

- 肠外科杂志, 2006, 11 (5): 461-463.
- [3] 李文龙, 李阳阳, 张海龙, 等. 腕踝针针刺联合低剂量塞来昔布口服在全髋关节置换术围手术期镇痛的临床观察 [J]. 中国中医急症, 2017, 26 (1): 158-161.
- [4] PERLAS A, CHAN V W, BEATTLE S. Anesthesia technique and mortality after total hip or knee arthroplasty: a retrospective, propensity score-matched cohort study [J]. Anesthesiology, 2016, 125 (4): 724-731.
- [5] 杨宇, 易庆军, 李秀泽, 等. 罗哌卡因髂筋膜间隙阻滞联合地佐辛多模式镇痛对髋关节置换术后疼痛及应激反应的影响 [J]. 海南医学院学报, 2017, 23 (16): 2225-2228.
- [6] 李翊, 刘巧莲, 朱方亿, 等. 腕踝针联合中药激光坐浴对混合术后镇痛及水肿的效果观察 [J]. 护士进修杂志, 2020, 35 (23): 2185-2188.

[文章编号] 1007-0893(2023)13-0031-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.13.010

补肾祛寒化湿方联合柳氮磺吡啶治疗 肾虚督寒证强直性脊柱炎临床疗效

张俊 赵鹏菊

(正阳县中医院, 河南 正阳 463600)

[摘要] 目的: 探讨补肾祛寒化湿方联合柳氮磺吡啶治疗肾虚督寒证强直性脊柱炎的临床疗效。方法: 选取正阳县中医院在 2020 年 1 月至 2022 年 1 月期间诊治的 96 例强直性脊柱炎患者, 采用随机数字表法分为对照组与观察组, 各 48 例。对照组患者给予柳氮磺吡啶治疗, 观察组患者给予补肾祛寒化湿方联合柳氮磺吡啶治疗。比较两组患者疗效、并发症、中医证候评分、巴氏强直性脊柱炎活动指数 (BASDAI) 评分、健康状况调查问卷 (SF-36) 评分、视觉模拟评分法 (VAS) 评分、红细胞沉降率 (ESR)、血液超敏 C 反应蛋白 (hs-CRP)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-6 (IL-6) 差异。结果: 观察组患者治疗总有效率为 91.7%, 比对照组的 72.9% 高, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后两组患者各项中医证候积分均比治疗前低, 且治疗后观察组患者各项中医证候积分均比对照组低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后两组患者 BASDAI、VAS 评分比治疗前低, SF-36 评分比治疗前高, 且治疗后观察组患者 BASDAI、VAS 评分比对照组低, SF-36 评分比对照组高, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后两组患者 ESR、血清 hs-CRP、TNF- α 、IL-6 水平比治疗前低, 且治疗后观察组患者 ESR、血清 hs-CRP、TNF- α 、IL-6 水平比对照组低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。两组患者各项并发症发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 补肾祛寒化湿方联合柳氮磺吡啶可显著改善强直性脊柱炎患者症状、生存质量及炎症因子, 具有高效安全等优点, 其疗效显著高于单用柳氮磺吡啶。

[关键词] 强直性脊柱炎; 补肾祛寒化湿方; 柳氮磺吡啶

[中图分类号] R 593.23 **[文献标识码]** B

Clinical Effect of Bushen Quhan Huashi Prescription Combined with Sulfasalazine on Ankylosing Spondylitis of Kidney Deficiency and Du Meridian Cold Syndrome

ZHANG Jun, ZHAO Pengju

(Zhengyang County Hospital of Traditional Chinese Medicine, Henan Zhengyang 463600)

[Abstract] **Objective** To explore the clinical effect of Bushen Quhan Huashi prescription combined with sulfasalazine in the treatment of ankylosing spondylitis with kidney deficiency and Du meridian cold syndrome. **Methods** Ninety-six patients with ankylosing spondylitis diagnosed and treated in Zhengyang County Hospital of Traditional Chinese Medicine from January 2020 to January 2022 were selected and divided into a control group and an observation group by random number table method, with 48 cases

