

桂枝附子汤加味联合盘龙灸治疗肾虚寒凝型类风湿性关节炎的临床疗效观察

梁俏俏¹, 邱联群²

(1. 广州中医药大学第五临床医学院, 广东广州 510405; 2. 广东省第二中医院, 广东广州 510095)

摘要:【目的】观察桂枝附子汤加味联合盘龙灸治疗肾虚寒凝型类风湿性关节炎的临床疗效。【方法】将140例肾虚寒凝型类风湿性关节炎患者随机分为治疗组和对照组, 每组各70例。2组患者均给予甲氨蝶呤、美洛昔康及雷公藤多苷片的常规治疗, 治疗组加用桂枝附子汤加味及盘龙灸治疗, 疗程为1个月。观察2组患者治疗前后关节压痛数、关节肿胀数、关节疼痛视觉模拟量表(VAS)评分、晨僵时间、疾病活动度指数(DAS28评分)以及类风湿因子(RF)、红细胞沉降率(ESR)和C反应蛋白(CRP)等实验室指标的变化情况, 并评价2组患者的临床疗效(ACR20/50/70达标情况)及安全性。【结果】(1)在治疗过程中, 治疗组有4例患者退出, 对照组有2例患者退出, 最终治疗组有66例、对照组有68例患者完成试验。(2)治疗后, 治疗组患者的ACR20、ACR50、ACR70达标率分别为98.48%(65/66)、89.39%(59/66)和24.24%(16/66), 对照组分别为92.65%(63/68)、50.00%(34/68)和13.24%(9/68), 组间比较, 治疗组患者的ACR20、ACR50、ACR70达标率均高于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。(3)治疗后, 2组患者的关节疼痛VAS评分、晨僵时间、关节压痛数、关节肿胀数及DAS28评分均较治疗前有所改善($P < 0.05$), 且治疗组的改善作用均明显优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。(4)治疗后, 2组患者的RF、ESR和CRP水平均较治疗前明显下降($P < 0.05$), 且治疗组的下降作用均明显优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。(5)治疗期间, 2组患者均无明显的皮疹、脱发、胃肠道反应、肝肾损害、呼吸道症状和骨髓抑制等不良反应情况发生。【结论】在常规西药治疗的基础上, 运用桂枝附子汤加味联合盘龙灸治疗肾虚寒凝型类风湿性关节炎具有更好的临床疗效, 能有效改善患者关节肿痛症状及晨僵时间, 降低疾病活动度, 下调RF、CRP及ESR等指标水平。

关键词: 桂枝附子汤; 盘龙灸; 类风湿性关节炎; 肾虚寒凝型; 临床疗效

中图分类号: R259.932

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)05-0900-06

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2021.05.008

Clinical Observation of Modified *Guizhi Fuzi* Decoction Combined with *Panlong* Moxibustion on Rheumatoid Arthritis of Kidney Deficiency and Cold Coagulation Type

LIANG Qiao-Qiao¹, QIU Lian-Qun²

(1. The Fifth Clinical Medical School of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510405 Guangdong, China;

2. Guangdong Provincial Second Traditional Chinese Medicine Hospital, Guangzhou 510095 Guangdong, China)

Abstract: **Objective** To observe the clinical effect of modified *Guizhi Fuzi* Decoction combined with *Panlong* moxibustion on rheumatoid arthritis of kidney deficiency and cold coagulation type. **Methods** A total of 140 patients with rheumatoid arthritis of kidney deficiency and cold coagulation type were randomly divided into treatment group and control group, 70 cases in each group. Both groups were treated with oral use of Methotrexate Tablets, Meloxicam Tablets and Tripterygium Glycosides Tablets. And additionally, the treatment group was treated with modified *Guizhi Fuzi* Decoction combined with *Panlong* moxibustion, a specific ginger-partition moxibustion on the back region along the meridian of governor vessel, a route from *Dazhui* (GV14) to *Yaoshu* (GV2) of the governor vessel. The course of treatment for both groups lasted for one month. Before and after treatment, we observed the changes in the number of joint with swelling and tenderness, joint pain visual analogue scale (VAS) scores, morning stiffness time, disease activity scores of 28 joints (DAS28), and laboratory indicators such as

