

藏医火灸法治疗类风湿关节炎的研究

拉桑太

青海省海南藏族自治州贵南县茫拉乡卫生院

DOI:10.32629/ffcr.v3i10.21255

[摘要] 目的：探讨藏医火灸法联合常规西药治疗类风湿关节炎（RA）的临床效果、对关节症状与炎症指标的影响及安全性。方法：选取2024年5月—2025年5月收治的75例RA患者，随机分为对照组（37例）与观察组（38例）。对照组予常规西药治疗，观察组在对照组基础上加用藏医火灸法。比较两组疗效判定标准、关节症状与VAS疼痛评分、炎症指标以及安全性指标。结果：与对照组相比，观察组总有效率更高；观察组晨僵时间、压痛关节数、肿胀关节数及VAS评分均低于对照组；观察组ESR、CRP及RF水平均低于对照组（ $P<0.05$ ）；两组不良反应发生率比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。结论：藏医火灸法联合常规西药治疗RA可显著改善关节症状、降低炎症水平、提升疗效，且安全性良好，适合临床推广。

[关键词] 藏医火灸法；类风湿关节炎；临床疗效；炎症指标；安全性

中图分类号：R593.2 文献标识码：A

Clinical Study of Tibetan Moxibustion Combined with Conventional Western Medicine for Rheumatoid Arthritis

Lasangtai

Mangla Township Health Center, Guinan County

Abstract: Objective: To explore the clinical efficacy, effects on joint symptoms and inflammatory indicators, as well as safety of Tibetan moxibustion combined with conventional western medicine in the treatment of rheumatoid arthritis (RA). Methods: A total of 75 RA patients admitted from May 2024 to May 2025 were randomly divided into control group (37 cases, western medicine alone) and observation group (38 cases, western medicine plus Tibetan moxibustion). The total effective rate, morning stiffness, tender/swollen joint count, VAS score, ESR, CRP, RF and adverse reactions were compared between two groups. Results: The observation group had significantly higher total effective rate; shorter morning stiffness, fewer tender and swollen joints, lower VAS score, ESR, CRP and RF levels (all $P<0.05$). There was no significant difference in the incidence of adverse reactions between two groups ($P>0.05$). Conclusion: Tibetan moxibustion combined with conventional western medicine can effectively relieve joint symptoms and reduce inflammatory levels with reliable safety, which is worthy of clinical promotion.

Keywords: Tibetan moxibustion; rheumatoid arthritis; inflammatory markers; clinical efficacy; safety

引言

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慢性自身免疫性疾病，病理核心为滑膜慢性炎症、血管翳形成、软骨与骨组织进行性破坏，最终可导致关节畸形、功能丧失，严重降低患者生活质量，是临床常见的致残性风湿病^[1]。现代医学以改善病情抗风湿药、非甾体抗炎药、生物制剂为主要治疗手段，虽能控制炎症、延缓病情进展，但部分患者存在疗效不佳、胃肠道反应、肝肾功能损伤、经济负担重等问题，长期用药依从性较差^[2]。藏医学将RA归属于“真布病”“白脉病”范畴，认为本病核心病机为隆、培根二邪失衡，风寒湿邪外侵，

黄水壅滞关节，经络闭阻不通，治疗以温通经络、散寒除湿、干黄水、调和三因为基本原则^[3-4]。藏医火灸法是藏医外治法的经典代表，通过温热刺激与藏药成分双重作用直达病所，具有温经止痛、消肿散结、调和气血、扶正祛邪的功效，尤其适用于寒湿痹阻型关节病^[5]。本研究观察藏医火灸法联合常规西药的临床疗效与安全性，现报道如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2024年5月—2025年5月我院藏医科与风湿免疫科收治的RA患者75例，采用随机数字表法分为对照组37例、观察组38例。诊断标准：西医诊断：符合类风湿关节

