

本文引用: 皮桂芳, 张月娟, 薛柯, 刘娟, 刘梨, 陈青. 隔药灸联合中医五行手指操治疗寒湿痹阻型类风湿关节炎的疗效观察[J]. 湖南中医药大学学报, 2024, 44(8): 1415-1421.

隔药灸联合中医五行手指操治疗寒湿痹阻型类风湿关节炎的疗效观察

皮桂芳, 张月娟, 薛柯, 刘娟, 刘梨, 陈青*

湖南中医药大学第一附属医院, 湖南 长沙 410007

〔摘要〕 **目的** 探讨隔药灸联合中医五行手指操改善寒湿痹阻型类风湿关节炎(rheumatoid arthritis, RA)的临床疗效。**方法** 将 90 例寒湿痹阻型 RA 患者随机分为对照组和观察组, 每组 45 例。对照组予以来氟米特片、艾拉莫德片、塞来昔布胶囊口服; 观察组在对照组基础上行隔药灸联合中医五行手指操, 其中隔药灸选取脾俞、阳陵泉、腰阳关、命门及手阳明大肠经、手少阳三焦经、手太阳小肠经上的阿是穴, 每日 1 次, 每次 30 min。两组均治疗 10 d。分别于治疗前后观察两组患者的疼痛视觉模拟评分(visual analogue scale, VAS)、炎症指标红细胞沉降率(erythrocyte sedimentation rate, ESR)、C 反应蛋白(C-reactive protein, CRP)、焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)、健康评估问卷(health assessment questionnaire, HAQ)、中医证候积分, 并于治疗后评定两组患者的临床疗效。**结果** 治疗后, 两组患者的 VAS、ESR、CRP、SAS、HAQ 及中医证候积分均较治疗前降低($P<0.05$, $P<0.01$), 且观察组上述指标均低于对照组($P<0.05$, $P<0.01$)。观察组总有效率为 80.00%, 高于对照组的 55.56%($P<0.01$)。**结论** 隔药灸联合中医五行手指操能改善寒湿痹阻型 RA 患者临床症状, 提高患者生存质量。

〔关键词〕 类风湿关节炎; 寒湿痹阻; 隔药灸; 中医五行手指操; 临床疗效; 中医证候积分; 生存质量

〔中图分类号〕 R245

〔文献标志码〕 B

〔文章编号〕 doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2024.08.009

Clinical efficacy of moxibustion on medicines combined with finger exercise guided by TCM five elements theory in treating rheumatoid arthritis of cold dampness impediment pattern

PI Guifang, ZHANG Yuejuan, XUE Ke, LIU Juan, LIU Li, CHEN Qing*

The First Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410007, China

〔Abstract〕 **Objective** To explore the clinical efficacy of moxibustion on medicines combined with finger exercise guided by TCM five elements theory in treating rheumatoid arthritis (RA) of cold dampness impediment pattern. **Methods** Ninety patients diagnosed with RA of cold dampness impediment pattern were randomly divided into control group and observation group, with 45 cases in each group. The control group was given leflunomide tablet, iguratimod tablet, and celecoxib capsule by oral administration. The observation group was given moxibustion on medicines combined with finger exercise guided by TCM five elements theory on the basis of the control group. Moxibustion on medicines was performed at Pishu (BL20), Yanglingquan (GB34), Yaoyangguan (GV3), Mingmen (GV4), and Ashi points on the large intestine meridian of hand-Yangming, the sanjiao meridian of hand-Shaoyang, and the

〔收稿日期〕 2024-01-29

〔基金项目〕 国家自然科学基金项目(822746271005499); 湖南省中医药科研计划项目(D2022029); 湖南省中医药科研课题(A2023010); 湖南省卫生健康委科研重点课题(202114011882); 湖南省教育厅科学研究项目重点课题(22A0247); 国家中医优势专科-护理学(国中医药医政函〔2024〕90 号)。

