

骨科疾病的辨证论治

□孟宪杰

骨折辨证论治

辨证论治是中医治疗骨折疾病的重要手段。笔者根据骨折脱位与骨折疾病的发病原因和临床表现,总结出骨折脱位的治疗重在活血、骨折脱位的初期以祛瘀生肌、骨折脱位的后期以补肝肾为主的论治观点。

骨折初期用药 骨折初期,患者局部肿胀疼痛,压痛明显,局部及全身均可出现皮肤温度增高,舌质红,脉弦。笔者认为,这是创伤初期,离经之血瘀于肌腠,阻遏气机,瘀血化热所致,治疗上应以活血化瘀为主,佐以清热利水。常用基本方:当归15克,赤芍20克,丹参15克,没药10克,延胡索10克,金银花20克,连翘30克,土茯苓30克,陈皮10克,甘草6克。肿胀严重引起水疱者,加赤小豆20克,茯苓皮20克,苍术12克,黄柏12克,以加强利水燥湿消痞的功效;如为开放性骨折,加白芷12克,防风10克,紫草10克,以加强祛风解表抗感染的功效。

骨折中期用药 骨折中期,虽然肢体肿胀已消散,但气血仍有不和,筋脉不舒,骨折尚未愈合,肌肤失润,此期治疗,强调以活血补血,接骨续断为主。常用的基本方:当归15克,黄芪20克,白芍15克,生地12克,骨碎补15克,续断15克,牛膝10克,五加皮12克,茯苓15克,土鳖虫10克,陈皮10克,甘草6克。

骨折后期用药 骨折后期,患者因瘀血造成的肢体肿胀已消,骨折已复位固定,但因创伤及患肢制动多表现为肢体软弱无力,肌肉失用性萎缩,也有部分患者表现为肢体水肿疼痛,X线检查多显示骨折未愈合,舌质淡,脉沉细等气虚血弱、肝肾亏的症状。此时,治疗应益气、强筋骨、补肝肾。常用的基本方:当归15克,黄芪20克,白芍15克,骨碎补15克,龙骨10克,续断15克,白术12克,山药12克,枸杞子15克,茯苓15克,陈皮10克,甘草6克。肢体虚肿明显者,加升麻9克,党参10克,茯苓皮用量增至20克,五加皮用量增至15克;骨折延迟愈合

或不愈合者,加淫羊藿10克,杜蛎15克,芡实12克,龙眼肉15克,并配合合理的外固定及功能锻炼。

以上为四肢骨与关节骨折脱位的治疗,若患者为肋骨骨折初期或胸部挫伤,治疗以疏肝理气为主。常用方药:柴胡9克,黄芩10克,当归15克,赤芍20克,川芎12克,延胡索12克,郁金15克,乌药10克,陈皮10克,金银花20克,甘草6克。咳嗽有痰者,加知母12克,川贝母10克,桔梗10克,款冬花15克。

骨伤杂病论治

风湿性关节炎、类风湿性关节炎是骨伤临床中的常见病。笔者认为该病属于中医痹证范畴(痹有闭阻不通之意)。外邪侵袭经络,血凝闭阻不能畅通,使关节出现酸、麻、重及屈伸不利等症。致病原因多因气不固,腠理空虚,或劳累之后汗出,当风,或涉水受寒,或久卧湿地,以致风寒湿邪乘虚侵入,经络闭阻,发为风、寒、湿痹。即《黄帝内经》中记载:“风寒湿三气杂至合而为痹”之故,具体辨证用药如下:

行痹: 症见关节走窜疼痛,痛无定处,或部分肌肉酸痛、麻木,迁延日久可致肢体拘急,甚至关节肿胀,有时兼有寒热。舌苔黄腻,脉浮,属于风气胜者。

方药: 独活15克,羌活10克,防风15克,防己12克,鸡血藤20克,忍冬藤20克,延胡索15克,天麻15克,当归20克,黄芪15克,牛膝10克,甘草6克,细辛5克。

