

温针灸治疗类风湿性关节炎临床观察

林兵宾

兰溪市中医院针推科, 浙江 321100, 中国

【摘要】目的：观察温针灸背部腧穴对类风湿性关节炎(rheumatoid arthritis, RA)的临床疗效。**方法：**将 60 例 RA 患者按随机数字表随机分为 2 组，每组 30 例。观察组采用温针灸背部督脉穴及夹脊穴治疗，对照组采用常规针刺治疗。**结果：**治疗后，两组患者晨僵、关节疼痛指数、关节肿胀指数及红细胞沉降率(erythrocyte sedimentation rate, ESR)都有明显改善，与本组治疗前差异均有统计学意义($P < 0.01$)；观察组与对照组亦有统计学差异($P < 0.05$)。观察组总有效率为 93.3%，对照组为 76.6%，两组总有效率差异有统计学意义($P < 0.01$)。**结论：**温针灸背部督脉穴及夹脊穴治疗 RA 的疗效优于常规针刺治疗。

【关键词】关节炎, 类风湿; 温针疗法; 针灸疗法; 灸法; 穴, 夹脊; 督脉

类风湿性关节炎(rheumatoid arthritis, RA)是一个累及周围关节为主的多系统性炎症性自身免疫疾病。RA 以慢性对称性多关节炎为特点，是一种以慢性滑膜炎，侵及下层的软骨和骨，而造成关节破坏为主病理改变的结缔组织疾病。因为其致畸和致残率很高，是临床常见的疑难病。目前治疗 RA 方法有限，且西药长期服用有较大毒副作用，而针刺、艾灸治疗类风湿性关节炎安全、经济、简便、毒副作用小，正逐渐受到国内外医学界的关注。近年来有关针灸治疗类风湿性关节炎的报道较多，如温针^[1]、穴位注射^[2]、穴位埋线^[3]、蜂针等疗法^[4]，而采用温针灸背部腧穴的疗法鲜有报道。为探索 RA 的有效治疗方案，笔者采用温针灸背部督脉穴及夹脊穴治疗 RA，以补益患者阳气，从而提高机体免疫力。现将临床结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

1.1.1 西医诊断标准

参照 1987 年美国风湿病协会制定的 RA 诊断标准^[5]：每天晨僵持续至少 1 h，病程至少 6 星期；有 3 个或 3 个以上的关节肿，至少 6 星期；腕、掌、指近指关节肿至少 6 星期；对称性关节肿至少 6 星期；有皮下结节；手 X 线摄片改变(至少有骨质稀疏和关节间隙狭窄)；类风湿因子阳性。上述 7 项中有 4 项者即可确诊为 RA。

1.1.2 中医诊断标准

参照《中医病症诊断疗效标准》中关于“尪痹”的诊断标准^[6]：关节肿胀疼痛，痛有定处，晨僵屈伸不利，遇寒则痛剧，局部畏寒怕冷。

1.2 纳入标准

符合上述中西医诊断标准；年龄 20~65 岁；自愿参与本研究并签署知情同意书。

1.3 排除标准

长期服用免疫抑制剂、青霉胺、氯喹、金制剂等药物者；孕妇或哺乳期妇女；有严重肝、肾、肺及心脑血管疾病者；有严重药物过敏史者。

1.4 统计方法

采用 SPSS11.0 软件包进行数据处理。计量资料用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示，采用 t 检验；计数资料采用卡方检验。

1.5 一般资料

共纳入 60 例 RA 患者，均来自本院门诊。将患者按照就诊顺序编号，采用完全随机抽样法，从随机数字表中抽取随机数字，将患者按随机数字分入观察组和对照组，每组 30 例。观察组中年龄最小 21 岁，最大 65 岁。对照组中年龄最小 20 岁，最大 63 岁。经统计学处理，两组患者性别、年龄、病程无统计学差异($P > 0.05$)，说明两组具有可比性(表 1)。

