

“甘温除热”督灸治疗风湿性多肌痛 1 例

杨欣雨¹ 王兴鑫¹ 于文颜¹ 付亚辉² 范田家玉¹ 杨继国¹

(1. 山东中医药大学针灸推拿学院, 济南 250355; 2. 青岛市中心医院针灸科, 青岛 266042)

【关键词】风湿性多肌痛; 肌痹; 甘温除热; 督灸

DOI: 10.16025/j.1674-1307.2023.10.025

风湿性多肌痛 (polymyalgia rheumatica, PMR) 是以全身肌肉关节疼痛, 伴或不伴有发热为主要临床表现的风湿免疫类疾病。该病好发于 50 岁以上的老年人, 女性多于男性, 临床常使用糖皮质激素治疗, 但由于长时间服用糖皮质激素的不良反应较大, 部分患者难以坚持, 故急需寻找其他方法替代治疗。本病例以“甘温除热”理论为指导, 采用督灸疗法 (下焦强化) 治疗 PMR, 临床取得显著疗效, 报告如下。

1 病例介绍

患者, 女, 61 岁, 2022 年 7 月 16 日初诊, 主诉: 全身关节肌肉疼痛、晨僵伴低热 1 月余。患者于 1 个月前因冒雨涉水出现两肩及两髋关节疼痛, 渐至全身肌肉、关节疼痛, 伴有低热, 体温最高达 37.8℃, 于外院保健科门诊确诊为“PMR”, 服用双氯芬酸钠缓释片后疼痛减轻, 体温恢复正常。而药效难以维持, 后服用中药 (具体不详) 7 d, 未见明显效果, 改口服强的松 20 mg/d, 疗效一般。刻下症见: 晨僵明显, 全身肌肉酸痛, 双侧肩及髋关节疼痛明显, 休息后未能减轻, 伴有低热, 无头痛、头皮压痛、视力下降, 无肌肉萎缩, 面色萎黄无泽, 精神萎靡, 消瘦, 倦怠乏力, 气少懒言, 自汗, 怕冷, 纳少, 小便正常, 大便稀溏。舌淡胖大, 边有齿痕, 苔白厚腻; 脉沉弱。血常规检查: 血红蛋白 95 g/L, C 反应蛋白 (CRP) 61.30 mg/L, 球蛋白、中性粒细胞、白细胞无明显异常; 动态红细胞沉降率 (ESR) 146 mm/h, ALP、肌酸激酶及同工酶、甲状腺功能 5 项、补体 3、补体 4、免疫球蛋白 G、免疫球蛋白 A、免

疫球蛋白 M、类风湿因子、抗链球菌溶血素 O、前白蛋白、肿瘤标志物等均无明显异常, 免疫 ANA 检测 (-), HLA-B27 (-), 肌电图显示未见明显异常, 肝、肾功能正常。影像学诊断双侧髋关节少量积液, 骶髂关节未见异常。西医诊断: PMR; 中医诊断: 痹证, 脾气虚弱证, 治则: 健脾益气、甘温除热。治疗方案: 强的松 20 mg/d (逐量递减)。督灸 (下焦强化), 材料: 督灸粉 (自拟方: 黄芪、党参、白术、陈皮、升麻、柴胡、当归身、生甘草、冰片等药物各等份, 研末过筛, 每次使用约 4 g); 取生姜 3 kg, 制成姜泥; 艾绒搓成梭形艾炷; 剪裁 80 cm×8 cm 的桑皮纸。操作: 患者取俯卧位, 裸露后背, 用 75% 乙醇棉球于督脉大椎至腰俞穴消毒 3 遍, 将督灸粉均匀撒在背部督脉上, 再覆盖桑皮纸, 将姜泥铺在桑皮纸上, 用压舌板将姜泥压成 4 cm 高的梯柱状, 并于脊柱 L1~S2 节段两侧, 脊中线至旁开 4.5 寸处 (具体视患者体型而定) 放置姜泥, 用压舌板将姜泥压成与脊柱段梯柱状姜泥等高的半梯柱状, 梯柱状姜泥的斜边位于身体两侧, 最后在姜泥沿脊柱方向及与脊柱方向平行的中线上各压一凹槽放置艾炷, 点燃艾炷, 待其自然熄灭, 连灸 3 壮, 结束后将姜泥、艾灰和督灸粉移除, 用温热的湿毛巾擦拭清理背部, 治疗结束。见图 1。

每周治疗 1 次, 3 次为 1 个疗程。嘱患者治疗期间避免潮湿居住, 避免食辛辣刺激之物, 保持心情舒畅。

2022 年 8 月 6 日二诊: 患者面色稍有光泽, 精神好转, 发热次数减少, 疼痛及其他症状改善不

基金项目: 国家自然科学基金面上项目 (82174491); 齐鲁医派中医学学术流派传承项目 (鲁卫函 [2020] 132 号); 山东省文化旅游发展研究课题项目 (19WL58)

作者简介: 杨欣雨, 女, 23 岁, 硕士研究生。研究方向: 刺灸法临床应用与机制。

通信作者: 杨继国, E-mail: dujiu8100@126.com

引用格式: 杨欣雨, 王兴鑫, 于文颜, 等. “甘温除热”督灸治疗风湿性多肌痛 1 例 [J]. 北京中医药, 2023, 42(10): 1148-1150.



