

温肾强督祛寒汤治疗肾虚督寒证强直性脊柱炎患者的临床效果

常倩

(泰州市中医院风湿免疫科, 江苏 泰州 225300)

【摘要】目的 探讨温肾强督祛寒汤对肾虚督寒证强直性脊柱炎患者临床症状、炎症因子的影响及安全性。**方法** 选取 2020 年 9 月至 2022 年 9 月于泰州市中医院接受治疗的 50 例肾虚督寒证强直性脊柱炎患者, 以随机数字表法分为两组。对照组 (25 例) 患者使用美洛昔康片、柳氮磺吡啶肠溶片治疗, 观察组 (25 例) 患者在对照组的基础上联合温肾强督祛寒汤治疗, 4 周为 1 个疗程, 均连续治疗 3 个疗程。比较两组患者治疗后临床疗效, 治疗前后临床症状指标、炎症因子, 以及治疗期间不良反应发生情况。**结果** 与对照组比, 观察组患者临床总有效率更高; 与治疗前比, 治疗后两组患者晨僵时间缩短, 观察组短于对照组; 枕墙距、指地距均缩小, 观察组小于对照组; 胸廓活动度均增加, 且观察组大于对照组; 与治疗前比, 治疗后两组患者红细胞沉降率 (ESR) 及血清 C-反应蛋白 (CRP)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-6 (IL-6) 水平均降低, 且观察组炎症因子降低幅度比对照组大; 与对照组比, 治疗期间观察组患者不良反应总发生率更低 (均 $P<0.05$)。**结论** 温肾强督祛寒汤用于治疗肾虚督寒证强直性脊柱炎, 能够有效缓解患者临床症状, 提高治疗效果, 减轻机体炎症反应, 且具备较高的用药安全性。

【关键词】 温肾强督祛寒汤; 强直性脊柱炎; 肾虚督寒型; 炎症因子

【中图分类号】 R593.23

【文献标识码】 A

【文章编号】 2096-3718.2023.10.0093.03

DOI: 10.3969/j.issn.2096-3718.2023.10.031

强直性脊柱炎是自身免疫系统疾病的一种, 患者早期常出现骶髂关节酸痛僵硬, 活动后能够得到改善, 随着病情进展, 能够由骶髂关节沿脊柱逐渐上行影响颈椎, 患者脊柱活动程度受到一定限制, 出现强直僵硬, 严重影响患者日常生活。西医治疗强直性脊柱炎时普遍采用非甾体抗炎药、糖皮质激素、生物制剂等对症治疗; 但非甾体抗炎药容易引发呕吐、腹泻等胃肠道不良反应, 严重时可能导致患者胃肠道黏膜溃疡出血; 糖皮质激素长期应用可能导致患者血糖、血压升高, 出现骨质疏松、股骨头坏死等并发症, 故整体单纯西药治疗效果欠佳。中医认为, 强直性脊柱炎属于“大偻”范畴, 其主要病机是肾督阳虚、寒邪入侵, 风、寒、湿、邪气入侵体内, 使外内邪气结合, 痹阻于督脉, 日久致瘀, 导致气血不畅, 发生“肾虚督寒”, 因此治疗应以补肾强督、扶正祛邪为基本原则^[1]。温肾强督祛寒汤中使用多味补肾祛寒、强督通络中药, 其中包含熟地黄、淫羊藿等, 可改善患者气血运行状况, 通络止痛, 扶正固本^[2]。基于此, 本研究旨在探讨温肾强督祛寒汤用于治疗肾虚督寒证强直性脊柱炎患者的临床效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2020 年 9 月至 2022 年 9 月于泰州市中医院接受治疗的 50 例肾虚督寒证强直性脊柱炎患者,

