复时间。结果:治疗组与对照组共 60 例患者均痊愈出院,但治疗组在术后疼痛程度、术后出血评分、康复时间方面均优于对照组($P<0.05$, $P<0.01$)。结论:内痔套扎与消痔灵联合治疗二、三期内痔的疗效良好,值得在临床上推广应用。

关键词:内痔;内痔套扎;消痔灵;手术方法;VAS 评分;随机对照平行研究

中图分类号:R657.18

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.03.045

由于现代人生活节奏大幅度加快以及不规律的饮食和生活习惯,内痔的发病率持续升高。内痔结扎术为经典术式,现我们使用内痔套扎和消痔灵联合治疗二、三期内痔,取得满意疗效,并与单纯使用内痔结扎术治疗对照。现报告如下:

1 资料和方法

1.1 临床资料 参照《痔诊治暂行标准》中混合痔的诊断标准^[1],我科室选择二、三期内痔为研究对象,排除伴有其他肛门疾病(肛痿、肛裂)、传染病、内科疾病者。其中男 32 例,女 28 例,年龄 21~65 岁。按患者入院顺序随机分成两组,经统计学处理,两组年龄、性别、病程无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。实验组:30 例,采用套扎和消痔灵联合治疗;对照组:30 例,采用传统内痔结扎术治疗。观察两组术后疼痛程度(VAS 评分)、术后出血评分、康复时间。

1.2 手术方法 术前自排二便,清洁肠道,两组均采用截石位,术前常规消毒铺巾,施骶管麻醉。实验组:采用套扎术与消痔灵注射术联合治疗内痔,先分页镜分开肛门,观察内痔分布位置,后用双管透明窥镜,缺口对准内痔部位,以一次性痔疮套扎器套扎痔上黏膜,所有痔核全部成功套扎后,消痔灵注射液 1:2 比例注射套扎的痔核上,注意不能注

射过少,要确保痔上黏膜全部坏死,并使得被套扎的痔核膨胀起来避免胶圈脱落;也不宜注射过多消痔灵,避免坏死面积变大、肠道纤维化促使患者出现强烈腹痛情况。确保麻醉下肛门可顺利通过两指,避免肛门出现狭窄。术后无菌纱布覆盖,塔形固定。对照组:采用传统内痔结扎术,同理分页镜分肛门,观察内痔的分布情况,钳夹内痔后,在内痔对应的肛门皮肤部位行一小“V”字切口,以 7 号线单线结扎,松开钳子,送回肛门内,同方法处理其他处内痔,确保肛门麻醉下可顺利通过两指,必要时在肛门左后行一松懈口,保证肛门功能正常,充分止血,重新消毒,凡士林纱条引流,无菌纱布塔形固定。

1.3 术后处理 两组均予单侧耳穴压籽疗法止痛,必要时予以止痛药。术后用我院特制三黄汤中药洗剂熏洗肛门部位,每日换药。控制排便,术后第 3 天排便,每日 1 次,保持大便通畅成形,便秘、腹泻患者予以药物辅助控制排便次数和质量。

1.4 观察指标 (1)术后疼痛程度:根据国际上通行的疼痛评价方法制定疼痛效果评价:即主观评估指标里的视觉模拟评分法 (visual analogue scale, VAS)^[2]。该方法采用一条约 10 cm 长短的直尺,直尺两端上标明有 0 和 10 的标示,0 端标示代表患者无痛,10 端标示代表患者最剧烈的疼痛。在临床上