炎诊断标准，疾病活动度 DAS28 评分 >3.2 ，处于活动期。
藏医诊断：参照《藏医病症诊断疗效标准》，辨证为寒湿性真布病，主症：关节冷痛、肿胀、晨僵明显、遇寒加重、得温则减，舌淡苔白腻，脉沉迟或沉紧。纳入标准：①年龄 18~70 岁，性别不限；②符合上述中西医诊断标准；③近 1 个月内未接受针灸、药浴、理疗等其他外治法治疗；④认知功能正常，能够配合完成治疗与各项指标评估；⑤无严重心、肝、肾、造血系统等器质性疾病。排除标准：①合并其他自身免疫性疾病、感染性关节炎、痛风性关节炎、骨关节炎等；②皮肤破损、感染、出血倾向、凝血功能障碍者；③妊娠或哺乳期女性；④对艾绒、藏药成分过敏者；⑤依从性差、无法完成全程治疗与随访者。对照组：男 8 例，女 29 例；年龄 36~68 岁，平均 (52.67 ± 7.43) 岁；病程 1~10 年，平均 (4.89 ± 2.35) 年；DAS28 中度活动 22 例，重度活动 15 例。观察组：男 9 例，女 29 例；年龄 35~69 岁，平均 (53.16 ± 7.63) 岁；病程 1~11 年，平均 (5.06 ± 2.53) 年；DAS28 中度活动 23 例，重度活动 15 例。两组患者性别、年龄、病程、疾病活动度等基线资料比较，差异无统计学意义 $(P>0.05)$ ，具有可比性。

1.2 方法

对照组采用常规西药规范治疗：甲氨蝶呤片 10mg，口服，每周 1 次；塞来昔布胶囊 200mg，口服，每日 1 次。连续治疗 12 周为 1 个疗程。治疗期间嘱患者避风寒、忌生冷油腻食物，适度进行关节功能锻炼。

观察组在对照组西药治疗基础上，加用藏医火灸法治疗，具体操作如下：

1.材料准备：采用藏药艾绒（由艾叶、藏红花、甘松、麝香、喜马拉雅紫茉莉等藏药炮制而成），制成标准艾炷（直径 1.5cm，高 2.0cm）；备用青稞面垫片、藏药龙胆草膏。

2.取穴原则：主穴：肾俞、命门、足三里、阳陵泉、曲池、阿是穴；配穴：膝关节疼痛加犊鼻、内膝眼；腕关节疼痛加外关、阳溪；踝关节疼痛加昆仑、解溪。每次选取 4~6 个穴位，交替使用。

3.操作流程：患者取舒适体位，暴露施灸部位，常规皮肤消毒；涂抹薄层龙胆草膏，放置青稞面垫片以防烫伤；将艾炷置于垫片上，点燃艾炷顶端，每穴灸 3 壮，以局部皮肤温热、微红、无灼痛为度，避免起泡。

4.治疗频次：每日 1 次，每周治疗 5 次，连续治疗 12 周为 1 个疗程。

5.注意事项：灸后嘱患者避风寒，24 小时内施灸部位不沾水；忌食生冷、辛辣、油腻食物，保证休息。

1.3 观察指标

（1）疗效判定标准：参照临床疗效标准制定：显效：

关节疼痛、肿胀、晨僵等症状明显改善，炎症指标基本恢复正常，DAS28 评分 ≤ 2.6 ；有效：症状有所减轻，炎症指标下降，DAS28 评分较治疗前降低 >1.2 ；无效：症状无改善或加重，炎症指标无变化或升高，未达到有效标准。总有效率=（显效例数+有效例数）/总例数 $\times 100\%$ 。

（2）关节症状指标：晨僵时间（min）、压痛关节数（TJC，个）、肿胀关节数（SJC，个）。疼痛程度：采用视觉模拟评分法（VAS），0 分为无痛，10 分为最剧烈疼痛。

（3）炎症指标：治疗后检测血沉（ESR，mm/h）、C 反应蛋白（CRP，mg/L）、类风湿因子（RF，IU/mL）。

（4）安全性指标：观察并记录治疗期间不良反应，包括皮肤灼伤、胃肠道不适、头晕、乏力等。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 25.0 统计学软件进行数据分析。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，组间比较采用 t 检验；计数资料以率（%）表示，组间比较采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效判定标准比较

