

# 中医三联法治疗肾虚督寒型大偻 22 例

金悠悠<sup>1</sup> 周学平<sup>1</sup> 杨菊<sup>1</sup> 孙伯青<sup>1</sup> 梅芳<sup>1</sup>

**[摘要]** **目的:**观察中医三联疗法(穴位揸针、中药内服外热奄、传统功法)治疗肾虚督寒型大偻(强直性脊柱炎)的疗效。**方法:**选取 2017 年 4 月至 2018 年 4 月在本科治疗的肾虚督寒型大偻患者 22 例,采用滋肾温督补髓、补肝柔筋止痛、健脾祛湿通络的思路选用中药内服外热奄并配合穴位揸针和传统功法进行治疗,疗程 12 周。比较患者治疗前后的疼痛、枕墙距、指地距、强直性脊柱炎测量指数(BASMI)、实验室指标、疗效情况、总有效率、满意度。**结果:**枕墙距、指地距以及 BASMI 前后比较,治疗后优于治疗前,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),腰椎侧屈活动度差异无统计学意义( $P > 0.05$ );实验室指标方面,ESR 和 CRP 均优于治疗前,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );疼痛评定方面,治疗后与治疗前相比,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );疗效方面,总有效率 90.9%,满意度 100%。**结论:**基于“肝脾肾”整体观的中药内服外用、揸针、功法结合的三联疗法,其使用简单、方便、疗效显著,患者易于接受,值得在临床推广。

**[关键词]** 强直性脊柱炎;揸针;中药;功法

**[中图分类号]** R593.23 **[文献标志码]** B **[文章编号]** 1005-0205(2019)01-0076-03

强直性脊柱炎(AS)是一种主要侵犯骶髂关节以及脊柱周围附着点的免疫系统疾病,我国 AS 的发病率约为 0.3%,有将近 400 万余患者正忍受着该疾病的痛苦<sup>[1]</sup>。在祖国医学领域,AS 属于“大偻”范畴,传统医学对 AS 治疗积累了丰富的经验,常见的证型是肾虚督寒证和湿热瘀阻证<sup>[2,3]</sup>。文献中散在发现有研究者采用中药内服或中药外用或功法治疗本病<sup>[4-6]</sup>,然而未见进行有机整合,本研究从“肝-脾-肾”整体观出发,在本院研究团队成果的基础上<sup>[7]</sup>,采用中药内服、揸针、功法中医三联法治疗本病,得到了较为满意的临床疗效,现报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

选取 2017 年 4 月至 2018 年 4 月在本科治疗的肾虚督寒型大偻患者 22 例,患者均存在颈、腰椎活动受限、腰骶与脊背疼痛,该研究符合医院伦理学要求。

### 1.2 诊断标准

符合 1984 年纽约会议修订的 AS 诊断标准<sup>[8]</sup>。1)患者出现下腰背部的疼痛且持续至少 3 个月以上,疼痛的特点为疼痛随身体活动有所改善,而休息后疼痛却不会减轻;2)腰椎的生理活动范围受限(前屈、后伸及侧屈);3)胸廓扩展的范围小于同年龄和性别的正常值;4)双侧骶髂关节有 II~IV 级的骶髂关节炎,或者

患者单侧骶髂关节炎在 III~IV 级的范围。如果患者具备 4)点并分别附加 1)~3)中的任何 1 条均可以确诊为 AS。

### 1.3 纳入标准

1)符合西医诊断;2)参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[9]</sup>,患者中医辨证分型属于肾虚督寒证,症状为腰骶部、颈部、背部冷痛明显,入夜尤甚,晨僵严重,且肢冷畏寒,四肢关节痛,舌淡苔薄,脉滑沉者;3)年龄在 20~70 岁之间;4)知情同意参加本试验。

### 1.4 排除标准

不符合上述诊断标准;合并其他风湿性疾病;合并心脑血管、肝、肾、造血系统严重疾病及精神病;有高热、结核病、急性化脓性疾病、传染性疾病及不配合治疗;同时参加其他研究试验;治疗前 2 周服用西药药物,如欲入组需进行 4 周的洗脱期,而使用生物制剂需停药 3 个月以上方可入选。

