

〔文章编号〕 1007-0893(2022)02-0064-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.02.020

独活寄生汤联合针灸治疗类风湿性关节炎的临床分析

杨朝清 张晓燕

(濮阳市油田总医院, 河南 濮阳 457001)

〔摘要〕 **目的:** 观察独活寄生汤加减联合针灸治疗类风湿性关节炎的临床疗效。**方法:** 选取濮阳市油田总医院 2018 年 4 月至 2020 年 4 月期间收治的 62 例类风湿性关节炎患者, 根据治疗方案不同将患者分为对照组 (31 例: 采用常规治疗) 与观察组 (31 例: 在对照组基础上应用独活寄生汤加减联合针灸治疗), 比较两组患者治疗效果及不良反应发生情况。**结果:** 3 个疗程后观察组患者的红细胞沉降率 (ESR)、C 反应蛋白 (CRP) 均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗 3 个疗程后观察组患者的 $CD3^+$ 、 $CD4^+$ 、 $CD4^+/CD8^+$ 均高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。3 个疗程后观察组患者治疗总有效率为 96.77%, 高于对照组的 70.97%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。3 个疗程后两组患者不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。3 个疗程后观察组患者的满意度为 93.55%, 高于对照组的 70.97%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 类风湿性关节炎患者应用独活寄生汤加减联合针灸治疗效果显著, 有效调节免疫功能, 无明显不良反应。

〔关键词〕 类风湿性关节炎; 独活寄生汤; 针灸

〔中图分类号〕 R 593.22 〔文献标识码〕 B

类风湿性关节炎的发生与遗传因素、免疫功能紊乱、环境因素有关, 流行病学调查显示, 我国中老年群体为本病多发群体, 其中女性发病率高于男性, 该病的治疗原则为早诊断、早治疗, 以缓解患者不适症状、提升关节功能、减少残疾发生率为主要目的, 常用西医治疗方式包括药物治疗、手术治疗等^[1]。近些年, 中医药、针灸、药浴、按摩等传统治疗手段在类风湿性关节炎治疗中得到了广泛应用, 中医典籍中无类风湿性关节炎病名记载, 类风湿性关节炎关节疼痛、活动受限, 与中医痹症相似, 因此, 类风湿性关节炎归属于中医“痹症”范畴, 该病临床常用中医治疗方法为中医药与针灸治疗, 独活寄生汤为治疗痹症常用方, 因此, 近些年, 部分医学研究者提出, 对于类风湿性关节炎患者应用独活寄生汤加减联合针灸治疗^[2]。本研究为探讨独活寄生汤加减联合针灸治疗对类风湿性关节炎患者预后的影响, 比较濮阳市油田总医院 2018 年 4 月至 2020 年 4 月期间收治的 62 例类风湿性关节炎患者, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取濮阳市油田总医院 2018 年 4 月至 2020 年 4 月期间收治的 62 例类风湿性关节炎患者, 根据治疗方案不同将患者分为对照组与观察组, 各 31 例。其中观察组男 10 例, 女 21 例; 年龄 35~64 岁, 平均年龄 (46.92 ± 1.32) 岁; 病程 1~5 年, 平均病程 (2.82 ± 1.02) 年。对照组男 11 例, 女

20 例; 年龄 35~65 岁, 平均年龄 (46.90 ± 1.31) 岁; 病程 1~5 年, 平均病程 (2.81 ± 1.04) 年。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 病例选择标准

1.2.1 纳入标准 (1) 本研究患者均出现关节疼痛、肿胀、晨僵等症状, 结合患者影像学以及生化检查结果确诊为类风湿性关节炎。此外, 参考《中医内科学》^[3] 中肝肾两亏之痹证、风寒湿痹证, 患者均腰膝冷痛、肢体酸重无力、关节屈伸不利且心悸气短、脉细弱。(2) 患者神志、精神正常且均自愿参与本研究。

1.2.2 排除标准 (1) 伴严重心、胃肠消化系统以及肝肾等脏器功能障碍患者。(2) 伴血液系统疾病或全身皮肤病患者。(3) 确诊精神疾病患者。(4) 参与本研究前服用其他治疗性药物患者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 应用美洛昔康片 (宁波大红鹰药业股份有限公司, 国药准字 H20031131) 常规治疗, 美洛昔康片每次口服 7.5 mg, 每日口服给药 2 次, 持续给药治疗 4 周为 1 个疗程, 连续治疗 3 个疗程。

