

文章编号:1005-0957(2021)03-0324-04

· 临床研究 ·

针刺输穴治疗类风湿性关节炎的临床观察

方永江, 王祖红, 柴琳, 刘蕾, 何艳
(昆明市中医医院, 昆明 650011)

【摘要】 目的 观察健脾补肾强督壮骨法针刺输穴治疗类风湿性关节炎(RA)的临床疗效及对类风湿因子(RF)、血沉(ESR)、C反应蛋白(CRP)的影响。方法 将60例RA患者随机分为治疗组和对照组,每组30例。治疗组采用健脾补肾强督壮骨法针刺输穴治疗,对照组采用常规针刺治疗。比较两组的视觉模拟量表(VAS)评分及RF、ESR、CRP的变化,并比较两组临床疗效。结果 与治疗前比较,两组治疗后RA患者的VAS评分,以及血清RF、ESR、CRP均有改善($P<0.05$);治疗组治疗后的VAS评分,以及血清RF、ESR、CRP优于对照组($P<0.05$)。治疗组总有效率为86.7%,优于对照组的70.0%($P<0.05$)。结论 健脾补肾强督壮骨法针刺输穴对RA患者的治疗作用优于常规针刺。

【关键词】 针刺疗法;穴,输;关节炎,类风湿;类风湿因子;血沉;视觉模拟量表

【中图分类号】 R246.2 **【文献标志码】** A

DOI:10.13460/j.issn.1005-0957.2021.03.0324

Clinical Observations on Acupuncture at Shu-Stream Points for Rheumatoid Arthritis FANG Yong-jiang, WANG Zu-hong, CHAI Lin, LIU Lei, HE Yan. Kunming Hospital of Traditional Chinese Medicine, Kunming 650011, China

[Abstract] **Objective** To investigate the clinical efficacy of spleen-invigorating, kidney-tonifying, Du-reinforcing and bone-strengthening acupuncture at Shu-Stream points for rheumatoid arthritis (RA) and its effect on rheumatoid factor (RF), erythrocyte sedimentation rate (ESR) and hypersensitivity C-reactive protein (CRP). **Method** Sixty RA patients were randomized to treatment and control groups, 30 cases each. The treatment group received spleen-invigorating, kidney-tonifying, Du-reinforcing and bone-strengthening acupuncture at Shu-Stream point and the control group, conventional electroacupuncture. Changes in the Visual Analogue Scale (VAS) score and serum rheumatoid factor, erythrocyte sedimentation rate and hypersensitivity C-reactive protein, and the clinical therapeutic effects were compared between the two groups. **Result** After treatment, the VAS score and serum RF, ESR and CRP were improved in the two groups of RA patients compared with before ($P<0.05$). The VAS score and serum RF, ESR and CRP in the treatment group were better than in the control group ($P<0.05$). The total effective rate was 86.7% in the treatment, better than 70.0% in the control group ($P<0.05$). **Conclusion** Spleen-invigorating, kidney-tonifying, Du-reinforcing and bone-strengthening acupuncture at Shu-Stream points has a specific therapeutic effect in RA patients.

[Key Words] Acupuncture therapy; Points, Shu-Stream; Arthritis, rheumatoid; Rheumatoid factor; Erythrocyte sedimentation rate; Visual Analogue Scale

类风湿性关节炎(rheumatoid arthritis, RA)是一种以对称性多关节炎为主要临床表现的自身免疫性疾病,以关节滑膜慢性炎症、关节的进行性破坏为特征。

主要表现为对称性关节肿痛,晚期可致关节强直或畸形,功能严重受损^[1]。RA在我国发病率大约为0.32%~0.36%^[2],本病多为一种反复发作性疾病,致残率较高,

基金项目:云南省科技厅课题项目[2019FF002(-25)]

