

针刺联合骨痛灵酊治疗寒湿痹阻型类风湿性关节炎的疗效观察

何倪

(资阳市中医医院 针灸科, 四川 资阳 641300)

摘要: **目的** 探讨针刺联合骨痛灵酊治疗寒湿痹阻型类风湿性关节炎的临床治疗效果。**方法** 选择2021年2月至12月在本院针灸科进行治疗的寒湿痹阻型类风湿性关节炎患者153例, 男性(67例), 女性(86例), 随机分为对照组A(51例)、对照组B(51例)和治疗组(51例)。对照组A采用口服来氟米特治疗; 对照组B采用口服来氟米特联合针刺治疗; 治疗组在对照组B基础上联合骨痛灵酊湿敷进行治疗。**结果** 治疗组总有效率为92.16%, 效果与对照组A 76.47%和对照组B 82.35%比较差异均有统计学意义($P < 0.05$)。患者在接受治疗后, 治疗组较对照组A和对照组B VAS 评分指数、实验室指标水平(RF、ESR、hs-CRP)、临床症状积分均下降明显($P < 0.01$)。**结论** 针刺联合骨痛灵酊及来氟米特能提高对寒湿痹阻型类风湿性关节炎的治疗效果, 缓解患者疼痛、降低RF、ESR、hs-CRP指标水平、改善患者临床症状和体征, 提高日常生活质量, 且未出现严重的不良反应, 因此值得临床推广应用。

关键词: 类风湿性关节炎; 寒湿痹阻; 骨痛灵酊; 来氟米特; 针刺

中图分类号: R593.22

文献标识码: B

DOI: 10.3969/j.issn.1671-3141.2023.002.021

本文引用格式: 何倪. 针刺联合骨痛灵酊治疗寒湿痹阻型类风湿性关节炎的疗效观察[J]. 世界最新医学信息文摘, 2023, 23(002): 117-120.

0 引言

类风湿关节炎(rheumatoid arthritis, RA)是一种异质性、系统性疾病, 以慢性进行性对称性多关节炎为主要表现。我国 RA 的发病率约为 0.4%, 在全世界约为 0.6%-1.5%^[1], 发病以45~60岁的女性多见。目前研究认为遗传加不良环境是类风湿关节炎发病的主要因素^[2], 感染、营养、内分泌等因素等则增加了本病的易感性^[3], 但具体病因尚不能明确。目前西医治疗没有根治类风湿性关节炎的方法, 治疗RA药品的不良反应使患者依从性差, 因此大多数患者同时寻求中医方法治疗。近年来, 通过临床观察研究发现, 中医外治对RA疗效也得到患者的认可。中药外敷治疗类风湿关节炎是一种简、廉、验、便的方法, 药物直接作用于患处, 或者通过改善患处血液循环, 促进炎症消退等作用达到缓解病情目的。本研究选取本院针灸科2021年2月至12月住院治疗的RA患者153例, 分三组给予不同治疗方案, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选择2021年2月至12月在本院针灸科进行治疗的寒湿痹阻型类风湿性关节炎患者153例, 男性67例, 女性86例, 患者均知情并签署知情同意书。随机分为治疗组和对照组A、对照组B。治疗组51例, 男20例, 女31例, 平均年龄(46.16 ± 15.82)岁, 平均病程(293.16 ± 58.37)天; 对照组A 51例, 男23例, 女28例, 平均年龄(46.08 ± 12.82)岁, 平均病程(298.69 ± 55.88)天; 对照组B 51例, 男24例, 女27例, 平均年龄(45.22 ± 15.24)岁, 平均病程(289.16 ± 69.83)天。三组资料均衡对比差异无统计学意义($P > 0.05$), 具可比性。

1.2 纳入和排除标准

1.2.1 纳入标准

① 年龄20岁~70岁, 符合《2018中国类风湿关节炎诊疗指南》诊断标准^[4];