## 2 方法

### 2.1 治疗方法

采用中药内服外热奄、穴位揸针、传统功法三联疗法。

#### 2.1.1 中药内服外热奄法

1)方药在焦树德教授处方上进行化裁加减<sup>[2]</sup>,本研究处方如下:骨碎补 20 g,补骨脂 20 g,山药 10 g,熟地黄 30 g,酒萸肉 15 g,淫羊藿 10 g,赤芍 15 g,白芍 15 g,茯苓 15 g,金毛狗脊 20 g,牡丹皮 10 g,羌活 10 g,独活 10 g,鹿角镑 5 g,泽泻 10 g,续断 10 g,杜仲

20 g, 牛膝 30 g。以自拟大倭方为基础方, 随症加减, 若患者畏寒严重加制附子 10 g; 颈肩痛可加姜黄 10 g, 威灵仙 10 g, 葛根 10 g; 疼痛难以忍受加虫药全蝎 5 g, 蜈蚣 1 条; 伴有肢体困重加薏苡仁 30 g; 关节肿胀加猪苓 10 g。上药每日 1 剂, 一剂煎 2 次, 2 次混合分 2 次服用, 药渣继续留着热奄外用; 服用时间分别在上午饭前 1 h 与睡前 1 h 服用, 连用 12 周。

2) 热奄法选取患者疼痛最明显的多个身体位置进行中药热奄治疗。采用中药湿热敷仪, 继续将内服药渣加适量水, 而后放入棉布袋中, 再向水槽内加入清洁的温水, 至淹没电加热器上稍许, 文火蒸煮 30 min, 取出备用; 再根据患者感受选择合适温度及治疗时间, 中药液温度控制在 40~50 ℃, 治疗时间 20 min。

### 2.1.2 穴位揠针

1) 物品准备: 治疗盘、揠针(清铃株式会社生产, 规格 0.2 mm×1.5 mm)、皮肤消毒液、棉签等。

2) 操作程序: 患者采取俯卧位, 松解衣着。

3) 选用穴位: 取腰背部的督脉经穴(腰俞穴、腰阳关穴、命门穴、悬枢穴、脊中穴)、膀胱经穴(督俞穴、肝俞穴、脾俞穴、肾俞穴、委中穴)、华佗夹脊穴、阿是穴, 根据患者体质及病情变化选取腧穴轮流交替使用。每次选取 8~10 个穴位。

4) 留针医嘱: 留针期间, 建议患者每隔 2 h 左右, 手指按压揠针部位, 每次按压 5~10 min, 按压力度以出现有酸、胀、热或放射感为宜。每 2 d 更换 1 次, 穴位交替共治疗 12 周。

### 2.1.3 功法训练

在穴位揠针治疗后, 患者进行每日 30 min 的功法训练。该功法是由太极拳、易筋经等传统功法变化而来<sup>[6,10]</sup>, 分为五式。

1) 起式: 患者自然站立, 先做数次吐纳, 双手搓热; 先用双手采用擦法擦双侧肾区, 再用揉法从尾骶骨揉到胸腰椎。擦肾区 1 min 后揉椎骨 1 min, 反复 2 次。2) 伸脊式: 自然站立, 双手掌指往前伸, 手心向上; 接着两手平举至胸前, 顺势翻转手掌, 十指交叉, 慢慢向上托, 到最高点坚持数秒后缓慢放下。该动作反复 3 次, 以求拉伸脊柱关节与肌肉。3) 旋扭式: 患者自然站立, 利用腰部扭动甩动双臂, 使得双手前后劳宫部位拍击自身下丹田部和腰部, 运动要轻柔, 以不引起患者疼痛的程度为止, 持续 2 min 左右。4) 白鹤亮翅式: 身体先自然站立, 再稍左转, 右脚向前跟步, 左手翻掌向下, 右手向左上划弧, 与左手成抱球状; 接着身体后坐并向右转, 两手开始交错分开, 右手上举, 左手下落; 最后两手随转体慢慢向右上左下分开, 右手上提停于右额前, 手心向左后方, 左手按至左胯前。此势要求全身放松, 两臂舒展, 好似白鹤在扑腾翅膀, 持续 2 min。5) 侧弯式: 自