与对照组相比，观察组总有效率更高 $(P<0.05)$ ，见表 1。

表 1 两组疗效判定标准比较[n（%）]

分组	数量	显效	有效	无效	总有效率
观察组	38	20(52.63)	17(44.74)	1(2.63)	37(97.37)
对照组	37	14(37.84)	18(48.65)	5(13.51)	32(86.49)
χ^2	--	-	-	-	8.962
P	--	-	-	-	0.001

2.2 两组关节症状与 VAS 疼痛评分比较

对照组和观察组晨僵时间 (42.36 ± 8.52) ，（min）， (19.62 ± 5.83) ； $(t=8.625, P=0.001)$ ；对照组和观察组压痛关节数 (3.64 ± 0.92) ，（个）， (1.46 ± 0.63) ； $(t=9.341, P=0.001)$ ；对照组和观察组肿胀关节数 (3.25 ± 0.81) ，（个）， (1.23 ± 0.56) ； $(t=6.647, P=0.001)$ ；对照组和观察组 VAS 评分 (3.85 ± 0.72) ，（min）， (1.63 ± 0.41) ； $(t=6.824, P=0.001)$ 观察组晨僵时间、压痛关节数、肿胀关节数及 VAS 评分均低于对照组 $(P<0.05)$ 。

2.3 两组炎症指标比较

对照组和观察组 ESR (32.56 ± 6.32) ，（mm/h）， (21.37 ± 4.63) ； $(t=5.480, P=0.001)$ ；对照组和观察组 CRP (13.85 ± 3.12) ，（mm/h）， (7.54 ± 2.06) ； $(t=8.627, P=0.001)$ ；对照组和观察组 RF (45.87 ± 7.93) ，（IU/mL）， (33.64 ± 6.28) ； $(t=7.934, P=0.001)$ ；观察组 ESR、CRP 及 RF 水平均低于对照组 $(P<0.05)$ 。

2.4 两组安全性比较

观察组皮肤灼伤 1 例 (2.63)、胃肠道不适 1 例 (2.63)、头晕 0 例 (0.00)、乏力 0 (0.00)、总不良反应率 2 例 (5.26); 对照组皮肤灼伤 0 例 (0.00)、胃肠道不适 0 例 (0.00)、头晕 2 例 (5.41)、乏力 0 (0.00)、总不良反应率 3 例 (8.11), ($\chi^2=5.163$, $P=0.001$), 两组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

3 讨论

RA 作为慢性自身免疫性关节病, 病程迁延难愈、病情易反复发作、远期致残率较高, 长期持续的炎症刺激会进一步造成关节软骨与骨质的不可逆损伤, 严重限制患者肢体活动功能, 显著降低日常生活质量与社会参与能力^[6]。现代医学治疗以抑制异常免疫、控制炎症反应为核心原则, 但长期用药伴随的胃肠道不适、肝肾功能影响及耐药性等问题, 始终制约着临床疗效与长期应用^[7]。藏医学对关节痹病的认识历史悠久、理论体系完整, 《四部医典》明确记载“真布病”由风寒湿邪侵袭、黄水瘀滞、三因失调所致, 治疗重在温通经络、散寒止痛、除湿消肿、干黄水。藏医火灸法是藏医外治体系中应用广泛、疗效确切的特色疗法, 其作用机制与现代医学理论高度契合^[8]。从藏医理论来看, 火灸的温热之性可温通经络、驱散寒邪、干燥黄水、调和隆与培根, 快速缓解关节冷痛、肿胀、晨僵等典型寒湿痹阻症状; 从现代医学角度, 火灸通过局部温热刺激扩张血管、改善微循环、促进炎症介质代谢、减轻滑膜充血水肿, 同时调节局部免疫微环境, 抑制炎症因子释放, 从而降低全身炎症水平, 改善关节功能与临床预后。