[收稿日期] 2023 - 05 - 28

[作者简介] 张俊, 男, 副主任医师, 主要研究方向是骨科学。

in each group. The control group was treated with salazine sulfamyridine, and the observation group was treated with Bushen Quhan Huashi prescription combined with salazine sulfamyridine. The efficacy, complications, traditional Chinese medicine (TCM) syndrome score, Bath ankylosing spondylitis disease activity index (BASDAI), the MOS item short form health survey (SF-36), visual analogue scale (VAS), erythrocyte sedimentation rate (ESR), hypersensitive C-reactive protein (HS-CRP), tumor necrosis factor- α (TNF- α), interleukin-6 (IL-6) were compared the differences between the two groups. **Results** The total effective rate of the observation group was 91.7%, which was higher than 72.9% of the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). After treatment, all the TCM syndrome scores of the two groups were lower than those before treatment, and after treatment, all the TCM syndrome scores of the observation group were lower than those of the control group, the differences were statistically significant ($P < 0.05$). After treatment, the BASDAI and VAS scores of the two groups were lower than those before treatment, and the SF-36 score was higher than those that treatment, and after treatment, the BASDAI and VAS scores of the observation group were lower than those of the control group, and the SF-36 score was higher than that of the control group, with statistical significance ($P < 0.05$). After treatment, the levels of ESR, hS-CRP, TNF- α and IL-6 of the two groups were lower than those before treatment, and after treatment, the levels of ESR, HS-CRP, TNF- α and IL-6 of the observation group were lower than those of the control group, with statistical significance ($P < 0.05$). There was no significant difference in the incidence of complications between the two groups ($P > 0.05$). **Conclusion** Bushen Quhan Huashi prescription combined with sulfasalazine can significantly improve the symptoms, quality of life and inflammatory factors in patients with ankylosing spondylitis, with advantages of high efficiency and safety, and its efficacy is significantly higher than sulfasalazine.

[Keywords] Ankylosing spondylitis; Bushen Quhan Huashi prescription; Salazopyridine

强直性脊柱炎为自身免疫性中轴关节慢性炎症反应性疾病, 致残致畸率极高而显著降低患者生存质量, 临床上对强直性脊柱炎患者应积极治疗以改善预后^[1]。中医理论认为强直性脊柱炎属于“脊痹”范畴, 其病机为肾督阳气不足, 风寒湿邪深侵肾督, 治疗以补肾强督、祛寒化湿为主要治则^[2]。目前西医治疗强直性脊柱炎主要为非甾体类抗炎药及糖皮质激素等, 疗效差、并发症发生率高及易复发而限制其临床广泛应用^[3]。补肾祛寒化湿方具有补肾强督、祛寒化湿等功效, 对强直性脊柱炎具有治疗作用^[4-5]。本研究采用补肾祛寒化湿方联合柳氮磺胺吡啶治疗肾虚督寒证强直性脊柱炎, 探讨其疗效及安全性。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取正阳县中医院在2020年1月至2022年1月期间诊治的96例强直性脊柱炎患者, 采用随机数字表法分为对照组与观察组, 各48例。对照组男性26例, 女性22例; 观察组男性25例, 女性23例。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, 见表1。

表1 两组患者一般资料比较 ($n = 48, \bar{x} \pm s$)

组别	年龄/岁	病程/年	体质量指数/kg·m ²
对照组	38.6 ± 7.5	5.8 ± 1.3	24.1 ± 5.5
观察组	38.9 ± 7.2	5.6 ± 1.1	24.3 ± 5.2

1.2 病例选择

1.2.1 纳入标准

(1) 符合《强直性脊柱炎/脊柱

关节炎患者实践指南》^[6]中强直性脊柱炎诊断标准, 中医辨证分型为肾虚督寒证(症见腰骶疼痛, 背冷恶寒, 活动受限, 晨僵, 畏寒喜暖, 下肢关节冷痛, 酸软乏力, 肢体困重, 舌苔薄或白, 脉沉弦或细迟); (2) 既往无强直性脊柱炎病史及相关治疗史; (3) 患者及家属知情并同意本研究。

1.2.2 排除标准 (1) 合并严重肝肾功能异常、免疫功能异常及其他自身免疫性疾病; (2) 入组前3个月内有免疫抑制剂、激素类药物应用史; (3) 柳氮磺胺吡啶及联合补肾祛寒化湿方禁忌证。