收稿日期: 2020-09-15

作者简介: 梁俏俏(1994-), 女, 硕士研究生; E-mail: 2565711782@qq.com

rheumatoid factor(RF), erythrocyte sedimentation rate(ESR) and C-reactive protein(CRP) level. After treatment, the clinical efficacy assessed using American College Rheumatology (ACR)20/50/70 and the clinical safety in the two groups were evaluated. **Results** (1) During the treatment, 4 cases of the treatment group and 2 cases of the control group quitted the trial, and at the end of trial, 66 cases of the treatment group and 68 cases of the control group completed the trial.(2)After treatment, the rates for arriving at ACR20, ACR50, ACR70 in the patients of the treatment group were 98.48% (65/66), 89.39% (59/66), 24.24% (16/66) respectively, and those in the control group were 92.65% (63/68), 50.00% (34/68), 13.24% (9/68) respectively. The intergroup comparison showed that the differences between the two groups were statistically significant ($P < 0.05$). (3) After treatment, joint pain VAS scores, morning stiffness time, the number of joint with swelling and tenderness, and DAS28 scores in the two groups were much improved in comparison with those before treatment ($P < 0.05$). And the improvement in the treatment group was superior to that in the control group, the difference being statistically significant ($P < 0.05$). (4) After treatment, RF, ESR and CRP levels in the two groups were much decreased in comparison with those before treatment ($P < 0.05$). And the decrease in the treatment group was superior to that in the control group, the difference being statistically significant ($P < 0.05$). (5) During the trial, no obvious adverse reactions of skin rash, hair loss, gastrointestinal reaction, hepatic and renal function damage, respiratory symptoms, or myelosuppression were found in the two groups. **Conclusion** On the basis of conventional western medicine, modified *Guizhi Fuzi* Decoction combined with *Panlong* moxibustion exerts certain clinical effect on rheumatoid arthritis patients of kidney deficiency and cold coagulation type. The combined therapy is effective on relieving the symptoms of joint swelling and pain, shortening morning stiffness time, reducing disease activity, and downregulating the laboratory indexes of RF, CRP and ESR.

Keywords: *Guizhi Fuzi* Decoction; *Panlong* moxibustion; rheumatoid arthritis; kidney deficiency and cold coagulation type; clinical efficacy

类风湿性关节炎(rheumatoid arthritis, RA)以滑膜增生、血管翳形成及关节软骨破坏等为主要特征,其在慢性自身免疫性疾病中的发病率和致残率均居高位^[1-3]。以目前的医疗技术水平而言,类风湿性关节炎尚无根治的方法,用药的主要目的在于减缓疾病的进程,减轻患者的痛苦,避免关节破坏和融合变形等情况的出现,以改善患者的生活质量。一旦诊断为类风湿性关节炎,意味着需要做长期甚至是终生服药或皮下注射生物制剂的准备。同时,西医在治疗类风湿性关节炎方面还存在以下局限性,包括长期服用非甾体抗炎药、慢作用抗风湿药和糖皮质激素等药物,副作用较大,患者难以承受;以及生物制剂费用较高,普通家庭经济负担较大等。而中医药拥有几千年的历史积累,其在治疗痹证(类风湿性关节炎)方面具有疗效较好、副作用较小、成本较低等优势。本研究采用桂枝附子汤加味联合盘龙灸治疗肾虚寒凝型类风湿性关节炎,取得满意的疗

效,现将研究结果报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象及分组 选取2018年10月至2020年7月就诊于广东省第二中医院风湿病科门诊和住院部,且符合纳入标准的肾虚寒凝型类风湿性关节炎患者,共140例。采用随机数字表将患者随机分为治疗组和对照组,每组各70例。

