

# 补肾强督治痿汤联合督灸治疗强直性脊柱炎的临床观察

章玲艳<sup>1</sup>, 林洁华<sup>2</sup>, 周颖燕<sup>2</sup>, 赵国青<sup>3</sup>, 何羿婷<sup>4\*</sup>

(1. 丽水市中医院, 浙江 丽水 323000; 2. 广州中医药大学第二临床医学院, 广州 510405;  
3. 无锡市中医院, 江苏 无锡 214400; 4. 广州中医药大学第二附属医院, 广州 510120)

**[摘要]** **目的:**观察补肾强督治痿汤联合督灸治疗强直性脊柱炎(肾虚督寒证)的疗效及安全性。**方法:**将40例门诊患者随机按数字表法分为两组,治疗组18例采用中药加上督灸治疗,对照组20例单用中药汤剂治疗。两组疗程均为12周。进行治疗前后中医证候积分的评价;观察治疗前后巴氏强直性脊柱炎活动指数(BASDAI),巴氏强直性脊柱炎功能指数(BASFI),患者总体评价(PGA),脊柱痛VAS,指地距,枕墙距,胸廓活动度,腰椎活动度(Schober试验)等变化情况;检测治疗前后血沉(ESR)和超敏C-反应蛋白(CRP)水平;进行肝、肾、血常规等安全性指标检查。**结果:**治疗组中医证候总有效率为94.4%,对照组为70%,治疗组优于对照组( $P < 0.05$ );治疗组ASAS20, ASAS50, BASDAI50例数多于对照组( $P < 0.05$ );治疗后治疗组指地距, PGA, 脊柱痛、脊柱炎症, BASDAI等的改善优于对照组( $P < 0.05$ );治疗后治疗组中医症状积分低于对照组( $P < 0.05$ );治疗后两组ESR和CRP水平均比治疗前下降( $P < 0.05, P < 0.01$ ),但组间比较差异无统计学意义;两组治疗期间均发现肝、肾功能及血常规明显异常,未见严重不良反应发生。**结论:**补肾强督治痿汤联合督灸内外合用明显优于单用中药内服,且安全性较好,具有广阔的应用前景。

**[关键词]** 强直性脊柱炎; 补肾强督治痿汤; 督灸

**[中图分类号]** R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2015)10-0190-05

**[doi]** 10.13422/j.cnki.syfjx.2015100190

## Clinical Observation of Bushen Qiangdu Zhilou Decoction Combined Du-moxibustion in Treating Ankylosing Spondylitis

ZHANG Ling-yan<sup>1</sup>, LIN Jie-hua<sup>2</sup>, ZHOU Ying-yan<sup>2</sup>, ZHAO Guo-qing<sup>3</sup>, HE Yi-ting<sup>4\*</sup>  
(1. Lishui Hospital of Chinese Medicine, Lishui 323000, China; 2. The Second Clinical Medical College, Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510405, China; 3. Wuxi Hospital of Chinese Medicine, Wuxi 214400, China; 4. Second Affiliated Hospital, Guangzhou university of Chinese Medicine, Guangzhou 510120, China)

**[Abstract]** **Objective:** To observe the efficacy and safety of Bushen Qiangdu Zhilou decoction combined du-moxibustion in treating ankylosing spondylitis of kidney deficiency and cold syndrome. **Method:** Fourty patients were selected from the Rheumatism clinic and randomly divided into the combination group (traditional Chinese medicine combined du-moxibustion treatment) and the control group (Chinese medicine treatment). All patients received 12 weeks of treatment. Before and after treatment, the integral score of Chinese medical syndrome, the Bath ankylosing spondylitis activity index (BASDAI), the Bath ankylosing spondylitis functional index (BASFI), patients' overall evaluation (PGA), spinal pain VAS, refers to the distance, pillow wall distance, thoracic mobility, lumbar motion changes (Schober test), blood sedimentation (ESR) and c-reactive protein (CRP) level were measured. At the same time, the adverse reactions like liver function test, kidney function test, blood routine examination were recorded during the treatment. **Result:** The total effectiveness of symptomatic efficacy in the combination group was 94.4%, which was superior to that of 70% in the control group ( $P < 0.05$ ). The cases of ASAS20, ASAS50 and BASDAI50 in the combination group were more than those in the control group ( $P < 0.05$ ). The improvements of the refers to the distance spinal pain, spinal inflammation, the BASDAI, score of Chinese

