

# 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

赫军<sup>1</sup> 诸葛天谕<sup>1</sup> 李冬冬<sup>1</sup> 方苏亭<sup>1△</sup> 何宾<sup>1</sup> 郑永昌<sup>1</sup> 禹建春<sup>1</sup>

**[摘要]** 目的:观察经方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)的有效性和安全性。方法:选取强直性脊柱炎(脊痹寒湿犯腰证)患者 70 例,采用简单随机法分组方法分为两组:观察组给予独活寄生汤,配合中药熏蒸,腱端炎痛点埋针及练功等治疗;对照组给予口服柳氮磺胺吡啶片及美乐昔康片治疗;疗程 90 d。采用中医证候积分、国际脊柱关节病协会(ASAS)制定的疗效评价因子以及不良事件等评价临床疗效及安全性。结果:两组患者治疗前的一般资料、中医证候积分、ASAS 疗效评价因子等指标比较差异无统计学意义,具有可比性。各组患者治疗前后比较,各项指标有改善,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。组间比较,观察组在中医证候积分、患者疾病总体评价指数、晨僵等方面的改善优于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。两组患者均无严重不良事件发生。结论:经方独活寄生汤为主的中医综合疗法治疗强直性脊柱炎安全、有效,中医证候疗效优于常规西药。

**[关键词]** 强直性脊柱炎;脊痹;寒湿犯腰证;腱端炎;独活寄生汤;中药熏蒸;埋针;练功;中医综合疗法

**[中图分类号]** R681.5 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 1005-0205(2017)02-0019-05

## Comprehensive Therapy of Ankylosing Spondylitis (Cold Dampness Syndrome) with Traditional Chinese Medicine Based on Duhuojiasheng Decoction

HE Jun<sup>1</sup> ZHUGE Tianyu<sup>1</sup> LI Dongdong<sup>1</sup> FANG Suting<sup>1△</sup>

HE Bin<sup>1</sup> ZHENG Yongchang<sup>1</sup> YU Jianchun<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Taizhou Boai Hospital, Taizhou 318050, Zhejiang China.

**Abstract Objective:** To evaluate the safety and effect of TCM comprehensive therapy based on Duhuojiasheng decoction in the treatment of ankylosing spondylitis(cold dampness syndrome). **Methods:** 70 cases of ankylosing spondylitis were randomly divided into the observation group (treated with Duhuojiasheng decoction combined with traditional Chinese medicine fumigation, needle-embedding and exercise for 90 days) and control group (treated with oral sulfasalazine tablets, Miller piroxicam tablets for 90 d). TCM syndrome scores, evaluation factors and adverse events made by ASAS Clinical were used to evaluate the efficacy and safety. **Results:** There was no significant difference between the two groups in general data, TCM syndrome scores, ASAS efficacy evaluation factors before treatment. After treatment, each index in two groups improved, with statistical significance ( $P<0.05$ ). The TCM syndrome score, disease general evaluation index and stiffness in the observation group were better than those in the control group, with statistical significance ( $P<0.05$ ). No serious adverse events occurred in the two groups. **Conclusion:** TCM comprehensive therapy based on Duhuojiasheng decoction is safe and effective in the treatment of ankylosing spondylitis. TCM syndrome therapy is better than conventional Western medicine.

**Keywords:** ankylosing spondylitis; spine arthralgia; lumbar cold dampness syndrome; enthesitis; duhuojiasheng decoction; TCM fumigation; needle-embedding; exercise; TCM comprehensive therapy

强直性脊柱炎(Ankylosing Spondylitis, AS)是一

种血清阴性脊柱关节病,现代医学对其病因尚未完全明了<sup>[1]</sup>,常用药物有非甾体抗炎药(NSAIDs)、改善病情药物(DMARDs)、糖皮质激素以及生物制剂等,这些药物的毒副作用常常限制了临床长期使用<sup>[2,3]</sup>。因此,欧洲抗风湿病联盟(EULAR)及国际脊柱关节炎

基金项目:台州市科技计划项目(1401KY35)

<sup>1</sup> 浙江台州市博爱医院(浙江 台州, 318050)