1.3.2 观察组 在对照组常规治疗基础上增加独活寄生汤加减联合针灸治疗, 独活寄生汤组方: 独活 9 g, 桑寄生 6 g, 杜仲 6 g, 牛膝 6 g, 细辛 6 g, 秦艽 6 g, 茯苓 6 g, 肉桂心 6 g, 防风 6 g, 川芎 6 g, 人参 6 g, 甘草 6 g, 当归 6 g, 白芍 6 g、生地黄 6 g。若患者关节疼痛剧烈加制草乌 3 g、

〔收稿日期〕 2021-09-21

〔作者简介〕 杨朝清, 男, 主治医师, 主要研究方向是中医内科及针灸。

制川乌 3 g；若患者手脚冰凉、关节得热痛减，遇寒加剧加附子 6 g、干姜 3 g。若患者头重如裹、关节肿痛明显应去生地、加防己 5 g、苍术 5 g、薏苡仁 5 g。上述中药置于清水中浸泡，每日 1 剂，将上述药物置于清水 1 L 中，煎煮至 300 mL，早晚各温服 2 次。根据患者不同的疼痛部位相应选取相应穴位，其中对于肩关节、腕关节等上肢关节疼痛患者，选取腰阳关、足三里、肩髃、肩贞、曲池、外关、合谷等穴位，对于膝关节、踝关节等下肢关节疼痛患者，在参考上肢针灸足三里、合谷的同时，针刺商丘、血海、犊鼻、阳陵泉、昆仑等穴位，以上穴位均用毫针刺法，腰阳关、足三里、血海用补法，其余穴位平补平泻法，腰阳关直刺 0.5~1 寸，肩贞位直刺 1~1.5 寸，曲池直刺 1~2.5 寸。少海直刺 0.5~1 寸。手三里直刺 0.8~1.2 寸。足三里直刺 1~2 寸。阳陵泉直刺 0.8~1.2 寸。针刺得气后留置针 20 min，每隔 5 min 行针 1 次，每周针灸治疗 5 次。持续治疗 4 周为 1 个疗程，连续治疗 3 个疗程。

1.4 观察指标

(1) 比较两组患者给药前、持续治疗 3 个疗程后红细胞沉降率 (erythrocyte sedimentation rate, ESR)、C 反应蛋白 (C-reaction protein, CRP) 等生化检查数值变化情况。

(2) 比较两组患者给药前、持续治疗 1 个疗程后 CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 等免疫指标变化情况。(3) 比较两组患者持续治疗 3 个疗程后总有效率以及不良反应发生情况，若患者临床症状、体征均消失，关节活动正常且 ESR、CRP 等生化检查数值均恢复正常，则表示治愈。若患者临床症状、体征均明显缓解，关节晨僵时间明显缩短且 ESR、CRP 等生化检查数值均接近正常水平，则表示显效。若患者临床症状、体征以及 ESR、CRP 等生化检查数值未明显缓解，则表示无效。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100%。

(4) 两组患者持续治疗 3 个疗程后请其对临床治疗效果进行评价，总分 0~10 分，评分越高则表示满意度越高，0~3 分不满意，4~6 分基本满意，7~10 分满意。满意度 = (满意 + 基本满意) / 总例数 × 100%。(5) 两组患者不良反应发生情况。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 21.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后 ESR、CRP 比较

治疗前两组患者的 ESR、CRP 比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；3 个疗程后观察组患者的 ESR、CRP 均低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者治疗前后 ESR、CRP 比较 (*n* = 31, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	ESR/mm · h ⁻¹	CRP/mg · L ⁻¹
对照组	治疗前	54.29 ± 2.13	32.57 ± 2.46
	治疗 3 个疗程后	32.33 ± 2.36	18.03 ± 2.33
观察组	治疗前	54.26 ± 2.11	32.58 ± 2.45
	治疗 3 个疗程后	21.53 ± 2.35 ^a	14.78 ± 2.31 ^a