**[收稿日期]** 20141118(235)

**[基金项目]** 广东省中医院中医药疗效评价专项基金(12CYJS04)

**[第一作者]** 章玲艳, 硕士, 住院医师, 从事中医药治疗风湿病的临床研究, Tel:13711247994, E-mail:linjiehua99@163.com

**[通讯作者]** \* 何羿婷, 博士, 博士生导师, 主任医师, 从事中医药治疗风湿病的临床研究, Tel:020-81887233-39402, E-mail:yitinghe@126.com

medical symptom were better in the treatment group as compared with the control group ( $P < 0.05$ ). Levels of ESR and CRP decreased in the two groups after treatment ( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ ), but there was no statistically significant difference between the two groups. Unusual liver and kidney function, and blood routine tests were found during the treatment. However, no serious adverse reactions were found. **Conclusion:** Bushen Qiangdu Zhilou decoction combined du-moxibustion could enhance the clinical curative effect and safety greatly in treating ankylosing spondylitis, and it has wide application prospect.

[ **Key words** ] ankylosing spondylitis; Bushen Qiangdu Zhilou decoction; du moxibustion; clinical efficacy and safety

强直性脊柱炎(ankylosing spondylitis, AS)是以中轴关节慢性炎症为主,也可累及内脏及其他组织的慢性进展性风湿性疾病,属于中医学“骨痹”、“肾痹”等范畴。该病可使受累关节破坏严重,甚至可引起功能丧失,使患者失去正常的劳动机会,严重影响了患者的生活质量<sup>[1]</sup>。本病属于难治病,迄今为止,对于强直性脊柱炎的治疗尚无特效办法<sup>[2]</sup>,目前西医临床上多采用非甾体抗炎药、改善病情抗风湿药、糖皮质激素及生物制剂等治疗,由于本病需长期服药,长期应用这些药物产生的副作用不容忽视;虽然生物制剂对活动性 AS 患者疗效肯定,明显改善疼痛与功能,但其昂贵的价格往往令患者难以接受<sup>[3]</sup>。所以寻求有效治疗 AS 且安全性高的治疗方法尤为重要。国医大师焦树德认为本病主要病机为肾督阳虚,寒邪深侵,提出了补肾强督的治疗大法。导师继承发扬焦老补肾强督的治疗大法,在临床中取得较好疗效。本文就何羿婷应用补肾强督治痿汤联合督灸综合治疗 AS 情况报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 所有病例均来源于广州中医药大学第二附属医院风湿科门诊就诊的 AS 患者 40 例。本课题研究的整个过程中,所纳入的 40 例病例中脱落了 2 例。此 2 例不作统计学分析。最后收集到 38 例完整病例,其中治疗组 18 例,男性 14 例,女 4 例;对照组 20 例,男性 16 例,女性 4 例。两组基线资料比较,差异无统计学意义,具有可比性,见表 1。

**1.2 纳入标准** 符合 AS 诊断标准,参照 1984 年修订的纽约标准<sup>[4]</sup>,并符合《中药新药临床研究指导原则》中关于 AS 的中医诊断标准,及大傩(强直性脊柱炎)病因病机及辨证论治探讨<sup>[5]</sup>,证属肾虚督寒证者;年龄在 16~45 岁;近 4 周内未使用过治疗 AS 的皮质激素类药物及免疫抑制剂。

**1.3 排除标准** ①年龄在 16 岁以下或 45 岁以上者;②妊娠或哺乳期妇女;③合并严重心、脑、肝、肾及血液系统原发疾病者、肿瘤及精神病患者;④合并有

表 1 两组基线资料比较( $\bar{x} \pm s$ )