<sup>△</sup>通信作者 E-mail:fst2012@sina.com

协会(ASAS)以及中华医学会风湿病学分会在2010年更新的AS治疗指南中指出,AS患者的治疗应遵循非药物治疗加药物治疗的原则<sup>[4-6]</sup>。近年来国内中药以及中西医结合治疗的研究者在研究AS的病因、证候分型、中药药物及非药物治疗等方面做了大量的工作<sup>[7-28]</sup>,本科在应用经方、验方、埋针等治法上也积累了一定的临床经验<sup>[29-35]</sup>。回顾近年来的有关文献,在运用经方、中药辨证论治、针灸以及中西医结合治疗等方面的文献较多,而运用多种传统疗法的综合治疗方面的文献很少。本项研究旨在运用传统经方独活寄生汤随证加减的基础上,结合中药熏蒸、腱端炎痛点埋针及指导患者练功等传统疗法,综合治疗AS,以期取得更好的临床疗效和更好的安全性,现报告如下。

## 1 研究对象与方法

### 1.1 研究对象

70例均来自2014年1月至2016年3月本院风湿科AS患者,采用简单随机法分组方法分为两组,观察组和对照组各35例。

### 1.2 诊断标准

**1.2.1 西医诊断标准** 参照美国风湿病学会1984年修订的纽约标准<sup>[6,36]</sup>。

**1.2.2 中医疾病诊断标准** 参照《中华人民共和国国家标准·中医临床诊疗术语·疾病部分》脊痹的诊断标准<sup>[37]</sup>:因肾虚于先,寒邪深入骨髓,使气血凝滞,脊失温煦所致。以腰脊疼痛,两跨活动受限,严重者脊柱弯曲变形,甚至强直僵硬,或脊背酸痛、肌肉僵硬沉重感。阴雨天及劳累为甚。

**1.2.3 中医证候诊断标准** 参照《中华人民共和国国家标准·中医临床诊疗术语·证候部分》寒湿犯腰证的诊断标准<sup>[38]</sup>:寒湿之邪侵及腰部,以腰脊冷痛、酸胀,遇寒痛甚为主症。

### 1.3 纳入标准

1)符合上述诊断标准;2)同意参与本研究,并签署知情同意书;3)治疗期间停用所有与该病相关治疗性药物。

### 1.4 排除标准

1)不符合上述标准者;2)女性妊娠期患者;3)其它血清阴性脊柱关节病;4)合并急性眼虹膜炎者;5)血常规白细胞、CRP升高并明显外周关节肿胀,发热,疼痛患者;6)合并严重胃肠、高血压、肝、肾、造血系统及结核等原发性、传染性疾病和精神疾病患者。

### 1.5 治疗方法

#### 1.5.1 观察组

**1.5.1.1 中药内服:**独活寄生汤(独活、桑寄生、白芍、牛膝、党参、茯苓各15g,熟地24g,当归、川芎、杜仲、土鳖虫、秦艽、桂枝、防风各12g,细辛5g,炙甘草6g

等组成)。疼痛明显加延胡索20g,蜈蚣2条;畏风怕冷加黄芪15g,制附子6g(先煎);颈背僵痛明显加羌活12g,葛根15g,威灵仙15g;双髋破坏明显加血竭3g(冲服),香橼15g;膝踝关节肿痛明显加防己12g,泽兰15g;纳呆、便溏加炒鸡内金15g,木香10g;心情压抑加合欢皮20g,柴胡6g。1剂/d,水煎400mL,早晚温服,连续治疗90d。

**1.5.1.2 中药熏蒸:**选用浙江立鑫医疗器械有限公司的LXZ-200B熏蒸床,上方药煎药后药渣加羌活、白芷、艾叶、黑老虎各20g,川乌、草乌、红花各15g,威灵仙30g,细辛10g加入熏蒸床煎煮沸15min,患者平卧位将脊柱、腰骶、髋关节患肢置于熏蒸床上,并覆盖浴巾熏蒸30min,注意巡视询问温度是否适宜,一般以患者稍感汗出能耐受为宜,1次/d,1疗程7d,每疗程间休息1d,连续治疗90d。