图1 下焦强化督灸操作示意图

明显，强的松减量至 15 mg/d，继续督灸治疗。

2022 年 8 月 27 日三诊：患者面色红润，全身肌肉酸痛减轻，关节疼痛减轻，发热，偶有晨僵，自觉乏力减轻，食欲增强，偶有指间关节麻木，活动不利。血常规检查：血红蛋白 113 g/L，CRP < 0.5 mg/L，ESR 45 mm/h，较督灸治疗前明显改善，强的松改为 10 mg/d，督灸治疗不变。

2022 年 9 月 17 日四诊：患者全身肌肉酸痛消失，体温恢复正常，晨僵消失，关节疼痛麻木消失。强的松减量至 5 mg/d，继续坚持督灸治疗。患者治疗 5 个疗程后，因工作原因，停止治疗，强的松亦停药。分别于 1 个月、3 个月、5 个月随访，病情未复发。

2 讨论

PMR 以颈部后肌组织、双侧肩部、髌胫带疼痛和僵硬为主要临床表现，好发于老年人的自身免疫性疾病，老年人发病率约为 2.4%，常见于女性^[1]。在疾病发作期，大多数患者伴随疲劳，食欲不振，体质量减轻，低热，抑郁等全身症状^[2-3]。目前，该病的病因尚未明确，以往文献研究^[4]表明，该病可能与遗传、环境、固有炎症反应、感染等因素有关。目前尚无标准的治疗方案，采用长期激素治疗，不良反应较大。

PMR 在临床中常被误诊为其他自身免疫性疾病（如多发性肌炎、系统性红斑狼疮、风湿性关节炎）、肿瘤、感染等^[5]。本案患者尚处于疾病早期，并不符合多发性肌炎的诊断标准；类风湿因子等检测无明显异常，可排除自身免疫性疾病；

肿瘤标志物及肝肾功能均无异常，可排除肿瘤的发生；血清免疫学 ANA 检测显示结核 IgM 抗体、肺炎支原体 IgM 抗体等细菌、病毒 IgM 抗体均为阴性结果，排除感染类疾病；甲状腺功能检查无异常，故排除甲状腺功能减退性肌病；且患者未出现无视力下降、头皮压痛等症状，排除巨细胞动脉炎；影像学检查亦排除强直性脊柱炎可能，综合上述排除疾病，结合患者年龄、症状、辅助检查及治疗过程，符合 PMR 诊断标准。

根据 PMR 肢体疼痛、重着等临床表现，可将其归属于中医学“痹”“肌痹”等范畴^[6]。《素问·长刺节论篇》曰：“病在肌肤，肌肤尽痛，名曰肌痹。”《灵枢经·五变》又曰：“粗理而肉不坚者，善病痹。”《诸病源候论》云：“长夏遇痹者为肌痹，在肉则不仁。”《备急千金要方》又云：“至阴遇病为肌痹，肌痹不已，复感于邪，内舍于脾。”《严氏济生方·五痹论治》言：“肌痹之为病，应于脾。”痹证的病因有内外之分，风寒湿三邪侵袭为其外因，正气不足、脾胃虚弱、脏腑虚衰为内因。本病多与脾胃相关，虚中夹实，脾胃虚衰为本，寒湿侵体为标。李东垣认为“阴火”为“元气之贼”，元气起于中焦，阴火起于下焦，中焦脾胃虚弱，则阴火上乘而发热^[7]。本案患者年老，阳明已衰，肾气渐亏，中焦脾胃虚衰，无力交通上下二焦，致下焦阴火上乘而发热，多是由于元气不足，正虚无力抗邪而出现的虚热。脾胃虚弱无力运化水谷精微，故纳少、消瘦；气血生化乏源，四肢不得气血濡养，故乏力。阳明气血亏虚不能上荣于面，故面色萎黄。患者本已正虚无力抗邪，又因外感寒湿之邪，侵袭肢体关节肌肉，导致全身肌肉关节酸痛，诱发本病。小便正常，大便稀，舌淡，体大，边有齿痕，苔白厚腻，脉沉弱。可知本病病因病机为脾胃虚弱，以致阴火上乘，复外感寒湿之邪，经络痹阻，而发为本病。综合脉象，四诊合参，辨证为脾气虚弱证，治疗当以健脾益气、甘温除热为主。

督灸疗法，所用督灸粉源于李东垣的补中益气汤^[8]，取其“甘温除热”之性，并结合临床，做出相应调整。方中黄芪甘、微温，健脾益气、固表实卫、升阳举陷；党参甘、平，补脾益肺，生津养血；白术苦、甘、温，补气健脾；柴胡、升麻升举清阳；陈皮健脾理气，使补而不滞；当归身甘、温，补血活血；甘草甘、平，生用其性