注：ESR — 红细胞沉降率；CRPP — C 反应蛋白。与对照组治疗 3 个疗程后比较，^a*P* < 0.05。

2.2 两组患者治疗前后相关免疫指标比较

治疗前两组患者的 CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；治疗 3 个疗程后观察组患者的 CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺ 均高于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者治疗前后相关免疫指标比较 (*n* = 31, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	CD3 ⁺ /%	CD4 ⁺ /%	CD4 ⁺ /CD8 ⁺
对照组	治疗前	38.32 ± 2.31	21.55 ± 2.32	1.11 ± 0.05
	治疗 3 个疗程后	42.32 ± 2.36	33.05 ± 2.34	1.43 ± 0.04
观察组	治疗前	38.32 ± 2.35	21.53 ± 2.35	1.14 ± 0.05
	治疗 3 个疗程后	54.52 ± 2.38 ^b	40.52 ± 2.42 ^b	2.43 ± 0.05 ^b

注：与对照组治疗 3 个疗程后比较，^b*P* < 0.05。

2.3 两组患者治疗总有效率比较

3 个疗程后观察组患者治疗总有效率为 96.77%，高于对照组的 70.97%，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 3。

表 3 两组患者治疗总有效率比较 (*n* = 31, *n*(%))

组别	显效	有效	无效	总有效率/%
对照组	12(38.71)	10(32.26)	9(29.03)	70.97
观察组	16(51.61)	14(45.16)	1(3.23)	96.77 ^c

注：与对照组比较，^c*P* < 0.05。

2.4 两组患者不良反应发生率比较

两组患者不良反应发生率比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)，见表 4。

表 4 两组患者不良反应发生率比较 (*n* = 31, *n*(%))

组别	胃肠道反应	贫血	皮肤瘙痒	不良反应发生率/%
对照组	1(3.23)	1(3.23)	1(3.23)	9.69
观察组	3(9.69)	1(3.23)	1(3.23)	16.15

2.5 两组患者治疗满意度比较

观察组患者的满意度为 93.55%，高于对照组的 70.97%，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 5。

表 5 两组患者治疗满意度比较 (*n* = 31, *n*(%))

组别	满意	基本满意	不满意	满意度/%
对照组	12(38.71)	10(32.26)	9(29.03)	70.97
观察组	16(51.61)	13(41.94)	2(6.45)	93.55 ^d

注：与对照组比较，^d*P* < 0.05。

3 讨论

类风湿性关节炎西医治疗原则为达标治疗, 借助非甾体抗炎药、糖皮质激素类药物、抗风湿药物以缓解患者不适症状, 延缓病情的发展, 降低残疾的发生, 对于关节已完全丧失功能的患者, 采取人工关节置换术或滑膜切除术, 西医西药治疗效果有限, 手术治疗对机体造成的刺激大, 因此, 近些年, 中医治疗在类风湿性关节炎临床治疗中得到了极大的推广。中医相关典籍中无类风湿性关节炎病名, 结合患者临床症状将其归属于“痹症”范畴, 认为本病病机为本虚标实, 患者肝肾亏虚, 肝藏血, 肾藏精, 精血同源, 相互转化, 肾精化生的肾气为人体正气重要组成成分, 肝肾亏虚则正气虚弱, 易感外界寒湿邪气, 寒湿邪气由表入里, 从而致使患者气血运行受阻^[4-7]。独活寄生汤药方中以独活为君药, 具有祛风除痹的作用, 桑寄生、秦艽、人参均为臣药, 其中秦艽可助独活祛风除湿, 桑寄生可滋补肝肾, 人参可补益正气, 驱邪外出。牛膝、杜仲为佐药, 均有强筋壮骨的作用, 防风、细辛、肉桂心也为佐药, 可温里散寒祛风, 茯苓、当归、熟地与川芎可补气活血, 白芍可缓急止痛, 甘草可调和诸药药性^[8-10]。受体质、环境等诸多因素的影响, 患者临床症状存在一定的差异, 在独活寄生汤的基础上结合患者症状对药材进行加减, 充分借助药物偏性改善患者症状。针灸治疗中通过针刺患者腰阳关、足三里、商丘、肩髃、肩贞、曲池、外关、合谷、血海、犊鼻、阳陵泉、昆仑, 可激发相应穴位所在经脉之气, 促使气血畅通^[11-14]。任国燕^[15]临床研究显示观察组独活寄生汤联合针灸治疗患者治疗效果总有效率高于常规西药治疗的对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。本研究结果与任国燕临床研究结果一致, 应用独活寄生汤联合针灸治疗观察组患者治疗3个疗程总有效率比对照组高($P < 0.05$)。此外, 本研究在既往研究基础上比较两组患者ESR、CRP等生化检查结果、CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺等免疫指标、满意度以及不良反应发生情况, 本研究中观察组患者治疗1个疗程后ESR、CRP等生化检查结果显著低于对照组($P < 0.05$), CD3⁺、CD4⁺、CD4⁺/CD8⁺等免疫指标以及临床治疗满意度均高于对照组($P < 0.05$), 两组患者治疗不良反应发生率无统计学差异($P < 0.05$)。