然站立, 右手叉腰, 拇指在前, 左手举高过头顶, 腰向左侧弯曲, 以适度为宜; 同样左手叉腰拇指在前, 左手举高过头顶, 腰向右侧弯曲, 持续 2 min。一套功法大致 15 min 左右, 早晚各做 2 次, 共计 30 min, 持续 12 周。

### 2.2 评定方法

2.2.1 疼痛评分 评定并记录治疗前后患者疼痛情况, 包括颈项疼痛, 胸前或肋前疼痛, 膝、腰背、髋部、骶髂等疼痛症状, 根据症状改善情况运用语言描述评分法进行评分。

### 2.2.2 枕墙距、指地距、Bath 强直性脊柱炎测量指数

治疗前后比较枕墙距、指地距、Bath 强直性脊柱炎测量指数(BASMI)<sup>[11]</sup>, 枕墙距为让患者直立背靠墙, 双足跟紧贴墙, 双腿伸直, 双目平视前方, 测量患者枕骨结节与墙体之间的水平距离; 指地距为患者直立, 前屈弯腰伸臂, 达到活动的最大限度时指尖与地面的距离; 采用评估患者腰椎侧弯、颈椎旋转等关节活动度的情况。

2.2.3 实验室指标 比较治疗前后的血沉、C 反应蛋白, 血沉(ESR)采用常用的魏氏法检测, 而 C 反应蛋白(CRP)则选用酶联免疫吸附双抗体夹心法(ELISA)检测。

2.2.4 疗效情况、总有效率、满意度 参照中医病证诊断疗效标准<sup>[12]</sup>制定疗效标准: 治愈为患者受累关节疼痛和僵硬完全消失, 脊柱各个维度活动均恢复正常, 血沉正常; 显效为受累关节疼痛和僵硬明显减轻, 脊柱各个维度活动度明显改善, 血沉基本正常; 有效为受累关节疼痛和僵硬有所减轻, 脊柱活动各个维度活动度稍有改善, 血沉下降; 无效为受累关节疼痛和僵硬无减轻, 脊柱活动无改善, 血沉无下降。总有效率 = [(痊愈 + 显效 + 有效) / 病例总数] × 100%; 治疗效果满意包含生活满意度、健康满意度、治疗满意度以及整体医疗服务满意度 4 个因子综合评分, 最后以百分比表示。

### 2.3 统计学方法

采用 SPSS17.0 统计软件, 计量资料用  $\bar{x} \pm s$  表示, 计数资料用  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  差异有统计学意义。

## 3 结果

### 3.1 一般资料

纳入研究的患者共 22 例: 男 15 例, 女 7 例; 年龄最小 25 岁, 最大 40 岁; 病程最短 1 年, 最长 15 年; 有家族史 16 例。

### 3.2 治疗前后枕墙距、指地距、Bath 强直性脊柱炎测量指数

枕墙距、指地距以及 BASMI 前后比较, 其余各项治疗后优于治疗前, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ), 腰椎侧屈活动度差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 见表 1。

表 1 治疗前后的枕墙距、指地距、BASMI 各指标比较(±s)

BASMI 指标	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>
枕墙距/cm	2.32±1.04	1.15±0.78	2.52	0.019
指地距/cm	9.84±1.76	3.65±1.44	3.71	0.001
颈椎旋转/(°)	9.41±2.32	16.54±3.53	5.92	<0.01
耳屏-墙距离/cm	8.13±1.56	4.23±1.13	2.68	0.023
腰椎侧弯/(°)	1.48±1.56	1.28±1.13	0.88	0.641
腰椎前屈/(°)	1.81±0.97	5.74±1.67	3.77	0.001
踝间距/cm	2.43±0.16	1.07±0.14	2.33	0.038

3.3 实验室指标结果

有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 2.