② 符合《中药新药治疗类风湿关节炎

的临床研究指导原则》^[5]中寒湿痹阻证诊断标准；

- ③ VAS 疼痛评分≥3 分；
- ④ 不合并其它风湿病。

1.2.2 排除标准

① 不符合纳入标准者；② 孕妇及幼儿；③ 患处皮肤破溃者；④ 病情严重必须手术治疗者；⑤ 合并结缔组织病及其他关节炎疾病者；⑥ 有心、脑血管、肝、肾等严重原发性疾病及精神病患者；⑦ 未按规定治疗及用药，无法判定疗效或资料不全影响结果判定者。

1.3 治疗方法

分组：将153例患者用随机数表法按治疗组：对照组A：对照组B=1：1：1的比例进行随机分组。

治疗方案：

对照组A：来氟米特20 mg，口服，1次/日。4周为1个疗程，共3个疗程。

对照组B：来氟米特20 mg，口服，1次/日；针刺，留针30 min，10min行1次针。每日1次，1周5次，4周为1个疗程，共3个疗程。在主要受累关节周围取穴。

治疗组：针刺结束患者活动关节5min后，在对照B组的基础上联合骨痛灵酊进行湿敷治疗，每日1次，1周5次，4周为1个疗程，共3个疗程。

1.4 临床观察指标

患者于治疗前后记录患者症状、体征以评价患者临床疗效。

1.4.1 临床疗效标准

疼痛等症状消失，关节功能复常为显效；疼痛等症状减轻，关节功能接近正常为有效；疼痛等症状、关节功能无变化、无好转为无效。总有效率=(显效+有效)例数/总例数×100%^[6]。

1.4.2 疼痛视觉模拟(VAS)评分

VAS评分，准备一条20 cm的刻度尺上均匀标出10等分，让患者在刻度尺上标出自己认

为最疼痛处的相应位置，根据患者标出的位置制定出分数表(0-10分)：①0分：无痛；②4分以下：轻微疼痛，能忍受；③5-6分：较严重疼痛，大部分人能坚持忍受；④7-10分：强烈疼痛，并影响睡眠、食欲。

1.4.3 实验室指标

对比治疗前后hs-CRP、RF和ESR的数值。

1.4.4 症状与体征评分

① 关节肿胀计分标准：0分：无肿胀；2分：轻度肿胀；4分：中度肿胀；6分：重度肿胀。② 关节压痛计分标准：0分：无压痛；2分：按压时诉痛；4分：按压时出现痛苦表情；6分：按压时退缩或拒按。③ 晨僵时间计分：0分：无晨僵；2分：晨僵<半小时；4分：晨僵半小时至1小时内；6分：晨僵时间>1小时。

1.5 统计学处理

采用SPSS 23.0 软件进行统计分析，计数资料以n/%形式表示，组间检验由 χ^2 和t执行，计量资料以($\bar{x} \pm s$)形式表示，采用t检验，以P<0.05为差异有统计学意义。

2 治疗结果

2.1 三组患者临床疗效比较

治疗组总有效率为92.16%，对照组A总有效率为76.47%，对照组B总有效率为82.35%。见表1。

表1 三组患者疗效比较(例, %)

组别	病例数	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	51	40	7	4	92.16##*
对照组 A	51	30	10	12	76.47
对照组 B	51	31	11	9	82.35 a

注：与对照组A比较，#P<0.05；与对照组B比较，*P>0.05；与对照组A比较，aP>0.05。

2.2 三组患者治疗前后实验室指标水平比较

三组患者治疗前后RF、ESR、CRP数值较治疗前明显降低(P<0.01)，治疗组疗效优于对照组A和对照组B(P<0.01)，见表2、3、4。

表 2 三组患者 RF 评分比较比 ($\bar{x} \pm s$, IU/mL)