以随机数字表法分为两组。对照组 (25 例) 患者病程 6 个月~15 年, 平均 (7.67 ± 1.15) 年; 男性 20 例, 女性 5 例; 年龄 20~52 岁, 平均 (36.03 ± 7.95) 岁; 人类白细胞抗原 (HLA)-B27: 阳性 20 例, 阴性 5 例。观察组 (25 例) 患者病程 5 个月~15 年, 平均 (7.54 ± 1.25) 年; 男性 19 例, 女性 6 例; 年龄 19~52 岁, 平均 (35.14 ± 8.34) 岁; HLA-B27: 阳性 21 例, 阴性 4 例。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 组间可比。纳入标准: 西医符合《强直性脊柱炎诊断及治疗指南》^[3] 中的相关诊断标准; 中医符合《实用中医风湿病学》^[4] 中关于“大偻”的诊断标准且辨证为肾虚督寒证型; 腰椎于前后、侧屈方向活动受限; 临床表现, 主症为腰背僵硬、疼痛等, 次症为腰、膝软无力, 喜暖畏寒, 精神不振等, 舌脉为舌淡苔白、脉沉细者等。排除标准: 病情已发展进入晚期者; 处于妊娠期或哺乳期女性; 股骨头坏死; 近 1 个月内口服激素类药物或注射生物制剂者; 严重脊柱关节畸形者等。患者均签署知情同意书, 院内医学伦理委员会已批准本研究。

1.2 治疗方法 给予对照组患者美洛昔康片 (药大制药有限公司, 国药准字 H20020405, 规格: 7.5 mg/片) 口服治疗, 15 mg/次, 1 次/d, 患者疼痛缓解后改为 7.5 mg/次, 1 次/d; 柳氮磺吡啶肠溶片 (上海信谊天平药业有限公

司，国药准字 H31020557，规格：0.25 g/片）口服治疗，0.5 g/次，2 次/d。观察组患者在对照组的基础上给予温肾强督祛寒汤治疗，药方组成：熟地黄、淫羊藿各 25 g，续断、烫狗脊各 20 g，烫骨碎补、威灵仙各 15 g，独活、秦艽各 12 g，鹿角胶、黑顺片、肉桂、炙甘草各 9 g，细辛 3 g。其中黑顺片需先煎、肉桂需后下、鹿骨胶需烊化，用水煎服至 400 mL，200 mL/次，2 次/d。以 4 周为 1 个治疗周期，两组均连续治疗 3 个周期。

1.3 观察指标 ①临床疗效。评估患者临床疗效，显效：治疗后患者腰脊疼痛感消失，晨僵、腰脊活动受限等症状消失，关节功能基本恢复正常；有效：患者腰脊疼痛感及晨僵、腰脊活动受限等症状得到一定缓解，关节活动范围得到改善；无效：受累部位症状、关节活动范围均未改善^[3]。总有效率=(显效+有效)例数/总例数×100%。②临床症状指标。于治疗前后分别测量患者晨僵时间、枕墙距、指地距、胸廓活动度。其中枕墙距：患者保持立正姿势，双足跟紧贴墙根，测量枕部与墙壁之间的距离；指地距：患者保持双膝直伸，向前弯腰至最大前屈度，测量指尖到地面的距离；胸廓活动度：使用软皮尺放置于第 4 肋间隙水平，测量深呼吸与深吸气时的胸围差。③炎症因子。分别于治疗前后采集患者空腹静脉血 5 mL，其中 3 mL 进行血清分离（3 000 r/min，10 min），采用酶联免疫吸附法检测血清 C-反应蛋白（CRP）、肿瘤坏死因子-α（TNF-α）、白细胞介素-6（IL-6）水平；另外 2 mL 采用魏氏法检测红细胞沉降率（ESR）水平。④不良反应。统计两组患者治疗期间皮疹、腹泻、肝功能异常等发生情况。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 22.0 统计学软件分析数据，计数资料以 [例 (%)] 表示，采用 χ^2 检验；计量资料符合正态分布且方差齐，以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，行 t 检验。以 $P < 0.05$

表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 与对照组比，观察组患者临床总有效率更高，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较 [例 (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	25	6(24.00)	11(44.00)	8(32.00)	17(68.00)
观察组	25	10(40.00)	13(52.00)	2(8.00)	23(92.00)
χ^2 值					4.500
P 值					<0.05

2.2 两组患者临床症状指标比较 与治疗前比，治疗后两组患者晨僵时间缩短，观察组晨僵时间缩短幅度比对照组大；两组患者枕墙距、指地距均缩小，观察组枕墙距、指地距缩小幅度比对照组大；两组患者胸廓活动度增加，观察组胸廓活动度增加幅度比对照组大，差异均有统计学意义（均 $P < 0.05$ ），见表 2。

