

- 患者中远期运动功能及独立生活能力的影响[J]. 中国老年学杂志, 2008, 28(24): 2440-2442.
- [6] 龙浩文, 谭佩珍, 冯建宏, 等. 电针治疗脑卒中后抑郁的临床观察[J]. 临床精神医学杂志, 2004, 14(3): 173-174.
- [7] 田小文, 张全明, 徐世双. 智三针为主针刺治疗中风后抑郁症临床疗效评价[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2011, 18(4): 219-222.

(责任编辑: 刘淑婷)

针灸联合薏苡仁汤治疗寒湿痹阻型类风湿性关节炎临床观察

冯健峰¹, 柴铁劬²

1. 广东省中医院, 广东 广州 510105; 2. 广州中医药大学, 广东 广州 510405

[摘要] 目的: 观察针灸联合薏苡仁汤治疗寒湿痹阻型类风湿性关节炎的临床疗效。方法: 将 84 例寒湿痹阻型类风湿性关节炎患者按随机数字表法分为 2 组各 42 例。治疗组予针灸联合口服薏苡仁汤并塞来昔布胶囊治疗; 对照组予口服薏苡仁汤并塞来昔布胶囊治疗。观察 2 组疼痛视觉模拟评分法 (VAS) 评分, C-反应蛋白 (CRP)、血沉 (ESR), 并观察其临床疗效。结果: 总有效率治疗组 88.1%, 对照组 66.7%, 2 组临床疗效比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。2 组治疗后 VAS 评分、CRP、ESR 均比治疗前降低, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$); 治疗后, 2 组 VAS 评分、CRP、ESR 比较, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$), 治疗组优于对照组。结论: 针灸联合薏苡仁汤能够缓解寒湿痹阻型类风湿性关节炎患者的临床症状, 改善实验室指标, 取得较好的临床疗效。

[关键词] 类风湿性关节炎; 针灸疗法; 薏苡仁汤; 塞来昔布

[中图分类号] R593.22 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 09-0152-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.09.071

类风湿性关节炎(RA)是一种慢性、全身性、自身免疫综合征, 亦是临床常见的难治性疾病。我国类风湿性关节炎的发病率为 0.32%~0.36%^[1], 女性发病率比男性高 3~5 倍。中医药治疗自身免疫性疾病具有独特优势, 笔者依据中医学理论对寒湿痹阻型类风湿性关节炎患者采用针灸联合薏苡仁汤治疗, 取得较好的临床疗效, 报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 采用美国风湿病协会(ARA)1987 年修订的类风湿诊断标准^[2]; 中医诊断及辨证参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[3]中寒湿痹阻证的标准。

1.2 纳入标准 符合上述诊断标准; 年龄 17~75 岁; 接受其它缓解病情的抗风湿药物至少停药 1 月以上。

1.3 排除标准 不符合上述纳入标准; 妊娠或哺乳期妇女; 关节严重畸形, 残疾、丧失劳动力者; 合并心脑血管、肝、肾、造血系统等严重原发性疾病; 重叠其它风湿病, 如干燥综

合征、系统性红斑狼疮等。

1.4 一般资料 观察病例为 2009 年 6 月~2013 年 4 月本院门诊患者, 共 84 例。随机分为 2 组各 42 例, 治疗组男 12 例, 女 30 例; 年龄 24~69 岁, 平均(52.11±10.65)岁; 病程 5 月~12 年, 平均(41.47±21.54)月。对照组男 14 例, 女 28 例; 年龄 27~72 岁, 平均(50.45±9.55)岁; 病程 7 月~20 年, 平均(43.24±20.43)月。2 组年龄、性别、病程等经统计学处理, 差异均无显著性意义($P > 0.05$)。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用针灸联合薏苡仁汤治疗, 局部取穴与辨证取穴相结合, 局部选穴在类风湿性关节炎病变部位周围选择; 辨证选穴: 三阴交、阴陵泉、脾俞、足三里、关元、腰阳关、血海、膈俞。手法: 补泻并用, 每 5 min 行针 1 次, 留针 30 min, 每天 1 次。薏苡仁汤: 薏苡仁 30 g, 当归、生姜、桂枝、羌活、独活、防风、白术各 10 g, 川芎 7 g, 甘草、制

[收稿日期] 2014-06-25

[作者简介] 冯健峰 (1971-), 男, 在职博士研究生, 住院医师, 研究方向: 针灸推拿学。

川乌(先煎)、麻黄各6g,以上药物传统方法煎服,每天1次。塞来昔布胶囊200mg,每天2次,口服。治疗30天为1疗程。

2.2 对照组 薏苡仁汤煎服,配合塞来昔布胶囊200mg,每天2次,口服,治疗30天为1疗程。

2组均治疗3疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察2组临床疗效、疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分、C-反应蛋白(CRP)、血沉(ESR)。