作者简介:方永江(1981—),男,主治医师,Email:fangyongjiang81@163.com

通信作者:何艳(1982—),女,主治医师,Email:green-421@163.com

预后不良。目前 RA 病因及发病机制尚不清楚, 西药治疗本病尚无特异的疗效, 尽管非甾体类抗炎药、免疫抑制剂、生物制剂和糖皮质激素等可以减轻症状, 但疗效难以令人满意, 且副作用较多。美国风湿病学会 (ACR) 2002 版类风湿关节炎治疗指南中指出, 类风湿关节炎治疗的最终目标是防治和控制关节破坏、组织功能丧失, 以及减轻疼痛。而针灸治疗 RA 有着独特的优势, 可以有效地缓解临床症状、预防关节结构受到损害及保持机体功能的完整性。临床实践证明针灸治疗 RA 具有安全性, 疗效不亚于常规用药^[3]。笔者运用针刺输穴治疗 RA 患者, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

病例均来源于昆明市中医医院住院及门诊患者, 符合纳入标准的患者 60 例, 随机分为治疗组 30 例和对照组 30 例。治疗组中男 12 例, 女 18 例; 对照组中男 11 例, 女 19 例, 两组间性别比较, 差异无统计学意义 ($\chi^2=0.705, P=0.792$)。治疗组中年龄最小 20 岁, 最大 63 岁, 平均 (43±3) 岁; 对照组中年龄最小 22 岁, 最大 64 岁, 平均 (43±3) 岁, 两组年龄比较, 差异无统计学意义 ($t=0.18, P=0.87$), 具有可比性。研究中保证由不知情分组治疗的第三方进行疗效评价、数据分析和统计, 实行研究者、操作者、统计者“三分离”。

1.2 诊断标准

参考 2010 年 ACR/EULAR 的《类风湿关节炎分类标准》。

1.3 纳入标准

①符合 RA 诊断标准; ②治疗前处于活动期患者; ③年龄 18~70 岁; ④症状、体征、检查结果等资料齐全者。

1.4 排除标准

①年龄 < 18 岁或 > 70 岁者; ②合并有其他风湿病患者; ③合并有严重的心、肺、脑、肾等重大内科疾病或脏器功能不全者。

2 治疗方法

2.1 治疗组

取输穴太溪、太白、后溪、太冲、足临泣, 定位根据中华人民共和国国家标准 GB12346-90 颁布的《经穴部位》, 取穴参考普通高等教育“十五”国家级规划教

材石学敏主编的《针灸学》。针刺前, 医者先用肥皂水将手洗刷干净, 再用 75% 的乙醇棉球擦拭后, 对针刺穴位皮肤用 75% 乙醇棉球擦拭消毒。采用 0.25 mm×25~40 mm 不锈毫针, 太溪直刺 0.5~0.8 寸, 得气后行徐疾补法; 太白直刺 0.5~0.8 寸, 得气后行平补平泻手法。太冲直刺 0.5~1 寸, 行捻转泻法; 后溪直刺 0.5~0.8 寸, 得气后行平补平泻手法; 足临泣直刺 0.5~0.8 寸, 得气后行平补平泻手法。进针得气后行相应补泻手法, 留针 30 min, 刺激量以患者能耐受为度。每周共针刺 5 次, 6 周为 1 个疗程。

2.2 对照组

常规穴位对照组穴位取穴参考普通高等教育“十五”国家级规划教材石学敏主编的《针灸学》中“痹证”治疗。主穴取阿是穴, 行痹者配膈俞、血海; 痛痹者配肾俞、关元; 着痹者配阴陵泉、足三里; 热痹者取大椎、曲池。阿是穴以痛为腧, 以关节疼痛部位为主, 穴位数量 3~5 个。其余穴位根据中华人民共和国国家标准 GB12346-90 颁布的《经穴部位》的定位标准进行定位。阿是穴根据部位不同选择 25~50 mm 毫针刺; 膈俞穴斜刺 0.5~0.8 寸; 血海直刺 1~1.5 寸; 肾俞直刺 0.5~1 寸; 关元直刺 1~1.5 寸; 阴陵泉直刺 1~1.5 寸; 足三里直刺 1~2 寸; 大椎向上斜刺 0.5~1 寸; 曲池直刺 0.5~1 寸。疗程同治疗组。

3 治疗效果

3.1 观察指标

3.1.1 视觉模拟量表 (VAS)^[4]

