

薏苡仁汤加减与中医针灸对风寒湿痹型类风湿性关节炎患者VAS评分的影响

王礼代娟(通讯作者)

(西安市高陵区中医医院, 陕西 西安 710200)

【摘要】目的:探讨薏苡仁汤加减与中医针灸对风寒湿痹型类风湿性关节炎(RA)患者视觉模拟评分法(VAS)评分的影响。**方法:**选取2020年5月—2021年5月于本院就诊的辨证属风寒湿痹型的106例RA患者为观察对象,按随机数表法将其分为观察组(n=53)、参考组(n=53)。参考组予以常规西药治疗(甲氨蝶呤片+叶酸片+来氟米特片),观察组在参考组基础上予以薏苡仁汤加减与中医针灸治疗,对比两组治疗前后症状体征(关节肿胀、关节功能障碍、20m行走时间)评分;对比两组治疗前后VAS评分(自发痛、压痛);对比两组治疗期间不良反应发生率。**结果:**治疗后,观察组关节肿胀、关节功能障碍及20m行走时间评分均较参考组低,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后,观察组自发痛、压痛的VAS评分均较参考组低,差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组不良反应发生率为3.77%,较参考组的15.09%低,差异有统计学意义($\chi^2=3.975$, $P < 0.05$)。**结论:**薏苡仁汤加减与中医针灸不仅能缓解风寒湿痹型RA患者的关节肿胀、关节功能障碍及步行受限等临床症状,减轻其自发痛、压痛程度,还能有效减少用药不良反应,建议临床推广应用。

【关键词】薏苡仁汤加减;中医针灸;风寒湿痹型;类风湿性关节炎;视觉模拟评分法

【中图分类号】R593 **【文献标识码】**A **【文章编号】**1672-3783(2022)11-33-196-01

前言

类风湿性关节炎(Rheumatoidarthritis, RA)属慢性免疫炎症性疾病,其病因至今尚未阐明,西医认为此病病因与大量炎性细胞浸润滑膜后激活机体特异性免疫应答相关,故治疗时主要以控制关节破坏、预防功能丧失为最终目标。甲氨蝶呤、来氟米特为治疗RA的一线药物,此类药物能够对RA免疫病理过程进行干预,达到延缓病情进展,减少骨关节破坏的治疗效果,但长期服用可能有肝肾毒性,用药安全性尚存争议。中医理论认为RA属于中医内科痹病范畴,风、寒、湿均为此病发病的诱因,机体受外邪侵袭,致使气血痹阻不行,关节闭塞或风寒湿之邪留自筋骨,筋骨失养而见关节肿痛,故治疗应祛湿散寒、祛邪通络^[1]。薏苡仁汤为治疗痹症的经典用方,方中薏苡仁作为君药大剂应用,可舒筋除痹、健脾祛湿,配伍白术、防风等有祛邪、散寒功效的药物,可起良效。中医针灸实则针刺、灸法结合,具有行气活血、祛湿逐寒等作用,可促使患者阴阳秘而病愈。为探析薏苡仁汤加减与中医针灸对风寒湿痹型RA的应用效果,本研究选取2020年5月—2021年5月106患者予以分组治疗,具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2019年1月—2020年2月于本院就诊的106例风寒湿痹型RA患者为观察对象,按随机数表法将其分为观察组(n=53)、参考组(n=53)。纳入标准:①符合《内科学(第9版)》^[2]中RA相关诊断标准;②关节活动受限,伴关节自发痛,遇风寒加重,得热缓解,舌苔薄白,辨证属风寒湿痹型;③对本研究使用药物不产生过敏反应;④患者及家属知情同意并签署《知情同意书》。排除标准:①妊娠期、哺乳期妇女;②合并系统性红斑狼疮等系列免疫系统疾病;③存在凝血功能障碍。本研究经本院医学伦理委员会审批通过。观察组女26例,男27例;年龄40-71岁,平均(51.51±8.50)岁;病程1-8年,平均(4.46±1.22)年。参考组女24例,男29例;年龄39-72岁,平均(52.03±8.42)岁;病程1-9年,平均(4.60±1.20)年。两组一般资料差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法