表 1. 两组患者一般资料比较(例数)

组别	n	性别		平均年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	平均病程 ($\bar{x} \pm s$, 月)
		男	女		
观察组	30	7	23	45.5±2.3	9.2±1.2
对照组	30	5	25	44.2±2.2	8.6±1.3

2 治疗方法

2.1 观察组

2.1.1 穴位

主穴：大椎 Dazhui (GV 14)、神道 Shendao (GV 11)、至阳 Zhiyang (GV 9)、命门 Mingmen (GV 4)、夹脊穴 Jiaji (EX-B 2)。

配穴：百会 Baihui (GV 20)，双侧风池 Fengchi (GB 20)、肩井 Jianjing (GB 21)。

2.1.2 操作

患者骑坐在靠背椅上,双手扶于椅背。穴区皮肤常规消毒后,选用直径 0.25 mm,长 40 mm 的一次性不锈钢毫针,直刺大椎 Dazhui (GV 14)、神道 Shendao (GV 11)、至阳 Zhiyang (GV 9)、命门 Mingmen (GV 4),进针约 25 mm。再取夹脊穴 Jiaji (EX-B 2) (T_1 、 T_3 、 T_5 、 T_7 、 T_9 、 T_{11} 、 L_1 、 L_3 旁开 0.5 寸),针尖与皮肤成 45° 角向脊柱方向斜刺。针刺得气后,百会施平补平泻法。双侧风池 Fengchi (GB 20)、肩井 Jianjing (GB 21) 亦进针约 25 mm。针刺得气后,主穴上交叉选取 6~8 个穴位进行温针灸,即如左侧取 T_1 、 T_5 、 T_9 、 L_1 夹脊穴,则右侧取 T_3 、 T_7 、 T_{11} 、 L_3 夹脊穴,在针尾插上长 1.5 cm 的艾条,从底部点燃,15 min 燃尽后为一壮,后再换 1 段,每穴灸 2 壮。

2.2 对照组

2.2.1 穴位

辨证取穴:行痹取膈俞 Geshu (BL 17)、血海 Xuehai (SP 10);痛痹取肾俞 Shenshu (BL 23)、关元 Guanyuan (CV 4);着痹取脾俞 Pishu (BL 20)、阴陵泉 Yinlingquan (SP 9)。

局部取穴:根据受累关节取肩贞 Jianzhen (SI 9)、曲池 Quchi (LI 11)、外关 Waiguan (TE 5)、阳溪 Yangxi (LI 5)、八邪 Baxie (EX-UE 9)、血海 Xuehai (SP 10)、犊鼻 Dubi (ST 35)、足三里 Zusanli (ST 36)、昆仑 Kunlun (BL 60)、照海 Zhaohai (KI 6)、八风 Bafeng (EX-LE 10)、关节周围阿是穴 Ashi points。

以上穴位均双侧取穴。

2.2.2 操作

采用 0.25×40 mm 的一次性不锈钢毫针,局

部常规针刺,行平补平泻手法。

两组均留针 30~40 min,10 天为 1 疗程,共治疗 3 个疗程,疗程间休息 1 周。

3 治疗效果

3.1 观察指标

两组均于治疗前和治疗后进行评估。参照美国风湿病学会 1987 年 RA 诊断标准^[6]中内容,评估关节肿胀指数(所有肿胀关节的肿胀度相加)、关节压痛指数(所有受累关节的压痛度相加)、晨僵时间。检测患者治疗前后红细胞沉降率 (Erythrocyte Sedimentation Rate, ESR)。

3.2 疗效标准

根据《中医病证诊断疗效标准》中^[7]:

显效:症状消失,受累关节肿痛消失,关节功能正常,实验室检查正常。

好转:症状减轻,受累关节肿痛减轻,关节功能好转,实验室检查有改善。

无效:症状未消失,受累关节功能无进步,实验室检查无变化。

3.3 治疗结果

3.3.1 两组治疗前后临床症状和实验室检查指标比较

观察组患者晨僵时间、关节疼痛指数、关节肿胀指数和 ESR 均较治疗前有显著改善 ($P<0.01$)。治疗后,观察组在晨僵时间、关节疼痛指数、关节肿胀指数和 ESR 方面与对照组对应数据比较,差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。详见表 2。

表 2 两组治疗前后临床症状评分和血沉指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	晨僵(h)	关节疼痛指数	关节肿胀指数	ESR (mm/h)
观察组	30	治疗前	1.5±0.54	9.7±0.45	6.8±0.51	37.05±11.26
		治疗后	0.2±0.12 ¹⁾²⁾	2.5±0.47 ¹⁾²⁾	2.6±0.62 ¹⁾²⁾	10.35±5.08 ¹⁾²⁾
对照组	30	治疗前	1.6±0.41	9.2±0.47	6.6±0.56	38.58±9.05
		治疗后	0.6±0.17 ¹⁾	4.3±0.51 ¹⁾	4.45±0.52 ¹⁾	29.10±12.3 ¹⁾

注:与本组治疗前比较,1) $P<0.01$;与对照组治疗后比较,2) $P<0.05$

3.3.2 两组疗效比较

观察组总有效率为 93.3%,对照组为 76.6%,经卡方检验,两组总有效率差异有统计学意义 ($P<0.01$),提示观察组疗效优于对照组(表 3)。

表 3. 两组患者临床疗效比较 (例数)

组别	n	显效	好转	无效	总有效率 (%)
观察组	30	25	3	2	93.3 ¹⁾
对照组	30	14	9	7	76.6

注:与对照组比较,1) $P<0.01$

4 讨论

类风湿性关节炎是一种病因尚未明了的慢性全身性疾病,临床表现为受累关节疼痛、肿胀、变形,功能下降,病变呈持续、反复发作的过程。若不及时治疗,会导致关节变形,从而严重影响正常生活。西医治疗本病主要以缓解疼痛为主。RA 属中医学“痹证”(尪痹)范畴,其病因病机为本虚标实,正气虚是本病发病的内在的决定性因素。正气不足,卫外不固,不能抗御外邪,风寒湿等外邪就易侵袭人体,阻滞经络、关节、筋骨,致血脉痹阻、津液停聚、营卫不通,久而痰瘀互结,导致本病的发生。RA 病机可归纳为“虚、邪、瘀”。故治疗当以扶正为主,正气足则不易感受外邪,即使已经感邪,也易驱邪外出。

督脉为“阳脉之海”,是人体阳经的总汇,能统摄调理全身之阳气,振奋全身机能。督脉与肾、脑髓有密切关系,与全身的脏腑、经络也有着直接或间接的关系,故刺激督脉穴位可调节全身的经络气血、脏腑功能^[8-10]。百会、大椎、神道、至阳、命门为督脉阳气结聚之要穴,百会可以提升阳气;大椎为手、足三阳经与督脉之会穴,能温阳祛寒,调整全身阳气;神道壮阳益气,宁心安神;至阳补心肺之阳,益气血;命门补肾壮阳,培元固本。

夹脊穴位于督脉和足太阳膀胱经之间,又位于胸、腹气街中,可通过经络与五脏六腑、脑、髓等相联系。从现代医学来看,夹脊穴分布与脊神经节段关系极为密切,穴区内有脊神经后支通过,是夹脊穴治疗效应的主要神经生理学基础。故针刺夹脊穴既可疏通经络气血,,又能调节感觉和运动神经,起到整体调节作用^[8]。风池穴为足少阳经和阳维脉的交会穴,可祛风清脑。