干预 12 周后,ESR 和 CRP 均优于治疗前,差异

表 2 两组治疗前后的 ESR 和 CRP 比较(±s)

指标	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>
ESR/(mm·h <sup>-1</sup> )	48.02±17.65	16.34±7.18	4.98	0.001
CRP/(mg·L <sup>-1</sup> )	33.84±10.32	16.12±6.43	3.41	0.021

3.4 治疗前后疼痛评定结果

干预 12 周后,疼痛评定与治疗前相比,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 3.

表 3 两组肾虚督寒型大倭患者治疗前后疼痛分级人数比较

时间	I 级 (1~4 级)	II 级 (5~6 级)	III 级 (7~10 级)
治疗前	4	8	10
治疗后	12	8	2
统计检验值	$Z=-2.453$ $P<0.05$		

3.5 疗效情况、总有效率、满意度

22 例患者接受调查,12 例(54.5%)患者表达了对治疗效果很满意;10 例(45.4%)患者表达了对治疗效果满意,全部达到了满意效果,见表 4.

表 4 疗效情况、总有效率、满意度、随访评分结果

例数	疗效情况/例				总有效率 /%	治疗满意率 /%
	治愈	显效	有效	无效		
22	5	7	8	2	90.9	100

4 讨论

目前现代医学针对强直性脊柱炎尚无根治方法,常用药物包括止痛、调节免疫、抗炎、肿瘤坏死因子抑制剂等,上述药物长期使用副作用比较明显.而肿瘤坏死因子抑制剂价格又昂贵,多数患者在经济上不能承受<sup>[13]</sup>,此时就应该看到传统医学对该病的作用.大倭之名,首见于《黄帝内经》,其《生气通天论》篇中记载:“阳气者…开阖不得,寒气从之,乃生大倭.”再结合《痹论》中记载“肾痹者善胀,尻以代踵,脊以代头”等论述,从现代医学角度将强直性脊柱炎归于“痹症”“大倭”范畴.

而历代医家论治“大倭”,多从“肾主骨”理论,以“肾-督-骨”体系来论治.笔者并不否认此治则有谬,肾督两虚,寒则侵入机体,凝涩于腰胯导致疼痛,久而久之精血不荣则渐致于筋脉僵急,脊柱僵曲,形成大倭之疾.所以,“肾虚督寒证”确实是“大倭”较为常见的一种证型,探讨意义较大.

然而也需要看到,部分患者会夹杂肢体困重、关节

肿胀的症状,因此有医家也提出了湿热瘀阻证的证型<sup>[3]</sup>,有研究以双蚁祛湿通络胶囊通过健脾祛湿的思路来治疗该病,也取得不错的疗效<sup>[14]</sup>;此外,筋脉僵急、脊柱僵硬,是与“肝主筋”有莫大的关联,也有医家从肝或者从肝肾论治<sup>[15,16]</sup>.而笔者认为,该病病程较长,病情错综复杂,虚实夹杂,不应单从一脏论治,而是应建立起“肝-脾-肾”一体的整体观.《黄帝内经》论述“骨为干,筋为刚,肉为墙”,可见“骨-筋-肉”是一体的;而大倭是“骨-筋-肉”相关的疾病,就与“肝-脾-肾”密切相关.因此就应该建立以滋肾温督补髓为主导思想、兼顾补肝柔筋止痛、健脾祛湿通络的治法治则.

具体言之,三联疗法中,中药内服外用,自拟大倭方中药物多以滋肾温督为主,且鹿角镑等药物为血肉有情之品,可以填精补髓,滋补本元.同时本方中,有熟地、山药、泽泻、丹皮等药物,就是一个三补三泻的六味地黄丸,针对“肝-脾-肾”整体观的思路,补三脏之虚,同时再疏泄三脏,条达气机.