参考组予以常规西药治疗,具体药物及用法用量如下:口服甲氨蝶呤片(上海上药信谊药厂有限公司,国药准字H31020644,2.5mg/片),10mg/次,qw;于服用甲氨蝶呤片次日服用叶酸片(天津力生制药股份有限公司,国药准字H12020215,5mg/片),10mg/次,qw;来氟米特片(苏州长征-欣凯制药有限公司,国药准字H20000550,10mg/片),

10mg/次,bid。

观察组在参考组基础上予以薏苡仁汤加减与中医针灸治疗,薏苡仁汤方剂组成如下:薏苡仁30g;当归、川芎、苍术、防风、独活、羌活各10g;麻黄、炙甘草、桂枝各5g;生姜3片。如患者夜寐差,增加酸枣仁、柏子仁、夜交藤各10g;食欲减退者增加神曲、麦芽、山楂各10g;大便秘结者增加麻子仁15g,芒硝10g,大黄6g。诸药配伍并加水煎煮取汁400mL,一日分2次温服。中医针灸:取阿是穴、局部经穴作为针刺主穴,风邪偏盛者配血海、膈俞穴;寒邪偏盛者配肾俞、关元穴;湿邪偏盛者配足三里、阴陵泉穴。穴位皮肤常规消毒,选择毫针(通常为0.3mm×50mm)指切进针,主穴采用提插补法,配穴采用平补平泻法,进针得气后,将艾条段插入主穴针柄上施灸,每穴灸2柱,1次/d,艾条段燃尽后留针10min。

两组治疗时间均为4周。

1.3 观察指标

①分别于治疗前、治疗4周后参考《中药新药临床研究指导原则》^[3]对两组进行症状体征评估,评分标准如下:a.关节肿胀:无肿胀或肿胀消失,计0分;轻度肿胀,骨性标志明显,皮肤纹理变浅,计1分;中度肿胀,骨性标志不明显,皮肤纹理基本消失,计2分;重度肿胀,骨性标志消失,皮肤发紧,计3分。b.关节功能障碍:活动正常,计0分;关节活动轻度受限,怕风寒,体温正常,关节活动范围减少 $< 1/3$,计1分;活动明显受限,怕风寒,体温降低,喜温,活动范围减少 $\geq 1/3$,计2分;活动严重受限,怕风寒,体温低,需增加衣物保暖,活动范围减少 $\geq 1/2$,计3分。c.20m行走时间: $\leq 30s$,计0分;30-40s,计1分;40-50s,计2分; $> 50s$,计3分。

②分别于治疗前、治疗4周后运用视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)评估两组自发痛、压痛程度,使用已平均分为10个刻度的标尺,嘱患者最左端为0分,表示无疼痛,最右端为10分,表示疼痛剧烈难以忍受,由患者根据自我主观感受在标尺上做标记。

③记录两组治疗4周内发生的不良反应,包括口腔溃疡、食欲减退、皮肤瘙痒、转氨酶升高($> 40IU/L$),统计不良反应总发生率。

1.4 统计学分析

运用SPSS 22.0统计学软件分析研究数据,计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示,以t检验;计数资料采用(%)表示,以 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组治疗前后症状体征评分

如表1所示,治疗前,两组关节肿胀、关节功能障碍及20m行走时间评分差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,观察组关节肿胀、

作者简介:王礼(1981.11-)月,男,汉族,陕西省西安市鄠邑区人,本科主治医师,研究方向:中医内科。

关节功能障碍及20m行走时间评分均较参考组低,差异有统计学意义(P < 0.05)。

表1 对比两组治疗前后症状体征评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	时间	关节肿胀	关节功能障碍	20m行走时间
观察组	53	治疗前	2.08±0.52	2.21±0.32	2.25±0.31
		治疗4周	1.69±0.45	1.90±0.38	1.89±0.37
参考组	53	治疗前	2.13±0.55	2.26±0.30	2.27±0.35
		治疗4周	1.90±0.48	2.11±0.35	2.08±0.45
t/P 观察组(治疗前后)			4.129/ < 0.001	4.543/ < 0.001	5.430/ < 0.001
t/P 参考组(治疗前后)			2.294/0.024	2.369/0.020	2.426/0.017
t/P 组间值(治疗4周)			2.324/0.022	2.959/0.004	2.374/0.019

2.2 对比两组治疗前后VAS评分

如表2所示,治疗前,两组自发痛、压痛的VAS评分差异无统计学意义(P > 0.05);治疗后,观察组自发痛、压痛的VAS评分均较参考组低,差异有统计学意义(P < 0.05)。