上方重用独活、羌活、防己,祛风湿、解痉止痛;鸡血藤、忍冬藤、延胡索、天麻、当归,舒筋活络,活血、和血、行气。上方共用,起到祛风湿、舒筋活络的目的。

痛痹: 关节酸痛或全身疼痛或部分肌肉酸痛麻木,痛有定处,遇热稍缓,遇冷加重,日久可出现肢体拘急,甚至关节肿大。舌质淡,苔白,脉弦等,属寒气胜者。

方药: 川乌10克,草乌10

克,威灵仙15克,羌活10克,秦艽10克,当归15克,延胡索10克,鸡血藤10克,防己15克,巴戟天15克,杜仲15克,甘草6克。

方中重用川乌、草乌温经止痛;羌活、秦艽祛风胜湿;巴戟天、杜仲补肾壮阳祛风湿;延胡索、鸡血藤活血通络止痛。上方共用,可温经通络止痛、祛风湿胜湿。

着痹: 症见肌肤麻木,肢体关节酸痛疼痛,痛有定处,关节活动不利,阴雨天冷天关引起发作。舌质淡,舌体胖大,苔白腻,脉濡缓。

方药: 苍术15克,薏苡仁15克,羌活15克,独活20克,防己15克,五加皮12克,土茯苓20克,延胡索10克,陈皮10克,丹参12克,青风藤15克,茯苓20克,甘草6克。

方中重用苍术、薏苡仁、羌活、独活,燥湿健脾、祛风除湿;苍术、土茯苓,利水渗湿、防己、延胡索、五加皮、丹参、青风藤、祛风湿、通经络。上方共用,共奏燥湿祛风、利水通络的功效。

热痹: 关节红肿热痛,痛不可近,按之痛甚,关节屈伸活动受限,可累及单个或多个关节,并伴有发热、口渴、舌质黄燥、脉滑数。此属于体内热胜,再感受风寒湿邪,郁而热甚。

方药: 生地20克,赤芍15克,知母12克,黄柏10克,羌活15克,防风15克,防己12克,苍术15克,夏枯草15克,土茯苓20克,陈皮10克,甘草6克。

上方重用清热凉血药生地、赤芍、知母、黄柏,辅以祛风湿药防风、防己、羌活、苍术、土茯苓。诸药合用,达到清热凉血、祛风除湿的目的。

骨性关节炎 骨性关节炎是一种慢性退行性关节病,多发生于中老年人,常累及膝关节,该病的主要临床表现是关节疼痛和活动不利,有时肿胀,发病缓慢,患者常感到静止时疼痛,即关节处于一定的位置过久或稍长,患者即感到疼痛;稍加活动后疼痛可缓解,但如果活动过多时又产生疼痛。

笔者认为,膝为肝肾脾三

经所系,乃筋骨之大会。肝藏血主筋,肾藏精主骨,脾主运化合肉。该病属于痹证范畴,治宜补肝肾强筋骨、健脾除湿宣痹止痛。

方药: 生黄芪15克,丹参20克,当归20克,白芍12克,延胡索12克,细辛5克,制川乌10克,补骨脂12克,骨碎补15克,女贞子20克,木瓜12克,陈皮10克,甘草6克,海桐皮10克,茯苓皮20克。

上方重用骨碎补、补骨脂、女贞子,补肝肾、强筋骨;黄芪、木瓜、茯苓皮,健脾利湿以消肿;丹参、当归、白芍、延胡索、细辛、海桐皮,活血通络、宣痹止痛以治标。上方合用能起到补肝肾强筋骨、活血通络止痛的作用,从而达到标本兼治的目的。湿气盛者,加苍术、黄柏以清热燥湿;肿胀明显者,加猪苓、瞿麦、薏苡仁、金钱草;肿痛明显者,加金银花、蒲公英。