3.2 统计学方法 采用SPSS13.0统计软件进行数据分析,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,采用t检验;计数资料采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照ARA 1987年制订的类风湿性关节炎疗效标准拟订。显效:主要症状、体征整体改善率 $\geq 75\%$,ESR及CRP正常或接近正常或明显改善。进步:主要症状、体征整体改善率 $\geq 50\%$,ESR及CRP有改善。有效:主要症状、体征整体改善率 $\geq 30\%$,ESR及CRP有改善或无改善。无效:主要症状、体征整体改善率 $< 30\%$,ESR及CRP有改善或无改善。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率治疗组88.1%,对照组66.7%,2组临床疗效比较,差异有显著性意义($P < 0.05$),治疗组疗效优于对照组。

组别	n	显效	进步	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	42	10	13	14	5	88.1
对照组	42	6	10	12	14	66.7

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.3 2组CRP、ESR、VAS评分情况比较 见表2。治疗前2组VAS评分、CRP、ESR分别比较,差异均无显著性意义($P > 0.05$);2组治疗后VAS评分、CRP、ESR均比治疗前降低,差异均有显著性意义($P < 0.05$);治疗后,2组VAS评分、CRP、ESR比较,差异均有显著性意义($P < 0.05$),治疗组优于对照组。

组别	n	CRP(mg/L)		ESR(mm/h)		VAS评分(分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	42	58.15 \pm 4.96	23.44 \pm 4.48	16.64 \pm 2.29	12.76 \pm 1.64	4.78 \pm 0.87	1.96 \pm 0.41
对照组	42	56.79 \pm 6.21	26.14 \pm 3.47	16.33 \pm 2.15	13.61 \pm 1.95	4.82 \pm 0.83	2.41 \pm 0.66

与本组治疗前比较,① $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,② $P < 0.05$

5 讨论

类风湿性关节炎属慢性难治性疾病,是现代医学与中医学

都尚未解决的一个难题,单一的治疗很难取得令人满意的疗效。目前,治疗类风湿性关节炎的主要药物有非甾体类抗炎药(NSAIDs)、缓解病情的抗风湿药物(DMARDs)、糖皮质激素、生物制剂、造血干细胞移植^[4]等,它们对缓解症状,提高工作能力,降低致残率起到了很大的作用,但是存在副作用大、生物制剂价格昂贵、尚不能彻底治愈的特点。

笔者在临床中发现,单一的治疗方法很难取得良好的治疗效果,西药长期服用副作用大,症状难以长期稳定控制,中医药治疗类风湿性关节炎具有多层次、多靶点、副作用较小的优点,笔者采用中医学内治与外治相结合:针灸联合薏苡仁汤治疗寒湿痹阻型类风湿性关节炎取得一定的疗效。

类风湿性关节炎属中医学痹证范畴,《内经》有:“风寒湿三气杂至,合而为痹”,中医学对痹证病因病机认识包括3个方面:外邪入侵、正气不足、痰瘀阻络,在肝肾不足、气血亏虚的基础上感受风寒湿邪,外邪入里,致痰瘀阻络,病情缠绵难愈。薏苡仁汤为治疗痹证的经典方,薏苡仁汤针对寒湿痹阻、气血凝滞的病机,综合健脾除湿、祛风散寒、活血通络于一体,治疗寒湿痹阻型类风湿性关节炎,组方合理,用药精当。针灸有疏通经络、调和阴阳、扶正祛邪的作用,治疗类风湿性关节炎疗效确切,并且无任何副作用,《灵枢·经脉》:“经脉者,所以决死生,处百病,调虚实,不可不通。”针刺取穴三阴交、阴陵泉、脾俞以祛风祛湿、清利关节;足三里、关元、腰阳关培补阳气而散寒;血海、膈俞活血化瘀而理气,联合上述穴位以达到扶正祛邪通络、散寒温阳的目的。

本研究采用中医外治与内治相结合,针灸与中药配合相得益彰,能够有效降低患者的临床症状,降低生化指标,并且针灸与中药联合运用疗效优于单独运用中药的治疗。但类风湿性关节炎属于缠绵难愈的难治性疾病,需要长期坚持治疗才能使病情长期稳定。

[参考文献]

[1] 中华医学会风湿病学分会. 类风湿关节炎诊治指南(草案)[J]. 中华风湿病杂志, 2003, 7(4): 251.

[2] Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis [J]. Arthritis Rheum, 1988, 31(3): 315-324.

[3] 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.

[4] Snowden JA, Kapoor S, Wilson AG, et al. Stem cell transplantation in rheumatoid arthritis [J]. Autoimmunity, 2008, 41(8): 625-631.

(责任编辑: 刘淑婷)