Table 1 Comparison of the baseline data ( $\bar{x} \pm s$ )

项目	治疗组(n=18)	对照组(n=20)
病程/年	6.69 ± 4.98	7.40 ± 5.04
年龄/岁	30.28 ± 6.38	30.50 ± 7.21
中医症状积分/分	30.56 ± 8.67	25.60 ± 9.64
枕墙距/cm	1.64 ± 2.42	1.85 ± 2.48
指地距/cm	25.06 ± 19.26	22.38 ± 16.50
腰椎活动度(Schober)/cm	5.11 ± 2.15	5.53 ± 2.30
胸廓活动度/cm	3.67 ± 1.43	4.18 ± 2.28
巴氏强直性脊柱炎功能指数(BASFI)/分	13.06 ± 15.89	13.60 ± 15.79
患者总体评价(PGA)/分	6.39 ± 1.46	6.10 ± 1.71
脊柱痛/分	5.89 ± 1.32	5.60 ± 1.85
脊柱炎症/分	4.78 ± 1.35	3.88 ± 1.88
巴氏强直性脊柱炎活动指数(BASDAI)/分	26.83 ± 7.02	22.40 ± 9.04
血沉(ESR)/mm·h <sup>-1</sup>	40.39 ± 22.09	36.70 ± 18.07
超敏 C-反应蛋白(CRP)/mg·L <sup>-1</sup>	24.40 ± 20.52	22.02 ± 16.41

其他风湿性疾病患者,如类风湿关节炎、系统性红斑狼疮患者;⑤对本药不能耐受者;⑥疾病晚期严重关节畸形、残废患者。

**1.4 剔除标准和脱落标准** 观察治疗期间未按医嘱进行,自行间断,或转做其他治疗者;受试者依从性差、发生严重不良事件或反应,临床研究过程中出现严重的其他并发症或病情恶化,不宜继续接受试验者。

**1.5 治疗方法** 治疗组采用中药补肾强督治痿汤内服和督灸治疗,对照组单用补肾强督治痿汤内服。①补肾强督治痿汤方药组成:补骨脂 15 g,骨碎补 20 g,续断 20 g,杜仲 20 g,地黄 15 g,熟地黄 15 g,狗脊 30 g,鹿角霜 10 g,土鳖虫 15 g,桂枝 15 g,赤芍 15 g,白芍 15 g,知母 15 g,防风 15 g,蜜麻黄 5 g,薏

苡仁 30 g,羌活 15 g,独活 15 g,制附子 15 g<sup>(先煎)</sup>,干姜 10 g,当归 10 g,牛膝 15 g。每日 1 剂,水煎煮共取药液 400 mL,分早上和晚上餐后 30 min 内服,200 mL/次。②督灸操作方法,患者裸背俯卧于床上;医生用拇指指甲沿大椎至腰俞脊柱骨突处轻轻按压“十”字痕迹;碘伏自上而下消毒 3 遍;沿“十”字痕迹处用棉签涂抹生姜汁,生姜汁以湿润皮肤为佳,不宜过多;再沿大椎至腰俞“十”痕迹处由上而下均匀等分撒上督灸粉呈直线状;在督灸粉上敷以长宽 10 cm × 70 cm 桑皮纸,桑皮纸中线对准督脉;将生姜泥牢牢铺在桑皮纸中央由大椎穴至腰俞穴,呈梯形,上窄下宽,要求高 1.5 cm,底宽 7 cm,顶宽 6 cm;在姜泥的上面放置三棱锥形艾柱,艾柱要搓紧,前后放置要均匀。以线香点燃艾柱的头、身、尾 3 点,任其自然自灭,1 壮灸完后再换 1 壮;连续灸完 3 壮后移去姜泥,取下桑皮纸,用温水、毛巾轻滚擦药粉和姜泥,不能损伤皮肤,待自然起泡。24 h 后在无菌操作下刺破所起水泡,将泡液放掉,嘱患者要保持局部干燥,敷以消毒纱布,自然结痂,自然脱落。25 d 治疗 1 次,3 次为 1 个疗程。两组均连续 12 周的观察。

