



• 中西医结合 •

益肾活血蠲痹法治疗强直性脊柱炎的疗效研究

邹立华¹, 邓惠文², 刘小军³, 李惠¹, 陈小丹¹, 曾振强¹ (1. 深圳市龙岗区人民医院, 广东深圳 518172; 2. 深圳市龙岗区妇幼保健院, 广东深圳 518172; 3. 深圳市罗湖区中医院, 广东深圳 518021)

摘要: **目的** 观察益肾活血蠲痹法治疗强直性脊柱炎(AS)的效果。**方法** 将100例AS患者随机分为治疗组50例和对照组50例, 两组均予扶他林片(每次75mg, 每天1次)和柳氮磺胺吡啶片(每次1.0g, 每天2次)口服; 治疗组在此基础上给予益肾活血蠲痹汤, 每天1剂, 两组均连续用药3个月。观察两组疗效及治疗前后血沉(ESR)、C反应蛋白(CRP)的变化情况。**结果** 治疗组显效18例、有效28例、无效4例; 对照组分别为13、23、14例, 经秩和检验, 两组临床疗效差异有统计学意义($U_c=2.075$, $P<0.05$)。与同组治疗前比较, 两组ESR、CRP均降低(P 均 <0.01); 与对照组比较, 观察组治疗后ESR、CRP降低(P 均 <0.05)。**结论** 益肾活血蠲痹法辅助治疗AS疗效较好, 有显著的抗炎作用。

关键词: 益肾活血蠲痹法 强直性脊柱炎 疗效

中图分类号: R248.1 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2016)11-126-02

基金项目: 广东省中医药局科研课题(NO: 20142123)

强直性脊柱炎(ankylosing spondylitis, AS)的病因及发病机制尚不明确, 现有研究认为其发生与遗传、自身免疫功能紊乱、慢性感染和内分泌失调等有关^[1]。目前西药治疗尚缺乏有长期治疗作用或根治作用的药物及疗法。近年来随着中医药对AS的认知度越来越深入, 中医中药治疗AS越来越受到关注。中医中药以其独特的理论体系及丰富的医疗实践, 为本病的治疗提供了宝贵的经验, 且日益体现出在治疗上的优势^[2]。本研究应用益肾活血蠲痹法治疗AS, 收到良好效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择100例AS患者随机分为两组, 治疗组、对照组各50例, 两组年龄、性别、病程、病情等应具有可比性。诊断标准: (1) 西医诊断标准: 参照1984年美国风湿病学会修订的《纽约标准》。(2) 中医诊断及分型标准: 《中药新药治疗强直性脊柱炎的临床研究指导原则》, 且中医辨证属于肾督亏虚, 风寒湿之邪里化热阻络者。入选标准: (1) 符合西医诊断及中医的诊断、辨证分型标准; (2) 发病时间均在3个月以内, 并持续6个月以上。排除标准: (1) 活动期消化道溃疡患者; (2) 重叠其它风湿病患者; (3) 妊娠或哺乳期妇女, 精神病患者; (4) 合并心、脑、肝、肾和造血系统等严重疾病者; (5) 根据研究者的判断, 认为不宜入选者。研究前均取得患者及其家属的知情同意并签字。

1.2 治疗方法

治疗前30天停用一切糖皮质激素和生物制剂药物直至疗程结束。对照组: 扶他林片(每次75mg, 每天1次)和柳氮磺胺吡啶片(每次1.0g, 每天2次)口服。3个月为1疗程。治疗组: 在对照组基础上给予益肾活血蠲痹汤, 每天1剂, 水煎两次, 早晚服, 3个月为1疗程。两组都均1个疗程后观察疗效及实验室指标变化。

1.3 疗效评定

参照卫生部1993年关于“风湿病药物临床研究指导原则”中疗效综合评价标准进行评价。显效: 症状体征改善率 $\geq 75\%$, ESR、CRP下降至正常或接近正常; 有效: 症状体征改善率 $\geq 30\%$, ESR、CRP有一定下降; 无效: 症状体征改善率 $< 30\%$ 或恶化, ESR、CRP无下降或有升高。

1.4 观察指标

观察治疗前后患者ESR、CRP的变化情况。

1.5 统计分析

采用SPSS13.0版本统计软件处理。计量资料数据以($\bar{x} \pm s$)表示, 组间比较采用成组设计两样本均数比较的t检验。

组内治疗前后比较采用配对t检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前及治疗后ESR、CRP比较

两组ESR、CRP于治疗前无明显差异($P>0.05$), 治疗后两组ESR、CRP均有下降($P<0.01$), 治疗组较对照组下降更明显($P<0.01$)。见表1。

表1: 两组治疗前及治疗后ESR、CRP比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	ESR(mm/1h末)		CRP(10mg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	50	80.06 $\pm$ 13.25	25.43 $\pm$ 5.47	43.65 $\pm$ 8.35	15.15 $\pm$ 3.68
对照组	50	79.11 $\pm$ 12.27	35.91 $\pm$ 7.33	41.22 $\pm$ 7.85	23.12 $\pm$ 4.36
t值		0.077	15.784	1.025	19.365
P值		>0.05	<0.01	>0.05	<0.01