〔通信作者〕 * 陈青, 女, 主任护师, 硕士研究生导师, E-mail: 3124617441@qq.com。

small intestine meridian of hand-Taiyang, once a day for 30 minutes each time. Both groups were treated for ten days. Visual analogue scale (VAS) for pain and erythrocyte sedimentation rate (erythrocyte sedimentation rate), C-reactive protein (CRP), self-rating anxiety scale (SAS), health assessment questionnaire, HAQ), TCM pattern score of the two groups were observed before and after treatment, and clinical efficacy of the two groups after treatment were evaluated. **Results** After treatment, the VAS, ESR, CRP, SAS, HAQ, and TCM pattern scores of both groups of patients decreased compared to those before treatment ($P<0.05$, $P<0.01$), and the above indicators in the observation group were lower than those in the control group ($P<0.01$). The overall effective rate in the observation group was 80.00%, which was higher than the 55.56% of the control group ($P<0.01$). **Conclusion** The combination of moxibustion on medicines and finger exercise guided by TCM five elements theory significantly alleviates clinical symptoms and enhances the life quality of patients with RA of cold dampness impediment pattern.

[**Keywords**] rheumatoid arthritis; cold dampness impediment pattern; moxibustion on medicines; finger exercise guided by TCM five elements theory; clinical efficacy; TCM pattern scores; life quality

类风湿关节炎(rheumatoid arthritis, RA)属于中医学“痹病”“尪痹”范畴,其在我国内陆地区的患病率为 0.2%~0.4%^[1-2]。RA 作为一种以关节滑膜炎症为临床特征的慢性、全身性、自身免疫性疾病,主要临床表现为受累关节的疼痛、肿胀、僵硬及活动不利,其中腕关节为主要好发部位,疾病晚期甚至出现关节畸形或功能丧失^[1,3]。目前,针对 RA 的治疗多以抗风湿药、非甾体抗炎药、生物制剂等西药为主,但存在毒副作用较大、费用较高的劣势。中医学认为 RA 的病机为气血亏虚、劳损,风寒湿邪趁虚而入,导致气血运行不畅、脉络瘀阻^[4]。其中,寒湿痹阻证作为其临床中最为常见的证型,主要表现为关节冷痛而肿、遇寒痛甚、得热痛减、晨僵、关节屈伸不利及畸形,患者常难以耐受其疼痛^[5-7]。隔药灸作为传统的中医疗法,集艾灸、穴位、药物功效于一体,在改善寒湿痹阻型 RA 患者症状方面具有多靶点、多途径等优势,且操作方便、安全性高,患者易于接受^[8]。此外,中医五行手指操可通过手指、手掌、手腕的规律活动刺激经络穴位,进而达到改善患者关节症状的效果^[9]。本研究联合运用隔药灸及中医五行手指操,探讨其改善寒湿痹阻型 RA 的临床疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 12 月至 2022 年 12 月湖南中医药大学第一附属医院风湿免疫科住院治疗的寒湿痹阻型 RA 患者 90 例,采用随机数字表法将患者分为对照组和观察组,各 45 例。由于隔药灸及中医五行手指操的特殊性,未对患者及操作者实施盲法,但参与

统计学分析及疗效评价的医护人员均不知晓分组情况。本研究已通过湖南中医药大学第一附属医院伦理委员会审查(伦理审批号:HN-LL-KY-2022-042-01),所有研究对象均签署知情同意书。两组均无脱落病例。两组患者性别、年龄、病程、压痛关节数(tender joint count in 28 joints, TJC28)及肿胀关节数(swollen joint count in 28 joints, SJC28)^[10]比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,详见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较($n=45$)

Table 1 Comparison of general information between two groups of patients ($n=45$)

组别	性别/例		年龄/	病程/	TJC28/	SJC28/
	男	女	(岁, $\bar{x}\pm s$)	(年, $\bar{x}\pm s$)	($\bar{x}\pm s$)	($\bar{x}\pm s$)
对照组	6	39	60.47 $\pm$ 8.17	6.63 $\pm$ 3.77	17.15 $\pm$ 4.83	15.95 $\pm$ 4.64
观察组	10	35	61.87 $\pm$ 8.57	6.73 $\pm$ 3.56	17.36 $\pm$ 4.65	16.44 $\pm$ 4.17
χ^2 值	1.216		1.666	1.174	0.338	0.800
P 值	0.544		0.193	0.312	0.714	0.452

