

王钢减毒增效治疗非创伤性股骨头坏死合并类风湿关节炎经验介绍

魏勇¹, 王钢²

1. 甘肃中医药大学, 甘肃 兰州 730000; 2. 甘肃中医药大学附属医院, 甘肃 兰州 730000

[关键词] 非创伤性股骨头坏死; 类风湿关节炎; 减毒增效; 经验介绍; 王钢

[中图分类号] R249 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2017) 07-0157-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2017.07.055

王钢主任医师为甘肃省名中医、甘肃中医药大学附属医院风湿骨病科主任, 从事风湿病科研、教学、临床工作二十余年, 学验俱丰, 在治疗非创伤性股骨头坏死合并类风湿关节炎方面积累了丰富的临床经验, 疗效显著。笔者有幸随师侍诊, 现将王主任减毒增效治疗此类疾病的经验总结如下。

1 博采众长, 审证求因以论治

1.1 现代医学对本病的认识 非创伤性股骨头坏死是国内外临床常见的骨科破坏性退行性疾病, 是由多种病因引起的股骨头血液供应受损, 继而导致股骨头的结构改变、塌陷, 髋关节活动障碍。国内外学者做了大量有关股骨头坏死的发病机制及早期治疗的研究, 但没有一种假说能完全阐明股骨头坏死的病理生理机制, 所有相关理论均处于假说阶段。早期有众多方法进行保守治疗, 但目前尚没有统一的规范, 故治疗效果也是有待商榷^[1]。酗酒、大剂量使用激素、局部放射治疗、系统性红斑狼疮、凝血功能障碍等多为非创伤性股骨头坏死的致病因素, 我国主要为酗酒和激素治疗^[2]。病理机制主要有微血管内凝血学说、脂质代谢紊乱学说、骨内高压静脉瘀滞学说、脂肪栓塞学说、骨细胞脂肪变性学说等。早期保守治疗股骨头坏死主要有手术和非手术治疗, 手术治疗主要有骨移植和髓芯减压术及配合介入治疗、基因和生长因子治疗, 非手术治疗主要有药物治疗和限制性负重、高压氧治疗及体外冲击波治疗, 目前治疗方案多样, 但无统一的标准进行对比, 无论是手术或非手术治疗, 都有其相对应的适应证和弊端。目前应用最为广泛的早期治疗手段仍然是髓芯减压术。

1.2 中医学对本病的认识 中医认为本病主要病因为先天禀赋不足、肾精亏虚、后天失养、寒湿痹阻、外伤瘀阻或慢性劳损^[3]。另有学者认为本病病因病机主要为禀赋不足, 或饮食失调, 或感受外邪、劳损外伤, 情志不畅, 病位在髋部, 与脾、肾、肝密切相关, 病机关键是经脉痹阻, 气血不畅, 筋骨失养^[4]。中医辨证论治主要以气滞血瘀、寒湿痹阻、肝肾亏

损、脾肾阳虚为主^[5]。中医中药在治疗本病时多采用中医综合疗法, 以中药内服为主, 配合熏洗、热敷、外敷膏药、推拿疗法、针灸疗法、中药离子导入及功能锻炼。股骨头坏死的原因丁锔认为有三, 即瘀、痰、虚, 疾病发生的根本原因是正气不足, 气血亏损、肝肾不足是“本”虚, 瘀血又往往是在疾病的发生、发展过程中痰湿、虚损致病的共同结果, 因此本虚标实是股骨头坏死的主要病症, 治疗上应虚实辨证, 分期论治, 早期以实邪为主, 即瘀痰阻滞为主, 以理气散结、破瘀化痰、通络止痛为主要治法, 中期以虚实夹杂为主, 治疗以攻补兼施、益气养血兼破瘀化痰为主, 后期多以虚损为主, 以补肾壮骨、益气养血为法扶助正气^[6]。随着中医对本病认识的不断深入, 中西医结合治疗此病的思路和方法取得了良好的效果, 国内近几年成功开展了以内服中药、介入、中药熏蒸气浴、静脉注射、联合手术等方法为主的中西医结合治疗股骨头坏死的案例。