**1.6 观察指标** ①中医证候积分:观察项目包括腰骶疼痛、腰肌活动受限、晨僵、畏寒喜暖、关节发冷、肢体困重、腰膝酸软、乏力等,参照《中药新药临床研究指导原则》制定,根据不同程度由轻至重分别评分 2~6 分。②测量指标:巴氏强直性脊柱炎活动指数(BASDAI),巴氏强直性脊柱炎功能指数(BASFI),患者总体评价(PGA),脊柱痛 VAS,指地距,枕墙距,胸廓活动度,腰椎活动度(Schober 试验)。③实验室检查指标:ESR,CRP,血常规、肝功能、肾功能。④安全性评估:记录随访患者不适表现,检测指标异常、严重程度和消除方法。

**1.7 疗效评价标准** ①中医证候疗效判定标准参照《中药新药治疗强直性脊柱炎的临床研究指导原则》。临床痊愈:中医临床症状、体征消失或基本消失,证候积分减少 ≥ 95%;显效:中医临床症状、体征明显改善,证候积分减少 ≥ 70%;有效:中医临床症状、体征均有好转,证候积分减少 ≥ 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 < 30%。

$$\text{尼莫地平法} = [(\text{治疗前积分} - \text{治疗后积分}) / \text{治疗前积分}] \times 100\%$$

②疾病疗效评价依据 AS 国际评估委员会工作小组(ASAS 工作组)制定的 ASAS20, ASAS50,

BASDAI50 进行疗效评估<sup>[6-7]</sup>,主要疗效指标为达到 AS 疗效评价标准 20 反应(ASAS20)的患者比例。其定义为与基线值相比下列 4 个指标至少有 3 个改善达到 20%,并且 VAS 绝对分值至少有 1 分进步;4 个指标包括 PGA,脊柱痛 VAS, BASFI, 脊柱炎症(BASDAI 中最后两项的平均值)。上述 4 个指标中未达到 20% 改善的 1 项,与基线相比无恶化。次要疗效指标包括达到 ASAS50 改善患者比例,且 VAS 绝对分值至少有 2 分进步。另 1 项与基线相比无恶化, BASDAI 改善达 50% 患者的比例。

**1.8 统计学方法** 采用 SPSS 17.0 统计分析数据,计量资料用 *t* 检验,用  $\bar{x} \pm s$  表示计数资料用卡方检验,等级分组资料用秩和检验, *P* < 0.05 为有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 病例中断与脱落情况** 本课题研究的整个过程中,所纳入的 40 例病例中脱落了 2 例,最后收集到 38 例完整病例,其中治疗组 18 例,对照组 20 例。后仍有 1 例患者,因督灸一次后,自觉难以忍受发泡的过程和疼痛而拒绝接受治疗;另外 1 例因工作繁忙,难以抽出时间接受督灸,而中断治疗。此 2 例不作统计学分析。

**2.2 两组中医证候疗效比较** 治疗组中医证候疗效总有效率为 94.4%,对照组为 70%,治疗组优于对照组,差异有统计学意义(*P* < 0.05),见表 2。

表 2 两组中医证候疗效比较

Table 2 Comparison of symptomatic efficacy of Chinese medicine

组别	例数	临床痊愈 /例	显效 /例	有效 /例	无效 /例	总有效率 /%
治疗	18	0	3	14	1	94.4 <sup>1)</sup>
对照	20	0	1	13	6	70.0

注:与对照组比较<sup>1)</sup> *P* < 0.05(表 3 同)。

**2.3 两组西医疗效指标比较** 治疗组达到 ASAS20, ASAS50 和 BASDAI50 例数均多于对照组,差异有统计学意义(*P* < 0.05),见表 3。

表 3 两组西医疗效指标比较

Table 3 Comparison of outcome measures of medicine cases

组别	例数	ASAS20	ASAS50	BASDAI50
治疗	18	17 <sup>1)</sup>	15 <sup>1)</sup>	15 <sup>1)</sup>
对照	20	13	1	4