组别	病例数	治疗前	治疗后
治疗组	51	139.04 ± 26.10	77.88 ± 12.36 ^{#a}
对照组 A	51	136.04 ± 24.13	104.16 ± 8.43 ^a
对照组 B	51	132.84 ± 26.52	93.22 ± 17.21 ^{#a}

注: 与治疗前比较, aP<0.01; 与对照组 A 比较, #P<0.01; 与对照组 B 比较, *P<0.01。

表 3 三组患者 ESR 评分比较比 ($\bar{x} \pm s$, mm/h)

组别	病例数	治疗前	治疗后
治疗组	51	64.61 ± 9.56	29.49 ± 6.63 ^{#a}
对照组 A	51	63.16 ± 9.25	46.43 ± 6.02 ^a
对照组 B	51	64.65 ± 8.99	39.75 ± 5.43 ^{#a}

注: 与治疗前比较, aP<0.01; 与对照组 A 比较, #P<0.01; 与对照组 B 比较, *P<0.01。

表 4 三组患者 CRP 评分比较比 ($\bar{x} \pm s$, mg/L)

组别	病例数	治疗前	治疗后
治疗组	51	42.16 ± 10.98	22.82 ± 4.69 ^{#a}
对照组 A	51	41.16 ± 12.31	31.57 ± 5.82 ^a
对照组 B	51	41.75 ± 11.20	27.55 ± 3.60 ^{#a}

注: 与治疗前比较, aP<0.01; 与对照组 A 比较, #P<0.01; 与对照组 B 比较, *P<0.01。

表 6 三组患者临床症状积分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	病例数	时间	关节压痛	关节肿胀	关节僵硬
治疗组	51	治疗前	5.08 ± 0.77	5.08 ± 0.82	5.10 ± 0.88
		治疗后	2.57 ± 1.08 ^{#a}	2.35 ± 1.16 ^{#a}	2.57 ± 1.08 ^{#a}
对照组 A	51	治疗前	4.98 ± 0.88	5.14 ± 0.85	5.04 ± 0.77
		治疗后	3.82 ± 1.44 ^a	3.84 ± 0.78 ^a	4.08 ± 1.67 ^a
对照组 B	51	治疗前	4.80 ± 0.83	5.06 ± 0.83	5.06 ± 0.86
		治疗后	3.29 ± 1.32 ^a	3.55 ± 1.06 ^a	3.65 ± 1.05 ^a

注: 与治疗前比较, aP<0.01; 与对照组 A 比较, #P<0.01; 与对照组 B 比较, *P<0.01。

2.5 安全性

治疗中三组患者均完成治疗, 除每组有2例出现恶心的不良反应外, 均未出现严重不良反应, 均无特殊处理并不影响后续治疗。

3 讨论

类风湿性关节炎是一种疑难杂病, 单纯靠西药或者某一种单一治疗方案, 对病情的控制和疾病复发的控制显得有些不足, 因此临床应积极采用多模式综合治疗方案来提高临床治疗效果。

早期传统医学书籍中并没有“类风湿性

2.3 三组患者VAS评分比较

三组患者经过治疗后, 视觉疼痛模拟评分 (VAS) 都较治疗前都明显降低, 治疗组显著优于对照组A和对照组B ($P<0.01$), 对照组A和对照组B治疗后差异无统计学意义 ($P>0.05$) 见表5。

表 5 三组患者 VAS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	病例数	治疗前	治疗后
治疗组	51	6.82 ± 1.14	2.20 ± 1.00 ^{#a}
对照组 A	51	6.61 ± 1.25	3.67 ± 1.11a
对照组 B	51	6.80 ± 1.48	3.37 ± 1.11 ^a

注: 与治疗前比较, aP<0.01; 与对照组 A 比较, #P<0.01; 与对照组 B 比较, *P<0.01。

2.4 三组患者临床症状积分比较

三组患者经过治疗后, 关节僵硬、关节肿胀、关节压痛、症状都较治疗前都有所改善 ($P<0.01$); 治疗组显著优于对照组A和对照组B ($P<0.01$); 对照组A和对照组B治疗后差异无统计学意义 ($P>0.05$), 见表6。