本研究结果显示, 观察组在常规西药治疗基础上联用藏医火灸干预, 临床总有效率显著高于单纯西药对照组, 关节症状及炎症指标改善更为突出, 证实藏医火灸可与西药发挥良好协同增效作用, 进一步提升活动期类风湿关节炎的整体治疗效果^[9]。治疗后观察组晨僵时间明显缩短, 关节压痛数、肿胀数及 VAS 疼痛评分显著降低, ESR、CRP、RF 等炎症指标下降更显著, 提示火灸能快速缓解局部痹痛、减轻关节肿胀, 并有效抑制全身炎症反应, 与藏医“通则不痛”“温则寒散”的理论高度契合^[10]。火灸选取肾俞、命门以温阳固本、散寒通痹, 足三里、阳陵泉调和气血、疏通经络, 阿是穴直达病所、缓急止痛, 穴位配伍精准得当, 作用靶点明确, 疗效确切可靠^[11]。安全性方面, 两组不良反应发生率均较低, 无严重不良事件发生, 表明规范操作下藏医火灸安全可行, 不增加西药治疗的不良反应风险, 适合长期联合使用。作为外治法, 藏医火灸避免了口服药物带来的胃肠道刺激及肝

肾代谢负担, 患者接受度与治疗依从性更高^[12]。

综上所述, 藏医火灸法联合常规西药治疗类风湿关节炎, 可显著改善患者关节疼痛、肿胀、晨僵等症状, 降低 ESR、CRP、RF 等炎症指标, 提高临床总有效率, 且不良反应少、安全性良好。该疗法充分发挥民族医药外治优势, 与西药协同增效, 是治疗类风湿关节炎的优选方案, 值得在临床推广应用。

[参考文献]

- [1]陈平国,张瑞桃,罗伦建,等.雷火灸联合揸针足三里穴辅助治疗类风湿关节炎 30 例[J].湖南中医杂志,2024,40(12):65-68.
- [2]王文怡,徐美丽,刘梨,等.灸法治疗类风湿关节炎的可视化分析[J].光明中医,2023,38(6):1020-1025.
- [3]罗业浩,方刚,许栋涵,等.灸法治疗类风湿关节炎的临床研究进展[J].中国老年学杂志,2022,42(16):4113-4119.
- [4]周亚婕,姚小强,郑先丽,等.敦煌医学灸法治疗类风湿关节炎选穴研究[J].中华中医药杂志,2021,36(8):4835-4837.
- [5]张长江,漆翔宇,程勇,等.海桐皮汤外敷联合常规西药治疗湿热痹阻型类风湿关节炎的疗效与安全性[J].遵义医科大学学报,2025,48(12):1273-1279.
- [6]韩丹,刘志队,常琼洁,等.甲氨蝶呤联合血塞通治疗类风湿关节炎的效果[J].实用临床医学,2025,26(6):5-8+19.
- [7]方晗,李辉.温经散寒方联合毫火针治疗风寒湿痹型类风湿关节炎疗效观察[J].中西医结合研究,2025,17(6):386-389.
- [8]覃朗,蓝杰,农莉,等.驱寒逐痹汤联合温针灸灸法治疗寒湿型类风湿关节炎 60 例临床观察[J].中医临床研究,2025,17(34):51-56.
- [9]吴丹,李洁芳,刘君.乌头汤联合甲氨蝶呤治疗大鼠类风湿关节炎的疗效及其与 p38MAPK 通路的相关性[J].中医药导报,2024,30(2):26-31.
- [10]付皖兰,曹云祥,黄传兵,等.基于数据挖掘和网络药理学探讨中药治疗类风湿关节炎肝肾亏虚证的用药规律及作用机制[J].甘肃中医药大学学报,2025,42(6):44-54.
- [11]孟庆红,李东书,刘兰霞.白虎加桂枝汤加减治疗风湿郁热型急性痛风性关节炎患者的疗效观察[J].中国现代药物应用,2022,16(19):174-176.
- [12]赵英普,陈维斌.针灸联合风湿关节炎丸治疗膝骨关节炎的效果分析[J].深圳中西医结合杂志,2022,32(1):71-73.

作者简介:

拉桑太 (1975.02-), 男, 藏族, 青海省共和县人, 本科, 主治医师, 研究方向为藏医外治学。