采用 VAS 评分进行疼痛程度评分。

3.1.2 血清学检查

观察两组治疗前后血清类风湿因子 (RF)、血沉 (ESR)、C-反应蛋白 (CRP) 的变化。

3.2 疗效标准

按 1985 年和 1987 年全国中西医结合风湿、类风湿疾病学术会议讨论修订的标准^[5]。

近期控制: 受累关节肿痛消失, 关节功能改善或恢复正常, 类风湿因子 (RF)、血沉 (ERS)、抗链球菌溶血素“O”恢复正常, 且停止治疗后可维持 3 个月以上。

显效: 受累关节肿痛明显好转或消失, 血沉、类风湿因子滴度等实验指标下降或恢复正常。

有效: 治疗后受累关节疼痛或肿痛程度减轻, 或受累关节数减少。

无效:治疗后受累关节肿痛无好转。

3.3 统计学方法

所有数据均采用 SPSS22.0 软件进行统计分析。定性资料比较采用卡方检验, Fisher 精确概率法, Wilcoxon 秩和检验, CMH 卡方检验。定量资料符合正态分布比较用 *t* 检验, 方差不齐时选用 Satterthwaite 方法进行校正的 *t* 检验, 不符合正态分布比较用 Wilcoxon 秩和检验。使用双侧检验, 以 $P \leq 0.05$ 作为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 两组治疗前后 VAS 评分比较

两组患者治疗前 VAS 评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。两组治疗前后 VAS 评分比较, 差异有统

表 2 两组治疗前后血清学检测比较

($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	RF (IU/mL)	ESR (mm/h)	CRP (mg/L)
治疗组	30	治疗前	33.26 ± 3.31	43.58 ± 17.14	30.24 ± 3.20
		治疗后	14.68 ± 1.13 ¹⁾²⁾	28.85 ± 9.15 ¹⁾²⁾	9.49 ± 1.05 ¹⁾²⁾
对照组	30	治疗前	34.65 ± 3.28	43.72 ± 16.58	28.54 ± 3.18
		治疗后	14.64 ± 3.84 ¹⁾	35.88 ± 9.26 ¹⁾	14.28 ± 2.24 ¹⁾

注:与同组治疗前比较¹⁾ $P < 0.05$;与对照组比较²⁾ $P < 0.05$

3.4.3 两组临床疗效比较

治疗组总有效率为 86.7%, 对照组总有效率为 70.0%, 两组总有效率比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表 3。

表 3 两组临床疗效比较

(例)

组别	例数	近期控制	显效	有效	无效	总有效率/%
治疗组	30	10	11	5	4	86.7 ¹⁾
对照组	30	8	8	5	9	70.0

注:与对照组比较¹⁾ $P < 0.05$

4 讨论

类风湿性关节炎(RA)属于中医学“痹证”“历节”“尪痹”等范畴。《素问·痹论》:“风、寒、湿三气杂至,合而为痹”,《素问·评热病论》中指出“风雨寒热不得虚不能独伤人”“不与风寒湿气合,故不为痹”,亦表明正虚是本病发病的前提。“正气存内,邪不可干”“至虚之处,便为受邪之所”,因正气不足,腠理疏松,感受风寒湿邪发而为痹。可见风、寒、湿、热外部诸邪是诱发痹证的一个主要外在因素,但正气不足,诸虚存内,才是本病最主要的内在发病关键。本病病位在体为肌肉、筋骨,在脏多累及脾肾,为本虚标实之证。筋

骨既赖肝肾精血的充养,又赖肾督阳气的温煦,肝肾精亏,肾督阳虚,不能充养温煦筋骨,使筋挛骨弱而邪留不去,湿停为痰,血凝为瘀,痰浊瘀血逐渐形成,必然造成病证迁延不愈,最后关节变形,活动受限,顽痹成矣。马武开教授认为脾胃之气不足是类风湿关节炎发病及迁延难治之根结,顾护脾土在补益气血,提高机体免疫功能,对抗疾病过程中起着至关重要的作用^[6]。故而国医大师朱良春教授认为类风湿关节炎疾病之本是本虚标实,并创立“益肾壮督、蠲痹通络”标本兼治之治疗大法,临床取得满意疗效;焦树德教授认为 RA 的治疗应以补肾壮骨为基本原则,将补肾壮骨之法融入到各类型的治疗之中^[7]。因此,针灸治疗 RA 亦当以健脾补肾强督壮骨为本,兼以舒筋止痛。