**2.4 两组治疗前后各测量值比较** 治疗后两组枕墙距,指地距均较治疗前下降;BASFI,PGA,脊柱痛,脊柱炎症和 BASDAI 等指标评分均较治疗前下降(*P* < 0.05);两组治疗后胸廓活动度变化无统计学

意义;对照组 Schober 变化无统计学意义,治疗组 Schober 比治疗前有所增加( $P < 0.05$ );治疗后治疗组指地距较对照组短;治疗后治疗组 PGA, 脊柱痛、脊柱炎症, BASDAI 等评分均低于对照组( $P < 0.05$ ),见表 4。

表 4 两组治疗前后各测量值比较( $\bar{x} \pm s$ )

Table 4 Comparison of measurements of two groups ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	时间	枕墙距/cm	指地距/cm	Schober/cm	胸廓活动度/cm	BASFI/分
治疗	18	治疗前	1.64 ± 2.42	25.00 ± 19.26	5.11 ± 2.15	3.67 ± 1.43	13.06 ± 15.89
		治疗后	1.33 ± 2.11 <sup>1)</sup>	9.72 ± 11.45 <sup>1,2)</sup>	5.53 ± 1.98 <sup>1)</sup>	3.78 ± 1.46	7.83 ± 3.17 <sup>1)</sup>
对照	20	治疗前	1.85 ± 2.48	22.38 ± 16.50	5.53 ± 2.30	4.18 ± 2.28	13.60 ± 15.79
		治疗后	1.65 ± 2.39 <sup>1)</sup>	19.20 ± 16.13 <sup>1)</sup>	5.66 ± 2.22	4.20 ± 2.27	10.60 ± 13.41 <sup>1)</sup>

  

组别	例数	时间	PGA/分	脊柱痛/分	脊柱炎症/分	BASDAI/分
治疗	18	治疗前	6.39 ± 1.46	5.89 ± 1.32	4.78 ± 1.35	26.83 ± 7.02
		治疗后	3.06 ± 1.76 <sup>1,2)</sup>	2.17 ± 1.61 <sup>1,2)</sup>	1.42 ± 1.73 <sup>1,2)</sup>	10.67 ± 6.07 <sup>1,2)</sup>
对照	20	治疗前	6.10 ± 1.71	5.60 ± 1.85	3.88 ± 1.88	22.40 ± 9.04
		治疗后	4.50 ± 1.64 <sup>1)</sup>	3.75 ± 1.68 <sup>1)</sup>	2.80 ± 1.93 <sup>1)</sup>	15.55 ± 8.34 <sup>1)</sup>

注:与本组治疗前比较<sup>1)</sup> $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较<sup>2)</sup> $P < 0.05$ 。

表 5 两组治疗前后中医症状积分,ESR,CRP 比较( $\bar{x} \pm s$ )

Table 5 Comparison of symptom score of Chinese medicine, ESR and CRP levels ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	时间	中医症状/分	ESR/mm·h <sup>-1</sup>	CRP/mg·L <sup>-1</sup>
治疗	18	治疗前	30.56 ± 8.67	40.39 ± 22.09	24.40 ± 20.52
		治疗后	12.78 ± 6.90 <sup>2,3)</sup>	22.94 ± 18.03 <sup>2)</sup>	14.61 ± 12.99 <sup>2)</sup>
对照	20	治疗前	25.60 ± 9.64	36.70 ± 18.07	22.02 ± 16.41
		治疗后	18.50 ± 9.49 <sup>2)</sup>	28.35 ± 14.75 <sup>1)</sup>	14.79 ± 12.04 <sup>1)</sup>

注:与本组治疗前比较<sup>1)</sup> $P < 0.05$ ,<sup>2)</sup> $P < 0.01$ ;与对照组治疗后比较<sup>3)</sup> $P < 0.05$ 。