艾柱燃烧时,热感通过针灸针传入到皮肉筋骨之中,可使毛细血管扩张,加速穴区组织血液和淋巴循环,促进新陈代谢,从而达到祛寒除湿,温补气血,活血逐痹的目的。艾灸刺激还可诱导局部肌肉产生热休克蛋白,进而认为灸法作用机制的一个重要方面是施灸部位产生的热休克蛋白作为免疫原激活了免疫系统^[11]。温针灸是将针刺与艾灸结合使用的一种方法。温针疗法除了针刺作用外,还可通过艾灸的温热作用起到温经散寒,通经活络的作用^[12-14]。

本研究结果提示温针灸背部腧穴可明显缓解 RA 患者的临床症状,提高机体的免疫功能,其作者优于常规针刺治疗。

参考文献

- [1] Qi Y, Yang R. 温针灸配合药物治疗急性类风湿性关节炎. *Zhenjiu Linchuang Zazhi*, 2009, 25(1): 40-41.
- [2] Gu Y, Xie JP, Yang Y. 雪莲注射液穴位注射治疗类风湿性关节炎 60 例. *Shanxi Zhongyi*, 2009, 25(3): 30.
- [3] Gao DR, Gao DG, Gao L, Lu J, Yang LX, Hong JG. 穴位埋线治疗类风湿关节炎疗效观察. *Shanghai Zhenjiu Zazhi*, 2007, 26(5): 27.
- [4] Liu XD, Zhang JL, Zheng HG, Liu FY, Chen Y. Clinical randomized study of bee-sting therapy for rheumatoid arthritis. *Zhenci Yanjiu*, 2008, 33(3): 197-200.
- [5] 陈灏珠.内科学. 北京:人民卫生出版社,1996: 804.
- [6] Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*, 1988, 31: 315-334.
- [7] State Administration of Traditional Chinese Medicine. Criteria of Diagnosis and Therapeutic Effects of Diseases and Syndromes in Traditional Chinese Medicine. Nanjing: Nanjing University Press, 1994: 29.
- [8] Cao Y, Li PF, Chen XS. Simple analysis on Professor ZHANG Dao-zong's academic thought of dredging the Governor Vessel and regulating mentality. *Zhongguo Zhen Jiu*, 2006, 26(10): 741-743.
- [9] Zhang XR, Wang X, Sun CL, Wang Y. Expression of NF-κB in spinal ganglia of CIA rats and therapeutic action of acupuncture Jiaji points. *Xiandai Zhongyixi Jiehe Zazhi*, 2007, 16(11): 1460-1462.
- [10] Li G, Wang XJ, Ge HQ, Niu HC, Han JF, Zhang HS, Tan HC, Li XZ. Study of Chinese medicine paster on negative emotion and quality of life in patients with ankylosing spondylitis. *Xiandai Zhongyixi Jiehe Zazhi*, 2010, 19(24): 2999-3001.
- [11] Song JL, Fan FJ, Han ZP, Hong WX. Advances of studies on traditional moxibustion therapy for treatment of cancer. *Zhongguo Zhen Jiu*, 2006, 26(3): 227-229.
- [12] Xu L, Wang YS. Relationship of acupuncture and heat shock protein. *Liaoning Zhongyiyao Daxue Xuebao*, 2011, 13(1): 204-206
- [13] Wu CJ, Liu WZ, Liu JP, Xie X. Effect of warm

needling moxibustion on pain index and substance P in patients with lumbar intervertebral disc protrusion. Zhongguo Zhongyi Gushang Zazhi, 2008, 16(8): 35-36.

- [14] He QY, Zhang J. Professor ZHANG Ji's clinical experience. Zhongguo Zhen Jiu, 2006, 26(12): 890-892.

- [15] Mei J, Yang ZR, Li H. Therapeutic observation of early-stage and mid-stage knee osteoarthritis treated

with warm needling. Shanghai Zhenjiu Zazhi, 2014, 33(1): 52-54.

作者简介: 林兵宾, 女, 学士, 副主任中医师
E-mail: 2684888272@qq.com

Received Date: October 20, 2014