

# 基于CPRI-RA量表观察督脉灸对寒湿痹阻型 类风湿关节炎的临床疗效<sup>\*</sup>

邱月云<sup>1</sup> 杨燕婷<sup>1</sup> 邱明山<sup>2▲</sup>

**摘要** 目的:基于中国类风湿关节炎患者报告的疾病活动度指数(CPRI-RA)量表,观察督脉灸治疗寒湿痹阻型低疾病活动度类风湿关节炎的临床效果。方法:将60例患者随机分为试验组和对照组各30例。对照组单独使用甲氨蝶呤治疗,试验组采用督脉灸联合甲氨蝶呤治疗。治疗4 w后采用DAS28<sub>CRP</sub>、中医证候积分、CPRI-RA量表进行疗效评价。结果:两组治疗前后DAS28<sub>CRP</sub>评分比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );治疗后试验组中医证候积分表中各项症状积分及总积分比治疗前降低,且明显低于对照组,差异均有统计学意义( $P<0.05$ );治疗后试验组CPRI-RA量表中关节压痛数、关节肿胀数、晨僵、疲劳程度、肌肉酸痛及总积分比治疗前降低,且明显低于对照组,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。结论:督脉灸联合甲氨蝶呤可有效改善寒湿痹阻型低疾病活动度RA患者的症状、生存质量。

**关键词** 类风湿关节炎;督脉灸;中国类风湿关节炎患者报告的疾病活动度指数量表

类风湿关节炎(rheumatoid arthritis, RA)是一种以对称性、侵蚀性多关节炎为主要表现的自身免疫性疾病,其病因尚不明确,可能与HLA-DR4等位基因、EB病毒感染、性激素等因素有关。RA主要表现为手腕、掌指、近端指间关节等小关节对称性肿胀疼痛、晨僵,若控制不佳则晚期可出现关节畸形、毁损甚至残疾,严重影响患者的身心健康和生活质量。甲氨蝶呤(methotrexate, MTX)是一种改善RA的慢作用药,在临床上广泛应用,可大大改善患者的预后,近年来被国内外多个权威指南推荐为治疗RA的锚定药物<sup>[1]</sup>。目前,临床上常用的病情活动评价标准如DAS-28等可较好地反映关节炎病情,但随着临床医疗模式从现代生物-心理-社会医学模式的转化,医学领域日益重视患者个体的自我感受。中国类风湿关节炎患者报告的疾病活动度指数(Chinese patient-reported activity index with rheuma-toed arthritis, CPRI-RA)量表<sup>[2]</sup>是中华中医药学会风湿病分会集结国内多位中西医专家多次论证、修订,从患者报告的角度展现中国类风湿

关节炎患者的临床结局指标,作为现有的RA评估工具的一个重要补充,也为中医药治疗RA提供更为客观、量化的疗效评估体系。RA属于中医“痹病·尪痹”的范畴,而寒湿痹阻证患者基本病机为阳气亏虚、寒湿痹阻,本着“虚则补之”“寒则温之”“通则不痛”的治疗原则,本研究以督脉灸联合MTX治疗寒湿痹阻型RA患者4 w,观察其临床疗效。现报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取2020年3月—2022年1月就诊于厦门市湖里区禾山街道社区卫生服务中心的寒湿痹阻型RA患者60例。采用随机数字表法1:1地将患者分为对照组和试验组各30例。试验组男性2例,女性28例;平均年龄(49.63±10.40)岁;平均病程(9.67±5.70)年。对照组男性1例,女性29例;平均年龄(48.27±13.46)岁;平均病程(7.17±6.55)年。两组患者性别、年龄、病程比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

### 1.2 诊断标准

**1.2.1 西医诊断标准** 参考2010年《ACR/EULAR类风湿关节炎分类标准》<sup>[3]</sup>中类风湿关节炎的诊断标准。

**1.2.2 中医辨证标准** 参考2018年《类风湿关节炎病证结合诊疗指南》<sup>[4]</sup>中寒湿痹阻证的辨证标准。

**1.3 纳入标准** (1)符合西医诊断标准以及中医辨

<sup>\*</sup>基金项目 国家中医药管理局第五批全国中医临床优秀人才研修项目(No. 国中医药人教函[2022]1号)