关节炎”这一病名, 现代中医理论按照“关节痛、肿、麻木、重浊、屈伸不利等临床症状”将其归属于中医“痹症”范畴。《素问·痹症》, 指出“风、寒、湿三气杂至合而为痹, 其风气胜者为行痹, 寒气胜者为痛痹, 湿气胜者为着痹也”, “所谓饮食居处, 为其病本”认为痹症内因多为气血营卫亏虚, 外因常和感受外邪相关; 而外部环境、以及过劳、体虚则常是最主要的诱发因素。王银山、苏雅丽等认为风寒湿痹型是类风湿性关节炎病情发展的起始阶段, 是中医药治疗的最佳时期, 适当选用祛风胜湿、通经活络之品^[7]。

近些年来中医治疗类风湿性关节炎的研



究取得了较大的进展。中医外治法的诸多研究和临床病例观察证明,中成药外敷、中药熏蒸熏洗、针灸等对类风湿性关节炎都有一定的疗效。虽然中医针刺治疗RA的方法有一定的效果,但对于患者临床症状和体征以及患者疼痛感受度方面的疗效还需更多的临床研究验证,临床上也多联合中药外用治疗。

宋代著名方书《圣济总录》对外治机理进行探讨:“治外者,由外以通内,膏熨蒸粉之类,籍以气达者,是也……,凡导引痹郁者,于酒为宜。”骨痛灵酊是用50%的乙醇作为溶剂,通过渗漉法制备而成的药液,乙醇含量为45%-55%^[8]。骨痛灵酊选用透皮给药的方法,能规避掉肝脏的首过效应对对胃肠道的损伤,也可提高生物利用度,同时又可降低药物的毒性和副作用。主要成分为雪上一枝蒿、干姜、龙血竭、乳香、没药、冰片^[8],六味中药共奏温经散寒,祛风活血,通络止痛之功。杨林等^[9]发现骨痛灵酊联合来氟米特能够明显提高治疗疗效,改善关节肿胀、疼痛及活动功能。

综上,针刺联合骨痛灵酊同时配以来氟米特治疗类风湿性关节炎能明显缓解RA患者疼痛,降低相关实验室指标,改善患者临床症状,提高患者生活质量,且无严重不良反应,值得临床广泛应用及推广。

参考文献

- [1] Matthijssen Xanthe M E. Increasing incidence of autoantibody-negative RA is replicated and is partly explained by an aging population[J]. *Annals of the rheumatic diseases*,2020,4
- [2] 王亮.类风湿性关节炎免疫治疗药物的作用机制和应用进展[J].*中国处方药*,2020,18(4):25-26.
- [3] Marta Obrzud,Anna Groniek. Evaluation of everyday routine changes caused by rheumatoid arthritis (RA). Differences between genders[J]. *Journal of Education, Health and Sport*,2018,8(4).
- [4] 中华医学会风湿病学分会.2018中国类风湿关节炎诊疗指南[J].*中华内科杂志*,2018,57(4):242-251.
- [5] 郑筱萸.中药新药治疗类风湿关节炎的临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:5,115.
- [6] 余希婧,华水生.独活寄生汤方加减与针灸疗法对类风湿关节炎患者的疗效及其对血清CRP、ESR和氧化应激指标水平的影响[J].*抗感染药学*,2018,15(10):1784-1786.
- [7] 王银山,苏雅丽,丰哲,等. 类风湿关节炎辨证分型与各种炎性指标相关性研究[J]. *山东中医药大学学报*,2009,33(4):296-297.
- [8] 国家药典委员会编 .中国药典(2020年版二部)[S].北京:中国医药科技出版社,2020,466-468.
- [9] 杨琳,黄武维.骨痛灵酊联合来氟米特治疗类风湿性关节炎的临床观察[J].*湖北中医药大学学报*,2016,18(04):79-81.