除以上治疗外,患者应注意休息,避免劳累、过度负重、受寒、受潮、久坐等。肥胖者应逐渐减轻体重。

痛风性关节炎 痛风又称历节风,因多发于关节故称痛风性关节炎,以第1跖趾关节发病较为多见,也可发生于膝关节。该病的主要临床特征是关节肿胀疼痛、泛红、拒按、功能障碍及痛风结节形成等。笔者常以二妙散治疗该病。

方药: 苍术12克,黄柏12克,当归15克,赤芍15克,没药10克,延胡索12克,猪苓15克,土茯苓20克,连翘30克,海桐皮12克,甘草6克。

痛风性关节炎是因为尿酸代谢异常引起的全身性疾病,临床表现为尿酸增高和反复发作性关节疼痛。该病属于中医痹证范畴。笔者认为,该病的发生与湿邪有关,湿邪

侵入人体关节,阻滞经脉,气血不通,郁而不散,滞留骨节筋膜,蕴久化热而发病。方中重用苍术、黄柏,清热燥湿;当归、赤芍、没药、延胡索,活血化瘀、通络止痛;加上猪苓、海桐皮,加强利湿功效;连翘、土茯苓,清热解毒。若患者关节疼痛遇阴加重,舌体胖大、苔白,脉迟缓,说明以风湿为主,可在上方基础上加汉防己、五加皮等祛风湿药。该方内服以清热利湿、活血通络,加之局部制动、冷敷,饮食调节,内外兼治,效果更佳。

患者发病期间应卧床休息,配合冷敷,局部适当固定,大量饮水或输液以增加尿酸排泄。在治疗期间,患者应节制饮食,禁食含嘌呤较多的食物及高蛋白食物,如动物内脏、豆类、菠菜等,避免精神刺激和饮酒。

肾虚腰痛 肾虚腰痛在骨科临床中非常常见,患者多表现为腰膝疼痛,步履乏力、两足痿软、腰痛似折、俯仰困难。在临床检查时,患者无明显外伤史,两肾区压痛明显,无放射痛,X线检查及CT(计算机断层扫描)检查结果示骨与关节结构无明显异常。有些患者可能有骨质疏松症,舌质淡红、苔薄白,脉细弱无力等肝肾亏虚、瘀血阻滞的症状。在治疗上,应以补肾壮骨、活血止痛为主。

方药: 骨碎补15克,黄芪15克,杜仲15克,乌药10克,细辛10克,延胡索12克,当归15克,甘草6克。

上方重用骨碎补,补肝肾、强筋骨;配伍乌药、细辛、延胡索,活络止痛;当归、黄芪、杜仲,可以加强补气的功效。

(作者为全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师)

验案举隅

案例一

徐某,女性,30岁,6年前做了卵巢癌根治术,2年后复发,经过治疗病情得到控制,后来出现肾上腺、肝肺与纵隔淋巴结转移,对化疗及靶向治疗不敏感,体质较差。

7个月前,患者出现了脑部多发性转移灶,经过全脑放疗后稍有好转,于左侧颞颥叶又出现5厘米左右肿块,小脑等部位出现多发性转移灶。由于肿瘤压迫及脑水肿严重,患者出现阵发性偏头痛,伴言语不利、恶心、喷射性呕吐及癫痫发作等,进食困难。患者家属不再考虑使用侵袭性治疗。当地医院予以甘露醇、甘油果糖等脱水治疗,疗效欠佳。