微凉, 清热泻火, 又可协陈皮使全方补而不滞; 冰片清热止痛, 在本方中取其渗透之力, 助其他药物渗透入皮肤角质层^[9], 从而发挥药效。

督灸是作用于人体督脉上的一种灸法。督脉为“阳脉之海”, 总司人体一身上下之阳气, 可以温脏腑、暖九窍、煦形体^[10], 通过刺激督脉, 激发人体阳气。患者已过七七之年, 肾气渐衰, 故本案中采取督灸(下焦强化), 可温肾阳而补脾阳, 更能兼顾膀胱经, 刺激脏腑背俞穴, 尤其是肾俞, 以先天滋养后天。而艾灸点燃时产生的温热效应, 能够祛除寒湿之邪, 《本草正》言:“艾叶, 能通十二经脉, 而尤为肝脾肾之药, 善于温中、逐冷、除湿行血中之气, 气中之滞。”艾草药用与热用结合生姜的温热而不刺激, 可温通经脉, 温煦脏腑, 升发人体阳气, 加速人体血液运行, 增强人体免疫力^[11-12]。诸药相合, 以“甘温除热”之法, 既能补益中焦脾胃, 制约下焦阴火, 又能驱散外感寒湿之邪, 标本兼顾, 寒热同调, 治疗 PMR 脾气虚弱证具有良好的临床疗效。

参考文献

- [1] 李佳, 左益璇, 昌雪琴, 等. 误诊为亚急性联合变性的风湿性多肌痛 1 例报告[J]. 中风与神经疾病杂志, 2021, 38(12): 1119-1120.
- [2] KORNELIS SM, VAN DER GEEST, WAYEL H, et al. Serum markers associated with disease activity in giant cell arteritis and polymyalgia rheumatica[J].

Rheumatology, 2015, 54(8): 1397-1402.

- [3] YOKOTE A, FUJIOKA S, TAKAHASHI N, et al. Polymyalgia rheumatica following COVID-19 vaccination[J]. Intern Med, 2022, 61(11): 1775-1777.
- [4] 朱盈姿, 董凌莉. 风湿性多肌痛诊疗进展[J]. 内科急危重症杂志, 2017, 23(2): 154-159.
- [5] 邹峻, 陈颂春, 管剑龙. 风湿性多肌痛 34 例临床特征与误诊分析[J]. 老年医学与保健, 2017, 23(1): 48-50, 57.
- [6] 任宝娣, 白琳, 王素芝. 从肝论治风湿性多肌痛[J]. 山西医药杂志, 2020, 49(14): 1877-1878.
- [7] 张万年, 文艺, 郑昕, 等. “甘温除大热”理论发微与临证体会[J]. 中国中医基础医学杂志, 2017, 23(10): 1475-1476.
- [8] 蒋於琨, 杨帆, 张伟. 论甘温除热法在虚热肺痿证治中的应用[J]. 吉林中医药, 2021, 41(10): 1270-1272.
- [9] DAI X, WANG R, WU Z, et al. Permeation-enhancing effects and mechanisms of borneol and menthol on ligustrazine: A multiscale study using in vitro and coarse-grained molecular dynamics simulation methods[J]. Chem Biol Drug Des, 2018, 92(5): 1830-1837.
- [10] 李旭豪. 督灸治疗肾阳虚型轻中度抑郁症的临床研究[D]. 济南: 山东中医药大学, 2021.
- [11] 辛沂青, 陈泽, 刘宇晨, 等. 督灸疗法介入新型冠状病毒肺炎预防及愈后调理[J]. 中医学报, 2020, 35(10): 2052-2055.
- [12] 李奎武, 储浩然, 阮静茹, 等. 基于 SCF/c-kit 信号通路探讨艾灸干预对腹泻型肠易激综合征大鼠免疫功能稳态的影响[J]. 中国针灸, 2023, 43(2): 177-185.

Treatment of rheumatic polymyalgia with Ganwen Qure Du Meridian moxibustion

YANG Xin-yu, WANG Xing-xin, YU Wen-yan, FU Ya-hui, FAN Tianjiayu, YANG Ji-guo

(收稿日期: 2022-12-13)

《北京中医药》杂志对数字用法描述的要求

数字用法执行中华人民共和国国家标准 GB/T 15835-2011《出版物上数字用法的规定》。凡是可以使用阿拉伯数字且得体处均应使用阿拉伯数字, 如: 公历世纪、年代、年、月、日和时, 必须使用阿拉伯数字。年份用 4 位数表示, 如 1994 年小时用“h”, 分钟用“min”, 秒用“s”表示。避免用时间代词, 如“今年”、“去年”等。小时用“h”表示, 分钟用“min”表示, 秒用“s”表示。小数点前或后超过 4 位数字时, 每 3 位为 1 组, 组间空 1/4 个汉字空, 如“56 123.478 36”。但序数词和年份、页数、部队番号、仪表型号、标准号不分节。百分数的范围和偏差, 前一个数字的百分号不可省略, 如 10% ~ 20% 不可写为 10 ~ 20%; (80.9 ± 8.6)% 不可写为 80.9% ± 8.6%。附带尺寸的数值相乘, 应写为 3 mm × 4 mm × 5 mm, 不可写为 3 × 4 × 5 mm³。

(本刊编辑部)