1.3 注重整体, 辨证以论治 王主任经过多年潜心研究及对临床经验的总结, 注重整体, 宏观辨病, 微观辨证, 认为非创伤性股骨头坏死合并类风湿关节炎此类患者属骨坏死, 即中医学骨蚀范畴, 多因先天不足、后天失养、久病失治而致虚致瘀, 且股骨头中的脉络不丰, 气血罕见, 更易产生供血障碍, 引起缺血、坏死, 故病机主要以正气不足、气血亏损、肝肾不足、瘀痰阻滞为主, 本虚标实, 多虚实夹杂, 病位在筋骨, 即关节, 故治疗上以扶正祛邪为本, 立法以滋补肝肾、益气养血、破瘀化痰、活血通络为主, 扶正不忘祛邪, 祛邪而不伤正。

2 减毒增效, 中西医结合以治本

非创伤性股骨头坏死合并类风湿关节炎患者多有长期慢性病史, 有长期服用糖皮质激素、非甾体抗炎药及免疫抑制剂等药物, 糖皮质激素可致股骨头坏死, 非甾体抗炎药有明显的胃肠道副反应, 而免疫抑制剂的不良反应更甚, 可抑制骨髓造

[收稿日期] 2017-01-25

[基金项目] 甘肃省卫生行业科研计划项目 (GSWSKY-2014-36)

[作者简介] 魏勇 (1989-), 男, 医学学士, 硕士研究生, 研究方向: 中西医结合防治风湿骨病。

[通讯作者] 王钢, E-mail: wanggangyisheng@sina.com。

血、损伤肝肾功能、损伤胃肠道。

王主任在治疗此类疾病上经过多年临床经验总结,运用中西医结合的治疗方法结合“减毒增效”的用药模式,不但有效地拮抗了西药的毒副作用,而且增强了西药的药理作用,从而保障了西药的整体疗效。具体在临证用药上,王主任注重固护脾胃,以减少西药对胃肠道的损伤,调和脾胃以达后天滋养先天之功效,如用枳壳、莱菔子以复脾胃升降之机,故在减少西药的胃肠道毒性的同时增强了中西药整体疗效;其次,用药上重视配伍益气温阳、养血滋阴之品,以达阴阳双补、扶正驱邪之效,如现代药理学研究已表明骨碎补能促进骨钙吸收,促进骨折愈合;阿胶能养血补血,促进造血,提高免疫力,有加速骨折愈合的作用;鸡血藤具有免疫双向调节作用;故在用药上此类中药可以减少或拮抗免疫抑制剂的不良反应,延长了用药疗程和患者依从性,从而大大提高了临床疗效。

3 病案举例

蒋某,女,54岁,2014年5月14日初诊。双手、双腕关节疼痛10年,加重伴左髌关节疼痛1年。患者10年前不明原因出现双手、双腕关节疼痛,伴双手晨僵,遂至当地医院就诊,诊断为类风湿关节炎,给予口服药物,服药后病情有所缓解,但停药后病情反复,此后患者四处求医问药,服过数十种药物,以及尝试过中医中药,症状均有所缓解,但停药后病情反复,且不断加重。1年前,患者双手、双腕、双肘、双足、双踝关节疼痛变形的同时出现左侧髌关节疼痛,呈进行性加重,夜间或劳累后痛甚。至此次就诊,患者全身关节疼痛,以左髌关节疼痛为主,神疲、纳呆,自诉服用保泰松、强的松,查体:神志清,精神差,面容痛苦,跛行步态,四肢关节压痛阳性,双手握力差,左髌部压痛叩击痛阳性,活动受限,4字试验阳性。X线示:左侧股骨头变扁,密度不均,呈斑点状密度增高,中间有卵圆形骨质坏死区,骨小梁破坏,关节间隙基本消失,髌臼边缘硬化。风湿类检查及抗环瓜氨酸肽抗体均阳性,血常规、肝肾功未见明显异常;血沉84 mm/h, C-反应蛋白56 mg/L。舌质淡、舌尖红、有瘀斑,苔白,脉沉细。西医诊断:类风湿关节炎合并左侧股骨头缺血性坏死,中医诊断:骨痹,证属:肝肾阴虚、痰瘀阻络。治以补益肝肾,破瘀化痰通络。给予中西医结合治疗,西药减少激素用量,调整为醋酸泼尼松10 mg,口服,每天1次,1个疗程后减为5 mg,2个疗程后停用;同时给予来氟米特片20 mg,口服,每天1次,依托考昔60 mg,口服,每天1次,配合中药汤剂,处方:独活20 g,青风藤、川牛膝、葛根、杜仲、续断、桑寄生、烫狗脊各15 g,熟地黄、烫骨碎补、醋延胡索、威灵仙、麸炒僵蚕、麸炒枳壳、麸炒莱菔子、甘草各10 g,龙血竭5 g,水煎服。每天1剂,1月为1个疗程,休息1周后再服下1疗程。