近10天,患者头痛剧烈,发作频繁,每天用5次甘露醇、1次甘油果糖,配合应用地塞米松和呋塞米仍不能缓解症状,需要注射吗啡止痛。

笔者去会诊,见患者言语不利,善忘,头痛剧烈,不能下床,动辄全身冷汗,乏力,短气,畏寒,舌质淡暗红,苔白滑,右手寸脉沉弱无力,左手尺脉沉微,余部皆滑。

辨证 气不摄津、阳虚水泛。

治则 补气固津、温阳化水。

方药 真武汤合当归补血汤加减。生黄芪60克,当归15克,桂枝15克,干姜15克,生龙骨(先煎)30克,生牡蛎(先煎)30克,党参15克,炙甘草6克,炒白术15克,制附子(先煎)20克,茯苓30克,地龙15克,生白芍15克,蜈蚣2条,巴戟天30克,生姜5片,大枣5枚。共5剂。水煎服,每天1剂。

会诊结束时已是晚上19时,笔者嘱咐患者家属抓药后即煮,煮好后让患者晚上先服用1次。

第二天随访,患者家属反馈患者服用药物后头痛明显减轻,呋塞米未再用。5剂药吃完,患者一日仅4次使用甘露醇,未再出现头痛。

按语 初见此患者,一看其舌苔即是一派阳虚气虚证候,因此用真武汤温阳化水,使水不上泛,不上干清阳则头痛可止。《伤寒杂病论》中记载:“太阳病发汗,汗出不解,其人仍发热,心下悸,头眩,身瞤动,振振欲擗地者,真武汤主之。”自汗乏力又是一派气虚而不能固摄津液之征,故予以黄芪补气,加龙骨、牡蛎固摄津液,用桂枝、干姜助附子温通心脾肺阳气,以助行水,因左尺沉微加巴戟天补肾与督脉以助附子。

案例二

患者,女性,因每天早晨洗头后不戴帽子骑车外出,冬天依旧,出现头部怕风症状;白天吹风后晚上就会出现低热,睡一觉后好转;每天头出汗,会舒服一些。

患者一个月前受风后,一直偏头痛,血管搏动性头痛,窜至耳朵处,耳郭周围也痛,牵涉到脸与牙都痛,不痛时全部没事。春天气温已升,大家都已换上单衣,但她睡觉时仍戴着帽子,出去得穿羽绒服。患者口苦,有点口干,舌质淡红稍暗,苔中心厚。结合患病部位及病史,笔者考虑患者为太阳表邪未解传为少阳,胆寒脾弱,运化水湿失常故舌苔厚腻,久病人血故舌质稍暗。遂予以小柴胡汤疏散少阳,二陈汤清利水湿,当归川芎养血活血,益母草利水活血。

方药 柴胡20克,黄芩12克,清半夏15克,党参15克,炙甘草6克,茯苓20克,陈皮12克,当归15克,川芎6克,益母草30克,生姜5片,大枣3枚。共3剂。水煎服,每天1剂。

3剂药服完,患者头已不痛,帽子摘了,羽绒服也脱了;饭后易打嗝嗝气,从小便秘,手脚容易冷,现怀孕4个月,舌质淡红稍暗,苔薄黄,以养血通阳除湿收尾。

方药 当归20克,桂枝15克,生白芍15克,茯苓20克,炮姜15克,川芎6克,炙甘草6克,生白术30克,清半夏9克,生姜5片,大枣3枚。共7剂。水煎服,每天1剂。随访至今,患者未再发作。

(作者供职于河南省肿瘤医院)