2.3 两组患者炎症因子水平比较 与治疗前比，治疗后两组患者 ESR 及血清 CRP、TNF-α、IL-6 水平均降低，观察组上述指标降低幅度比对照组大，差异均有统计学意义（均 $P < 0.05$ ），见表 3。

2.4 两组患者不良反应发生情况比较 与对照组比，观察组患者不良反应总发生率更低，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表 4。

3 讨论

强直性脊柱炎多发于男性，其病情进展较为缓慢，病程较长，患者主要表现为骶髂关节及脊柱疼痛晨僵、疲乏无力感、脊柱功能活动受到限制，长期的疾病还会给患者

表 2 两组患者临床症状指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	晨僵时间 (min)		枕墙距 (cm)		指地距 (cm)		胸廓活动度 (cm)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	25	45.37±6.47	25.16±2.14*	4.53±1.23	2.56±0.86*	30.33±4.65	20.64±1.13*	1.92±0.25	3.13±0.72*
观察组	25	45.65±6.12	14.35±1.13*	4.46±1.25	1.45±0.53*	30.54±4.26	15.97±1.04*	1.98±0.24	4.03±1.02*
t 值		0.157	22.335	0.200	5.494	0.166	15.204	0.866	3.604
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与治疗前比，* $P < 0.05$ 。

表 3 两组患者炎症因子水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	ESR(mm/h)		CRP(mg/L)		TNF-α(ng/L)		IL-6(ng/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	25	63.75±15.67	24.81±6.23*	24.35±4.13	12.75±3.81*	21.56±3.14	14.67±1.62*	35.74±6.38	20.68±3.17*
观察组	25	62.97±15.34	17.94±5.61*	24.56±4.35	7.72±2.05*	22.03±3.35	9.64±2.37*	36.13±6.45	14.37±2.76*
t 值		0.178	4.097	0.208	5.813	0.512	8.761	0.215	7.506
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与治疗前比，* $P < 0.05$ 。ESR：红细胞沉降率；CRP：C-反应蛋白；TNF-α：肿瘤坏死因子-α；IL-6：白细胞介素-6。

表 4 两组患者不良反应发生情况比较 [例 (%)]

组别	例数	皮疹	腹泻	肝功能异常	总发生
对照组	25	2(8.00)	4(16.00)	2(8.00)	8(32.00)
观察组	25	0(0.00)	1(4.00)	0(0.00)	1(4.00)
χ^2 值					4.878
P 值					<0.05

带来明显的抑郁、焦虑情绪,影响其生活质量,同时为家庭造成一定的经济负担。在治疗强直性脊柱炎时需重点关注缓解疼痛、僵硬症状及控制炎症反应。当前西医在治疗强直性脊柱炎时常用美洛昔康片和柳氮磺吡啶片等,可缓解患者关节疼痛、僵硬症状及控制炎症反应,对畸形关节进行矫正,具有抗菌、抗风湿及免疫抑制作用;但强直性脊柱主要在于骶髂关节炎病变引发的肌腱疼痛,该疾病常反复发作,单纯的西医治疗对骶髂关节炎的治疗效果不理想,且会增加用药后的不良反应,导致预后较差^[5]。

中医认为,肾主骨生髓,“大痿”的根本病机在于肾,肾虚督寒导致患者体内阳气不足,气血运行受限,瘀血停留体内,病久不愈会阻滞经络。肾虚督寒为内因,外邪入侵为发病的外因,因此中医在治疗肾虚督寒证强直性脊柱炎时,兼顾温阳、祛邪两方面^[6]。