1.2 病例选择标准

1.2.1 西医诊断标准 参照美国风湿病学会和欧洲抗风湿病联盟 2010 年共同制定的 RA 分类标准和评分系统^[11]。(1)关节受累情况:1~3 个小关节受累得 2 分,4~10 个小关节受累得 3 分,>10 个关节受累得 5 分。(2)血清学指标:类风湿因子和抗环瓜氨酸肽抗体低滴度阳性得 2 分,高滴度阳性得 3 分。(3)C 反应蛋白(C-reactive protein, CRP)和红细胞沉降率(erythrocyte sedimentation rate, ESR)任一异常得 1 分。(4)症状持续 6 周及以上得 1 分。总分 6 分及以上即可诊断为 RA。

1.2.2 中医诊断标准 寒湿痹阻证的诊断参照 2018 年中华中医药学会风湿病分会《类风湿关节炎病证结合诊疗指南》^[12]。主症:(1)关节冷痛、触之不

温,皮温不红;(2)疼痛遇寒加重,得热痛减。次症:(1)关节拘急,屈伸不利;(2)肢冷,或畏寒喜暖;(3)口淡不渴。舌脉:舌体胖大,舌质淡,苔白或腻,脉弦或紧。具备主症2条,或主症1条与次症任意2条,结合舌脉即可诊断。

1.2.3 纳入标准 (1)诊断为寒湿痹阻型RA的患者;(2)年龄22~65岁;(3)根据《2015年美国风湿病学会类风湿关节炎的治疗指南》^[13]关节功能分级为Ⅱ~Ⅲ级的患者;(4)患者自愿参加且签署知情同意书。

1.2.4 排除标准 (1)4周内曾使用过糖皮质激素药物者;(2)合并其他风湿性疾病患者;(3)合并心脑血管、肝肾和造血系统等严重疾病或近期有严重感染者;(4)妊娠期、哺乳期妇女及精神病患者;(5)对艾烟或中药药物过敏者;(6)1个月内参加过其他临床试验者。

1.2.5 剔除与脱落标准 (1)出现严重的不良反应的患者;(2)因特殊原因不能参加本试验而主动退出的患者。

1.3 干预方法

1.3.1 对照组 予以口服来氟米特(苏州长征欣凯制药有限公司,批号:210805,规格:10 mg/片),每日2次,10 mg/次,共服用10 d;联合口服艾拉莫德(海南先声药业有限公司,批号:42-210903,规格:25 mg/片),每日2次,25 mg/次,共服用10 d;再联合口服塞来昔布胶囊(美国辉瑞制药有限公司,批号:EC4711,规格:0.2 g/片),每日2次,0.2 g/次,共服用10 d。

1.3.2 观察组 患者在对照组的基础上予以隔药灸和中医五行手指操联合治疗,每日上午进行1次,隔药灸每次60 min,手指操每次30 min,以患者能耐受为度,循序渐进,共治疗7 d。

隔药灸具体操作方法:将姜黄、三棱、青风藤、细辛等量配制研磨成粉并充分混合,辅以生姜汁调制,取适量均匀涂抹于无菌敷贴,药泥厚度约为2 mm,直径约为1.5 cm;辨证选穴:主穴选取脾俞、阳陵泉、腰阳关、命门,配穴根据病变部位选取手阳明大肠经、手少阳三焦经、手太阳小肠经上的阿是穴;敷贴前对准敷贴穴位按摩5~10 min,再将无菌敷贴固定贴于上述穴位;点燃艾条(南阳艾福美艾草制品有限公司,批号:20220801,直径2.5 cm、高6.6 cm,12柱/盒),放置于单孔/双孔艾灸盒内,充分燃烧后放

置于上述穴位上,完全覆盖无菌敷贴;期间使用毛巾折叠进行隔热,以皮肤潮红为度。

中医五行手指操方法:给予现场教学,并提供规范操作视频,以便患者后期进行自我练习,由每日责任护士进行监督指导以确保学习质量。具体内容详见表2。

1.4 观察指标

治疗前后,均对患者以下指标进行评估。

1.4.1 主要结局指标 中医证候积分根据《中药新药临床研究指导原则》^[14]中痹病症状分级量表并结合临床实际拟定。主症包括关节疼痛、关节肿胀、关节压痛、关节屈伸不利、晨僵,次症包括关节怕冷、肢体困重或阴雨天加重、淡胖舌或白腻苔、脉浮紧或沉紧或沉缓。主症按照无、轻、中、重分别计0、1、2、3分,次症计0、1分,总分范围0~19分。