1.3 方法

1.3.1 对照组 给予柳氮磺胺吡啶(华润双鹤药业有限公司, 国药准字H11020818)治疗, 750 mg·次⁻¹, 2次·d⁻¹, 口服, 连续口服3个月。

1.3.2 观察组 在对照组柳氮磺胺吡啶治疗基础上联合补肾祛寒化湿方治疗。组方: 熟地黄20 g, 骨碎补15 g, 续断15 g, 补骨脂15 g, 淫羊藿10 g, 当归10 g, 杜仲10 g, 鹿角胶10 g。1剂·d⁻¹, 水煎法煎取汤汁300 mL, 早晚各温服150 mL, 连续服用3个月。

1.4 观察指标

(1) 疗效^[7]: 包括临床治愈、显效、有效及无效。临床治愈为治疗3个月后相关伴随症状体征基本消失, 中医证候积分减少 $\geq 95\%$; 显效为治疗后患者的相关伴随症状体征明显减轻, 中医证候积分减少 $\geq 70\%$ 且 $< 95\%$; 有效为治疗后相关伴随症状均有所缓解, 中医证候积分减少 $\geq 30\%$ 且 $< 70\%$; 无效为未达到上述标准者。总有效率=(临床治愈+显效+有效)/总例数 $\times 100\%$ 。

(2) 中医证候评分: 采用积分法评分, 主证包括腰背疼

痛、遇寒加重等，次证包括外周关节疼痛、夜尿频多等，分数越高表示症状越严重。（3）巴氏强直性脊柱炎活动指数（Bath ankylosing spondylitis disease activity index, BASDAI）、生存质量及疼痛评分。BASDAI 评分越高表示疾病越严重，生存质量采用健康状况调查问卷（the MOS item short from health survey, SF-36）量表评估，评分越高表示生存质量越高；疼痛程度采用视觉模拟评分法（visual analogue scale, VAS）评估，评分越高表示疼痛越重；（4）血液学指标检测：包括红细胞沉降率（erythrocyte sedimentation rate, ESR），血清超敏 C 反应蛋白（hypersensitive C-reactive protein, hs-CRP）、肿瘤坏死因子- α （tumor necrosis factor- α , TNF- α ）、白细胞介素-6（interleukin-6, IL-6），检测方法为酶联免疫吸附法；（5）并发症：包括药疹等。

1.5 统计学处理

使用 Sigmaplot 12.0 统计软件行数据分析，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 两组患者治疗总有效率比较

观察组患者治疗总有效率为 91.7%，比对照组的 72.9% 高，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 2。

表 2 两组患者治疗总有效率比较（*n* = 48, 例）

组别	临床治愈	显效	有效	无效	总有效率/%
对照组	15	12	8	13	72.9
观察组	22	10	12	4	91.7 ^a

注：与对照组比较，^a*P* < 0.05。

2.2 两组患者治疗前后中医证候积分比较

治疗后两组患者各项中医证候积分均比治疗前低，且治疗后观察组患者各项中医证候积分均比对照组低，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 3。

表 3 两组患者治疗前后中医证候积分比较（*n* = 48, $\bar{x} \pm s$, 分）

组别	时间	腰背疼痛	遇寒加重	外周关节疼痛	夜尿频多
对照组	治疗前	4.2 ± 0.8	3.8 ± 0.8	2.2 ± 0.5	2.4 ± 0.5
	治疗后	1.7 ± 0.4 ^b	1.4 ± 0.3 ^b	1.1 ± 0.2 ^b	0.9 ± 0.2 ^b
观察组	治疗前	4.1 ± 0.7	3.7 ± 0.6	2.1 ± 0.4	2.4 ± 0.5
	治疗后	1.2 ± 0.3 ^{bc}	1.1 ± 0.2 ^{bc}	0.8 ± 0.2 ^{bc}	0.6 ± 0.1 ^{bc}

注：与同组治疗前比较，^b*P* < 0.05；与对照组治疗后比较，^c*P* < 0.05。

2.3 两组患者治疗前后 BASDAI、SF-36、VAS 评分比较

治疗后两组患者 BASDAI、VAS 评分比治疗前低，SF-36 评分比治疗前高，且治疗后观察组患者 BASDAI、

VAS 评分比对照组低，SF-36 评分比对照组高，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 4。