2.2 两组临床疗效比较

治疗3个月后, 治疗组显效和有效分别是18例和28例, 对照组显效和有效分别是13例和23例, 秩和检验结果示 $U_c=2.075$, $P<0.05$, 两组间差异有统计学意义。见表2。

表2: 两组临床疗效比较(n)

组别	例数	显效	有效	无效
治疗组	50	18	28	4
对照组	50	13	23	14

3 讨论

祖国医学早在两千年前就对AS有所认识并将其列入“痹证”的范畴, 在古典医籍中有关“肾痹”、“骨痹”、“大倮、历节风”、“龟背风”、“腰痛”等的记载与现代的AS有颇多相似之处, 这对后世医家探讨AS的病因病机及治疗提供了非常重要的指导意义^[3]。《素问·痹论》云: “风寒湿三气杂至, 合而为痹也……以冬遇此者为骨痹……骨痹不已, 复感于邪, 内舍于肾……肾痹者, 善胀, 尻以代踵, 脊以代头。”《素问·生气通天论》云: “阳气者, 精则养神, 柔则养筋。开阖不得, 寒气从之, 乃生大倮……”《素问·调经论》又云: “肾者水也, 而生于骨; 肾不生则髓不能满, 故寒甚至骨也……病名曰骨痹, 是人当挛节也。”《素问·脉要精微论》云: “背者胸中之府, 背曲肩随, 府将坏矣。腰者肾之府, 转摇不能, 肾将惫矣; 膝者筋之府, 屈伸不能, 行则倮附, 筋将惫矣。”《素问·长刺节论》曰“病在骨, 骨重不可举, 骨髓酸痛, 寒气至, 名曰骨痹。”《证治准绳》中载: “若因伤于寒湿, 流注经络, 结滞骨节,

(下转第128页)



治疗前治疗组患者腹胀 30 例 (75%), 大便已解者 7 例 (17.5%), 治疗前对照组患者腹胀 32 例 (80%), 大便已解者 4 例 (10%), 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 经治疗后, 治疗组患者腹胀 6 例 (15%), 大便已解者 25 例 (62.5%), 对照组患者腹胀 12 例 (30%), 大便已解者 22 例 (55%), 与治疗前相比, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.2 两组患者经治疗后首次排尿时间比较

两组患者首次排尿时间比较如表 1 所示。

表 1: 两组患者首次排尿时间 (min) 比较

分组	例数	< 30min	30-60min	> 60min
治疗组	40	19	17	4
对照组	40	10	15	15

注: 统计值 $z = -2.854$, $P = 0.004$

2.3 两组患者经治疗后首次排尿量和 2h 排尿总量比较

经治疗后, 治疗组患者首次排尿量为 (156.48 ± 17.78) ml, 多于对照组的 (94.66 ± 15.43) ml, 其差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。经治疗后, 治疗组患者 2h 排尿总量为 (279.43 ± 11.66) ml, 多于对照组的 (148.87 ± 14.52) ml, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.4 疼痛视觉模拟评分 (VAS 评分) 两组患者术后 4h, 6h 的 VAS 评分

如表 2, 差异有统计学意义。

表 2: 两组患者术后 4h, 6h VAS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	例数	术后 4h	术后 6h
治疗组	40	2.8 ± 0.6	2.7 ± 0.7
对照组	40	5.1 ± 0.8*	4.6 ± 0.9*

注: 与治疗组比较, * $P < 0.05$; VAS 评分 = 疼痛视觉模拟评分。

2.5 疗效判断

治疗组患者 40 例, 其中显效 28 例, 好转 10 例, 无效 2 例, 总有效率 95%, 对照组患者 40 例, 其中显效 16 例, 好转 10 例, 无效 7 例, 总有效率 82.5%, 两组疗效比较如表 3。

表 3: 两组患者临床疗效比较

组别	例数	显效	好转	无效
治疗组	40	28	10	2
对照组	40	16	17	7

(上接第 126 页)

气血不和, 而致腰膝疼痛。”现代医家在继承古人经验的基础上, 师古而不泥古, 对 AS 的病因病机进行了丰富和发展。李奇^[4]等从中医证候逆向分析 AS 的病因病机, 指出强直性脊柱炎本虚与标实的区分在年龄、病程及 ESR 指标上均存在不同程度的界定。俞蛟^[5]等认为 AS 的病因病机多以“肾虚邪痹”立论, 认为肾虚为本病形成的内在因素, 风寒湿邪侵入督脉为本病发生的外在条件。总而言之, AS 的病因病机是由于先天禀赋不足, 素体虚弱, 肝肾精血亏虚, 督脉失养, 风寒湿诸邪乘虚而入, 深侵督脉, 气血凝滞, 而至筋骨失养, 发为本病。其病性为本虚标实, 肾督亏虚为本, 风寒湿邪为标。而在中医药治疗上, 方法多种多样, 有中医辨证施治 (包括脏腑辨证、八纲辨证、经络辨证、分期论治^[6])、中医针刺及灸法、埋线络法、挑筋法、中医蜂疗四联法、运动疗法^[7]等。王建东^[15]认为, 其治当以补肾通督、祛风散寒除湿为法。并应用补肾强督方: 骨碎补、补骨脂、熟地黄、淫羊藿、鹿角胶 (或鹿角片、鹿角霜)、狗脊、续断、杜仲、羌活、独活、防风、桂枝、赤芍、白芍、知母、川牛膝、炙麻黄、干姜、炙穿山甲。

