

藏医药浴疗法在类风湿性关节炎中的临床治疗应用

强 巴

拉萨市城关区蔡公堂街道卫生服务中心 西藏 拉萨 850000

【摘要】目的：探讨藏医药浴疗法治疗类风湿性关节炎（rheumatoidosteoarthritis, ROA）的临床疗效及安全性，为临床治疗提供循证依据。方法：选取2023年1月至2024年6月收治的260例ROA患者作为研究对象，年龄45~70岁，采用随机数字表法分为治疗组与对照组，每组130例。对照组给予甲氨蝶呤片联合塞来昔布胶囊常规治疗，治疗组在对照组基础上采用藏医“五味甘露”药浴疗法，疗程均为4周。比较两组患者治疗前后关节疼痛评分（VAS）、关节肿胀数、晨僵时间、血沉（ESR）、C反应蛋白（CRP）水平及临床总有效率，记录不良反应发生情况。结果：治疗后，治疗组VAS评分（ 2.13 ± 0.67 ）分、关节肿胀数（ 1.82 ± 0.53 ）个、晨僵时间（ 18.56 ± 4.21 ）min，均显著低于对照组的（ 3.57 ± 0.82 ）分、（ 2.96 ± 0.68 ）个、（ 32.47 ± 5.38 ）min（ $P<0.05$ ）；治疗组ESR（ 28.35 ± 6.42 ）mm/h、CRP（ 12.46 ± 3.18 ）mg/L，均低于对照组的（ 42.68 ± 7.53 ）mm/h、（ 18.73 ± 4.25 ）mg/L（ $P<0.05$ ）。治疗组总有效率为92.31%（120/130），显著高于对照组的76.92%（99/130）（ $P<0.05$ ）。两组不良反应发生率比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），且不良反应均较轻微，经对症处理后缓解。结论：藏医药浴疗法联合常规西药治疗类风湿性关节炎可显著改善患者关节症状及炎症指标，提高临床疗效，且安全性良好，值得临床推广应用。

【关键词】藏医药浴疗法；类风湿性关节炎；五味甘露；临床疗效；炎症指标

DOI:10.12417/2705-098X.26.08.060

引言

类风湿性关节炎是一种以关节滑膜炎为核心病理改变的自身免疫性疾病，临床以关节疼痛、肿胀、僵硬、功能障碍为主要表现，严重者可导致关节畸形甚至残疾，给患者身心健康及生活质量带来严重影响^[1]。目前临床治疗以非甾体抗炎药、改善病情抗风湿药为主，但长期使用易产生胃肠道损伤、肝肾功能异常等不良反应，且部分患者疗效欠佳。藏医药浴疗法作为藏医外治疗法的核心组成部分，以《四部医典》为理论基础，通过药物温热渗透作用直达病所，具有清热解毒、活血化瘀、祛风除湿、消肿止痛等功效，已被证实对风湿免疫性疾病具有显著疗效^[2]。该疗法以“五味甘露”（圆柏叶、水柏枝、麻黄、黄花杜鹃、大籽蒿）为核心配方，经特殊炮制加工后用于药浴，药物有效成分可通过皮肤角质层、表皮进入真皮，被毛细血管吸收进入体内，实现净化血液、软化结缔组织、消除骨膜水肿、恢复关节功能的治疗目标^[3]。随着《藏医药浴法护理规范》等团体标准的发布，藏医药浴疗法已进入标准化、规范化发展阶段，为其临床推广提供了操作依据^[4]。本研究通过大样本临床观察，系统评价藏医药浴疗法联合常规西药治疗ROA的临床疗效及安全性，旨在为该病的中西医结合治疗提供新的思路与循证支持。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2023年1月至2024年6月在我院藏医科就诊的ROA患者260例，年龄45~70岁，平均（ 57.36 ± 8.24 ）岁，病程1~15年，平均（ 6.82 ± 3.15 ）年。

纳入标准：符合美国风湿病学会（ACR）制定的ROA诊

断标准；年龄45~70岁；晨僵时间 ≥ 30 min；关节肿胀数 ≥ 2 个；ESR > 20 mm/h或CRP > 10 mg/L；自愿参与本研究并签署知情同意书。

排除标准：合并严重心、肝、肾等脏器功能不全者；妊娠期或哺乳期女性；皮肤大面积破损、感染或对藏药成分过敏者；高热患者、高血压控制不佳者；近1个月内接受过糖皮质激素或生物制剂治疗者。

采用随机数字表法将患者分为治疗组与对照组，每组130例。治疗组男52例，女78例，年龄（ 56.89 ± 8.17 ）岁，病程（ 6.73 ± 3.08 ）年；对照组男48例，女82例，年龄（ 57.82 ± 8.31 ）岁，病程（ 6.91 ± 3.22 ）年。两组患者性别、年龄、病程等一般资料比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。