1.2 诊断标准 西医诊断标准:参照2010年美国风湿病学会(ACR)和欧洲抗风湿病联盟(EULAR)共同发布的《2010类风湿关节炎分类标准》中类风湿性关节炎的诊断标准。中医诊断和辨证标准:参照中华人民共和国中医药行业标准《中医内科病证诊断疗效标准》(ZY/T001.1-94)^[4]中“尪痹”的诊断标准,中医证型为肾虚寒凝型。症见:关节疼痛肿胀,晨僵,活动不利,畏寒怕冷,神倦懒动,腰背酸痛,俯仰不利,天气寒冷时加重,舌淡胖,苔白滑,脉沉细。

1.3 纳入标准 ①符合类风湿性关节炎的中西医诊断标准；②中医证型为肾虚寒凝型；③无严重关节畸形及功能丧失；④自愿参加本研究并签署知情同意书的患者。

1.4 排除标准 ①不符合上述中西医诊断标准的患者；②对本次研究所使用的药物或治疗方法不耐受或过敏的患者；③妊娠期及哺乳期妇女；④合并有其他结缔组织性疾病的患者；⑤合并有肝肾功能衰竭、严重心、脑血管疾病及多脏器功能损害的患者；⑥背部皮肤有疖肿包块、破溃的患者；⑦依从性差，未按规定进行治疗或自行加用其他治疗措施，从而影响疗效判定的患者。

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组 给予甲氨蝶呤、美洛昔康及雷公藤多苷片的常规治疗。①甲氨蝶呤(广东岭南制药有限公司生产,批准文号:国药准字H20013089)口服,每次10 mg,每周1次;②美洛昔康片(扬子江药业集团有限公司生产,批准文号:国药准字H20010207)口服,每次7.5 mg,每天1次;③雷公藤多苷片(广东华南药业集团有限公司生产,批准文号:国药准字Z44023753)口服,每次20 mg,每天3次。

1.5.2 治疗组 在对照组基础上,加用桂枝附子汤加味及盘龙灸治疗。①中药治疗:因其基本病机为“肾虚寒凝”,治以“温阳益肾,通经散寒”,拟定桂枝附子汤加味为基本方:桂枝20 g、附子15 g、巴戟天10 g、淫羊藿10 g、千斤拔20 g、牛大力20 g、土茯苓30 g、白术20 g、姜黄20 g、木瓜20 g、甘草10 g。随症加减:肾虚虚甚者,巴戟天、淫羊藿倍量或加杜仲、川续断以温肾助阳;寒盛者,疼痛剧烈、关节不可屈伸,加细辛或川乌、草乌以增强散寒除湿止痛之效;风胜者,痛处游走不定,加荆芥、防风以祛风除湿;瘀甚者,肌肤麻木不仁,酌加三棱、莪术或蜈蚣等虫类药物以活血通络;痛在上肢,加桑枝、威灵仙引药上行;痛在下肢,加牛膝、川续断引药下行。所有中药均由广东省第二中医院中药房提供。煎服方法:附子先煎2 h后再与其他同煎,共煎取400 mL,分2次于早晚饭后温服。②盘龙灸:取同品种的新鲜生姜,制作成姜泥,先在患者脊背上(含督脉的大椎穴至腰俞穴穴区)平铺适当宽度的白杨布,以姜泥均匀铺在白布上面,宽10 cm,高3 cm,然后将艾绒均匀铺在姜泥

上,分别点燃龙头、龙身和龙尾等多点,一次燃尽后为“一壮”,连续灸“三壮”,每次灸30 min左右,每周1次。灸后嘱其少量多次饮用凉开水。

1.5.3 疗程及注意事项 2组患者均以治疗1个月为1个疗程,疗程结束后评价疗效。对于2组个别病例关节疼痛明显者,可适当增加美洛昔康片用量(每次7.5 mg,每天2次),但服用期限最多不超过1周。

1.6 观察指标及疗效判定

1.6.1 主要症状体征 观察2组患者治疗前后关节压痛数、关节肿胀数、关节疼痛视觉模拟量表(VAS)评分、晨僵时间以及疾病活动度指数(即EULAR标准中的DAS28评分)的变化情况。其中,DAS28评分>3.2为活动,>5.1为高度活动,<2.6为缓解。

1.6.2 实验室指标 观察2组患者治疗前后血沉(ESR)、C反应蛋白(CRP)、类风湿因子(RF)等实验室指标的变化情况。各项指标均由广东省第二中医院检验科统一进行检测。