**1.5.1.3 埋针治疗:**肌腱端炎明显者可配合局部埋针治疗,一次性使用平板式方便掀针(浙食药监械字2009第0040),局部定位敏感压痛点,常规消毒,皮内针约5°角斜刺埋入,留针12h,外用创可贴固定,可自由活动,隔日1次,7次为1疗程,连续治疗至腱端炎症状消失。

**1.5.1.4 患肢功能锻炼:**上述治疗期间积极配合肢体功能锻炼(如上肢及胸肋关节“平肩扩胸”功能锻炼,“米”字形旋绕、屈伸及左右侧屈颈椎功能锻炼,“飞燕式”腰背部功能锻炼,“双手屈髋抱膝”下肢功能锻炼等)早晚各1次,每次约20min,程度以自我能耐受为宜,循序渐进,坚持进行。治疗期间积极预防感染,外伤,劳累,忌食刺激性物品。

#### 1.5.2 对照组

**1.5.2.1 柳氮磺胺吡啶片**(上海信谊嘉华药业有限公司,国药准字H31020557),0.75mg,3次/d,饭后服。

**1.5.2.2 美乐昔康片**(苏州中化药品工业有限公司,国药准字H20030392),7.5mg,1次/d,饭后服,两药连续服用90d。

### 1.6 观察指标

**1.6.1 国际脊柱关节病评价工作组(ASAS)制定的疗效评价因子**<sup>[39-41]</sup> 巴斯强直性脊柱炎疾病活动指数(BASDAI)、患者的疾病总体评价(PGA)、脊柱改良Schober试验、胸廓活动度、枕-墙距、臀-地距、脊柱僵硬(晨僵时间)、C-反应蛋白(CRP),红细胞沉降率(ESR)。

**1.6.2 中医证候积分** 参照《中药新药临床研究指导原则》-中药新药治疗强直性脊柱炎的临床研究指导原则的症状分级量化表<sup>[42]</sup>,针对腰脊冷痛、腰脊活动受限、晨僵等主症,和腰膝酸软、畏寒喜暖、得温痛减等次症,分正常、轻、中、重四级,主症分别记0,2,4,6分,次症分别记0,1,2,3分。

1.7 疗效判定标准<sup>[42]</sup>

1.7.1 中医证候疗效判定 临床控制:中医临床症状、体征消失或基本消失,证候积分减少 $\geq 95\%$ 。显效:中医临床症状、体征明显改善,证候积分减少 $\geq 70\%$ 。有效:中医临床症状、体征均好转,证候积分减少 $\geq 30\%$ 。无效:中医临床症状、体征均无明显改善,甚或加重,证候积分减少不足 30%。计算公式(尼莫地平法)为[(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分] $\times 100\%$ 。

1.7.2 主要指标疗效判定 对主要观察指标进行疗效判定。

1.8 统计学方法

应用 SPSS 18.0 软件进行数据处理。计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较采用  $t$  检验, $P < 0.05$  差异有统计学意义。鉴于在试验的实际工作中,存在依从性差或试验中失访等因素,本研究采用意向性分析(ITT),除了将所有具有有效试验结果的受试者包含在试验终点的结果分析中,还包括经随机化分配的受

试者因某些原因在接受一段时间试验而中止者。对相关的缺失数据采用最后一次观测数据结转至终点的方法进行处理。

2 结果

2.1 一般资料

一般资料比较见表 1。

表 1 一般资料比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	男/女性别比	年龄(岁)	病程(年)
观察组	35	30/5	22.71 $\pm$ 2.11	3.13 $\pm$ 0.88
对照组	35	32/3	23.23 $\pm$ 1.97	3.08 $\pm$ 1.01
检验统计量	$\chi^2=0.216$		$t=0.208$	$t=0.136$
$P$	0.723		0.302	0.306