1.4.2 次要结局指标 (1)疼痛评估:采用关节疼痛视觉模拟评分(visual analogue scale, VAS)^[15]评估两组患者关节疼痛程度,分数为0~10分,疼痛程度越高,得分越高。(2)实验室指标:选取晨间空腹时间段抽取外周静脉血4 mL,检查ESR、CRP。(3)焦虑评估:采用焦虑自评量表(self-rating anxiety scale, SAS)^[16]评估患者焦虑状态,SAS由20个条目构成,评分以50分为分界线,>50分可认定为存在焦虑,评分越高则焦虑症状越严重。(4)生活质量评价:采用健康评估问卷(health assessment questionnaire, HAQ)^[17]评价患者生活质量,该量表具有良好信度和效度,是风湿病学中应用最广泛的功能测量工具^[18],包含20个项目,分数越高,生活质量越低,失能程度越高。

1.4.3 疗效评定标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[14]于治疗后进行评定。显效:治疗后,患者恶风寒、关节肿胀、关节压痛、关节屈伸不利、晨僵等主要临床症状缓解,中医证候积分改善率 $\geq 75\%$;有效:上述症状缓解, $50\% \leq$ 中医证候积分改善率 $< 75\%$;微效:上述症状缓解, $30\% \leq$ 中医证候积分改善率 $< 50\%$;无效:上述症状虽有缓解,但中医证候积分改善率 $< 30\%$ 。显效、有效、微效例数总和为总有效例数。中医证候积分改善率=(治疗前中医证候积分-治疗后中医证候积分)/治疗前中医证候积分 $\times 100\%$ 。

表 2 中医五行手指操具体步骤

Table 2 Specific steps of finger exercise guided by TCM five elements theory

操作名称	操作顺序	动作要领
起式		双手手指交叉相握,持续 1 min。
手部关节锻炼操	第一节 (强心操)	双手掌心相对,十指交叉,两手中指伸直,指腹合拢,进行屈伸运动,一屈一伸为 1 次,反复做 12 次。两手握拳,保持 2 s 后松开,十指伸直,保持 2 s 后继续握拳,再迅速伸直,一握一放为 1 次,反复做 12 次。手掌伸直并拢,中指无名指不动,其余三指向外分离,保持 2 s 后恢复五指并拢。重复做此动作,共 12 次。
	第二节 (疏肝操)	用拇指和食指捏揉另一只手的食指,从指根到指腹,一共 3 次,再换手捏揉。两手的拇指和食指伸直,其余指头弯曲,食指做延续弯曲的打枪动作,连做 12 次。五指握住另一手的食指,尽量往外拽,保持 5 s,再换手做同样的动作,共 6 次。
	第三节 (健脾操)	用一手的拇指和食指揉捏另一只手的拇指和食指,从指根到指腹为 1 次,每个手指捏揉 3 次后,换手捏揉。双手掌伸直,掌心向上,拇指尽量往掌心方向靠拢,再恢复原状,一屈一伸为 1 次,反复做 12 次。两手拇指和食指同时做“OK”的动作,其余三指尽量伸直,然后恢复到十指都伸直状态,继续做下一个“OK”动作,共 12 次。
	第四节 (补肺操)	用拇指和食指揉捏另一只手的无名指,从指根到指腹,连续做 3 次,再换手揉捏。两手无名指弯曲,两指甲紧紧贴合,其余四指尽量伸直、贴合,坚持 5 s 后再重复做,连续做 12 次。用两手的无名指与拇指的指腹相对,保持圆环状 3 s 后,手指伸直,再重复,连续做 12 次。
	第五节 (温肾操)	用拇指和食指揉捏另一只手的小指,从指根到指腹,重复 3 次,再换手捏揉。用两手小指外侧相互摩擦数次,每次 3 min。用五指握住另一手的小指,做来回旋转动作,每次 3 min。两手交替进行。
腕部关节锻炼操	第一节腕关节训练 (上下摆手)	双臂平放在桌面上,手掌向下;以腕关节为支点,手向上抬起,尽量以最大幅度摆动,再将手逐渐放下,并低于腕关节平面,前臂有向前牵拉的感觉,类似于打招呼动作;上述动作重复 6 次,每个动作保持 3~5 s,然后放松。
	第二节腕关节训练 (左右摆手)	手肘关节支撑在桌面上,手背面对自己;以腕关节为支点,手先桡侧侧屈,再向尺侧侧屈,姿势如同摇手;上述动作重复 6 次,每个动作保持 3~5 s,然后放松。
	第三节腕关节训练 (旋转运动)	肘关节支撑在桌面上,手握拳;以腕关节为中心,顺时针慢慢旋转 3~5 圈;以腕关节为中心,逆时针慢慢旋转 3~5 圈;上述动作重复 6 次,每个动作保持 3~5 s,然后放松。
收式		最后整套动作做完后,双手合十,上下来回搓动放松双手关节。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 20.0 软件对所有数据资料进行统计学分析。计量资料采用“ $\bar{x}\pm s$ ”表示,符合正态分布的数据组内比较采用配对样本 t 检验、组间比较采用独立样本 t 检验,不符合正态分布的数据使用非参数检验;计数资料采用“例(%)”表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者VAS 评分比较