本研究中, 运用益肾活血通痹法辅助的治疗组显效 18 例、有效 28 例、无效 4 例, 而单用西药的对照组分别为 13、23、14 例, 经秩和检验, 两组临床疗效差异有统计学意义

注: 统计值 $z = -2.786$, $P = 0.005$

3 讨论

术后尿潴留属于中医学“癃闭”范畴, 病机为膀胱气化功能失调, 病位虽在膀胱, 但与肺脾肝肾关系密切。一方面, 手术可致精血不足, 肾之阴阳俱虚, 肾阳不固则无以化气行水, 肾阴不足则阳无以化, 以致三焦气化功能失常膀胱开合失司而发为癃闭, 另一方面, 下焦受损, 则血液瘀滞, 气血循环不畅, 进而累及膀胱气机失调升降出入异常, 气机不降则津液不能下泄。这两方面导致肾与膀胱气化失常, 膀胱排尿功能障碍, 尿闭于内不能外出而发生尿潴留。腹针疗法是薄智云教授经过二十多年的反复研究、临床实践而创建的一种通过针刺腹部穴位调节先天、后天经络的新疗法。根据引气归元方^[3]中脘、下脘均属胃脘, 有理中焦, 施升降的作用; 天枢、归来均可调理中焦气机, 而手太阳肺经起于中焦, 故调中焦可使肺气肃降以利小便。气海为任脉之原穴, 疏通下焦元气, 理气行水。关元为任脉、足三阴经交会穴, 可补肾培元, 鼓舞膀胱气化以启尿闭。中极为膀胱募穴, 大赫位于中极旁 0.5 寸, 刺之可助中极穴疏通下焦气机。

西医治疗肛肠疾病术后尿潴留多采用新斯的明肌注、或使用 α 受体阻滞剂等药物疗法, 盆底肌锻炼, 下腹部膀胱区半导体激光治疗仪照射等理疗办法, 或导尿冲洗膀胱等。但多半有短时间内难以恢复排尿功能, 易引起膀胱逆行感染等不足。

腹针疗法操作简单规范, 针刺深浅合理, 临床疗效佳, 可有效缓解肛肠疾病术后尿潴留, 极大地减少了导尿管带给病人的不适感, 降低了医源性泌尿系感染的发生率, 患者易于接受, 值得在临床上推广。

参考文献

- [1] 张东明. 大肠肛门局部解剖与手术学 [M]. 合肥: 安徽科学技术出版社, 1999: 81.
- [2] 中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组, 中华中医药学会肛肠病专业委员会, 中国中西医结合学会结直肠肛门病专业委员会. 痔临床诊治指南 (2006 版) [S]. 中华胃肠外科杂志, 2006, 9(5): 461-463.
- [3] 薄智云. 腹针疗法 [M]. 北京: 中国科学技术出版社, 2004: 101.

($U_c = 2.075$, $P < 0.05$)。经治疗后, 两组 ESR、CRP 均降低 (P 均 < 0.01); 与对照组比较, 观察组治疗后 ESR、CRP 降低 (P 均 < 0.05), 说明益肾活血通痹法辅助治疗 AS 疗效较好, 有显著的抗炎作用, 值得临床推广。

参考文献

- [1] 任征, 杨伟东, 黄颖, 等. 强直性脊柱炎与肺炎克雷伯菌感染相关性的研究进展 [J]. 现代医学, 2012, 40(3): 366-368.
- [2] 俞蛟, 宋欣伟. 中医药治疗强直性脊柱炎的研究进展 [J]. 内蒙古中医药, 2010, 30(8): 118-119.
- [3] 王培荣, 江蓉星, 梁谋旺. 强直性脊柱炎病因病机研究进展 [J]. 陕西中医学院学报, 2012, 35(2): 84-85.
- [4] 李奇, 张艳珍, 喻建平, 等. 从中医证候逆向分析强直性脊柱炎的病因病机 [J]. 光明中医, 2011, 26(4): 625-626.
- [5] 俞蛟, 宋欣伟. 中医药治疗强直性脊柱炎的研究进展 [J]. 内蒙古中医药, 2010, 30(8): 118-119.
- [6] 刘晓波, 孙素平. 中医辨治强直性脊柱炎的研究概况 [J]. 现代中西医结合杂志, 2010, 19(28): 3682-3683.
- [7] 曹新峰, 周子朋, 郭会卿. 中医药治疗强直性脊柱炎概况 [J]. 风湿病与关节炎, 2012, 2(2): 69-72.
- [8] 王建东, 阎小萍. 补肾强督法治疗强直性脊柱炎临床研究 [J]. 中国中医急症, 2011, 3(20): 345-346.