表 1 两组治疗前后 VAS 评分比较

($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	30	6.35 ± 1.23	2.38 ± 1.47 ¹⁾²⁾
对照组	30	6.62 ± 1.12	3.24 ± 1.40 ¹⁾

注:与同组治疗前比较¹⁾ $P < 0.05$;与对照组比较²⁾ $P < 0.05$

3.4.2 两组治疗前后血清学检测比较

两组治疗后血清 RF、ESR、CRP 均较同组治疗前改善,差异有统计学意义 ($P < 0.05$);两组治疗后比较,治疗组优于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。详见表 2。

骨既赖肝肾精血的充养,又赖肾督阳气的温煦,肝肾精亏,肾督阳虚,不能充养温煦筋骨,使筋挛骨弱而邪留不去,湿停为痰,血凝为瘀,痰浊瘀血逐渐形成,必然造成病证迁延不愈,最后关节变形,活动受限,顽痹成矣。马武开教授认为脾胃之气不足是类风湿关节炎发病及迁延难治之根结,顾护脾土在补益气血,提高机体免疫功能,对抗疾病过程中起着至关重要的作用^[6]。故而国医大师朱良春教授认为类风湿关节炎疾病之本是本虚标实,并创立“益肾壮督、蠲痹通络”标本兼治之治疗大法,临床取得满意疗效;焦树德教授认为 RA 的治疗应以补肾壮骨为基本原则,将补肾壮骨之法融入到各类型的治疗之中^[7]。因此,针灸治疗 RA 亦当以健脾补肾强督壮骨为本,兼以舒筋止痛。

五腧穴中输穴的主治特点与 RA 的临床表现相符合。《灵枢·顺气一日分为四时》:“病时间时甚者,取之输。”《难经·六十八难》:“输主体重节痛。”指出了输穴擅于治疗关节疼痛,肢体困重,反复发作的疾病,且输穴主要分布在掌指、跖趾、腕踝关节附近,这与 RA 多好发于掌指、腕踝、跖趾关节等小关节,表现为肿痛、僵硬,且易反复发作的特点相符合。阴经的输穴配五行之“土”,应脾,脾主肌肉四肢,脾失健运,

水湿阻滞,则身体沉重、肢节疼痛,故输穴可健脾益气,祛湿通络,“输主体重节痛”。阳经的输穴配五行之“木”,应肝,肝主筋,寒湿之邪阻滞筋脉,则筋脉拘挛疼痛,故输穴也可舒筋止痛。笔者选用太溪、太白、后溪、太冲、足临泣治疗 RA 患者,除了均具有输穴主治共性以外,其中太溪为足少阴肾经输穴,亦为肾经原穴,肾主骨,有补肾强筋骨之用;太白为足太阴脾经输穴,亦为脾经原穴,有健脾祛湿之用;RA 本质为筋骨病,足临泣为足少阳胆经输穴,足少阳胆经主骨所生病,其经所属腧穴可治疗骨病,而太冲为足厥阴肝经输穴,肝主筋,其经所属腧穴可治疗筋病,且太冲有理气止痛之功;后溪为手太阳小肠经输穴,亦为八脉交会穴通督脉,可振奋督脉阳气。诸穴合用,共奏健脾补肾、强督壮骨之功效。课题组以“健脾补、肾强督壮骨法”为治则,结合输穴的主治特点,筛选了输穴处方治疗 RA,与常规穴位处方组对比,不仅在总有效率优于常规穴位处方,止痛作用也优于常规穴位处方,对 RF、ESR、CRP 的改善也优于常规穴位处方,充分体现了输穴的特定主治作用,为中医经典理论的运用提供思路。