注:各项资料比较  $P$  均 $>0.05$ ,差异无统计学意义,具有可比性。

2.2 两组患者治疗前主要观察指标

两组患者治疗前中医证候积分、疾病总体评价(PGA)、疾病活动指数(BASDAI)等主要观察指标见表 2。

表 2 两组患者治疗前中医证候积分,PGA,BASDAI 等指标的比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	中医证候积分	PGA	BASDAI	脊柱活动度(cm)	胸廓活动度(cm)	枕墙距(cm)	臀地距(cm)	晨僵时间(h)	CRP(mg/L)	ESR(mm/h)
观察组	35	42.05 $\pm$ 6.72	8.03 $\pm$ 2.24	8.81 $\pm$ 1.03	2.05 $\pm$ 1.02	1.03 $\pm$ 0.86	4.01 $\pm$ 1.02	7.01 $\pm$ 5.04	4.31 $\pm$ 3.04	8.41 $\pm$ 4.03	88.36 $\pm$ 6.11
对照组	35	41.75 $\pm$ 5.82	8.01 $\pm$ 2.22	8.87 $\pm$ 1.04	2.06 $\pm$ 1.03	1.01 $\pm$ 0.84	4.03 $\pm$ 1.04	6.98 $\pm$ 4.98	4.51 $\pm$ 3.11	8.39 $\pm$ 4.01	89.06 $\pm$ 6.02
$t$		0.217	0.113	0.312	0.107	0.113	0.202	0.116	0.103	0.117	0.202
$P$		0.532	0.308	0.226	0.132	0.208	0.106	0.302	0.318	0.208	0.106

注:两组患者各项基线资料比较, $P > 0.05$ ,差异无统计学意义,具有可比性。

2.3 两组患者治疗后主要观察指标比较

等主要观察指标比较见表 3~6。

两组患者治疗后中医证候积分,PGA,BASDAI

表 3 两组患者治疗后中医证候积分,PGA,BASDAI 的比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	中医证候积分		$t$	$P$	PGA		$t$	$P$	BASDAI		$t$	$P$
		治疗前	治疗后			治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
观察组	35	42.05 $\pm$ 6.72	12.03 $\pm$ 3.02	2.468	0.01	8.03 $\pm$ 2.24	2.13 $\pm$ 1.04	2.036	0.025	8.81 $\pm$ 1.03	3.01 $\pm$ 1.01	1.863	0.05
对照组	35	41.75 $\pm$ 5.82	17.15 $\pm$ 4.22	1.89	0.05	8.01 $\pm$ 2.22	2.48 $\pm$ 2.02	2.032	0.025	8.87 $\pm$ 1.04	3.07 $\pm$ 0.74	1.961	0.05
$t$		6.502				2.380				0.134			
$P$		$<0.0005$				$<0.025$				$>0.25$			

注:两组患者各项指标治疗前后比较, $P < 0.05$ ,差异有统计学意义;中医证候积分及 PGA 改善组间比较, $P < 0.05$ ,差异有统计学意义;BASDAI 改善组间比较, $P > 0.05$ ,差异无统计学意义。

表 4 两组患者治疗前后脊柱活动度、胸廓活动度、枕墙距的比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	脊柱活动度(cm)		$t$	$P$	胸廓活动度(cm)		$t$	$P$	枕墙距(cm)		$t$	$P$
		治疗前	治疗后			治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
观察组	35	2.05 $\pm$ 1.02	3.85 $\pm$ 1.81	1.935	$<0.05$	1.03 $\pm$ 0.86	1.63 $\pm$ 0.36	1.326	0.10	4.01 $\pm$ 1.02	2.31 $\pm$ 1.32	2.020	$<0.05$
对照组	35	2.06 $\pm$ 1.03	3.56 $\pm$ 1.52	1.653	$<0.05$	1.01 $\pm$ 0.84	1.31 $\pm$ 0.14	1.102	0.10	4.03 $\pm$ 1.04	2.53 $\pm$ 1.09	1.685	$<0.05$
$t$		1.824				1.012				2.002			
$P$		$<0.05$				$>0.10$				$<0.05$			

注:两组患者脊柱活动度和枕墙距治疗前后比较, $P < 0.05$ ,差异有统计学意义;胸廓活动度治疗前后比较, $P > 0.05$ ,差异无统计学意义;脊柱活动度和枕墙距组间比较, $P < 0.05$ ,差异有统计学意义;胸廓活动度组间比较, $P > 0.05$ ,差异无统计学意义。

