

补肾祛寒治尨汤联合中药熏蒸及 穴位敷贴治疗类风湿性关节炎的疗效

白洁^{1*} 田昱平^{2**} 康浩浩¹ 王凤¹ 胡婷¹
(1. 陕西核工业 215 医院风湿免疫科, 陕西 咸阳 712000;
2. 宝鸡市中心医院风湿免疫科, 陕西 宝鸡 721008)

摘 要:目的 探究补肾祛寒治尨汤辅以中药熏蒸及穴位敷贴治疗类风湿性关节炎的效果。方法 将 2017 年 1 月~2018 年 12 月 60 例在我院接受治疗的类风湿关节炎患者纳入研究对象, 遵循随机原则将患者分为治疗组(30 例)与对照组(30 例), 分别给予补肾祛寒治尨汤联合中药熏蒸及穴位敷贴治疗与塞来昔布胶囊、甲氨喋呤片、白芍总苷胶囊西医疗疗, 对两组患者治疗前后实验室相关指标、中医证候积分、临床治疗效果以及不良反应发生情况进行综合评价。结果 治疗组患者治疗后的类风湿因子(RF)、血沉(ESR)以及 C 反应蛋白(CRP)指标均下降, 与对照组比较差异显著($P<0.05$), 有统计学意义; 两组患者治疗后中医证候积分均降低, 但治疗组降低幅度更大, 两组间比较差异有统计学意义($P<0.05$); 治疗组患者治疗后总有效率达到 93.33%, 与对照组的 70.00% 差异有统计学意义($P<0.05$); 对两组患者不良反应予以观察随访, 发现治疗组不良反应发生率为 6.67%, 低于对照组的 23.33% ($P<0.05$), 统计学有意义。结论 补肾祛寒治尨汤辅以中药熏蒸及穴位敷贴治疗类风湿性关节炎, 能够促进患者临床指标改善, 缓解临床症状, 效果显著, 值得推广应用。

关键词:补身祛寒治尨汤; 中药熏蒸; 穴位敷贴; 类风湿性关节炎; 中医证候积分
中图分类号:R593.22 **文献标识码:**B **文章编号:**1672-0571(2019)06-0043-04
DOI:10.13424/j.cnki.mtem.2019.06.013

作为临床上一种极为常见的风湿免疫科疾病, 类风湿性关节炎主要指的是关节与其周围组织出现非感染性炎症的病理现象, 该疾病多发于中老年群体, 会累及到手、足等多个关节^[1], 轻则肿胀疼痛, 运动功能受限, 重则会导致关节破坏, 残疾, 不仅降低了患者的生活质量, 而且加重了家庭的经济负担。研究报道类风湿性关节炎与遗传、感染、理化环境等有着密不可分的联系, 其发病率呈现出逐年增高的趋势^[2], 引起了医学界的广泛关注。传统临床上治疗类风湿性关节炎多以西医为主, 具有一定的效果, 但治疗不彻底, 且容易产生药物不良反应, 效果不佳^[3]。近年来, 中医在治疗类风湿性关节炎方面积累了丰富的经验, 中医学将类风湿性关节炎划分为“痹症”范畴, 治疗方式包括中药汤剂、熏蒸以及穴位敷贴等多种

形式, 为探究其有效性, 研究引入了补肾祛寒治尨汤、中药熏蒸联合穴位敷贴的治疗方式, 纳入的病例均为我院类风湿性关节炎患者, 共计 60 例, 结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 于我院风湿免疫科收集 2017 年 1 月~2018 年 12 月 60 例类风湿性关节炎患者病例资料, 随机数字表法实施分组, 治疗组与对照组各 30 例。治疗组: 男 9 例, 女 21 例, 年龄为 37~74 岁, 平均年龄为 (53.5 ± 6.6) 岁, 病程为 3 个月~9 年, 平均病程为 (4.2 ± 1.2) 年; 对照组: 男 11 例, 女 19 例, 年龄为 35~76 岁, 平均年龄为 (53.1 ± 6.5) 岁, 病程为 4 个月~9 年, 平均病程为 (4.3 ± 1.1) 年。为确保研究的科学性与合理性, 两组患者一般资料均予以统计学分析, 证实两组间差异

* 作者简介: 白洁(1975-), 女, 副主任医师, 硕士研究生, 研究方向: 主要从事风湿免疫, 肾脏病方向的研究, E-mail: baijiedoctor2016@163.com
** 通讯作者: 田昱平, 副主任医师。E-mail: typ7609@163.com