治疗前,两组患者 VAS 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,两组患者 VAS 评分均低于治疗前($P<0.01$),且观察组低于对照组($P<0.01$)。详见表 3。

表 3 两组患者 VAS 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

Table 3 Comparison of VAS scores between two groups of patients ($\bar{x}\pm s$, points)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后	<i>Z</i> 值	<i>P</i> 值
对照组	45	6.38±0.96	4.35±0.56	-5.783	<0.001
观察组	45	6.45±0.84	2.68±1.05	-5.889	<0.001
<i>Z</i> 值		4.062	72.649		
<i>P</i> 值		0.131	<0.001		

2.2 两组患者实验室指标比较

治疗前,两组患者 ESR、CRP 水平比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。治疗后,两组 ESR、CRP 水平均较治疗前降低($P<0.05$, $P<0.01$),且观察组均低于对照组($P<0.01$)。详见表 4—5。

表 4 两组患者 ESR 水平比较($\bar{x}\pm s$, mm/h)

Table 4 Comparison of ESR levels between two groups of patients ($\bar{x}\pm s$, mm/h)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
对照组	45	51.72±32.79	48.73±32.08	-2.166	0.036
观察组	45	52.23±26.15	29.03±13.42*	8.633	<0.001
<i>t</i> 值		0.023	9.339		
<i>P</i> 值		0.977	<0.001		

表 5 两组患者 CRP 水平比较($\bar{x}\pm s$, mg/L)

Table 5 Comparison of CRP levels between two groups of patients ($\bar{x}\pm s$, mg/L)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
对照组	45	37.00±18.81	25.26±14.76	6.828	<0.001
观察组	45	39.84±21.84	12.48±5.56	10.00	<0.001
<i>t</i> 值		0.235	16.747		
<i>P</i> 值		0.791	<0.001		

2.3 两组患者焦虑情况比较

治疗前,两组患者 SAS 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。治疗后,两组 SAS 评分均较治疗前降低($P<0.05$, $P<0.01$),且观察组低于对照组($P<0.01$)。详见表 6。

表 6 两组患者 SAS 评分比较($\bar{x}\pm s$, 分)

Table 6 Comparison of SAS scores between two groups of patients ($\bar{x}\pm s$, points)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
对照组	45	51.38±8.10	50.47±8.60	2.652	0.011
观察组	45	52.24±8.33	40.31±4.39	14.097	<0.001
<i>t</i> 值		0.280	25.586		
<i>P</i> 值		0.756	<0.001		

2.4 两组患者生活质量评分比较

治疗前,两组患者 HAQ 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。治疗后,两组 HAQ 评分均较治疗前降低($P<0.05$, $P<0.01$),且观察组低于对照组($P<0.01$)。详见表 7。