▲通讯作者 邱明山,男,主任医师,硕士研究生导师。主要从事风湿免疫性疾病的中西医结合临床研究。E-mail: qiumingshan@sohu.com

• 作者单位 1.福建省厦门市湖里区禾山街道社区卫生服务中心(福建 厦门 361000);2.福建省厦门市中医院(福建 厦门 361009)

证标准; (2) 年龄 18~70 岁, 性别不限; (3) DAS28<sub>CRP</sub> 评分为 2.6~3.2 分; (4) 生命体征平稳; (5) 进入实验前 MTX 剂量稳定至少 90 d; (6) 自愿参加本研究。

**1.4 排除标准** (1) 严重关节畸形, 关节功能 IV 级, 症状轻重分级为中、重度以上; (2) 重叠其他风湿病; (3) 合并有严重心脑血管系统等原发性疾病及精神病; (4) 皮肤过敏或者有破溃; (5) 未按规定服药或资料缺如等影响疗效安全判断。

**1.5 脱落标准** (1) 依从性差, 影响评价者; (2) 其他原因退出试验, 失访或死亡者; (3) 自动退出者。

**1.6 中止标准** (1) 在治疗过程出现病情加剧或严重并发症、不良反应等; (2) 受试者主动要求退出试验; (4) 用药疗程过半, 临床症状无好转。

### 1.7 治疗方法

**1.7.1 对照组** 予 MTX (湖南正清制药集团, 国药准字: H19983205, 规格: 2.5mg/片) 口服, 每次 10~15 mg, 每周 1 次; 次日凌晨予叶酸片 (福建海王福药制药有限公司, 国药准字: H35020215, 规格: 5 mg/片) 口服, 每次 5 mg, 每周 1 次。共治疗 4 w。

**1.7.2 试验组** 在对照组的基础上联合督脉灸。操作方法: 嘱患者俯卧于治疗床上, 充分暴露腰背部 (上至大椎穴, 下至长强穴), 将铺灸盒平铺于督脉所属部位, 将姜泥 (约宽 10 cm, 厚 1.5 cm) 平铺于铺灸盒底层, 再将艾绒 (约宽 8 cm, 厚 1.5 cm) 铺于姜泥上, 在艾绒上均匀撒适量 95% 酒精, 点燃艾绒后直至完全燃尽, 患者自觉无温热感为止。共 3 壮, 用时约 40 min。治疗过程中与患者保持沟通, 如觉过烫, 可在铺灸盒下方皮肤垫纱布或毛巾。每周 2 次, 治疗 4 w。

### 1.8 观察指标

**1.8.1 DAS28<sub>CRP</sub>** (类风湿关节炎疾病活动度评分) 于治疗前、治疗 4 w 后采用 DAS28<sub>CRP</sub> 计算软件进行评分:  $DAS28_{CRP} = 0.56 \times \sqrt{TJC28} + 0.28 \times \sqrt{SJC28} + 0.70 \times \ln-CRP + 0.0148GH$ 。其中, TJC 为压痛关节数, SJC 为关节肿胀数, GH 为 VAS 100 mm 的数值。

**1.8.2 中医证候积分** 于治疗前、治疗 4 w 后参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[5]</sup>, 对关节压痛、关节肿胀、晨僵等症状依据无、轻、中、重程度分别计为 0、1、2、3 分。

**1.8.3 CPRI-RA 量表** 于治疗前、治疗 4 w 后采用中国类风湿关节炎患者报告的临床结局量表专家共识<sup>[2]</sup>进行评分。

**1.9 统计方法** 采用 SPSS 26.0 进行数据分析。计量资料若符合正态分布, 以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,

采用 *t* 检验; 若不符合正态分布, 以中位数和四分位数描述, 采用非参数检验。计数资料的组间比较采用卡方检验。假设检验设定为  $P < 0.05$  具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组患者 MTX 用量及治疗前后 DAS28<sub>CRP</sub> 评分比较** 两组患者的 MTX 用量及治疗前 DAS28<sub>CRP</sub> 评分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗后, 两组患者的 DAS28<sub>CRP</sub> 评分均有所下降, 但组内及组间比较差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。见表 1。

