

中西医结合治疗强直性脊柱炎 60 例

★ 郭健 刘琴 余淑娇 (南昌大学一附院中医科 南昌 330006)

关键词: 中西医结合疗法; 强直性脊柱炎

中图分类号: R 593.23 文献标识码: B

1 临床资料

自 2005 年 12 月~2006 年 8 月来我科门诊或住院患者,符合 2001 年汕头强直性脊柱炎诊断标准条件的共计 60 例,男 48 例,女 12 例,年龄 8~42 岁,病程 1.5~2 年。分为 A 组(32)例,B 组(18)例,C 组(10)例。

2 诊断标准

采用 2001 年 9 月在汕头召开的全国强直性脊柱炎研讨会拟定的诊断标准。

(1)临床表现:①腰和(或)脊柱,腹股沟或下肢的酸痛不适,或对称性外周寡关节炎,尤其是下肢寡关节炎症状持续 ≥ 6 周。②夜间痛或晨僵 ≥ 0.5 小时。③活动后缓解。④足跟痛或其他肌腱附着点

痛。⑤虹膜睫状体炎现症或既往史。⑥强直性脊柱炎家族史或 HLA-B27 阳性。⑦非甾体抗炎药能迅速缓解症状。

(2)影像学或病理学:①双侧 X 线骶髂关节炎 $\geq$ Ⅲ级。②双侧 CT 骶髂关节炎 $\geq$ Ⅱ级。③放射学骶髂关节炎不是Ⅱ级者,MRI 表现关节旁水肿(或)广泛脂肪沉积,尤其动态增强检查关节或关节旁增强 $>20\%$ 者。④骶髂关节病理学检查显示炎症者。

符合临床表现①项及其余项中 3 项,以及影像学、病理学标准之任何 1 项者。

3 治疗方法

(1)非甾体类抗炎药(NSAIDs)+柳氮磺胺吡啶(SASP)+雷公藤多甙片。其中 NSAIDs 类药物首

见表 3。

表 3 两组体重变化比较 例

组别	例数	好转	稳定	进展	好转率(%)	P 值
治疗组	30	18	4	8	60.0	<0.05
对照组	30	10	12	8	33.3	

3 讨论

在临床应用中,已经有许多关于中药通过多途径、多层次及多靶点作用于机体以提高患者生活质量方面的报道。传统中药黄芪在我国资源丰富,应用历史悠久,历代医家均将其作为“益气补虚,扶正固本”的要药。天津赛诺制药有限公司生产的注射用黄芪多糖是由美国泛华医药公司和山西省中医药研究院历经数载共同研制开发出的中药二类新药,是首个国家批准的以特征指纹图谱技术作为质量控制标准的中药注射剂,通过专利技术获得纯化的阿拉伯半乳聚糖组合物,纯度达到 98.5%,临床前研究资料表明:注射用黄芪多糖可以增加动物脾重,增加小鼠巨噬细胞的吞噬功能;促进人外周血淋巴细胞的增殖功能;增强 NK 细胞活性,显著增强某些细胞因子的分泌;促进骨髓造血干细胞的增殖和向红细胞系和粒细胞系的分化环磷酸腺苷所致大鼠骨髓

造血功能的破坏有明显的保护作用,对白细胞、血小板计数的下降有明显的回升作用,并与注射用黄芪多糖的浓度存在量效关系。

本临床研究结果表明,治疗组和对照组的近期有效率分别为 76.7%和 50.0%,两组比较有显著性差异($P<0.05$);在 Karnofsky 评分及体重变化的好转率上治疗组均高于对照组,两组比较有显著性差异($P<0.05$)。本实验表明注射用黄芪多糖具有益气补虚,扶正固本,增强机体免疫功能的作用,在临床应用中能减轻放疗的毒副作用,增强机体免疫力,提高患者生活质量,具有重要的推广价值。

参考文献

- [1]李佩文. 中医药对维护肿瘤患者生活质量的作用[J]. 中华肿瘤杂志, 2002, 24(2): 203
- [2]姜晓芬, 张炳华, 宋京, 等. 黄芪多糖对有核细胞分泌造血细胞因子的影响[J]. 中药新药与临床药理, 2003, 14(5): 310~312
- [3]熊绍银, 金亚丽. 黄芪抗癌实验研究与临床现状[J]. 时珍国医医药, 1999, 10(9): 705~706
- [4]张仲平. 黄芪多糖对体外人骨髓造血祖细胞生成的影响[J]. 中药药理与临床, 2000, 16(1): 16
- [5]甘宁, 陈焕朝. 黄芪注射液辅助化疗治疗老年肺癌的疗效观察[J]. 肿瘤防治研究, 2004, 31(7): 433~434

(收稿日期: 2006-10-20)

选西乐葆 0.2 g 口服,1 次/天(饭后服用);SASP 服用方法为第一周 0.5 g、2 次/天,第二周 0.5 g、3 次/天,第三周 1.0 g、2 次/天,如患者无不良反应,此后一直以 1 g、2 次/天维持;雷公藤多甙片以每公斤体重 1 mg 量服用,应注意对妇女月经的影响。

(2)NSAIDs + 甲氨喋呤 + 云克(⁹⁹锝)(成都云克药业有限公司生产)。NSAIDs 类药物首选西乐葆 0.2 g、1 次/天,甲氨喋呤 10~15 mg/周,云克 100 mg 静脉推注、1 次/天,1 个月为一疗程。