2.5 两组患者中医证候积分比较

治疗前,两组患者的中医证候积分比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。治疗后,两组中医证候积分均较治疗前降低($P<0.01$),且观察组低于对照组($P<0.01$)。详见表 8。

表 7 两组患者 HAQ 评分比较($\bar{x}\pm s$, 分)

Table 7 Comparison of HAQ scores between two groups of patients ($\bar{x}\pm s$, points)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
对照组	45	37.80±3.99	35.20±4.12	1.923	0.016
观察组	45	37.64±2.15	31.16±2.95	15.495	<0.001
<i>t</i> 值		1.572	34.236		
<i>P</i> 值		0.211	<0.001		

表 8 两组患者中医证候积分比较($\bar{x}\pm s$, 分)

Table 8 Comparison of Chinese Medicine Syndrome Points between two groups of patients ($\bar{x}\pm s$, points)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
对照组	45	13.33±2.39	9.53±2.21	19.000	<0.001
观察组	45	13.84±1.59	5.47±1.56	23.457	<0.001
<i>t</i> 值		1.049	46.843		
<i>P</i> 值		0.353	<0.001		

2.6 两组患者临床疗效比较

观察组总有效率为 80.00%,对照组总有效率 55.56%,两组差异有统计学意义($P<0.01$)。详见表 9。

表 9 两组患者临床疗效比较

Table 9 Comparison of clinical efficacy between two groups of patients

组别	<i>n</i>	疗效/例				总有效率 /%
		显效	有效	微效	无效	
对照组	45	0	3	22	20	55.56
观察组	45	1	10	25	9	80.00
<i>t</i> 值						7.600
<i>P</i> 值						<0.001

3 讨论

寒湿痹阻型 RA 属于中医学“痹病”范畴,其发病机制主要涉及风、寒、湿等外邪滞留于人体筋骨、关节,导致经络不通、筋脉闭阻,引发肢体失养、筋脉拘急等症状^[19]。在此疾病类型中,寒湿痹阻型较为常见。本研究中,将隔药灸与中医五行手指操联合应用于寒湿痹阻型 RA 患者:一方面借助隔物灸的辐射作用、热作用,使药物随着艾灸的热力,逐渐渗透到皮下组织,以达到缓解患者关节肿痛、晨僵、关节活动障碍等不适症状的作用;另一方面,结合中医五行手指操指导患者进行功能锻炼,起到了预防及延缓

患者关节畸形、提高患者生活质量的作用^[20]。

艾灸作为传统中医治疗方法,其应用在《伤寒论》和《医学入门》中均有所提及,如张仲景《伤寒论》第 143 条和 216 条所载“阳证宜针,阴证宜灸”,《医学入门·卷一》所载“药之不及,针之不到,必须灸之”,均提出了以艾灸为主的外治思路,认为其具有升发阳气、温通经络、扶正祛邪、增强免疫力的作用,强调了其在阳证和阴证治疗中的重要性^[21]。本研究的隔药灸干预措施,药物选择包括姜黄、三棱、青风藤、细辛、生姜汁,具有祛风除湿、活血祛瘀、温经散寒等功效。这些药物中姜黄外散风寒之邪,内行气血,尤善长除痹痛;三棱活血祛瘀,行气止痛;青风藤、细辛祛风除湿,解表散寒,通痹消肿;生姜散寒温经,东垣言生姜“能行阳而散气”“通四肢关节,开五脏六腑”,生姜汁调制可利血脉、化瘀滞,促进皮肤吸收药物。选用的穴位根据辨证取穴原则,包括脾俞、阳陵泉、腰阳关、命门,以协同艾灸效果,加强健脾除湿、通络温补的作用。其中,脾俞、阳陵泉具有健脾除湿通络的作用,腰阳关、命门具有温补肾阳的作用,共奏健脾除湿通络之功效^[22-23];根据病变部位选取病变局部经穴及阿是穴,具有通利关节、祛风除湿、活络止痛等作用,从而有效改善关节肿痛、僵直等。