1.6.3 疗效判定标准 治疗后以ACR20/50/70达标率为核心进行疗效评定。ACR20的定义:患者关节肿胀和触痛的个数有20%的改善以及以下5项参数中至少3项有20%的改善:①患者对疼痛的自我评价;②患者对目前疾病总体状况的自我评价;③医生对患者疾病总体状况的评分;④健康评估问卷(HAQ)的评分;⑤ESR、CRP等急性反应物的水平。ACR50和ACR70采用同样的标准分别定义为有50%和70%的提高。

1.6.4 安全性评价 治疗期间,注意观察皮疹、脱发、胃肠道反应、肝肾损害、呼吸道症状、骨髓抑制等不良反应情况,以评价2组患者的安全性。

1.7 统计方法 采用SPSS 22.0统计软件进行数据的统计分析。计量资料用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组内治疗前后比较采用配对 t 检验,组间比较采用两独立样本 t 检验;计数资料用率或构成比表示,组间比较采用卡方检验;等级资料组间比较采用秩和检验。均采用双侧检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者基线资料比较 治疗组70例患者中,男17例,女53例;平均年龄(56.01 ± 10.88)

岁;平均病程(60.20 ± 33.09)个月。对照组 70 例患者中,男 15 例,女 55 例;平均年龄(50.63 ± 19.42)岁;平均病程(68.60 ± 39.73)年。2 组患者的性别、年龄、病程等基线资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

2.2 2 组患者脱落退出情况 在治疗过程中,治疗组有 1 例患者因结膜炎退出,2 例患者因口腔溃疡退出,1 例患者因胃肠道反应退出,最终有 66 例患者完成试验;对照组有 1 例患者因严重皮疹退出,1 例患者因转氨酶升高退出,最终有 68 例患者完成试验。

2.3 2 组患者疗效(ACR 达标情况)比较 表 1 结果显示:治疗 1 个月后,治疗组患者的 ACR20、ACR50、ACR70 达标率分别为 98.48% (65/66)、89.39 (59/66) 和 24.24% (16/66),对照组分别为 92.65 (63/68)、50.00% (34/68) 和 13.24% (9/68),组间比较,治疗组患者的 ACR20、ACR50、ACR70 达标率均高于对照组,差异均有统计学意义($P <$

表 1 2 组肾虚寒凝型类风湿性关节炎患者疗效 (ACR 达标情况) 比较

Table 1 Comparison of clinical efficacy assessed using ACR in the two groups of rheumatoid arthritis patients of kidney deficiency and cold coagulation type [例(%)]

组别	例数(例)	ACR20	ACR50	ACR70
治疗组	66	65(98.48) ^①	59(89.39) ^①	16(24.24) ^①
对照组	68	63(92.65)	34(50.00)	9(13.24)

① $P < 0.05$, 与对照组比较

0.05)。

2.4 2 组患者治疗前后主要症状体征比较 表 2 结果显示:治疗前,2 组患者的关节疼痛 VAS 评分、晨僵时间、关节压痛数、关节肿胀数及 DAS28 评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2 组患者的关节疼痛 VAS 评分、晨僵时间、关节压痛数、关节肿胀数及 DAS28 评分均较治疗前有所改善($P < 0.05$),且治疗组的改善作用均明显优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表 2 2 组肾虚寒凝型类风湿性关节炎患者治疗前后主要症状体征比较

Table 2 Comparison of changes of the primary symptoms and signs in the two groups of rheumatoid arthritis patients of kidney deficiency and cold coagulation type before and after treatment ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数(例)	时间	关节疼痛 VAS 评分(分)	晨僵时间(min)	关节压痛数(个)	关节肿胀数(个)	DAS28 评分(分)
治疗组	66	治疗前	2.06 ± 0.43	75.91 ± 20.49	3.85 ± 0.71	3.97 ± 0.55	4.72 ± 0.23
	66	治疗后	0.79 ± 0.41 ^{①②}	15.00 ± 5.75 ^{①②}	1.06 ± 0.49 ^{①②}	0.68 ± 0.47 ^{①②}	3.21 ± 0.26 ^{①②}
对照组	68	治疗前	2.06 ± 0.38	68.53 ± 9.70	3.68 ± 0.63	4.01 ± 1.00	4.70 ± 0.20
	68	治疗后	0.97 ± 0.17 ^①	29.88 ± 7.13 ^①	2.00 ± 0.65 ^①	1.88 ± 0.53 ^①	3.79 ± 0.23 ^①