表 5 两组患者治疗前后臀地距、晨僵时间的比较(̄x±s)

组别	例数	臀地距(cm)		t	P	晨僵时间(h)		t	P
		治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
观察组	35	7.01±5.04	3.61±1.01	1.701	<0.05	4.31±3.04	2.31±1.03	2.103	<0.05
对照组	35	6.98±4.98	4.03±3.08	1.696	<0.05	4.51±3.11	2.91±1.01	2.020	<0.05
t		1.263				2.382			
P		0.10				0.01			

注:两组患者臀地距及晨僵时间治疗前后比较, $P<0.05$ ,差异有统计学意义;臀地距组间比较, $P>0.05$ ,差异无统计学意义;晨僵时间组间比较, $P<0.05$ ,差异有统计学意义。

表 6 两组患者治疗前后实验室指标比较(̄x±s)

组别	例数	CRP(mg/L)		t	P	ESR(mm/h)		t	P
		治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
观察组	35	8.41±4.03	3.53±1.03	2.133	0.025	88.36±6.11	32.06±5.22	1.869	<0.05
对照组	35	8.39±4.01	3.41±1.01	2.341	0.025	89.06±6.02	29.96±5.82	2.035	0.025
t		0.601				1.212			
P		0.25				0.10			

注:两组患者 CRP 及 ESR 治疗前后比较, $P<0.05$ ,差异有统计学意义;组间比较, $P>0.05$ ,差异无统计学意义。

2.4 患者中医证候疗效评价

患者中医证候疗效评价见表 7。

表 7 两组患者用药后中医证候积分疗效分析

用药分组	疗效评定					显效率(%)	P	总有效率(%)	P	Z	P
	临床控制	显效	有效	无效	合计						
观察组	6	14	13	2	35	57.14	0.01	94.29	0.01	1.963	<0.05
对照组	3	9	15	8	35	34.29		77.14			

注:组间中医证候疗效分析, $P<0.05$ ,差异有统计学意义。

2.5 安全性评价

两组均无血尿常规异常,观察组出现便糖 2 例,食欲下降 2 例,恶心、干呕 2 例,未予处理自然缓解;对照组 3 例患者出现恶心,2 例患者轻度肝功能受损,经对症处理后缓解;两组均未发生严重不良事件。组间不良事件发生率比较,差异无统计学意义( $\chi^2=0.100, P=0.705$ )。

3 讨论

强直性脊柱炎属祖国医学“脊痹”<sup>[37]</sup>病,因肾虚于先,寒邪深入骨髓,使气血凝滞,脊失温煦所致。以腰脊疼痛,两胯活动受限,严重者脊柱弯曲变形,甚至强直僵硬,或背部酸痛,肌肉僵硬沉重感。临床又以“寒湿犯腰证”<sup>[38]</sup>常见,腰脊冷痛、酸胀,遇寒痛甚为主症。经方独活寄生汤治具有祛寒湿,除痹痛,益肝肾,补气血的功效,尤擅腰脊疼痛,屈伸不利,畏寒喜暖,心悸气短,舌淡苔白,脉象细弱之症。本方配伍先后天同补,益气健脾、补益肝肾、强骨舒督、养血通络,祛风除湿、蠲痹止痛,配合加减,标本兼治。临床资料证实独活寄生汤对 AS 具有较确切临床治疗作用<sup>[10-18,28]</sup>。AS 以脊柱,骶臀区疼痛及肌腱端炎等病变为临床特点,中药熏蒸结合腱端炎埋针治疗,可直接作用于炎性病变部位,能透达腠理,温通经络,调畅气血,蠲痹止痛,较快缓解在表之标证,促进病变部位血管通透性,加速血液循环及炎症代谢,减少渗出,预防和阻止组织粘连,筋