表2 对比两组治疗前后VAS评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	时间	自发痛	压痛
观察组	53	治疗前	6.48±2.11	7.22±2.02
		治疗4周	4.96±1.15	5.19±1.76
参考组	53	治疗前	6.47±2.13	7.18±2.09
		治疗4周	5.67±1.49	6.22±1.87
t/P 观察组(治疗前后)			4.605/ < 0.001	5.516/ < 0.001
t/P 参考组(治疗前后)			2.241/0.027	2.492/0.014
t/P 组间值(治疗4周)			2.746/0.007	2.920/0.004

2.3 对比两组不良反应发生率

如表3所示,观察组不良反应发生率较参考组低,差异有统计学意义(P < 0.05)。

表3 对比两组不良反应发生率 (n%)

组别	例数	口腔溃疡	食欲减退	皮肤瘙痒	转氨酶升高	总发生
观察组	53	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (3.77)	0 (0.00)	2 (3.77)
参考组	53	1 (1.89)	2 (3.77)	3 (5.66)	2 (3.77)	8 (15.09)
χ^2						3.975
P						0.046

3 讨论

RA病因及疾病发作机制尚未明确,随着动物模型实验研究及临床研究的深入,自身免疫损伤学说逐渐成为多数西医学者的共识,他们认为机体受遗传、免疫调控障碍等因素的影响会造成免疫系统紊乱,抗原、抗体发生反应,病灶区域大量淋巴细胞浸润以及免疫复合物形成,导致患者出现关节对称性疼痛、晨起关节僵硬等症状^[4]。如不及时予以规范治疗,病情持续性加重可引起关节畸形、功能丧失。

目前治疗RA的西药中以抗风湿药物应用最为广泛,常用药物包括甲氨蝶呤、来氟米特等,甲氨蝶呤是抗代谢细胞毒素类药物,可以特异性拮抗二氢叶酸还原酶,减少抗体产生,继而减少免疫复合物形成,需要注意的是,该品持续给药会导致患者血浆中叶酸浓度降低,容易诱发贫血,故需要口服叶酸片。来氟米特属免疫抑制剂,能够对嘧啶核苷酸的合成起抑制作用,上述三种药物联合应用可有效延缓RA病情。但本研究结果显示,观察组治疗后的关节肿胀、关节功能障碍及20m行走时间评分均较参考组低(P < 0.05),这表示与常规西药相比,薏苡仁汤加减与中医针灸在缓解风寒湿痹型RA患者临床症状方面更具优势,究其原因:抗风湿药物反复使用代谢较慢,在持续用药的过程中,机体血药浓度会逐渐增高,容易引起药物蓄积中毒,导致RA缠绵难愈。中医理论中RA归中医内科“痹证”范畴,而风寒湿痹型是此病常见证型,寒属阴邪,其性凝滞收引,人体气血得温而行,遇寒则凝;湿为阴邪,性重浊而粘滞,易阻遏气机,故肢体关节肿胀、屈伸不利,治疗应以祛湿散寒、祛邪通络为主^[5]。薏苡仁汤方剂主要由薏苡仁、防风、独活、羌活等11味药组成,薏苡仁味甘淡、性微寒,《本草经疏》云:“此病性燥能除湿,味甘能入脾补脾,兼淡能渗泄,故主筋急拘挛不可屈伸及风湿痹。”将薏苡仁作为君药大剂应用,可健脾渗湿、除痹通络。防风味辛甘、性温,属解表药下分类辛温解表药,可祛风、止痉;独活味

辛苦、性微温,有祛风除寒散湿之功效,常用于治疗风寒湿痛、腰膝疼痛;羌活味辛苦、性温,《用药法象》云:“治风寒湿痹,酸痛不仁,诸风掉眩,颈项难伸。”独活行下焦而理下,长于祛风湿,羌活行上焦而理上,长于祛风寒,与薏苡仁等方配伍应用,可强强联合,发挥祛风、解表、除湿之作用。中医针灸同为痹症常用疗法,针刺阿是穴、局部经穴等穴位能加快局部血液循环,促使气血运行通畅,进而有效缓解关节肿胀;于针柄顶端燃烧艾条段,艾条燃烧的温度及产生的抗氧化物质经针体传导至组织深部,可进一步增强温通气血、扶正祛邪之疗效,由此改善风寒湿痹型RA患者的临床症状^[6]。