综上所述, 类风湿性关节炎患者应用独活寄生汤加减联合针灸治疗效果显著, 有效调节免疫功能, 无明显不良反应。

[参考文献]

- (1) 杜俊生. 独活寄生汤加减、针灸联合治疗类风湿性关节炎的临床价值分析 (J). 心理月刊, 2019, 14(18): 222.
- (2) 杨应红. 独活寄生汤加减、针灸联合治疗类风湿性关节炎的临床价值分析 (J). 健康之友, 2019, 5(9): 43.
- (3) 吴勉华, 王新月. 中医内科学 (M). 9版. 北京: 中国中医药出版社, 2012.
- (4) Walker R, Wong F, Singh S, et al. The foot in systemic disease: management of the patient with rheumatoid arthritis or diabetes mellitus (J). Orthopaedics and trauma, 2019, 33(4): 249-262.
- (5) 王颖诗. 独活寄生汤加减联合针灸治疗类风湿性关节炎 48 例 (J). 中医外治杂志, 2017, 26(2): 18-19.
- (6) 孟宇航, 杨卫彬, 董宝强. 独活寄生汤加减联合针灸治疗类风湿性关节炎的临床疗效分析 (J). 中医药信息, 2018, 35(1): 58-62.
- (7) 王澎澎. 独活寄生汤加减联合针灸治疗类风湿性关节炎的临床疗效 (J). 中国保健营养, 2017, 27(35): 109.
- (8) Pan W, Yin W, Yang L, et al. Inhibition of Ctsk alleviates periodontitis and comorbid rheumatoid arthritis via downregulation of the TLR9 signalling pathway (J). Journal of clinical periodontology, 2019, 46(3): 286-296.
- (9) 王丽娜, 王素芳, 李洋. 独活寄生汤联合针灸治疗对类风湿性关节炎患者红细胞沉降率、C-反应蛋白及关节功能的影响 (J). 吉林中医药, 2018, 38(4): 462-464.
- (10) 毋春霞. 独活寄生汤联合针灸治疗肝肾亏虚性类风湿关节炎的效果 (J). 河南医学研究, 2018, 27(17): 3162-3163.
- (11) Hashiramoto A, Konishi Y, Murayama K, et al. A variant of death-receptor 3 associated with rheumatoid arthritis interferes with apoptosis-induction of T cell (J). The Journal of biological chemistry, 2018, 293(6): 1933-1943.
- (12) 李秀英. 独活寄生汤加减联合针灸治疗类风湿性关节炎临床效果评价 (J). 世界最新医学信息文摘, 2019, 23(50): 253.
- (13) 蔡明洪. 独活寄生汤加减、针灸联合治疗类风湿性关节炎的临床价值分析 (J). 健康大视野, 2019, 21(21): 93.
- (14) 王颖诗. 独活寄生汤加减联合针灸治疗类风湿性关节炎 48 例 (J). 中医外治杂志, 2017, 26(2): 18-19.
- (15) 任国燕. 独活寄生汤加减联合针灸治疗类风湿性关节炎的效果及VAS评分分析 (J). 糖尿病天地, 2020, 17(9): 43-44.