脉挛缩,关节破坏。在药物治疗基础上,进行规律的自身锻炼,对减少或防止畸形和残疾极为重要,并能减少药物内服的毒副反应,不仅可改善关节功能、增强 AS 患者的肺功能,改善胸廓活动度,而且对缓解情绪低落、提高机体免疫力亦有积极作用。经济,科学,效果肯定,较为实用。本研究结果显示除胸廓活动度外,各项观察指标治疗前后比较均有明显的改善,说明西药和中医综合治疗都具有较好的治疗效果。而中医综合治疗在改善中医证候、晨僵时间、脊柱活动度以及枕墙距等方面具有更好的优势,患者的自身疾病总体评价也更好。在安全性评价方面也显示更好的表现,虽然差异无统计学意义。经方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)安全、有效,中医证候疗效优于常规西药。

参考文献

[1] 游浩,陈翠年,张卉,等.强直性脊柱炎病因及其发病机制的研究进展[J].中国中医骨伤科杂志,2012,20(9):77-79.

[2] 杨戈,陈雪,司英奎,等.强直性脊柱炎的研究进展[J].中国中医药现代远程教育,2011,9(24):161-169.

[3] 赵丽珂,黄慈波.强直性脊柱炎的诊断治疗进展[J].临床药物治疗杂志,2010,8(1):14-18.

[4] 于刚,张江林.强直性脊柱炎的治疗指南介绍[J].中国骨与关节杂志,2014,3(10):763-766.