痰浊、瘀血是RA的病理产物,其形成与机体营卫气血失调,风寒湿邪乘虚而入并留滞关节相关。痰浊日久凝滞气血、阻痹经络,故关节屈伸不利、肿胀疼痛,久病煎熬耗散,气血阴阳不足,邪气偏盛,疼痛则可持续加重。本研究结果显示,观察组治疗后的自发痛、压痛的VAS评分均较参考组低(P < 0.05),这表明薏苡仁汤联合中医针灸可以显著减轻风寒湿痹型RA患者的疼痛,其原因分析如下。据现代药理研究显示,薏苡仁汤中薏苡仁含有薏苡素、薏苡仁油脂及薏苡仁多糖等有效成分,能够减少炎症细胞浸润,进而抑制关节滑膜炎症反应,达到抗炎、镇痛的目的;羌活含二氢欧山芹素等,可抑制部分真菌的生长、繁殖,避免感染发生引起或加重炎症;独活含皂基、生物碱,可提高疼痛阈值,延长疼痛反应时间;防风含甲基维斯阿米醇苷、色原酮等有效成分,以水煎剂后服用能缓解风寒湿邪刺激引起的关节疼痛^[7]。而针灸可通过针刺经络上穴位而发挥其调整脏腑功能的作用,同时通过燃烧艾条段对经络腧穴造成温热刺激,促使机体产生P物质、内源性阿片肽等神经肽,达到温阳散寒、消散瘀结的临床效果,由此缓解疼痛症状^[8]。本研究结果显示,观察组不良反应发生率较参考组低(P < 0.05),这说明薏苡仁汤加减与中医针灸可减少风寒湿痹型RA患者用药不良反应。薏苡仁汤中当归味辛甘、性温,有补血活血、止痛的功效;川芎味辛性温,为血中气药,有活血化瘀、行气止痛之功效;而针灸可利用针刺、温灸温经和血、改善微循环,两种疗法结合可增强造血功能,加快药物代谢。此外,薏苡仁汤中生姜含姜辣素、姜醇,善解毒、和胃止呕;甘草含甘草甜素,经吸收后能在肝脏中分解为葡萄糖醛酸,与毒性物质结合而解毒,以此减少药物不良反应^[9]。

综上所述,薏苡仁汤加减与中医针灸不仅能缓解风寒湿痹型RA患者的关节肿胀、关节功能障碍及步行受限等临床症状,减轻其自发痛、压痛程度,还能有效减少用药不良反应,建议临床推广应用。

参考文献

- [1] 刘彦龙.祛风通络饮经验方对风寒湿痹型类风湿性关节炎患者免疫功能及IL-17、IL-22水平的影响[J].新疆中医药,2021,39(01):11-13.
- [2] 葛均波,徐永健,王辰.内科学(第9版)[M].北京:人民卫生出版社,2018:807-812.
- [3] 国家中医药管理局.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:58-60.
- [4] 章超,康建华,邹红.薏苡仁汤加味结合温针灸治疗风寒湿痹型类风湿性关节炎临床观察[J].光明中医,2021,36(19):3299-3301.
- [5] 钟旦旦.薏苡仁汤加减联合双氯芬酸钠片治疗急性痛风性关节炎临床研究[J].新中医,2021,53(05):48-51.
- [6] 张艳萍,姜小帆.薏苡仁汤加味结合温针灸治疗风寒湿痹型类风湿性关节炎的临床效果及对患者炎性因子水平的影响[J].临床医学研究与实践,2020,5(16):119-120.
- [7] 秦董怀.乌头薏苡仁汤加减治疗48例类风湿性关节炎寒湿痹阻证患者的临床效果评价[J].中医临床研究,2020,12(16):92-94.
- [8] 刘伟军.薏苡仁汤加减联合针灸对风寒湿痹型类风湿性关节炎患者VAS评分的影响[J].光明中医,2020,35(09):1292-1294.
- [9] 刘宜峰,曹磊,杨华,等.薏苡仁汤加减内外科合治对急性痛风性关节炎湿热痹阻证炎症因子的影响[J].中国实验方剂学杂志,2020,26(09):75-80.