头痛验案两则

□郭宏强

辨治经前期综合征

□张宏跃

三诊 2024年3月6日,患者月经3月1日来潮,3月6日结束,没有再出现头痛、恶心、呕吐等症,月经量达80毫升左右,心情舒畅,脉弦有力,舌质淡红,苔薄白。

方药 太子参9克,柴胡24克,黄芩9克,半夏18克,当归12克,白芍15克,生地15克,川芎9克,吴茱萸6克,甘草9克,干姜6克,大枣6枚。共7剂。水煎服。

2024年4月3日,患者带朋友来笔者处就医,得知患者没有再出现经前综合征,痊愈。

按语 柴胡吴茱萸四物汤是由小柴胡汤、吴茱萸汤、四物汤组合而成。患者经前头痛、恶心等症,可用小柴胡汤。《伤寒大白》中记载:“伤寒六七日中风,往来寒热,胸胁苦满,默默不欲饮食,心烦喜呕,或胸中烦而不呕,或渴,或腹中痛,或下利,或心下悸,或小便不利,或渴,身有微热,或咳者,小柴胡汤主之。”便秘,少腹凉,巅顶痛,可用吴茱萸汤。《伤寒论》中记载:“干呕,吐涎沫,头痛者,吴茱萸汤主之。”治疗官寒便秘疗效显著。

月经量少,可用四物汤治之。胃胀闷可加杏仁、厚朴。

(作者供职于河南省洛阳市偃师区高龙镇左村集体卫生室)

二诊 2024年2月21日,患者服药后无不适,大便每天一两次,胃脘胀闷,脉弦细,舌质淡红,苔薄白。

方药 太子参9克,柴胡24克,黄芩9克,半夏18克,桂枝10克,白芍18克,杏仁9克,厚朴30克,吴茱萸9克,甘草9克,干姜6克,大枣6枚。共7剂。水煎服。

一诊 2024年2月15日,患者因对秋冬季多发的“咳、痰、喘”,采用三伏贴贴穴的治法(多取两穴交替贴治),此法对缓解期和轻度症状者疗效较好,其疗效与贴敷连续治疗呈正比。此外,穴位贴敷疗法在治疗风湿痹证、皮肤病和痛证等方面,也有其独特的疗效。

总之,穴位贴敷疗法可发挥药物和经络腧穴的双重调节作用,两种作用相互协调、相互激发,故较单纯的口服用药有一定的优势,且小剂量可发挥相对较强的治疗效果。该疗法与传统给药方式相比,透皮吸收具有避免肝脏首过效应及肠胃灭活,不受胃肠道酶、消化液等因素影响,可提高生物利用度,降低药物毒性和副作用,维持恒定的血药浓度或药理效应,增强了治疗效果,延长药物作用时间,减少用药次数,改善患者用药顺应性。但是,该疗法也存在一定的局限性,如制剂工艺落后,药物有效成分溶解率不高,透皮吸收率低等限制了药效的发挥。因此,该疗法还需要剂型与制作工艺的改革,使其更安全、有效、清洁、方便,同时加强基础研究,注重穴位贴敷药物的经皮渗透性研究,并筛选出疗效好、易吸收的药物和剂型,借鉴西医透皮吸收治疗的新技术、新方法,制作高效、新型的外用贴敷药物,为临床实践开辟更加广阔的前景。

(作者供职于河南中医药大学第一附属医院)

一诊 患者面色萎黄,畏寒怕冷,胃脘胀闷,少腹凉,便秘,大便每周一次,便干,容易上火,口苦,脉弦细,舌质淡红、苔薄黄。

方药 柴胡吴茱萸四物汤加减。太子参9克,柴胡24克,黄芩9克,半夏18克,当归12克,白芍15克,生地15克,川芎9克,吴茱萸6克,甘草9克,干姜6克,大枣6枚。共7剂。水煎服。

煎法 将药物浸泡1小时,用大火将药物煮开后,小火煎50分钟以上,中间不能加水,煎好后加入600毫升药液,分2次饭后服用。

征稿

本版是以中医药为主要内容的“医生园地”,设有《名医堂》《中西合璧》《中医特色技术》《中医外治》《针推论》《四诊合参》《临证心语》《中药用法》《验案举隅》《经验之谈》等栏目。