[5] 郝慧琴,黄烽.ASAS/ULAR 推荐的强直性脊柱炎治疗方

- 案[J]. 中华风湿病学杂志, 2006, 10(12): 763-765.
- [6] 中华医学会风湿病学分会. 强直性脊柱炎诊断及治疗指南[J]. 中华风湿病学杂志, 2010, 14(8): 557-560.
- [7] 蓝文锐, 陈磊, 陈庭瑞, 等. 中西医结合治疗强直性脊柱炎临床疗效与安全性的 Meta 分析[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2012, 20(11): 9-13.
- [8] 马武开, 钟琴, 姚血明. 中医药防治强直性脊柱炎的思路及方法[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2008, 16(6): 65-66.
- [9] 温伟强, 黄胜光, 谭宁, 等. 仙灵骨葆胶囊治疗强直性脊柱炎的疗效观察[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2012, 20(1): 33-35.
- [10] 吴斌, 王胜利, 方苏亭, 等. 双参擦剂治疗强直性脊柱炎的临床研究[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2012, 20(5): 24-25.
- [11] 陈玉婷, 茅建春. 茅建春运用独活寄生汤治疗强直性脊柱炎经验[J]. 浙江中西医结合杂志, 2012, 22(8): 591-594.
- [12] 李云. 独活寄生汤配合西药治疗强直性脊柱炎 32 例[J]. 陕西中医, 2011, 32(8): 975-976.
- [13] 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): 1309-1314.
- [14] 郑虹. 辨证分型从肾论治强直性脊柱炎的体会[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2013, 21(1): 57-58.
- [15] 张俊莉, 董军胜. 盘龙七片治疗强直性脊柱炎的临床观察[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2013, 21(5): 52-53.
- [16] 汪四海, 刘健, 徐桂琴, 等. 中医脾虚在强直性脊柱炎发病中起着关键作用[J]. 中国临床保健杂志, 2013, 16(2): 216-218.
- [17] 陶庆文, 王建明, 徐愿, 等. 补肾强督法治强直性脊柱炎肾虚督寒证 309 例的多中心临床观察[J]. 中华中医药杂志, 2013, 28(6): 1722-1726.
- [18] 于建伟, 张濛, 刘福东. 独活寄生汤联合柳氮磺吡啶和双氯芬酸钠治疗风寒湿痹型强直性脊柱炎 52 例[J]. 风湿病与关节炎, 2014, 3(5): 10-12.
- [19] 吴河山, 高毅英, 何凤玲, 等. 中医温督单元法治强直性脊柱炎 34 例临床观察[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2014, 22(11): 24-26.
- [20] 张忠. 髋关节镜下滑膜切割联合中药治疗早期强直性脊柱炎髋关节病变[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2014, 22(8): 41-42.
- [21] 汪洪, 吴昊旻. 关节注射联合金骨莲胶囊治疗髋髌关节炎疗效观察[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2014, 22(6): 10-12.
- [22] 玲玲. 针刺加艾药灸治疗强直性脊柱炎疗效分析[J]. 亚太传统医药, 2014, 10(10): 64-65.
- [23] 徐肖俊. 温肾通督柔筋止痛法治强直性脊柱炎 18 例临床观察[J]. 浙江中医杂志, 2014, 49(12): 908.
- [24] 鲁士友, 宿艳. 未病调体, 既病辨治-崇氏督灸体系治疗强直性脊柱炎体会[J]. 辽宁中医药杂志, 2014, 41(11): 2291-2292.
- [25] 孙楠, 咎强, 梁馨予, 等. 中药熏蒸缓解强直性脊柱炎疼痛 36 例临床分析[J]. 陕西中医学院学报, 2014, 37(6): 59-60.
- [26] 陈润祺, 于成福, 杨先文, 等. 致密性髂骨炎与性别、发病年龄因素的相关性研究(附 212 例病例分析)[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2014, 22(5): 28-30.
- [27] 王苗苗, 王玲, 王富强, 等. 强直性脊柱炎寒湿痹阻证血清蛋白质组学研究[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2015, 23(12): 9-11.
- [28] 张宇鹏, 关雪峰. 独活寄生汤治疗骨伤科疾病研究简况[J]. 实用中医内科, 2015, 29(5): 179-181.
- [29] 赫军, 李丽华, 汤志刚, 等. 中医综合治疗强直性脊柱炎 83 例[J]. 江苏中医药, 2011, 43(12): 31-32.
- [30] 赫军, 李丽华, 诸葛天瑜, 等. 综合法治强直性脊柱炎髋关节滑膜炎临床探析[J]. 中医正骨, 2013, 25(8): 10-12.
- [31] 赫军, 李丽华, 应秀燕, 等. 姜多峰论治强直性脊柱炎经验[J]. 山东中医杂志, 2013, 32(9): 670-671.
- [32] 赫军, 李丽华, 孙捷, 等. 牛大力合小青龙汤加味辨治类风湿关节炎并间质性肺炎 30 例[J]. 中国中医药科技, 2014, 21(2): 137.
- [33] 赫军, 陈小燕, 李丽华, 等. 柳豆叶合肾着汤辨治强直性脊柱炎临床观察[J]. 中国中医药科技, 2014, 21(4): 462-463.
- [34] 赫军, 诸葛天瑜, 李冬冬, 等. 中药内服联合针刺与埋针法治治疗幼年强直性脊柱炎[J]. 中医正骨, 2016, 28(1): 41-42.
- [35] 赫军, 诸葛天瑜, 李冬冬, 等. 四联法治强直性脊柱炎[J]. 中医正骨, 2016, 28(6): 50-52.
- [36] 张乃铮. 临床风湿病学[M]. 上海: 上海科学出版社, 1999: 155-157.
- [37] 朱文峰, 王永炎, 唐由之, 等. 中医临床诊疗术语·疾病部分[S]. 北京: 中国标准出版社, 1997.
- [38] 朱文峰, 王永炎, 唐由之, 等. 中医临床诊疗术语·证候部分[S]. 北京: 中国标准出版社, 1997.
- [39] Lukas C, Landewe R, Sieper J, et al. Development of an ASAS-endorsed disease activity score(ASDAS)in patients with ankylosing spondylitis[J]. Ann Rheum Dis, 2009, 68(1): 18-24.
- [40] Garrett S, Jenkinson T, Kennedy LG, et al. A new approach to defining disease status in ankylosing spondylitis: the bath ankylosing spondylitis disease activity index[J]. J Rheumatol, 1994, 21(12): 2286-2291.
- [41] Jones SD, Steiner A, Garrett SL, et al. The bath ankylosing spondylitis patient global score (BAS-G) [J]. Br J Rheumatol, 1996, 35(1): 66-71.
- [42] 国家医药监督管理局. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 119-123.

(收稿日期: 2016-05-10)