

针刺结合通脉温阳灸治疗寒湿痹阻型类风湿性关节炎临床观察*

王明明¹, 蔡圣朝^{2△}, 黄雪珍², 王莹¹

(1. 安徽中医药大学, 安徽 合肥 230038; 2. 安徽省针灸医院, 安徽 合肥 230061)

摘要: **目的** 观察针刺结合通脉温阳灸治疗寒湿痹阻型类风湿性关节炎临床疗效。**方法** 将 108 例寒湿痹阻型类风湿性关节炎患者按照随机数表法分为治疗组(54 例)和对照组(54 例), 对照组给予口服甲氨蝶呤片、来氟米特片治疗, 治疗组在对照组基础上给予针刺结合通脉温阳灸治疗。观察两组实验室检测指标: ①C-反应蛋白(CRP)(mg/L); ②类风湿因子(RF)(IU/mL); ③血沉(ESR)(mm/h), 疼痛视觉模拟评分(VAS)评分与临床疗效。**结果** 两组治疗后 ESR、CRP、RF 均比治疗前降低, 差异均有显著性意义($P<0.05$); 治疗后, 治疗组 ESR、CRP、RF 与对照组比较, 差异均有显著性意义($P<0.05$)。两组治疗后疼痛(VAS)评分, 均较治疗前显著降低($P<0.05$), 治疗组治疗后疼痛(VAS)评分较对照组降低更显著($P<0.05$); 两组临床总有效率比较, 治疗组总有效率 92.59%, 高于对照组 79.63%, 差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 在口服西药的基础上针刺结合通脉温阳灸治疗寒湿痹阻型类风湿性关节炎疗效显著, 优于单纯口服西药。

关键词: 针刺; 类风湿性关节炎; 寒湿痹阻型; 临床观察

中图分类号: R246.2 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-2723(2016)06-0054-05

DOI: 10.19288/j.cnki.issn.1000-2723.2016.06.013

类风湿性关节炎(RA)是一种以关节炎症为主的全身性免疫疾病, 以对称性、周围性多处关节慢性病变为主要特征, 临床表现为关节疼痛、肿胀、功能障碍等。主要病理改变是滑膜炎, 晚期可导致关节畸形和功能严重受损。我国 RA 患病率为 0.24%~0.5%, 多发生于 20 岁~45 岁的青年^[1]。西药治疗可在一定程度上改善疼痛症状, 延缓疾病发展, 但其不良反应较多。针灸在治疗本病方面具有一定的优势, 能够改善疾病的症状, 减轻患者痛苦, 延缓疾病发展进程, 特别是寒湿痹阻型类风湿性关节炎疗效确切^[2-4]。本研究通过运用针刺结合通脉温阳灸治疗寒湿痹阻型类风湿性关节炎取得较好的临床效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2013 年 8 月至 2016 年 2 月于安徽省针灸医院就诊的寒湿痹阻型类风湿性关节炎患者 108 例, 根据随机数表法分为治疗组(54 例)和对照组(54 例)。经统计学处理, 各组年龄、性别、病程、分期比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性, 详见表 1。

1.2 诊断标准

1.2.1 参照 1987 年美国风湿病学会(ARA)修订的分类标准^[5]

①晨僵至少 1 小时(≥ 6 周)。②3 个或 3 个以上关节区的关节炎(≥ 6 周)。③腕、掌指关节或近端

表 1 两组类风湿关节炎患者一般资料比较

组别	n	性别/例		年龄/岁			病程/年			分期/例	
		男	女	最小	最大	平均($\bar{x}\pm s$)	最小	最大	平均($\bar{x}\pm s$)	急性期	稳定期
治疗组	54	26	28	18	65	42.8 $\pm$ 14.3	1	20	6.2 $\pm$ 2.8	32	22
对照组	54	25	29	19	64	44.1 $\pm$ 15.7	2	19	5.8 $\pm$ 3.5	34	20

* 基金项目: 国家中医药管理局 2014 年全国名老中医药专家传承工作室蔡圣朝工作室建设项目(国中医药人教发[2014]47 号)