RA 因其病程反复缠绵难愈,致残率高,严重影响人们的日常生活,危害人类健康,造成患者家庭和社会的负担。目前,国内外就类风湿关节炎的发病机制进行了大量研究,认为感染和自身免疫反应是 RA 发病的中心环节,而内分泌、遗传和环境因素等也是相关诱发因素,但具体病因与发病机制尚不明确。一般认为,RA 患者疾病的发生、发展在一定程度上与 T 淋巴细胞免疫功能紊乱、CD4⁺T 辅助细胞亚群失衡密切相关。有研究表明 T 细胞,尤其是 CD4⁺T 细胞亚群在 RA 的发病机制中有重要作用,T 细胞对未知抗原应答而活化,引发炎症介质的连锁释放,激活了炎症因子网络,从而造成 RA 关节的炎症反应^[8]。Th 细胞分泌的细胞因子促使促炎因子与抗炎因子的失衡,从而参与 RA 的发病;其中 Th1、Th2 和 Th17 细胞是通过分泌细胞因子起作用的,Treg 细胞是通过细胞间的直接接触来对抗炎症的;而 Th1 和 Th17 细胞参与疾病的发生、发展,Th2 和 Treg 细胞可能阻止疾病的进一步的发展;Th1/Th2 细胞和 Th17/Treg 细胞失衡可能在疾病的发生和发展中发挥更重要的作用^[9]。Th17/Treg 细胞平衡是类风湿关节炎发病机制的核心,是中医药治疗类风湿关节炎新药开发的新思路、新方向^[10]。而 CRP、ESR 与 RA 患者的病情活动有关,对 RA 患者的病情判断及预后估计有重要

的参考价值^[11]。

笔者前期临床研究已表明以太溪、太白、后溪、太冲、足临泣为输穴处方治疗 RA 患者的疗效优于常规穴位组,但对其机制尚不清楚,笔者将进一步以 RA 患者治疗前后的 Th1/Th2、Th17/Treg 细胞平衡为评价指标,并与 VAS、CRP、ESR 进行相关性分析,期望能够揭示输穴对 RA 具有特异性的治疗作用,为针灸临床治疗 RA 提供客观依据,基于输穴特异性的治疗作用,能够尽早干预或阻断 RA 的进展,减少 RA 的致残率,减轻患者及社会的负担。

参考文献

- [1] 黄燕,王承德,陈伟,等. 类风湿性关节炎诊疗指南[J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9(11):150-151.
- [2] 唐碧霞. 滑膜 p53 基因表达对类风湿关节炎 Th17、Treg 及 Th1/Th2 细胞的调节作用[D]. 北京:中国协和医科大学, 2008.
- [3] 刘潇桐. 针灸治疗活动期类风湿关节炎疗效性与安全性的 Meta 分析[D]. 沈阳:辽宁中医药大学, 2015.
- [4] Zusman M. The Absolute Visual Analogue Scale (AVAS) as a Measure of Pain Intensity[J]. *Aust J Physiother*, 1986, 32(4):244-246.
- [5] 章兴元,王玉明. 抗风灵药酒治疗类风湿性关节炎 77 例临床观察[J]. 现代中西医结合杂志, 1999, 8(7):1084.
- [6] 李东晓,马武开,宁乔怡,等. 马武开教授从脾论治类风湿关节炎的经验[J]. 风湿病与关节炎, 2015, 4(3):29-31.
- [7] 朱文欣. 类风湿关节炎当代名医临床辨治规律探讨[D]. 广州:广州中医药大学, 2009.
- [8] Panayi GS, Lanchbury JS, Kingsley GH. The importance of the T cell in initiating and maintaining the chronic synovitis of rheumatoid arthritis[J]. *Arthritis Rheum*, 1992, 35(7):729-735.
- [9] 陈俊伟. Th 细胞在类风湿关节炎中的作用及其意义[D]. 太原:山西医科大学, 2010.
- [10] 肖勇洪,万春平,彭江云. 针对 Th17/Treg 平衡的中医药抗类风湿关节炎研究进展[J]. 江西中医药, 2017, 48(6):68-71.
- [11] 尤鑫,闫灿. 类风湿性关节炎患者超敏 C-反应蛋白、D-二聚体及血沉检测的临床意义[J]. 中国实用医药, 2015, 10(1):29-30.

收稿日期 2020-08-11