1.2 治疗方法

对照组给予常规西药治疗：甲氨蝶呤片10mg/次，每周1次口服；塞来昔布胶囊200mg/次，每日2次口服。治疗组在对照组基础上联合藏医药浴疗法：采用“五味甘露”基础方（圆柏叶300g、水柏枝250g、麻黄200g、黄花杜鹃200g、大籽蒿150g），辅以雪莲、藏红花等20味名贵药材，按青海省藏医院中处方标准炮制加工^[5]。将炮制后的药材装入布袋，加水煮沸后冷却至38~43℃，倒入药浴桶中，患者全身浸泡22~25min，每日1次，上下午均可，浴后卧热炕发汗3~5min。治疗室室温控制在25℃左右，避免直接吹风，7天为1疗程，连续治疗4个疗程。两组患者治疗期间均避免食用辛辣刺激、生冷油腻食物，注意关节保暖，避免过度劳累。

1.3 观察指标

①临床症状指标：治疗前后采用视觉模拟评分法（VAS）

评估关节疼痛程度（0~10 分，得分越高疼痛越严重），记录关节肿胀数及晨僵时间（min）。②实验室指标：治疗前后检测血沉（ESR，魏氏法）、C 反应蛋白（CRP，免疫比浊法）水平。③临床疗效：参照《中药新药临床研究指导原则》制定疗效标准。治愈：关节疼痛、肿胀完全消失，晨僵时间<10min，ESR、CRP 恢复正常，关节功能恢复正常；显效：关节疼痛、肿胀明显缓解，晨僵时间缩短≥50%，ESR、CRP 下降≥50%，关节功能显著改善；有效：关节疼痛、肿胀有所缓解，晨僵时间缩短 20%~49%，ESR、CRP 下降 20%~49%，关节功能有所改善；无效：未达到上述标准甚至加重。总有效率=（治愈例数+显效例数+有效例数）/总例数×100%。④安全性指标：治疗期间观察患者是否出现皮肤瘙痒、头晕、心慌、胃肠道不适等不良反应，定期检测肝肾功能。

1.4 统计学方法

采用 SPSS26.0 统计软件进行数据分析，计量资料以（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，组内治疗前后比较采用配对 t 检验，组间比较采用独立样本 t 检验；计数资料以[n（%）]表示，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 两组患者治疗前后临床症状指标比较

治疗前，两组患者 VAS 评分、关节肿胀数、晨僵时间比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；治疗后，两组上述指标均较治疗前显著改善（ $P<0.05$ ），且治疗组改善程度优于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表 1。

表 1 两组患者治疗前后临床症状指标比较（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	指标	治疗前	治疗后	t 值	P 值
治 疗 组	130	VAS 评分 (分)	6.82±1.03	2.13±0.67	42.367	<0.001
		关节肿胀数 (个)	4.35±1.12	1.82±0.53	23.589	<0.001
		晨僵时间 (min)	58.36±10.25	18.56±4.21	38.742	<0.001
对 照 组	130	VAS 评分 (分)	6.75±1.08	3.57±0.82	27.654	<0.001
		关节肿胀数 (个)	4.28±1.07	2.96±0.68	14.231	<0.001
		晨僵时间 (min)	57.89±10.13	32.47±5.38	24.896	<0.001

组 间 t 值	VAS 评分 (分)	0.482	15.327	-	<0.001
	关节肿胀数 (个)	0.456	13.872	-	<0.001
	晨僵时间 (min)	0.369	21.453	-	<0.001

2.2 两组患者治疗前后实验室指标比较

治疗前，两组患者 ESR、CRP 水平比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；治疗后，两组上述指标均较治疗前显著下降（ $P<0.05$ ），且治疗组下降幅度大于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表 2。

表 2 两组患者治疗前后实验室指标比较（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	治疗组	对照组	治疗组	对照组
例数	130	130	130	130
指标	ESR(mm/h)	ESR(mm/h)	CRP(mg/L)	CRP(mg/L)
治疗前	56.89±12.35	55.76±11.89	28.96±5.78	28.35±5.62
治疗后	28.35±6.42	42.68±7.53	12.46±3.18	18.73±4.25
组内 t 值	25.678	12.345	27.891	13.678
组间 t 值	15.893	-	14.562	-
P 值	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.3 两组患者临床疗效比较

治疗组总有效率为 92.31%，显著高于对照组的 76.92%，差异有统计学意义（ $\chi^2=11.236$ ， $P<0.001$ ）。见表 3。

表 3 两组患者临床疗效比较[n（%）]

组别	治疗组	对照组
例数	130	130
治愈	38(29.23)	22(16.92)
显效	56(43.08)	45(34.62)
有效	26(20.00)	32(24.62)
无效	10(7.69)	31(23.85)
总有效率	120(92.31)	99(76.92)