① $P < 0.05$, 与治疗前比较; ② $P < 0.05$, 与对照组治疗后比较

2.5 2 组患者治疗前后 RF、ESR 和 CRP 水平比较 表 3 结果显示:治疗前,2 组患者的 RF、ESR 和 CRP 水平比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2 组患者的 RF、ESR 和 CRP 水平均较治疗前明显下降($P < 0.05$),且治疗组的下降

作用均明显优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

2.6 安全性评价 治疗期间,2 组患者均无明显的皮疹、脱发、胃肠道反应、肝肾损害、呼吸道症状和骨髓抑制等不良反应情况发生。

表 3 2 组肾虚寒凝型类风湿性关节炎患者治疗前后 RF、ESR 和 CRP 水平比较

Table 3 Comparison of RF, ESR and CRP in the two groups of rheumatoid arthritis patients of kidney deficiency and cold coagulation type before and after treatment ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数(例)	时间	RF(U·mL ⁻¹)	ESR(mm·h ⁻¹)	CRP(mg·L ⁻¹)
治疗组	66	治疗前	273.58 ± 63.78	80.18 ± 20.88	75.72 ± 26.74
	66	治疗后	178.47 ± 60.25 ^{①②}	34.20 ± 6.14 ^{①②}	21.67 ± 6.30 ^{①②}
对照组	68	治疗前	272.28 ± 81.41	79.76 ± 17.34	83.38 ± 16.60
	68	治疗后	215.27 ± 80.54 ^①	42.90 ± 9.54 ^①	32.65 ± 9.57 ^①

① $P < 0.05$, 与治疗前比较; ② $P < 0.05$, 与对照组治疗后比较

3 讨论

多数医家认为,肾精亏虚是痹证(类风湿性关节炎)发病的重要内因,外邪入侵(风、寒、湿三气)则是其外在诱因。清代吴谦在《医宗金鉴》中指出:“历节之病,属肝肾虚。肝肾不足于内,筋骨不荣于外,客邪始得乘之而为病也”;而明代王肯堂在《证治准绳》也强调:“痹病有风、有湿、有寒、有热……皆标也;肾虚,其本也”。现代学者赵文海教授基于肾虚是类风湿性关节炎的内在因素,夹杂风、寒、湿等邪气侵袭而发病的观点,提出从肾论治类风湿性关节炎^[5];焦树德教授基于《金匱要略》“诸肢节疼痛,身体尪羸”之说将类风湿性关节炎称为尪痹,认为肾虚寒盛证、肾虚标热轻证、肾虚标热重证是其在临床上常见的三种证候,其中以肾虚寒盛证多见。针对肾虚寒凝入骨的病机特点,焦老以补肾祛寒法治疗尪痹,取得了不错的临床疗效^[6]。此外,国医大师朱良春基于奇经学说创立了“益肾壮督、蠲痹通络”法治疗痹证,认为“益肾壮督”可通过补益肝肾精血或温壮肾督阳气实现^[7]。因此,治疗肾虚寒凝型类风湿性关节炎应着重温肾壮督、助阳散寒。