温肾强督祛寒汤组方中肉桂具有温经散寒、温肾补阳之效;鹿角胶补虚强筋骨,具有温肾填精之效;黑顺片具有散寒止痛、补火助阳之效,是治疗肾阳虚衰的常用药,三者配伍为君药,起到补肾强督、温阳散寒的功效。淫羊藿具有补肾壮阳、祛风除湿之效;熟地黄具有益精填髓、滋阴补血之效,能够滋补肝肾;烫狗脊能够祛风湿、补肝肾;烫骨碎具备续伤止痛、补肾强骨之效;续断能够续筋骨、调血脉、补肝肾,五者配伍为臣药;威灵仙可通经络、祛风湿;独活、秦艽可祛风除湿、通痹止痛;细辛具备较好的止痛通窍、散寒祛风功效,可作为佐药;炙甘草调和诸药为使药;全方诸药合用,起到温肾强督、祛寒化湿、活血止痛功效,可使患者关节功能得到有效改善,临床症状得到一定缓解^[7-8]。本研究中,与对照组比,观察组患者临床总有效率更高,晨僵时间更短,枕墙距、指地距更小,胸廓活动度更大,提示温肾强督祛寒汤应用于肾虚督寒证强直性脊柱炎患者治疗中能够缓解患者临床症状,提高治疗效果。

研究显示,免疫功能紊乱、炎症反应是强直性脊柱炎患者病理机制研究的热点,其中 ESR、TNF- α 、CRP 均具备多种免疫活性与炎症成分,高表达会加重患者炎症水肿;IL-6 可刺激破骨细胞、滑膜细胞增殖,其在患者关节液中表达水平较高^[9]。现代药理学研究表明,黑顺片具有消炎止痛作用,能够较好地抑制急性炎症,其中有效成分乌头碱能够阻止机体氧化反应发生,清除机体中的自由基,保护免

疫系统;鹿骨胶中丰富的游离氨基酸与微量元素能够为患者提供更多细胞与组织构建所需的基础材料,增强对炎症的抵抗能力,增强免疫功能,进而降低肾虚督寒型强直性脊柱炎患者机体炎症反应;肉桂能够通过调节神经体液实现对机体代谢的调整,改善机体应激状态,且肉桂中的桂皮酸能够有效扩张血管,改善血液循环,进而减轻炎症反应^[10]。温肾强督祛寒汤中多味药都具备抗炎活性成分,诸药合用能够通过多成分、多靶点的形式拮抗机体炎症反应。此外,对人体的伤害较小,因此药物安全性较高。本研究结果显示,治疗后观察组患者 ESR 及血清 TNF- α 、IL-6、CRP 水平,以及治疗期间不良反应总发生率均低于对照组,提示温肾强督祛寒汤应用于肾虚督寒证强直性脊柱炎患者治疗中,可抑制炎症反应,提高免疫力,且安全性较高。

综上,温肾强督祛寒汤用于治疗肾虚督寒证强直性脊柱炎,能够有效缓解患者临床症状,减轻机体炎症反应,提高临床效果,且具有较高的用药安全性,值得临床应用推广。

参考文献

- [1] 于盈盈,茅建春.强直性脊柱炎的中医治疗进展[J].吉林中医药,2019,39(1):136-139.
- [2] 章玲艳,林洁华,周颖燕,等.补肾强督治痿汤联合督灸治疗强直性脊柱炎的临床观察[J].中国实验方剂学杂志,2015,21(10):190-194.
- [3] 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):557-559.
- [4] 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,2009:697-700.
- [5] 王丹.独活寄生汤加减联合西药治疗脊痹肾虚督寒型强直性脊柱炎临床观察[J].辽宁中医药大学学报,2020,22(5):95-99.
- [6] 郭乃亮.补肾强督治痿汤加减治疗肾虚督寒型强直性脊柱炎疗效及对患者炎症因子的影响[J].陕西中医,2019,40(10):1394-1396,1414.
- [7] 姜益常,李远峰,宋寒冰,等.补肾强督祛湿法治疗肾虚督寒型强直性脊柱炎的临床疗效评价[J].中医药学报,2017,45(4):83-86.
- [8] 邢志红.补肾强督祛湿法治疗肾虚督寒型强直性脊柱炎临床疗效评价[J].山西中医学院学报,2018,19(4):69-70.
- [9] 牛朝阳,李鹏超,孟庆良.温肾强督散寒汤联合西药治疗肾虚督寒型强直性脊柱炎的疗效评价及对炎症因子的影响[J].中华中医药杂志,2021,36(9):5663-5666.
- [10] 李晓玲,赵恒立,宋志超,等.补肾强督汤对强直性脊柱炎患者炎症因子、腰椎功能的影响[J].世界中医药,2020,15(10):1447-1450.