艾灸的抗炎、骨保护及修复滑膜组织等作用,已被现代医学研究所证实^[24]。本研究结果显示,观察组治疗后 ESR、CRP 指标与治疗前及对照组相比具有显著改善,表明干预措施在抑制机体炎症反应、调节免疫应答方面有显著效果,可能与隔药灸所用药物青风藤、细辛等有抗感染、镇痛、抑制炎症介质释放有关。此外,患者 VAS、SAS 评分的改善可能与艾灸缓解焦虑、抑郁情绪的作用有关。研究显示,艾灸会对纹状体小胶质细胞活性起到调节作用^[25],并且艾灸可能通过影响血清中糖皮质激素受体、白细胞介素-1 β ,进而影响 5-羟色胺及前额叶氧合血红蛋白的含量,对 RA 患者负性情绪进行调节^[26]。本研究中,隔药灸既发挥了药物的作用,又使用艾灸的热力将药效更好地渗入机体,以达到更好的治疗效果。

中医五行手指操是结合中医理论发展的手部锻

炼操。传统医学认为五指与相应的脏器对应,如果脏腑功能失调或出现了病态,可通过活动相应的手指加以调理和治疗^[27]。RA 为中医学“痹病”范畴,痹病之痛为“不通则痛”。中医五行手指操通过伸、夹、拉、揉、搓、拍等锻炼方式,促进血液循环以减轻疼痛,同时促进关节活动,预防关节畸形,以提高患者生活质量。研究发现,手指操锻炼可使体内内啡肽浓度升高,并阻断痛觉纤维的冲动反应,从而缓解疼痛^[27]。另一方面,由于 RA 患者普遍存在焦虑、抑郁等负性心理,通过十指的挤压、揉按等动作,可缓解患者紧张、焦虑、抑郁等负面情绪,减轻其心理压力,帮助患者更好地回归社会生活^[28-29]。本研究中,隔药灸联合五行手指操干预后 VAS、SAS、HAQ 评分较隔药灸组明显改善,表明中医五行手指操可通过活动脏腑相应的手指对 RA 加以调理和治疗。本研究在一定程度上明确了中医五行手指操对 RA 患者缓解病情及功能康复的作用效果,对防治 RA 患者关节畸形、功能障碍具有重要意义。

综上所述,本研究通过运用隔药灸联合中医五行手指操治疗寒湿痹阻型 RA 患者,明显改善了患者的临床症状,降低了疾病活动度,提高了患者生存质量,具有一定的临床应用及推广价值。但仍存在一定不足,在选穴规律、灸量等方面仍缺乏统一的标准,未来可在此方面开展大样本、多中心的循证研究,以更好的梳理穴-灸-药三者之间的关系,为临床工作提供更有力的证据支持。

参考文献

- [1] 梁裕琪,袁立霞.张仲景治痹方中桂枝的配伍应用特点探析[J].中国中医基础医学杂志,2018,24(7):996-998.
- [2] 张瑾钰,谢仙萍,苗华丽,等.老年类风湿关节炎患者上肢功能锻炼基于希望理论运动干预的效果观察[J].护理学报,2020,27(10):69-73.
- [3] 彭旭玲,王楠,张永红.手指操联合西药治疗类风湿关节炎 48 例临床观察[J].河北中医,2015,37(11):1662-1663,1758.
- [4] 宋梦歌.膝关节炎中医证候聚类分析及临床分期相关性研究[D].北京:中国中医科学院,2021.
- [5] 刘一凡,杨月,薛鸾.类风湿关节炎合并颈动脉粥样硬化的危险因素分析及与中医证型相关性研究[J].世界科学技术:中医