表 4 两组患者治疗前后 BASDAI、SF-36、VAS 评分比较（*n* = 48, $\bar{x} \pm s$, 分）

组别	时间	BASDAI 评分	SF-36 评分	VAS 评分
对照组	治疗前	23.5 ± 4.4	53.4 ± 6.7	6.8 ± 1.3
	治疗后	13.3 ± 2.9 ^d	71.4 ± 6.9 ^d	2.4 ± 0.4 ^d
观察组	治疗前	23.6 ± 4.1	53.1 ± 6.4	6.7 ± 1.2
	治疗后	11.4 ± 2.6 ^{de}	76.9 ± 8.1 ^{de}	1.8 ± 0.4 ^{de}

注：BASDAI—巴氏强直性脊柱炎活动指数；SF-36—健康状况调查问卷；VAS—视觉模拟评分法。

与同组治疗前比较，^d*P* < 0.05；与对照组治疗后比较，^e*P* < 0.05。

2.4 两组患者治疗前后血液学指标比较

治疗后两组患者 ESR、血清 hs-CRP、TNF- α 、IL-6 水平比治疗前低，且治疗后观察组患者 ESR、hs-CRP、TNF- α 、IL-6 水平比对照组低，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 5。

表 5 两组患者治疗前后血液学指标比较（*n* = 48, $\bar{x} \pm s$ ）

组别	时间	ESR /mm · h ⁻¹	hs-CRP /mg · L ⁻¹	TNF- α /pg · mL ⁻¹	IL-6 /pg · mL ⁻¹
对照组	治疗前	36.2 ± 5.9	12.4 ± 2.9	27.7 ± 4.4	17.6 ± 3.5
	治疗后	23.2 ± 4.1 ^f	4.8 ± 0.6 ^f	12.9 ± 1.9 ^f	7.7 ± 1.3 ^f
观察组	治疗前	36.5 ± 5.7	12.5 ± 2.8	27.9 ± 4.1	17.8 ± 3.3
	治疗后	19.1 ± 3.8 ^{fg}	3.2 ± 0.5 ^{fg}	11.3 ± 1.7 ^{fg}	6.2 ± 1.1 ^{fg}

注：ESR—红细胞沉降率；hs-CRP—超敏 C 反应蛋白；TNF- α —肿瘤坏死因子- α ；IL-6—白细胞介素-6。

与同组治疗前比较，^f*P* < 0.05；与对照组治疗后比较，^g*P* < 0.05。

2.5 两组患者并发症比较

两组患者各项并发症发生率比较，差异无统计学意义（*P* > 0.05），见表 6。

表 6 两组患者并发症比较 [*n* = 48, *n*(%)]

组别	药疹	骨髓抑制	消化道症状	肝肾功能损伤	神经功能异常
对照组	5(10.4)	4(8.3)	5(10.4)	6(12.5)	44(8.3)
观察组	6(12.5)	5(10.4)	5(10.4)	7(14.6)	6(12.5)

3 讨论

强制性脊柱炎属于中医“脊痹”范畴，因先天禀赋不足、素体虚弱等，导致肝肾气血亏虚，风、寒、湿邪乘虚侵袭肾督，使筋脉失养、骨质受损^[5]。临床上强直性脊柱炎治疗以补肾强督、祛寒化湿为主^[8]。补肾祛寒化湿方具有温肾壮阳、祛寒通脉、养血柔肝、缓急止痛、祛风除湿、通利关节、解表发汗等功效，治疗肾虚督寒证强直性脊柱炎可显著改善患者症状^[9]。传统的柳氮磺吡啶等药物治疗强直性脊柱炎具有疗效差及易复发等缺

点。随着强制性脊柱炎中医中药理论的进展, 中医中药自身或联用柳氮磺吡啶在强直性脊柱炎的治疗中具有显著疗效^[10]。

补肾祛寒化湿方中熟地黄、鹿角胶可补肾益精、强骨壮督, 当归、淫羊藿可温肾壮阳、祛寒通脉, 续断、杜仲、骨碎补及补骨脂可祛风除湿、通利关节、补肾强督, 杜仲可抗炎抗风湿、镇痛驱邪。本研究采用补肾祛寒化湿方联合柳氮磺吡啶治疗肾虚督寒证强直性脊柱炎, 发现可显著改善患者中医证候积分、BASDAI 评分、SF-36 评分、VAS 评分、ESR、血清 hs-CRP、TNF- α 和 IL-6 水平, 表明补肾祛寒化湿方联合柳氮磺吡啶治疗肾虚督寒证强直性脊柱炎具有高效安全等优点。