稿件要求: 一定是原创,言之有物,具体可行;1000字以内;可以用小故事开头,以增加趣味性。

联系人: 朱老师 **电话:** 13783596707
投稿邮箱: 5615865@qq.com

本版方药需要在专业医生指导下使用

中医特色疗法

穴位贴敷的作用机制及临床应用

□谢洋 余学庆

穴位贴敷是传统医学中一种独特的治疗方法,对内科、外科、妇科、儿科等多种疾病,尤其是肺系疾病,具有较好的疗效。下面,笔者结合现代医学透皮吸收和经皮给药研究相关内容,来探讨该疗法的作用机制及临床应用。

穴位贴敷疗法是以中医理论为基础,以整体观念和辨证论治为原则,根据经络学说,选取一定的腧穴,并采用合适的药物进行贴敷,通过经络与药物的刺激作用,调理脏腑阴阳、疏通经络气血,从而达到预防和治疗疾病的目的。该疗法包括天灸疗法、敷脐疗法、足心疗法等,其中天灸疗法是穴位贴敷疗法中比较具有代表性的一种。该疗法属于中医外治之法,既可以治外病,也可以内病外治。由于该疗法避免了内服药物的毒副作用和耐药性,且简单易行、安全而无副作用,故该疗法逐渐受到患者喜爱。

理论基础和作用机制

理论基础 穴位贴敷疗法的理论基础主要有以下几个方面:首先是整体观念。中医理论认为,人体是一个有机的整体,构成人体的各个组成部分之间,在功能上是相互联系的,在病理上是相互影响的,这种联系和影响是以脏腑为中心,通过经络的联络作用而实现的。其次是经络学说,经络内属脏腑外络肢节,是人体组织结构的重要组成部分,是人体气血运行的通路,是沟通人体表里上下的一个独特的系统。因此,中医认为其在疾病的发生、发展与转归上具有十分重要的意义。《黄帝内经》中记载:“经络者,所以能决死生、处百病、调虚实,不可不通。”最后,腧穴作为脏腑气血汇聚之处,有其独特的生理功能。每个腧穴都具有其特殊性,并有双向调节

的作用,且对药物的理化作用比较敏感,能使药物较长时间停留在腧穴或释放到全身,从而起到调节整体的作用。现代医学研究发现,经穴对药物具有外敏感性和放大效应,经络系统是低电阻的运行通路,药物贴敷于特殊经穴,迅速在相应组织器官产生较强的药理效应,起单相或双向调节作用。

作用机制 穴位贴敷疗法在上述理论指导下,一方面通过间接作用(药物对机体特定部位的刺激),调整阴阳平衡,以增强机体的免疫力,从而达到降低发病率和解症的目的。另一方面,药物的直接作用。当药物贴敷于相应穴位后,通过皮肤进入血液循环到达脏腑经气失调的病所,发挥药物归经和功能效应。

经络穴位的经皮给药系统是以中医经络理论为基础,通过人体体表穴位吸收药物,再通过经络运行使相关脏腑得到比一般注射药物、口服药物更强的药效,并在药物与经络效应的双重作用下,达到调节脏腑功能和治疗疾病的目的。研究表明,以经络和穴位为载体和通道,有别于血管和血液,它有将药物直接作用于相关脏腑的能力,不像血液将药物广泛分布到全身。

现代研究表明,药物从体外作用于人体的穴位,该穴位的组织结构、皮肤、神经、血管、淋巴等均发生一定的变化。某些中药能刺激穴位,使局部的温度增高,毛细血管扩张,有利于中药

成分透过皮肤毛孔,不断地进入淋巴液、血液而发挥其药理作用。穴位贴敷还能通过刺激穴位,以及药物吸收、代谢,对机体的有关物理、化学感受器产生影响,直接反射性地调整大脑皮层和自主神经系统功能,利用细胞免疫和体液免疫,增强抗病能力,从而达到防病治病的目的。药物作用于穴位,对穴位产生一定的刺激,产生特异性热学变化,某些成分易透入皮肤,到达穴位深部,循经络而直达病所或周行全身。