**2.6 不良反应记录** 在治疗期间,两组患者均未出现血常规及肝肾功能异常;对照组出现明显水样便者 1 例;治疗组出现轻度胃部不适 1 例;对症治疗后均有好转。

### 3 讨论

强直性脊柱炎是一种以中轴关节慢性炎症为主,可累及内脏及其他组织的慢性进展性风湿病,本病发病多呈隐匿性,且病程缠绵难愈,致残率高,目前临床上尚无根治的药物和方法。本病属中医学“肾痹”、“痿痹”、“骨痹”、“督脉病”范畴。何羿婷教授为名老中医焦树德之学术继承人,何羿婷继承发扬了焦老补肾强督的治疗大法,在临床中取得较好疗效。

本研究采用补肾强督治痿汤和督灸综合应用的治疗方法,源自于脏腑经络辨证相结合的学术观点,

**2.5 两组治疗前后中医症状积分,ESR,CRP 比较** 治疗后两组中医症状积分均比治疗前下降,治疗组下降更为显著( $P < 0.05$ );治疗后两组 ESR 和 CRP 水平均比治疗前下降( $P < 0.05$ , $P < 0.01$ ),治疗后组间比较差异无统计学意义,见表 5。

内服与外治,用常法亦用变法,根据脏腑经络的联属关系,用内服中药以调脏腑功能,亦用循经论治的外治方法以驱顽疾;根据“一针、二灸、三服药”的原则,《素问·移精变气法》曰:“毒药治其内针石治其外”,针药运用得当往往能相得益彰。针、灸、药各有所长,不能偏废;用针灸的手法和药的性味,来防病之传变,补药力之不及,和力损外邪的侵袭,使用得当,相得益彰,常能加速病痛的祛除。中医内外治法相结合不单单是两种治疗方法的数学叠加,而是治疗理念的结合;内服药物是以机体内的病原体或病变部位为作用目标,是一种从内治内的方法;中药可透过皮肤、黏膜吸收是中药外用的重要理论基础,是以中医整体观念和经络学说为理论指导,是“内病外治”的具体应用。

补肾强督治痿汤以补肾强督为主,佐以祛寒化湿,通活血脉,强化筋骨。研究认为补肾强督类方能够调节患者的骨代谢水平,减轻免疫炎症反应,改善患者的血液流变学。王昊、闫小萍等<sup>[8]</sup>研究显示运用补肾强督方治疗 AS 能够调节患者的骨代谢水平,减轻免疫炎症反应,改善 AS 患者的脊柱、关节活动功能,增加骨生成,减少骨吸收,提高 AS 患者的骨密度,对 AS 患者的骨质疏松症有显著的治疗作用。薛相虎等<sup>[9]</sup>研究证明补肾强督方能够改善 AS 患者的血液流变学,对红细胞的正常化有显著作用。张英泽等<sup>[10]</sup>证明补肾强督方能够显著下调 AS

患者外周血单个核细胞的 MMP-9 和 TIMP-1 表达,降低患者血清中 MMP-9 和 TIMP-1 水平,可能是减少骨与软骨的基质降解,从而阻止 AS 炎性骨破坏发展的机制之一。何羿婷等<sup>[11]</sup>研究发现补肾强督治痿汤能显著降低 AS 患者的 RANKL 和 OPG 水平,证明其在调节骨代谢、阻止骨侵蚀、修复骨组织方面有一定的作用。

督灸是在督脉的脊柱段上施以隔药发泡灸的一种特色的中医外治法,是以《素问·骨空论》“督脉生病治督脉,治在骨上”和《素问·调经论》“病在骨,焮针药熨”为理论基础的,汇督脉、药物、腧穴和艾灸的作用于一炉。它通过督灸的综合作用激发协调诸经,发挥经络内连脏腑,外络肢节,沟通内外,运行气血,平衡阴阳,抗御病邪,调整虚实的功效<sup>[12]</sup>。