而外用药渣热奄,不仅经济便利,变废为宝,还可以通过奄包的热蒸气使局部的毛细血管扩张,血液循环加速,针对“督寒”之寒证;又可通过热蒸气促使奄包内中药内离子渗透到患者病痛所在,利用其温热达到温经通络、调和气血、祛湿驱寒目的.

揞针疗法,揞针属于新型皮内针,具有便捷疼痛小、留针时间长等特点,患者接受度高.相对一般常用的毫针,揞针的特点是刺激较为温和,一般可留针 2~3 d,可以时效积累量效.另一方面,揞针之后进行功法运动,两者配合,形成“运动针法”,常规的毫针运动针法,患者多有恐惧疼痛,运动存在顾虑,而揞针治疗后,激发了身体经气,兼之患者疼痛小,再通过功法运动,不仅使气血流通、阳平阴秘,也通过对“骨-筋-肉”的拉伸、锻炼,提高患者的关节灵活性,改善 AS 患者的关节活动度,提高了患者的生活质量.

因此,本研究采用基于“肝脾肾”整体观的中药内服外用、揸针、功法结合的三联疗法,其疗效显著,副作用小,广大患者易于接受,且使用简单、方便,其中穴位刺激、功法训练等法,患者出院后亦可进行自我治疗、主动康复。可见,中医三联法适合于该病的治疗,值得在临床继续研究。

## 参考文献

- [1] 吴东海,王国春,马丽,等. 临床风湿病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:268-269.
- [2] 焦树德. 大傺(强直性脊柱炎)病因病机及辨证论治探讨[J]. 江苏中医药,2003,24(2):1-4.
- [3] 冯兴华,姜泉,刘宏潇,等. 中医辨证治疗强直性脊柱炎的临床疗效评价[J]. 中国中西医结合杂志,2013,33(10):1309-1311.
- [4] 赫军,诸葛天谕,李冬冬,等. 独活寄生汤为主的中医综合疗法治疗强直性脊柱炎(脊痹寒湿犯腰证)的临床观察[J]. 中国中医骨伤科杂志,2017,25(2):19-23.
- [5] 吴春雷,王丽聪,吴皓宇. 中药熏蒸对强直性脊柱炎患者活动功能的影响[J]. 中国中医骨伤科杂志,2006,14(2):45-48.
- [6] 施德享. 简易强脊功法联合中西药治疗强直性脊柱炎临床研究[D]. 广州:广州中医药大学,2014:18-19.
- [7] 蒋志刚. 小针刀综合疗法治疗强直性脊柱炎 60 例[J]. 云

南中医中药杂志,2010,31(1):53-55.

- [8] 蒋明,David Yu,林孝义,等. 中华风湿病学[M]. 北京:华夏出版社,2004:1018-1019.
- [9] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2001:119-123.
- [10] 陈德森. 太极白鹤亮翅功法对强直性脊柱炎的干预效果观察[D]. 福州:福建中医药大学,2014:14-16.
- [11] 季明亮,钱邦平,邱勇,等. 男女性强直性脊柱炎胸腰椎后凸畸形患者临床特征及生活质量的比较[J]. 中国脊柱脊髓杂志,2014,24(4):337-340.
- [12] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:29-30.
- [13] 张万义,张永红,王笑青. 双醋瑞因胶囊联合柳氮磺胺吡啶肠溶片与右旋布洛芬胶囊治疗强直性脊柱炎[J]. 中医正骨,2012,24(6):26-28.
- [14] 林昌松,李楠,卢军,等. 双蚁祛湿通络胶囊治疗强直性脊柱炎临床疗效评价[J]. 广州中医药大学学报,2015,32(5):821-824.
- [15] 陈君立. 疏肝益肾通络法治疗强直性脊柱炎伴抑郁状态的临床研究[D]. 广州:广州中医药大学,2016:25.
- [16] 贾秋颖,李焱绯. 补脾胃、强肝肾法在强直性脊柱炎治疗中的应用[J]. 中国实用医药,2009,4(11):39-40.

(收稿日期:2018-08-01)