2014年12月12日二诊:按照上述方法治疗3个疗程后,左髌关节疼痛减轻,行走较前方便。全身关节疼痛也较前

缓解,双手握力增加,全身情况良好,舌质淡红、苔白,脉弦细。复查血常规示白细胞数 $3.52 \times 10^9/L$,肝肾功示:谷丙转氨酶54 U/L,谷草转氨酶58 U/L,调整治疗方案,依托考昔片60 mg,口服,每天1次(必要时),余治疗同前,中药在原方基础上去青风藤,加鹿角霜15 g,黄芪、薏苡仁各20 g,继服3个疗程。

2015年8月28日三诊:左髌关节已无明显疼痛,无明显跛行。全身其他小关节天阴受凉后间断疼痛,全身情况良好。复查X线片示左股骨头密度均匀,卵圆形骨质坏死区已消失,破坏的骨小梁已再生,关节间隙出现;血常规、肝肾功未见明显异常;血沉、C-反应蛋白均恢复正常。与治疗前比无加重现象,在二诊方基础上加醋鳖甲、龟板各10 g,配合西药,连服10个月后复诊。

2016年5月20日四诊:左髌关节无明显疼痛,步态自如,全身诸个小关节无明显疼痛。复查X线片示左股骨头密度均匀,股骨头基本呈圆形,关节间隙变宽。与上次X线片比较无加重现象。嘱间断服用三诊原方,定期复诊,不适随诊。

按:本案患者为股骨头坏死合并类风湿关节炎,治疗不规范,有长期服用激素病史,治疗的首要任务是在保障激素顺利撤退的同时不使病情反复和反跳,治疗上中西药有机结合,缓慢稳定撤减激素的同时,加用非甾体抗炎药和免疫抑制剂,全程服用中药以保驾护航,瘀血为病机中心,虚损为本,瘀痰虚兼夹致病,故以扶正培本为主,破瘀化痰通络为辅,攻补兼施,实践表明,按此疗法,坚持长期治疗,多能控制疾病发展,改善关节功能。



初诊



二诊



三诊



四诊

[参考文献]

[1] 樊天,余方圆,温振涛,等.非创伤性股骨头坏死的机

- 制及早期治疗的研究进展[J]. 现代生物医学进展, 2016, 16(21): 4170-4173.
- [2] 田志, 徐朝健, 冯毅, 等. 早期非创伤性股骨头坏死诊断及治疗的研究现状[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2016, 31(6): 116-118.
- [3] 季春明, 李延臣. 股骨头坏死的中医药研究进展[J]. 中医药学报, 2005, 33(5): 57-58.
- [4] 娄玉玲. 中医风湿病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 222-223.
- [5] 王承德, 沈丕安, 胡荫奇. 实用中医风湿病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 800-803.
- [6] 丁鐸. 临床心得举隅[J]. 安徽中医临床杂志, 2003, 15(2): 81-82.