较小($P>0.05$),具有可比性,可予以比较分析。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准:①患者接受临床诊断及超声,CT 等检查,符合国际类风湿性关节炎临床诊断标准相符^[4];②研究符合医学伦理,并经过医学伦理委员会批准、认可,所有研究对象均为自愿参与研究,签订知情同意书;③患者年龄为 18~80 岁。排除标准:①肝肾功能疾病及确诊为重要脏器疾病者;②意识模糊、认知功能缺陷患者以及精神障碍疾病患者;③合并恶性肿瘤疾病及血液系统疾病患者;④妊娠期及哺乳期妇女;⑤合并严重骨关节炎、干燥综合征等其他类型风湿病患者;⑥存在研究药物过敏史及过敏体质患者;⑦不配合研究或中途退出研究者。

1.3 治疗方法 对照组:给予常规西医治疗。塞来昔布胶囊(广州粤迅康药业有限责任公司,国药准字 J20120063)口服治疗,0.2g/次,1 次/d;甲氨喋呤片(上海信谊,国药准字 H31020644)10~15mg/次,每周 1 次;白芍总苷胶囊(宁波立华制药,国药准字 H20055058)0.6g/次,2 次/d。治疗 1 个月为 1 个疗程。治疗组:在对照组基础上加用①补身祛寒治尪汤(焦树德)。组方包括伸筋草 30g,骨碎补 15g,熟地 12g,川断 20g,知母 15g,防风 12g,淫羊藿 10g,白芍 10g,威灵仙 12g,苍术 10g,牛膝 10g,桂枝 6g,补骨脂 10g,炙麻黄 6g。上述中药用水煎煮,取汤汁 400mL 服用,2 次/d,分早晚两次服用,1 剂/d。②中药熏蒸。组方包括徐长卿 30g,独活 20g,姜黄 20g,海风藤 30g,细辛 10g,苏木 20g,羌活 20g,防风 15g,冰片 1g,川芎 20g,桂枝 15g。将上述中药放入纱布袋中裹紧,然后采用 FRD/xz-III 型智能关节熏蒸治疗仪(河南富瑞德医疗器械有限公司)药箱进行煮沸,蒸汽温度以 55℃ 为宜。熏蒸部位为患者四肢关节,1 次/d,20min/次,治疗 1 个月为 1 个疗程。③穴位敷贴。

中药包括细辛 15g,白芥子 30g,延胡索 30g,甘遂 1.5g,麝香 1.5g,将上述中药研制成为粉末状,采用姜汁将中药粉末调制均匀。贴敷部位(穴位)要按照常规消毒。因为皮肤受药物刺激会产生发红、水泡和破损,容易发生感染。贴药前,定准穴位后,通常用温水将局部洗净,或用 75% 乙醇棉球行局部消毒,然后敷药。选择膈俞、肺俞、心俞、白劳以及膏肓穴位,将药物敷贴在相应穴位,每 5d 敷贴 1 次,敷贴时间以 8~10h 为宜。两组患者均给予为期 3 个月治疗。

1.4 观察指标 检测两组患者治疗前后 RF、CRP、ESR 实验室相关指标,评估患者中医证候积分,按照国际疗效标准对临床治疗效果进行评价,随访并记录患者不良反应发生情况。中医证候包括疼痛、肿胀、晨僵三个方面,每个项目分值为 0~5 分,分值越高表示患者症状越严重^[5]。疗效评估标准^[6]:①显效:患者接受治疗后实验室指标恢复正常,临床症状消失;②有效:经过治疗患者症状得到明显改善,实验室指标改善>50%。③无效:治疗后患者症状无变化,甚至存在加重倾向。

1.5 统计学方法 研究所有数据均在 SPSS22.0 统计学处理软件上进行,所有计数资料采用% 予以表示,组间差异用 X^2 值检验,用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示计量资料,组间差异性用 t 检验。以 0.05 作为结果判定界限, $P<0.05$ 可判断组间比较具有明显差异,有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗组与对照组患者治疗前后实验室相关指标比较 与治疗前相比,两组患者治疗后 RF、CRP、ESR 指标均有所改善($P<0.05$),有统计学意义;治疗组患者治疗后与对照组比较,RF、CRP、ESR 指标优于对照组($P<0.05$),有统计学意义,见表 1。

表 1 治疗组与对照组患者治疗前后实验室相关指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	RF(U/L)		CRP(mg/L)		ESR(mm/h)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	30	133.52±22.36	60.13±6.34	21.52±3.31	6.62±2.17	55.13±6.72	24.61±2.56
对照组	30	132.27±23.45	87.71±7.66	21.34±3.39	10.53±3.53	55.49±4.14	37.39±42.6
t	/	0.275	6.027	1.213	9.372	0.432	10.269
p	/	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 两组患者治疗前后中医证候积分比较 治疗后,两组患者疼痛、晨僵等各项中医证候积分均

得到不同程度改善,与治疗前比较差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗组患者中医证候积分在治疗前与对照组差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后各项中医证候积分显著改善,优于对照组($P < 0.05$),差异有统计学意义,见表 2。