[参考文献]

- [1] 张雷, 刘志纯. 骨代谢标志物在强直性脊柱炎疾病活动性和骨折风险评估中的研究进展 [J]. 中国骨质疏松杂志, 2022, 28 (12): 1828-1832.
- [2] 姚志城, 黄小冰, 卓善蓝, 等. 督灸联合柳氮磺吡啶治疗早中期强直性脊柱炎疗效观察 [J]. 上海针灸杂志, 2022, 41 (12): 1200-1204.
- [3] 陈悦宁, 刘宏潇. 基于“肾玄府-气液-络脉”理论辨治强直性脊柱炎 [J]. 北京中医药, 2022, 41 (12): 1420-1422.
- [4] 郭利娟, 韩崇涛, 阎晓霞, 等. 督灸联合补肾祛寒化湿方治疗强直性脊柱炎的临床疗效及对患者血清 CTX-I、DKK1 水平的影响 [J]. 新中医, 2021, 53 (10): 117-121.
- [5] 高巧霞. 督灸联合补肾祛寒化湿中药治疗强直性脊柱炎肾虚督寒证疗效及对 ESR、炎症细胞因子的影响 [J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26 (10): 1103-1106.
- [6] 谢雅, 杨克虎, 吕青, 等. 强直性脊柱炎/脊柱关节炎患者实践指南 [J]. 中华内科杂志, 2020, 59 (7): 511-518.
- [7] 黄芳芳, 赵哲, 冯兴华, 等. 三九穴位贴敷联合中药内服治疗强直性脊柱炎疗效观察 [J]. 北京中医药, 2018, 37 (11): 1048-1051.
- [8] 尹雪皎, 赵霞, 郭信. 温肾健脾定脊汤辅助西药治疗对强直性脊柱炎患者炎症因子及脊柱功能的影响 [J]. 中国疗养医学, 2023, 32 (1): 104-107.
- [9] 王露. 督灸联合补肾祛寒化湿方治疗强直性脊柱炎(肾虚督寒证)临床观察 [J]. 光明中医, 2023, 38 (3): 494-496.
- [10] 邱型丰, 何晓瑾. 从肾脾论治强直性脊柱炎研究进展 [J]. 中国中医药图书情报杂志, 2023, 47 (1): 95-99.

[文章编号] 1007-0893(2023)13-0034-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.13.011

艾灸肺俞穴、中腕穴联合小青龙汤治疗慢性咳嗽的临床疗效

郜亚红 马 飞 司丹丹

(焦作市中医院, 河南 焦作 454550)

[摘要] 目的: 分析艾灸肺俞穴、中腕穴联合小青龙汤治疗慢性咳嗽的临床疗效。方法: 选择在焦作市中医院 2020 年 10 月至 2022 年 10 月诊治的 76 例慢性咳嗽患者, 按随机对照原则分对照组和观察组, 各 38 例。两组患者均进行常规西药治疗, 在此基础上对照组患者接受小青龙汤治疗, 观察组患者接受小青龙汤联合艾灸肺俞穴、中腕穴治疗, 共治疗 3 个疗程。比较两组患者临床疗效、血清炎症因子指标、呼吸功能以及不良事件情况。结果: 观察组患者总有效率高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗后, 观察组患者的血清 C 反应蛋白 (CRP)、白细胞介素-6 (IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α) 水平均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗后, 两组患者呼吸功能较治疗前改善, 且观察组患者的动脉血氧分压 (PaO₂) 水平高于对照组, 动脉血二氧化碳分压 (PaCO₂) 水平低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组患者不良事件发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 艾灸肺俞穴、中腕穴联合小青龙汤治疗慢性咳嗽, 能有效降低患者血清炎症因子水平, 改善呼吸功能。

[关键词] 慢性咳嗽; 小青龙汤; 肺俞穴; 中腕穴

[中图分类号] R 256.11 **[文献标识码]** B

[收稿日期] 2023-05-11

[作者简介] 郜亚红, 女, 主治医师, 主要从事中医呼吸内科工作。