《伤寒论》及《奇效良方》均有提及桂枝附子汤可治风湿相搏,身体疼烦。张晓娜等^[8]认为,桂枝加附子汤充分展示了“阳主阴从”的思想,契合“凡阴阳之要,阳秘乃固”之意。张啸环^[9]通过动物实验验证了桂枝附子汤的抗炎、镇痛作用。亦有部分医家^[10-11]运用桂枝附子汤治疗寒湿痹阻型类风湿性关节炎,均取得了不错的临床疗效。由此可知,本研究运用桂枝附子汤加味治疗肾虚寒凝型类风湿性关节炎亦是“非常对证”的。方中桂枝、附子相须为用,温阳散寒之功大增,巴戟天、淫羊藿温肾助阳,千斤拔、牛大力补肝肾、祛风湿,土茯苓、白术健脾祛湿,姜黄破血行气、通络止痛,木瓜舒筋活络、和胃化湿,甘草调和诸药。全方合用,共奏温肾壮督、散寒通络、行气活血之功效,充分体现了“益火之源,以消阴翳”的扶阳消阴的组方思想,可令阴阳气血协调,肾调督暖寒祛而痹证自除。

基于“病在骨者取督脉”“病虚寒者药灸之”的理论,盘龙灸用治肾虚寒凝型类风湿性关节炎可谓合乎逻辑事理。盘龙灸属于艾灸的范畴,是

隔物灸的一种,是隔姜灸与督灸的结合,又称“龙骨灸”“铺灸”“长蛇灸”“扶阳灸”,因其施灸范围广,灸量充足,温肾壮阳、祛寒利湿、通督止痛的作用较为显著。《灸法秘传》载:“艾叶,揉捣如绵,谓之熟艾。熟艾性热,能通十二经,走三阴,以之灸火,能除百病”。《圣济总录》云:“大率沉结寒冷之疾,施之为宜,盖阴寒湿气,凝留血脉,汤剂熨引,不能独治,方是时,唯火艾足以烁其势,岂非火能营运阳气,祛逐阴邪,其效有速于药石者耶”。由此可推知,艾灸治疗肾虚寒凝型类风湿性关节炎的疗效可媲美药石。现代部分学者^[12-14]将艾灸运用于类风湿性关节炎,取得了不错的疗效,并证实其作用机制主要是抑制白细胞介素(IL)-23/IL-17炎症轴活性,降低血清促炎性因子IL-6、IL-1 β 和肿瘤坏死因子 α (TNF- α)的水平,提高抑炎因子IL-4、IL-10的水平。生姜内服外用均有散寒之功效,《本草新编》中记载:“偶受阴寒,如手足厥逆,腹痛绕脐而不可止,不妨多用生姜,捣碎炒热,熨于心腹之外,以祛其内寒也”。现代药理研究^[15]表明,生姜具有抗氧化、消炎镇痛、抗血栓形成等作用,其抗炎作用或与6-姜酚抑制炎症细胞内PDE4的蛋白表达相关^[16]。郝锋等^[17]通过研究发现,隔姜灸治疗类风湿性关节炎长疗程的治疗效果明显优于短疗程。督脉有“总督诸阳”和“阳脉之海”之称,现代相关研究^[18-19]表明,督脉灸具有较好的消炎镇痛、改善肢体关节功能、调节免疫和内分泌等作用。此外,胡秀武等^[20]通过临床疗效观察发现,长蛇灸升阳之力大于阿是穴隔姜灸,其可以有效缓解寒湿型非特异性腰痛患者疼痛感觉,改善患者的功能障碍和寒湿证候。综上所述,盘龙灸综合了艾灸、姜泥、经络等多种因素的优势,用治肾虚寒凝型类风湿性关节炎更能发挥出奇效。

本研究结果表明,在常规西药治疗的基础上,运用桂枝附子汤加味联合盘龙灸治疗肾虚寒凝型类风湿性关节炎,较对照组而言,更能有效下调RF、CRP及ESR等实验室指标的水平,改善关节肿痛症状及晨僵时间,降低疾病活动度,值得在临床中推广应用。值得关注的是,在治疗过程中,治疗组脱落病例较对照组多,考虑可能与个体体质差异有关,因此,建议临床上行盘龙灸前应评估患者虚寒程度,以便调控灸量、灸次及

时间,做到“因人而异,对症治疗”,同时,灸后嘱患者多饮用凉开水,以防扶阳太过、火气上逆。此外,因本研究存在单中心样本且样本量较少等不足及其他局限性,兼之个体差异性等原因,桂枝附子汤加味联合盘龙灸治疗肾虚寒凝型类风湿性关节炎的有效性尚不能完全证明,有待今后开展更多的研究以进一步证实其疗效并探究其作用机制。