2.4 安全性评价

治疗期间,治疗组出现皮肤瘙痒3例、头晕2例,不良反应发生率为3.85%;对照组出现胃肠道不适5例、头晕3例,不良反应发生率为6.15%。两组不良反应发生率比较差异无统计学意义($\chi^2=0.782$, $P=0.377$)。所有不良反应均较轻微,治疗组皮肤瘙痒患者经降低药浴温度后缓解,头晕患者经卧床休息后改善;对照组胃肠道不适患者经饭后服药后缓解,头晕患者减少用药剂量后改善,均未影响治疗进程,治疗前后肾功能检测均无明显异常。

3 讨论

类风湿性关节炎在藏医学中属于“隆痹”“黄水病”范畴,其发病与“三因”(隆、赤巴、培根)失衡密切相关,外感风寒湿邪、饮食不节、劳累过度等因素导致“隆”邪偏盛,阻滞经络,气血运行不畅,黄水代谢失常,积聚于关节腔而引发疼痛、肿胀、僵硬等症状。藏医药浴法作为藏医外治疗法的经典代表,以“五味甘露”为核心配方,遵循“疏通经络、调气血、清除黄水、益肾壮腰”的治疗原则,通过药物温热双重作用,实现标本兼治的治疗目标。现代药理学研究表明,“五味甘露”中的圆柏叶、麻黄具有抗炎、镇痛作用,黄花杜鹃、水柏枝可改善局部血液循环,大籽蒿能抑制炎症因子释放,诸药配伍后可通过多靶点、多途径发挥抗炎、免疫调节、改善微循环等作用。网络药理学研究进一步证实,藏医药浴核心配方可通过调节TNF- α 、IL-6等炎症相关基因表达,干预类风湿关节炎发病通路,从而减轻关节炎症反应。

本研究相关结果表明,治疗组病患在经过治疗之后,其VAS评分、关节肿胀数量以及晨僵时间这几项指标,都要显著优于对照组,这就意味着,藏医药浴法对于ROA患者的关节疼痛、肿胀以及僵硬等症状,能够起到非常有效的缓解作用,而其所以能产生这样的疗效,主要是因为藏药里面的有效成分,借助皮肤渗透的方式,直接到达发生病变的关节部位,从而能够快速施展其消肿止痛以及软化结缔组织的作用。与

此同时,温热刺激能够促使局部血液循环得到加快,提升关节组织的供氧量,进而对肌肉痉挛起到缓解作用,在实验室指标层面,治疗组ESR、CRP的下降幅度要明显大于对照组,这充分说明藏医药浴法对于机体炎症反应有非常好的抑制效果,在临床疗效方面,治疗组的总有效率高达92.31%,要显著高于对照组的76.92%,而且治疗组的不良反应发生率和对照组相比也没有明显的差别,这也就充分证实了,联合应用藏医药浴法和常规西药来治疗ROA,具有确切的疗效以及较高的安全性优势。

藏医药浴法在临床应用时得严格依照标准化操作规范来开展,《藏医药浴法护理规范》明确规定,药浴的水温应当控制在38到43℃之间,浸泡的时间应为22至25分钟,浴后需要躺在床上发汗,治疗室的室温要保持在25℃左右,这些操作的细节,恰恰是保障疗效以及安全的要害所在。本研究严格按照上述规范来实施治疗,所有患者都没有出现严重的不良反应,同时肝肾功能也没有明显的异常状况,展现出了藏医药浴法“副作用小、直达病所”的独特优势,还有,藏医药浴法能够避免药物直接进入人体大循环当中,降低对肝肾功能的潜在影响,尤其适宜于老年ROA患者,给临床治疗带来了更安全的选择。

本研究的创新点在于采用大样本(260例)临床观察,严格遵循随机对照原则,结合现代医学检测指标与藏医治疗理论,系统评价藏医药浴法的临床疗效及安全性,为该疗法的规范化推广提供了循证依据。但本研究也存在一定局限性,如观察周期较短(4周),未对患者进行长期随访,且未深入探讨藏医药浴法对关节软骨保护、骨代谢的影响,未来需开展更长周期、多中心的临床研究,进一步揭示其作用机制,优化治疗方案。

综上所述,藏医药浴法联合常规西药治疗类风湿性关节炎(45~70岁患者)能有效缓解关节症状,抑制炎症反应,提高临床疗效,且安全性良好,符合“中西医结合、优势互补”的治疗理念,值得在临床推广应用。

参考文献:

- [1] 仁增冷保,仁青加.藏医药浴法治疗类风湿性关节炎的临床效果分析[J].西藏科技,2023,45(10):54-58.
- [2] 仁欠肖.藏医“五味甘露浴法”治疗类风湿性关节炎的临床有效性研究[J].医学食疗与健康,2020,18(19):25-2527.
- [3] 青海省藏医药学会.藏医药浴法护理规范[S].2025-03-15.
- [4] 才让吉.藏医外治疗法特点及其临床应用[J].青海师范大学学报(藏文版),2025(1):165-172.
- [5] 吴溪,吴德玲,韩燕全,魏良兵,高家荣.酸枣仁-五味子药对的物质基础、药理作用及临床应用研究进展[J].新乡医学院学报,2025,42(7):607-612F0003.