- 药现代化, 2021, 23(7): 2269-2275.
- [6] 刘志队, 李陶冉, 韩 丹. 中药熏蒸疗法配合中药封包治疗寒湿痹阻型类风湿关节炎临床观察[J]. 光明中医, 2022, 37(16): 2989-2991.
- [7] 王海东, 年芳红, 金芳梅. 祖师麻膏药治疗寒湿痹阻型类风湿关节炎腕关节病变 40 例[J]. 西部中医药, 2016, 29(10): 107-109.
- [8] 王姣姣, 陈育松. 隔物温和灸治疗寒湿痹阻型类风湿性关节炎的临床观察[J]. 中国中医药科技, 2021, 28(2): 266-268.
- [9] 曾慧婷, 郝 晶, 周立芝. 手指操训练对乳腺癌化疗患者认知功能的影响[J]. 现代临床护理, 2022, 21(1): 37-41.
- [10] WALLIS A M, BISHOP G A. TRAF3 regulation of inhibitory signaling pathways in B and T lymphocytes by kinase and phosphatase localization[J]. Journal of Leukocyte Biology, 2018: 1089-1098.
- [11] 中华医学会风湿病学分会. 类风湿关节炎诊断及治疗指南[J]. 中华风湿病学杂志, 2010, 14(4): 265-270.
- [12] 中华中医药学会风湿病分会. 类风湿关节炎病证结合诊疗指南[J]. 中医杂志, 2018, 59(20): 1794-1800.
- [13] 徐丽玲, 苏 茵. 2015 年美国风湿病学会类风湿关节炎的治疗指南[J]. 中华风湿病学杂志, 2016, 20(1): 69-70.
- [14] 郑筱萸. 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: 119-123.
- [15] 朱立国, 于 杰, 高景华, 等. 旋转手法治疗神经根型颈椎病对疼痛的 VAS 评分临床研究[J]. 北京中医, 2005, 24(5): 297-298.
- [16] 段泉泉, 胜 利. 焦虑及抑郁自评量表的临床效度[J]. 中国心理卫生杂志, 2012, 26(9): 676-679.
- [17] UHLIG T, HAAVARDSHOLM E A, KVIEN T K. Comparison of the Health Assessment Questionnaire (HAQ) and the modified HAQ (MHAQ) in patients with rheumatoid arthritis[J]. Rheumatology, 2006, 45(4): 454-458.
- [18] 王 璐, 梁慧敏, 魏 蔚, 等. 类风湿关节炎患者生活质量影响因素的研究[J]. 天津护理, 2020, 28(1): 30-34.
- [19] 张晓辉. 慢性病管理结合协同家属管理模式对类风湿关节炎患者恢复情况及健康状况评估问卷评分 28 个关节疾病活动度评分的影响[J]. 中国药物与临床, 2020, 20(6): 1031-1032.
- [20] 高 远, 陈晓兰, 缪艳燕. 隔物灸治疗类风湿关节炎研究进展[J]. 中医学报, 2021, 36(11): 2351-2354.
- [21] 毛竞宇, 杨凤文, 刘 昊, 等. 艾灸对脾肾两虚兼血瘀证低中危特发性膜性肾病肾功能及高凝状态的影响[J]. 中国针灸, 2021, 41(11): 1216-1220.
- [22] 白 玉, 武 平, 熊燕, 等. 针灸治疗类风湿关节炎临床选穴规律探讨[J]. 亚太传统医药, 2018, 14(4): 95-97.
- [23] 王文炎, 马志毅. 隔物温和灸治疗风湿病的临床研究现状与思考[J]. 风湿病与关节炎, 2020, 9(11): 48-51.
- [24] 钟玉梅, 陈 洋, 罗小超, 等. 艾灸治疗类风湿关节炎机制研究进展[J]. 中国中医药信息杂志, 2021, 28(3): 133-137.
- [25] 黄 菊. 艾灸对 UC 小鼠焦虑/抑郁样情绪的改善作用及其对纹状体中小胶质细胞的影响研究[D]. 成都: 成都中医药大学, 2021.
- [26] 罗 云. 艾炷灸对 RA 伴负性情绪患者血清中 5-HT、GR 与前额叶 Oxy-HB 含量的影响[D]. 成都: 成都中医药大学, 2021.
- [27] 张 敏. 中医五行手指保健操对老年认知障碍功能锻炼的临床研究[J]. 实用临床护理学电子杂志, 2017, 2(24): 155, 158.
- [28] 鲍景龙. 手诊与手疗[M]. 北京: 华夏出版社, 2006.
- [29] 梁丽君. 类风湿关节炎患者的心理分析及护理对策[J]. 中国医药指南, 2021, 19(13): 193-194, 197.

(本文编辑 匡静之)