常用药物及主治范围

穴位贴敷常用药物种类有很多,如葱、蒜、白芥子、花椒、肉桂、冰片、麝香、丁香、生南星、生半夏、斑蝥、附子等。根据选用的药物不同,其适应证也有所不同,如选用温热药物(如附子、麝香),则可行气活血散结、利水消肿、收涩固脱,可用于治疗各种痛证、闭经、水肿、久痢久泄等;选用辛温走窜药物(如白芥子、生姜),可行气活血通络、利水除痰,可用于治疗痹证、哮喘、喘证及痰饮等;选用药性峻烈、刺激性较强的药物(如斑蝥、生南星),可攻毒泄热,腐蚀恶疮,可用于治疗外科疮疡初期、顽癣、凉痈等。

治疗方法

穴位贴敷常用方法有以下三种:

直接发法 将刺激性药物研磨成粉末或与基质药物调成膏、丹、糊、丸、饼、散等不同剂型,直接贴敷于穴位或患部皮肤

上,范围一般在2厘米~3厘米,胶布或消毒纱布覆盖,待发赤、充血、起疱后,用消毒针从其下部挑破,洗净黄水即可,勿撕掉疱皮,可涂适量消炎药膏或紫药水以防感染。

间接发法 可以减轻药物刺激程度而起到缓冲作用,防止疱发过大或推迟疱发时间。在施灸时,先用带孔的古铜钱、中心穿孔的胶布或消毒纱布置于穴位上,将药物敷贴在孔处或纱布上,覆以纱布,用胶布固定,待发疱后去掉,挑破水疱,洗净黄水,注意预防感染。

护肤发赤法 又称隔物免疫法。施灸前先在灸处涂一层凡士林或植物油,施灸药物选一些刺激性较弱的,并以醋、蜜等黏合。当患者自觉皮肤微微发热辣痛,局部发赤尚未起疱时揭去药物。该疗法适用于老年人、婴幼儿及对发疱有恐惧心理的患者。

应用范围

穴位贴敷疗法是中医特色外治法之一,也是祖国医学的重要组成部分,与内治法一样,必须坚持以中医理论为指导,严格遵循辨证论治原则。清代医学家吴师机强调“先辨证,次论治,次用药”的原则,并明确指出辨证有五:“一审阴阳,二察四时五行,三求病机,四度病情,五辨病形。精五者,方可辨证分明。”穴位贴敷疗法已应用于临床各科,应用较为普遍的是肺系疾病的“三伏贴”,依照“冬病夏治”的理论,

对秋冬季多发的“咳、痰、喘”,采用三伏贴贴穴的治法(多取两穴交替贴治),此法对缓解期和轻度症状者疗效较好,其疗效与贴敷连续治疗呈正比。此外,穴位贴敷疗法在治疗风湿痹证、皮肤病和痛证等方面,也有其独特的疗效。

总之,穴位贴敷疗法可发挥药物和经络腧穴的双重调节作用,两种作用相互协调、相互激发,故较单纯的口服用药有一定的优势,且小剂量可发挥相对较强的治疗效果。该疗法与传统给药方式相比,透皮吸收具有避免肝脏首过效应及肠胃灭活,不受胃肠道酶、消化液等因素影响,可提高生物利用度,降低药物毒性和副作用,维持恒定的血药浓度或药理效应,增强了治疗效果,延长药物作用时间,减少用药次数,改善患者用药顺应性。但是,该疗法也存在一定的局限性,如制剂工艺落后,药物有效成分溶解率不高,透皮吸收率低等限制了药效的发挥。因此,该疗法还需要剂型与制作工艺的改革,使其更安全、有效、清洁、方便,同时加强基础研究,注重穴位贴敷药物的经皮渗透性研究,并筛选出疗效好、易吸收的药物和剂型,借鉴西医透皮吸收治疗的新技术、新方法,制作高效、新型的外用贴敷药物,为临床实践开辟更加广阔的前景。

(作者供职于河南中医药大学第一附属医院)