(3)纯中药组。以补肾强督方加减:金狗脊 20 g,熟地 20 g,制附片 6 g,鹿角胶 12 g,骨碎补 15 g,杜仲 15 g,白芍 15 g,知母 15 g,独活 15 g,羌活 15 g,续断 15 g,防风 12 g,威灵仙 15 g,川牛膝 12 g,炙山甲 10 g,铁红草 15 g,柳枝 12 g,夏天无 10 g。

畏寒重并伴有脊背冷痛不舒者,加炙麻黄 3~9 g、干姜 6~9 g;久病关节僵直不能行走或腰脊坚硬如石者,可加透骨草 10~15 g、泽兰 15~20 g;午后潮热明显者加青蒿 9~12 g、鳖甲 15~30 g、地骨皮 9~12 g;关节红肿疼痛,屈伸不利者加忍冬藤 20~30 g、桑枝 30 g、片姜黄 9~12 g;腰脊、项背僵痛不舒,活动受限者,加葛根 15~20 g、白僵蚕 9~15 g、伸筋草 20 g;大便溏稀日数次者可酌加补骨脂 9~18 g、炒薏苡仁 15~30 g、莲肉 9~15 g;白睛红赤、双目干涩、发痒多眵明显者,可酌加白菊花 6~10 g、枸杞子 9~15 g。

4 治疗结果

经治疗后,腰、脊、背、胸、颈及关节等部位疼痛、僵硬基本消失或明显减轻,无发热,血沉、C 反应蛋白等化验结果在正常范围判为临床有效;临床症状无显著改善判为无效。

A 组临床症状缓解稳定 22 例,无效 10 例;B 组分别为 16、2 例;C 组分别为 6、4 例。

5 讨论

强直性脊柱炎是以中轴关节慢性炎症为主、原因不明的全身性疾病,几乎全部累及骶髂关节,常发生椎间盘、纤维环及其附近韧带钙化和骨性强直。发病一般较为隐匿,早期可有厌食、低热、乏力、消瘦和贫血等症状,程度较轻(儿童重),首发症状腰痛、晨僵、附着端炎、外周关节症状,典型表现骶髂关节炎。多发生于 16~32 岁男性,亦为高峰期。强直性脊柱炎的确切发病原因目前尚不明确,为自身免疫性疾病,病程漫长,迄今为止无统一的特异性诊断标准,近年来,CT 以及 MRI,为骶髂关节的形态学改变提供了有力的证据。降低或避免了误诊或漏诊,早期诊断减少了治疗的难度、复杂性、致残率。但在

治疗方法的选择上,仍有一定的局限性,西药非甾体抗炎药具有消炎、镇痛、消肿作用,用于缓解临床疼痛症状,但不能阻止病情进展。免疫抑制剂有改善病情的作用,但确切疗效仍未得到肯定,而且副作用较大,患者难以久服。而中医辨证施治加以中医针灸、走罐等方式,一定程度上缓解了患者病情,改善了临床症状,因此中西医结合疗法(从以上资料可以显示)比单纯西医或中医治疗具有优越性。由于本次观察时间相对来说有限,总样本数有限,有待进一步加大样本加以研究。

6 验案举例

能某某,男性,20 岁,江西省新建县溪霞乡人,2005 年 6 月 20 日初诊。患者反复发作腰骶部疼痛 8 年余,曾在多家医院就诊,诊断为类风湿性关节炎、滑膜炎等,经治疗后疗效不佳,腰骶部疼痛明显加剧,直至不能行走,具体治疗过程不详,由其父背至我科就诊。主症是:腰背部、骶髂部僵硬疼痛,晨僵 2~3 小时,双下肢不能行走,畏寒喜暖,纳可,二便调,舌淡红边有齿痕、苔薄白,脉弦细略沉。查体:指地距 20 cm,枕墙距 2 cm,Schober 试验 6 cm,脊柱活动度 50°,双 4 字试验左(+)、右(+),骶髂关节定位左(+)、右(+). 骶髂关节 CT 平扫示:双侧骶髂关节边缘局灶硬化、模糊,以上 1/3 为著,关节间隙狭窄。ESR 40 mm/h,RF 阴性,HLA-B27 阳性,血常规、肝功能均正常。诊断为强直性脊柱炎。首诊给予西乐葆 0.2 g、1 次/天;SASP 0.5 g、2 次/天,1 周后加至 0.5 g、3 次/天,再服 1 周后加至 1.0 g、2 次/天,此后以 1.0 g 维持;同时加用云克(⁹⁹锝)100 mg 静脉推注,1 次/天,连续用 1 个月。中药用桑寄生 20 g、熟地 15 g、骨碎补 18 g、金狗脊 20 g、炒杜仲 15 g、鹿角片 10 g、川断 15 g、秦艽 15 g、怀牛膝 12 g、羌活 12 g、独活 10 g、炙延胡索 15 g、片姜黄 12 g、知母 12 g、赤白芍 12 g、青海风藤各 15 g、夏天无 12 g。二诊患者腰骶部疼痛明显缓解,停药西乐葆, SASP 继续以 1.0 g、2 次/天维持,中药守上方去青海风藤、怀牛膝加补骨脂 12 g、防风 12 g、葛根 15 g。三诊患者已无明显腰痛及胸胁胀满,仍有脊背僵硬感,时有双足跟痛,自觉倦怠乏力明显,多汗,畏风畏寒,口干好转,纳可,二便调,守上方去秦艽,加量葛根为 20 g、川断为 20 g,加仙灵脾 12 g、黄花 12 g。四诊患者腰背部、骶髂部疼痛基本消失,继续服用 SASP 1.0 g、2 次/天,中药守上方加柳枝 12 g。约半年患者病情稳定,疼痛症状消失,可自由行走,目前仍在随访观察之中。

(收稿日期:2006-11-06)