收稿日期: 2016-10-20

作者简介: 王明明(1989-), 男, 安徽合肥人, 在读硕士研究生, 研究方向: 针灸临床及作用机理。

△通信作者: 蔡圣朝, E-mail: 839338600@qq.com

指间关节炎(≥ 6 周)。^④对称性关节炎(≥ 6 周)。^⑥皮下结节。^⑥手X线改变。^⑦类风湿因子阳性。有上述7项中4项者即可诊断为类风湿关节炎。

1.2.2 中医诊断标准

参照《中药新药治疗痹病的临床研究指导原则》^[9]痹证属寒湿痹阻型:主症:关节冷痛而肿,遇寒痛增,得热痛减,关节屈伸不利,晨僵,关节畸形;次症:口淡不渴,恶风寒,阴雨天加重,肢体沉重;舌脉:舌质淡,苔白,脉弦紧。

1.3 纳入标准

①符合上述寒湿痹阻型类风湿性关节炎诊断标准;②年龄在18~65岁;③近1个月未接受相关治疗、未使用相关药物;④能够完成治疗疗程,能正确表达灸感;⑤自愿签署知情同意书。

1.4 排除标准

①合并有心、肝、肾等系统严重疾病者及精神病患者;②晕灸者或对艾灸排斥者及合并其他风湿病患者;③已接受其它的有关治疗,可影响本次研究的疗效观察指标者;④晚期有严重畸形的患者及妊娠或哺乳期妇女;⑤不适应本疗法者,如施灸部位溃疡、瘢痕等

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组

甲氨蝶呤片(上海信谊药厂有限公司;生产批号:601340H24;规格:每片2.5mg),10mg/次,1次/周;来氟米特片(福建汇天生物药业有限公司;生产批号:H20050175;规格:10mg/片),20mg/次,1次/d。

1.5.2 治疗组

在对照组的基础上给予毫针针刺结合通脉温阳灸治疗。

(1)毫针针刺

根据患者受累关节局部取穴:肩关节:肩前、肩髃、肩髃、肩贞、肩二交(肩前与肩髃连线的中点,肩贞与肩髃连线的中点,二个中点取穴点合称为“肩二交”);肘关节:取尺泽、曲池、曲泽穴;腕关节:取阳池、阳谷、阳溪穴;指关节:取八邪穴;膝关节:取梁丘、鹤顶、血海、犊鼻、内膝眼、阳膝和阴膝(嘱患者屈膝成直角,阳陵泉与梁丘之间连线的中点在膝关节外侧属阳名阳膝;阴陵泉与血海之间连线的中点在膝关节内侧属阴名阴膝)、足三里、阴陵泉、阳陵泉;踝关节:取太溪、解溪、昆仑、丘墟穴;趾关节:取八风穴。若多部位发病,每次选取1~2处施针。辨证取穴:寒邪偏盛,取肾俞、关元;湿邪偏盛,取阴陵

泉、足三里。操作:局部常规消毒,各穴均采取《针灸学》穴位的针刺方法,诸穴均进针得气后均采用平补平泻手法,留针30min,中间行针1次。每日1次,10d为1疗程,其中休息2d,再进入下一个疗程,治疗6个疗程后统计疗效。

(2)通脉温阳灸

蔡氏通脉温阳灸是国家级名老中医蔡圣朝教授在梅花针灸学派几代人的基础上结合自身临床经验探究异于其它铺灸的一种灸法。定位:患者放松俯卧于床上,裸露后背,在特定的治疗部位,背、腰、骶三部,即督脉、膀胱经循行区域,从“大椎”至“腰俞”穴,涵盖膀胱经第一侧线、夹脊穴、督脉。操作方法:①用75%的乙醇在通脉温阳灸范围内常规消毒将灸液和灸粉均匀撒于所灸部位并在上面铺一层纱布(80cm×100cm)。将自制灸盒(专利号:ZL201020259893.9),放置在所定位处(图1)。②将1.5kg的切好生姜粒,每粒约(0.5cm×0.5cm×0.5cm)均匀的铺在灸盒内,在生姜上放置提前捏好的锥形艾柱(直径为2cm×高2.5cm)自上而下点燃艾柱(图2)。③采用大纸盒扣住铺灸部位,在盒上连接到似于烟囱样的排烟管(图3)。④灸完第1壮另铺灸柱进行第2壮,以此方法共灸3壮,约3h。⑤3壮结束后用两手提起纱布四个角将灸盒与生姜取下,用新纱布擦干背部,嘱咐患者6h后在背部再触碰水(图4)。热度以患者感觉局部温热舒适无灼痛为宜,做完之后皮肤潮红为度(图5)。若施灸出现小水泡则可自行吸收;水泡较大时,将其刺破,并将里面的水液放出,再用碘伏消毒,注意创面的卫生以防感染。10d内2次(中间间隔至少3d)为1个疗程,治疗6个疗程后统计疗效。