表 2 治疗组与对照组患者
治疗前后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	疼痛	肿胀	晨僵
治疗组	30	治疗前	4.12 ± 0.74	3.46 ± 1.12	4.36 ± 0.55
		治疗后	1.02 ± 0.56 [*]	1.26 ± 0.24 [*]	1.17 ± 0.52 [*]
对照组	30	治疗前	4.19 ± 0.84	3.45 ± 1.21	4.35 ± 0.62
		治疗后	2.97 ± 0.63 [*]	2.38 ± 1.26 [*]	2.87 ± 0.37 [*]

注:与同组治疗前相比,^{*} $P < 0.05$,与对照组治疗后相比, $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者临床疗效比较 对照组患者中显效 16 例,有效 5 例,治疗的总有效率为 70.00% (21/30);治疗组患者中显效 22 例,有效 6 例,治疗的总有效率为 93.33% (28/30)。治疗组患者治疗的总有效率显著高于对照组($P < 0.05$),有统计学意义,见表 3。

表 3 治疗组与对照组患者临床治疗情况比较[n(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	22(73.33)	6(20.00)	2(6.67)	28(93.33)
对照组	30	16(53.33)	5(16.67)	9(30.00)	21(70.00)
χ^2	/	/	/	/	11.241
p	/	/	/	/	<0.05

2.4 治疗组与对照组患者不良反应发生情况比较 对两组患者不良反应发生情况予以随访观察,发现治疗组患者中有 1 例出现皮疹,1 例出现腹泻,不良反应率为 6.67%,显著低于对照组的 23.33% (7/30),两组差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 4。

表 4 治疗组与对照组患者不良反应发生情况比较[n(%)]

组别	n	皮疹	腹泻	肝功能异常	恶心	不良反应发生率(%)
治疗组	30	1(3.33)	1(3.33)	0(0.00)	0(0.00)	2(6.67)
对照组	30	2(6.67)	2(6.67)	1(3.33)	2(6.67)	7(23.33)
χ^2	/	/	/	/	/	10.290
p	/	/	/	/	/	<0.05

3 讨论

类风湿关节炎(RA)起病隐匿,是一种慢性、全身性、自身免疫疾病,进行性关节受累。发病特点是外周关节的非特异性、对称性炎症。受累关节,滑膜增生肥厚,呈慢性炎症改变,局部形成血管翳,关节软骨、软骨下骨、韧带和肌腱、关节囊等均会受到侵蚀破坏,最终关节畸形和功能丧失^[7],部分患者还伴不同程度的全身表现,严重影响着患者的生活质量。流行病学调查显示,当前我国类风湿性关节炎发病率高达 0.5% ~ 1.0%,多见于中年女性,女性发病率较男性高 2 ~ 3 倍,且呈现出逐年增高的趋势,因此对类风湿性关节炎的早期诊断及治疗尤为重要^[8]。

中医学认为类风湿性关节炎属于“尪痹”“历节”的范畴,是外邪侵袭经络,气血闭阻不畅,引起关节等处出现酸、痛、麻、重及屈伸不利等症状,因此为痹症。由于病久或素体肝肾亏虚则气滞血凝,引起关节肿胀、畸形、强直及筋脉拘急的病象,在治疗时应坚持补肾壮骨、扶正祛邪的原则。补肾祛寒治尪汤组方中的熟地能够起到益精补肾的作用;骨碎补可有效祛除骨风,活血化瘀;桂枝具有温经通阳、祛风除湿的功效;川断不仅能够促进血脉通畅,而且对消肿止痛具有显著作用;苍术、麻黄能够祛风散寒、宣肺气;伸筋草功效为舒筋通络、消肿除湿、祛风化瘀。多味中药联合能够发挥协同作用,全方具有活血通络、补肾壮骨的功效,对于改善患者临床症状作用显著。张力仁,曲华,王培利等人在研究中对 57 例类风湿关节炎患者给予中药治疗,结果显示患者治疗后中医证候积分明显降低,体现了中药治疗类风湿关节炎的作用^[9]。此次研究治疗组患者治疗后实验室指标明显改善、证候积分降低,优于对照组,与以往学者研究结果一致。中药熏蒸则是通过中药煎液热气直接作用于患者皮肤的治疗方式,通过独活、桂枝、细辛、姜黄等多味中药熏蒸,能够通络止痛、祛风止痛,不仅起效快,而且有利于患者康复治疗。中药穴位敷贴则是将多味中药研制成粉末状,混合均匀后选择相应穴位进行敷贴,能够起到温经通络、补益气血、散寒祛湿的作用^[10]。从此次研究结果看,治疗组患者接受治疗后治疗总有效率达(下转第 48 页)