表 1 两组患者 MTX 用量及治疗前后 DAS28<sub>CRP</sub> 比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	MTX 剂量 (mg)	DAS28 <sub>CRP</sub> (分)	
			治疗前	治疗后
试验组	30	12.67±2.07	2.92±0.23	2.74±0.56
对照组	30	12.00±1.90	2.86±0.18	2.63±0.21

**2.2 两组患者治疗前后中医证候积分比较** 两组患者治疗前各项症状积分及总积分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗后, 对照组各项症状积分及总积分与治疗前比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 试验组治疗后比治疗前降低, 且明显低于对照组, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 两组患者治疗前后中医证候积分比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

项目	试验组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
关节压痛	1.73±0.45	0.73±0.45**	1.67±0.48	1.37±0.52
关节肿胀	2.07±0.52	1.13±0.35**	1.97±0.56	1.50±0.63
晨僵	1.33±0.48	0.87±0.35**	1.27±0.45	1.17±0.55
总积分	5.13±1.16	2.73±1.09**	4.80±1.18	4.14±1.02

注: 与本组治疗前比较, \* $P < 0.05$ ; 与对照组治疗后比较, \*\* $P < 0.05$

**2.3 两组患者治疗前后 CPRI-RA 量表评分比较** 治疗前, 两组患者 CPRI-RA 量表各条目评分及总积分比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗后, 对照组各条目评分及总积分与治疗前比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 试验组关节疼痛、关节肿胀、晨僵、疲劳程度、肌肉酸痛及总积分比治疗前降低, 且明显低于对照组, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 3。

## 3 讨论

RA 作为一种自身免疫性的慢性关节炎, 其病程长, 疾病晚期常见关节畸形、功能毁损甚至残疾, 严重影响患者的日常生活。长期运用西药治疗, 虽可在一定程度上控制病情进展, 但其不良反应较多, 给个人

表3 两组患者CPRI-RA量表积分比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )

中医证候	试验组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
关节疼痛	1.73±0.45	0.73±0.45**	1.67±0.48	1.37±0.52
关节肿胀	2.07±0.52	1.13±0.35**	1.97±0.56	1.50±0.63
晨僵	1.33±0.48	0.67±0.35**	1.27±0.45	1.17±0.55
关节发热	0	0	0	0
上肢活动	1.33±0.35	0.87±0.35	1.13±0.35	1.03±0.62
下肢活动	1.27±0.45	1.06±0.27	1.20±0.55	1.13±0.51
疲劳程度	1.47±0.51	0.67±0.61**	1.40±0.50	1.37±0.83
肌肉酸痛	0.93±0.45	0.60±0.50**	1.00±0.53	0.93±0.45
胃口	1.27±0.45	0.57±0.50	1.20±0.55	1.13±0.59
情绪异常	1.75±0.65	0.80±0.55	1.55±0.51	1.37±0.65
生活困难	1.73±0.67	0.67±0.61	1.53±0.86	1.33±0.75
总积分	7.57±1.26	3.35±0.99**	7.33±1.53	7.16±1.45

注:与本组治疗前比较,\* $P<0.05$ ;与对照组治疗后比较,\*\* $P<0.05$

及家庭造成沉重的生活负担。而联合中医药治疗,不仅能够更好地控制炎症,较快地缓解疼痛,还可增强患者的抵抗力,提高其生存质量。

RA归属于中医学“尪痹”的范畴,其基本病机多认为乃本虚标实,其根本乃正气不足,外感六淫邪气,致机体失养、气化不行,气血津液运化失常,痰浊、瘀血等病理产物堆积,而痰瘀这一病理产物又可作为致病因素阻滞气机,助推痰瘀痹阻经络筋骨,而致病情迁延不愈<sup>[6,7]</sup>。导致痰瘀的更根本原因是阳气亏虚,阳虚则其温煦不足,于外不足以抵御寒邪,易致寒邪入侵,于内则内生寒湿,如郑钦安在《医理真传·寒邪内生图》所言,“正气旺者,外寒不入,内寒不生……正气不足一分,身内之阴寒便生一分”。此外,阳虚、温煦不足则气化失司,津液输布失常则易生内湿。故阳虚、温煦不足是寒湿致痹的根本病机。