腰为肾之府,肾主骨生髓;督脉起于胞中,沿脊背中央而行,贯穿整个脊柱,入络脑中,联系胸腹腔诸脏腑,其别络挟腰两侧而行。督脉为阳脉之海,体内的脏腑通过足太阳膀胱经背部俞穴受督脉脉气支配。督阳不振,温煦无力,致脏腑运化失职,水湿痰浊停聚,督脉气衰,气血运行无力,致气滞血瘀,痹阻经络,不通则痛。气滞血瘀日久,正气渐衰,腠理空虚,风寒湿邪乘虚而入,血脉凝滞不通,内外相搏,痹阻督脉,必致脊痛。在督脉上施灸,通过热量的传导,不仅可以振奋阳气,鼓动气血运行,还可以通过药物的作用,祛湿化痰,活血通络,重新恢复督脉功能,使经络得以通畅,正气得以恢复,症状得以减轻。机制探讨方面,崇桂琴等<sup>[13]</sup>通过一系列的研究证明督灸能提升脑内 $\beta$ -内啡肽的含量、降低 HLA-B27 基因的异常表达,减少免疫反应性炎症损伤,调节细胞因子,降低骨破坏指标控制病情,并在此基础上调整免疫紊乱,改善脊柱畸形,提高患者的生存质量。

AS 主要病机是肾督亏虚,风寒湿深侵脊柱关节,同时造成瘀血阻络,痹阻筋脉,失于濡养,骨质受损,所以通过补肾强督,散寒除湿,活血通络这方面入手,外用督灸通一身阳气,化湿通络,振奋元阳,内服补肾强督治痿汤,补益肝肾、活血化瘀、除湿通络,消补兼施,内外兼合,相得益彰。补肾强督治痿汤联

合督灸治疗 AS 疗效好,不良反应少,值得在临床推广应用。

#### [参考文献]

- [1] 付金鸿. 通痹汤治疗强直性脊柱炎的临床疗效分析[J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 18(15): 313-315.
- [2] 蒋明, 林孝义. 中华风湿病学[M]. 北京: 华夏出版社, 2004: 1018-1019.
- [3] 孟庆良, 任泓吉, 谷慧敏, 等. 益肾蠲痹汤配合火攻疗法治疗强直性脊柱炎[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(4): 323-325.
- [4] 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.
- [5] 焦树德. 大(强直性脊柱炎)病因病机及辨证论治探讨[J]. 江苏中医药, 2003, 24(1): 1-2.
- [6] Stone M A, Inman R D, Wright J G, et al. Validation exercise of the ankylosing spondylitis assessment study (ASAS) group response criteria in ankylosing spondylitis patients treated with biologics[J]. Arthritis Care Res, 2004, 51(3): 316-320.
- [7] Jois R N, Leeder J, Gibb A, et al. Low-dose infliximab treatment for ankylosing spondylitis—clinically-and cost-effective[J]. Rheumatol, 2006, 45(12): 1566-1569.
- [8] 王昊, 阎小萍, 孔维萍, 等. 补肾强督方对强直性脊柱炎患者骨质疏松及骨量减少的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(4): 471-474.
- [9] 薛相虎, 王昊, 阎小萍, 等. 补肾强督方对强直性脊柱炎肾虚寒血瘀证患者血液流变性影响的临床研究[J]. 中国中医急症, 2009, 18(8): 1254-1255.
- [10] 张英泽, 阎小萍, 叶丽亚, 等. 补肾强督方对强直性脊柱炎患者外周血单个核细胞产生 MMP-9 和 TIMP-1 的影响[J]. 中国骨伤, 2011, 24(5): 387-391.
- [11] 何羿婷, 余峰, 卿立金, 等. 补肾强督治痿汤治疗肾虚督寒型强直性脊柱炎 30 例临床观察[J]. 新中医, 2011, 42(3): 53-55.
- [12] 崇桂琴, 马云. 督灸治疗强直性脊椎炎的临床与镇痛机理研究[J]. 针灸临床杂志, 1999, 15(6): 46-47.
- [13] 崇桂琴. 神奇的督灸疗法——谈督灸疗法治疗强直性脊柱炎[J]. 中国民间疗法, 2008, 3: 3-4.

[责任编辑 何希荣]