参考文献:

- [1] 中华医学会风湿病学分会. 类风湿关节炎诊治指南(草案)[J]. 中华风湿病学杂志, 2003, 7(4): 250-254.
- [2] 曾小峰, 朱松林, 谭爱春, 等. 我国类风湿关节炎疾病负担和生存质量研究的系统评价[J]. 中国循证医学杂志, 2013, 13(3): 300-307.
- [3] 栗占国. 类风湿关节炎在我国的低认知度和高致残率不容忽视[J]. 中华医学杂志, 2009, 89(27): 1873-1875.
- [4] 尪痹的诊断依据、证候分类、疗效评定——中华人民共和国中医药行业标准《中医内科病证诊断疗效标准》(ZY/T001.1-94)[J]. 辽宁中医药大学学报, 2016, 18(11): 217.
- [5] 刘浪, 安璐, 赵长伟, 等. 天池伤科流派赵文海教授从肾论治类风湿关节炎的经验[J]. 风湿病与关节炎, 2020, 9(7): 38-40.
- [6] 焦树德. 类风湿关节炎从尪痹论治[J]. 江苏中医药, 2008, 40(1): 5-6.
- [7] 潘峰, 朱建华. 朱良春益肾壮督、蠲痹通络法治疗痹证之奇经学说思想探析[J]. 中医杂志, 2016, 57(23): 1993-1995.
- [8] 张晓娜, 王庆胜. 基于桂枝加附子汤证浅探“阳主阴从”理论及临床应用[J]. 新中医, 2020, 52(7): 30-32.
- [9] 张啸环. 桂枝附子汤的抗炎镇痛作用试验研究[J]. 长春中医药大学学报, 2007, 25(5): 17-18.
- [10] 吴咏妍, 邱联群. 桂枝附子汤加味配合外用药治疗寒湿痹阻型痛风性关节炎疗效观察[J]. 广州中医药大学学报, 2019, 36(6): 796-800.
- [11] 刘俊瑶, 王玲. 桂枝附子汤合当归芍药散加减联合常规西药治疗寒湿痹阻证类风湿关节炎27例临床观察[J]. 风湿病与关节炎, 2020, 9(1): 14-16.
- [12] 谭炎金, 杨小凤. 通痹汤加减联合艾灸治疗类风湿性关节炎临床疗效及对血清炎症因子的影响[J]. 世界中西医结合杂志, 2020, 15(5): 884-887.
- [13] 朱艳, 俞红五, 潘喻珍, 等. 艾灸强壮穴治疗类风湿关节炎[J]. 长春中医药大学学报, 2020, 36(1): 99-102.
- [14] 周旻庆, 武平, 李媛, 等. 艾灸对类风湿关节炎患者的抗炎镇痛作用观察[J]. 辽宁中医杂志, 2019, 46(4): 832-835.
- [15] 叶刚飒, 余书洪, 杨卫芳, 等. 生姜的有效成分与药理作用研究进展[J]. 浙江树人大学学报(自然科学版), 2011, 11(3): 24-27.
- [16] 李冰. 生姜挥发油成分分析及其主要活性成分6-姜酚的抗炎机制初步探究[D]. 沈阳: 中国医科大学, 2019.
- [17] 郝锋, 胡玲, 吴子建, 等. 隔姜灸治疗活动期类风湿关节炎量效关系的临床研究[J]. 时珍国医国药, 2013, 24(3): 677-680.
- [18] 崇桂琴, 马元, 孙洪胜, 等. 铺灸治疗强直性脊柱炎的临床研究[J]. 山东中医杂志, 1998, (5): 3-5.
- [19] 邓玉霞, 马本绪, 崇桂琴. 督灸治疗强直性脊柱炎疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2009, 28(8): 447-449.
- [20] 胡秀武, 唐丽梅, 邓陈英, 等. 长蛇灸治疗寒湿型非特异性腰痛临床观察[J]. 中国针灸, 2020, 40(7): 713-716.

【责任编辑: 陈建宏】