督脉为一身元气之主宰,与手足三阳经、带脉、阳维脉交汇,因此,督脉又被称为“阳脉之海”,总督周身脏腑<sup>[3]</sup>。督脉温通,阳气得助,气化得行,则气血津液运化敷布得健,寒散湿祛而痹痛得解。督脉灸是传统灸法的继承与发展,该灸法避免了艾灸单个腧穴的局限性,具有施灸范围广、时间长、艾灸火力充足、温阳及通经络力度强的特色。袁娟等<sup>[8]</sup>研究发现,艾灸联合西药治疗类风湿关节炎可明显改善患者的症状,提高临床疗效。艾灸治疗RA的机制可能与抑制炎症因子分泌、减轻滑膜炎、减少骨破坏、调整昼夜节律、调节肠道菌群等方面相关<sup>[9]</sup>。

而中国类风湿关节炎患者报告的疾病活动度指数量表,是从患者自身的角度来进行评价,是现有RA

评估工具(如DAS28、ACR20/50等)的重要补充,与常规所使用的结局测量办法在疾病评估监测、慢病管理等方面彰显优势,也为中医药对RA的疗效评估提供客观、量化的依据<sup>[1]</sup>。这种评测办法简单可靠,方便实行,适于基层社区的慢病管理。本研究观察对象均为低疾病活动度的RA患者,基本达到各类指南推荐的疾病控制标准(低疾病活动或临床缓解)。这部分患者对进一步加强西药抗风湿治疗(如联合其他传统慢作用药或生物制剂或小分子靶向药)的意向不强甚或排斥,但又存在一定的临床不适,如关节肿胀疼痛、晨僵、肌肉酸痛、疲劳感、情绪异常等,这些症状都会影响患者的心理健康及社交能力,降低其生活质量。另外,长期、持续的低疾病活动亦可致关节畸形、功能毁损。因此,非药物替代治疗,特别是中医外治法中的艾灸治疗,成为很多患者的优选方案。该治疗短期若从DAS28等评价指标来评估,治疗后不一定有明显的改善,如本研所得到的结果。但是,该治疗可能使患者有不小的受益,如本研所示,寒湿痹阻型低疾病活动的RA患者,在使用MTX的基础上联合督脉灸,患者的关节疼痛数、关节肿胀数、晨僵、疲劳程度、肌肉酸痛及生存质量均有明显改善( $P<0.05$ ),优于对照组。这是中、西医协作的优势体现,也为国家所提倡的“慢病管理”下沉到社区服务中心提供新的慢病管理方式。

## 参考文献

- [1]中华医学会风湿病分会.2018中国类风湿关节炎诊疗指南[J].中华内科杂志,2018,57(4):242-251.
- [2]中华中医药学会风湿病分会.中国类风湿关节炎患者报告的临床结局量表专家共识[J].中医杂志,2018,59(10):897-900.
- [3]KAY J,UPCHURCH KS.ACR/EULAR 2010 rheumatoid arthritis classification criteria[J].Rheumatology(Oxford),2012,51(6):vi5-9.
- [4]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.
- [5]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,2002:115-119.
- [6]邱明山,许正锦,陈进春.从痰瘀论治类风湿关节炎[J].光明中医,2011,26(6):1116-1118.
- [7]王承德,沈丕安,胡荫奇.实用中医风湿病学[M].北京:人民卫生出版社,2015:16-21.
- [8]袁娟,王婷.艾灸治疗类风湿性关节炎临床疗效的Meta分析[J].长治医学院学报,2021,35(3):211-214.
- [9]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.

(收稿日期:2022-06-20)

(本文编辑:蒋艺芬)