本方法是在传统中药外治法上拓宽治疗思路的一种新方法,在原有单一治疗的基础上,联合穴位贴敷与热磁疗共同作用形成的一种新技术。优势在于使患处局部受到药物直接刺激的同时,结合同物理方法使药力直达病所,治疗更具针对性,对改善患者症状有一定的帮助作用^[9]。通过两组患者疗效对比,灸药贴在治疗患者膝骨关节病疗效显著优于常规穴位贴敷。值得临床推广。但是由于本次研究时间有限,存在样本量不足的缺点,有待日后进一步完善。

参考文献

- [1] 佟帅,吕海波,刘建桥. 千山活血膏治疗膝骨关节病30例疗效观察[J]. 中医药信息, 2013, 30(1): 87-88.
- [2] 梅长林. 骨关节炎诊断及治疗指南2010版[J]. 中国内科年鉴, 2011: 702-705.
- [3] 陈百成,张静. 骨关节炎[M]. 北京: 人民卫生出版社,

2004: 18-20.

- [4] 邱贵兴. 骨关节炎诊治指南(2007年版)[J]. 中华关节外科杂志(电子版), 2007, 22(4): 281-285.
- [5] 王兵,董桂芝,鞠衍馨,等. 臭氧与曲安奈德治疗膝关节半月板损伤的病例对照研究[J]. 中国骨伤, 2014, 27(4): 295-298.
- [6] 刘华. 中重度膝骨关节病的临床治疗和进展分析[J]. 白求恩医学杂志, 2015, 13(6): 621-622.
- [7] 夏明强. 验方膏摩治疗膝骨关节病临床疗效评价[D]. 北京: 北京中医药大学, 2015.
- [8] 邱红福,卢新刚,王欣欣,等. 中西医结合治疗膝骨关节病的研究进展[J]. 老年医学与保健, 2017, 23(1): 60-62.
- [9] 马玉祥. 中药熏洗治疗膝关节骨性关节炎的临床研究[J]. 中医学报, 2013, 28(9): 1384-1385.

(收稿日期: 2018-08-09 编辑: 巩振东)

(上接第45页) 到93.33%, 不良反应率仅为6.67%, 优于对照组, 反映了中医治疗类风湿性关节炎的优势作用。

综上所述, 对类风湿性关节炎患者给予补肾祛寒治痿汤辅以中药熏蒸及穴位敷贴治疗, 有利于患者临床症状改善, 减少不良反应的发生, 疗效确切, 可广泛应用于临床。

参考文献

- [1] 文迎艺, 仇萍, 李璐璐, 等. 中医药联合甲氨蝶呤治疗类风湿性关节炎的研究进展[J]. 中医药导报, 2017, 23(5): 110-111.
- [2] 高晓梅, 叶杨, 杨南萍. 芒硝外敷治疗活动性类风湿关节炎伴腓肠肌肿胀的临床疗效及护理研究[J]. 中国全科医学, 2017, 20(20): 4326-4330.
- [3] 郭锦晨, 刘健, 忻凌, 等. 基于关联规则挖掘分析中医内外合治对湿热痹阻型类风湿性关节炎患者免疫炎症氧化应激的影响[J]. 辽宁中医杂志, 2017, 21(7): 1364-1367.
- [4] Guo P, Dong L, Yan W, et al. Simultaneous determination of linarin, naringenin and formononetin in rat plasma by LC-MS/MS and its application to a pharmacokinetic study after oral administration of Bushen Guchi Pill[J]. Biomedical Chromatography, 2015, 29(2): 246-253.

- [5] 韦国雨, 陈清雄, 唐永亮, 等. 基于Wnt- β -catenin信号调控BMP-2表达探讨当归四逆汤防治类风湿性关节炎临床研究[J]. 中华中医药学刊, 2017, 13(1): 243-246.
- [6] 刘欢. 中西医结合治疗在类风湿性关节炎患者中的疗效及对症状体征的影响观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2018, 13(2): 148-149.
- [7] 杨敏, 吉海旺, 曹小菊, 等. 尪痹片治疗类风湿性关节炎(肝肾阴虚、瘀血痹阻证)临床研究[J]. 现代中医药, 2014, 29(3): 21-23.
- [8] Zhang H Q, Zhao H X, Zhang A J. [Male infertility with severe oligospermia and azoospermia treated by Bushen Shengjing Decoction combined with intracytoplasmic sperm injection][J]. Zhongguo Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi, 2017, 27(11): 972-975.
- [9] 张力仁, 曲华, 王培利, 等. 养阴清热活血通络方治疗痰瘀痹阻型类风湿性关节炎57例疗效观察[J]. 中华中医药杂志, 2017, 21(3): 1369-1371.
- [10] 杨锋, 李彦民, 李引刚, 等. 仙龙颗粒治疗类风湿性关节炎的实验研究[J]. 现代中医药, 2015, 25(5): 67-69.

(收稿日期: 2019-05-12 编辑: 巩振东)