(责任编辑: 冯天保, 郑锋玲)

王新华治疗胃食管反流性咳嗽经验介绍

胡军旗, 王新华

浙江省中医院, 浙江 杭州 310006

[关键词] 胃食管反流性咳嗽; 经验介绍; 王新华

[中图分类号] R256.11; R249

[文献标志码] A

[文章编号] 0256-7415 (2017) 07-0159-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2017.07.056

胃食管反流性咳嗽属临床上难治性疾病, 针对其机理复杂、缺乏特效疗法等现状, 广大中医药临床工作者做了不少有益的尝试。王新华主任为浙江省中医院干部科主任, 师承全国名老中医徐志瑛, 善于中西医结合治疗呼吸系统疾病, 尤其精于慢性咳嗽、肺间质纤维化、支气管扩张、支气管哮喘、慢性阻塞性肺病及肺癌的介入治疗。王主任临床上运用中医中药治疗胃食管反流性咳嗽取得了良好的疗效, 现将其经验总结如下。

1 病因病机

《丹溪心法·六郁》曰: “气血冲和, 万病不生, 一有怫郁, 诸病生焉。”情志不畅, 可使肝失疏泄, 横逆犯胃, 胃气挟肝气上冲犯肺, 以致肺失肃降, 发为咳嗽。肝属木, 主疏泄, 主升发, 喜条达而恶抑郁, 肝气条达, 疏泄有常, 能促进脾胃的运化功能和胆汁的分泌排泄。肝气郁结, 升发不得, 则横犯脾胃, 以致中焦气机痞塞, 肺气肃降下行通路受阻, 转而上逆, 发为咳嗽。胆与肝相表里, 同属木, 内藏精汁, 性喜疏泄条达。胆胃又同属六腑, 六腑以通为用, 故胆胃以降为顺。二者在生理上相互为用, 土得木而达, 胆随胃降, 胆汁疏泄正常, 则脾胃运化功能健旺, 胃气下降正常, 则胆火亦顺。

脾为生痰之源, 肺为贮痰之器。脾胃运化失司, 则水谷精

微不得正化, 反生痰湿, 上停于肺, 肺为娇脏, 受不得外来之邪, 痰湿停于肺则发咳嗽; 又痰湿为有形之邪, 易阻滞气, 痰湿停聚中焦, 使胃气不得通降, 反上逆于肺, 肺失肃降, 发为咳嗽。宿食停聚胃中, 亦可阻碍胃气下行, 上逆犯肺, 发为咳嗽。脾胃为后天之本, 肺气赖脾胃所运化之水谷精微以充养, 以此来发挥其宣肃之功能。王主任认为脾气不足, 胃气上逆, 浊阴上泛, 可致肺失宣降。胃气不降, 浊阴沿食管上泛, 达于咽喉, 激惹神经反射, 致肺气上逆, 发为咳嗽。脾气不足, 则肺失所养, 不能宣发卫气于周身以发挥卫外之功能, 以致抵御外邪乏力。外邪入里化热, 或嗜食辛辣炙热之品, 熏灼肺胃, 致使肺胃津液耗损, 虚火上炎, 肺胃之气失降, 肺气上逆。以上因素皆可使肺失肃降, 上逆作咳, 然而, 如此种种, 其发病的总病机或最后一环皆为胃失和降, 肺气上逆为咳^[1-3]。诚如《内经·咳论》云: 五脏六腑皆令人咳, 非独肺也……此皆聚于胃关于肺。

2 常见临床证候及治疗

2.1 肝失疏泄, 胆胃郁热, 胃气上逆 患者临床常见气逆咳嗽阵作, 痰少黏而难咳, 伴口苦、口干、口臭, 胃中灼热、反酸, 胸胁胀痛, 症状随情绪波动而增减, 舌红苔薄黄或黄腻, 脉弦数。《临证备要·吞酸》载: “胃中泛酸, 嘈杂有烧灼感,

[收稿日期] 2017-03-12

[作者简介] 胡军旗 (1988-), 男, 住院医师, 研究方向: 中西医结合防治呼吸系统疾病。

[通讯作者] 王新华, E-mail: 168176724@qq.com.