图1



图2



图 3



图 4



图 5

1.6 观察指标

1.6.1 实验室检测指标

①C-反应蛋白 (CRP)(mg/L); ②类风湿因子 (RF)(IU/mL); ③血沉(ESR)(mm/h)。

1.6.2 疼痛视觉模拟法(VAS)评分^[7]

是用根 10cm 的线段,分标 10 个刻度,一端为“0”分表无痛,另一端为“10”分代表难以忍受的疼痛,让病人在标出治疗前后能够体现自己疼痛程度的位置,医师根据病人标出位置为其评出疼痛程度的分数,对治疗前后及组间评分变化进行比较。

1.7 疗效标准

参照《中药新药临床研究指导原则》^[8]制定疗效评定标准:临床痊愈:临床症状、体征基本消失,整体改善率 $\geq 95\%$;显效:症状、体征明显改善,整体改善率 $\geq 70\%$,且 $< 95\%$;有效:症状、体征均有好转,整体改善率 $\geq 30\%$,且 $< 70\%$;无效:症状、体征均无明显改善,甚或加重,整体改善率 $< 30\%$ 。积分为症状与体征评分之和,整体改善率为[(治疗前评分-治疗后评分) $\div$ 治疗前评分] $\times 100\%$ 。

1.8 统计学方法

采用 SPSS17.0 统计软件,计数资料采用 χ^2 检验;计量资料以均数标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用配对样本均数 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后实验室检查结果的比较

表 2 显示,两组治疗后 ESR、CRP、RF 均比治疗前降低,差异均有显著性意义($P < 0.05$);治疗后,治疗组 ESR、CRP、RF 与对照组比较,差异均有显著性意义($P < 0.05$)。

表 2 两组患者治疗前后实验室检查结果的比较($\bar{x} \pm s$)

项目	治疗组($n=54$)		对照组($n=54$)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
ESR/(mm $\cdot$ h $^{-1}$)	46.6 $\pm$ 21.68	23.17 $\pm$ 12.34 [#]	43.88 $\pm$ 22.51	27.79 $\pm$ 14.37 [#]
CRP/(mg $\cdot$ L $^{-1}$)	24.67 $\pm$ 18.26	6.87 $\pm$ 5.34 [#]	23.34 $\pm$ 17.98	11.57 $\pm$ 7.46 [#]
RF/(IU $\cdot$ mL $^{-1}$)	368.23 $\pm$ 172.34	116.53 $\pm$ 78.15 [#]	352.23 $\pm$ 162.82	148.23 $\pm$ 85.75 [#]

注:与同组治疗前比较,[#] $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^{*} $P < 0.05$

2.2 两组患者治疗前后 VAS 评分比较

表 3 显示,两组患者治疗前后疼痛 VAS 评分比较 两组治疗后疼痛(VAS)评分,均较治疗前显著降低($P < 0.05$),治疗组治疗后疼痛(VAS)评分较对照组降低更显著($P < 0.05$)。

2.3 两组患者治疗后临床疗效比较

表 4 显示,两组患者临床总有效率比较 治疗组

表 3 两组患者治疗前后 VAS 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	54	6.68 $\pm$ 1.76	2.18 $\pm$ 1.61 [#]
对照组	54	5.92 $\pm$ 1.65	3.26 $\pm$ 2.05 [#]

注:与同组治疗前比较,[#] $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^{*} $P < 0.05$

表4 两组患者治疗后临床疗效比较

组别	n	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率/%
治疗组	54	14(25.93)	20(37.04)	16(29.63)	4(7.41)	92.59#
对照组	54	9(16.67)	15(27.78)	19(35.18)	11(23.26)	79.63

注:与对照组比较,# $P<0.05$

总有效率 92.59%,高于对照组 79.63%,差异有统计学意义($P<0.05$)。

3 体会

RA 属于中医学“痹证”范畴,《素问·痹论》曰:“风寒湿三气杂至合而为痹也。”《类证治裁·痹证》记载:“诸痹……由营卫先虚,腠理不密,风寒湿乘虚而袭,正气为邪气所阻,不能宣行,因而留滞,气血凝滞,久而成痹。”故蔡老结合经典指出其病因病机为风、寒、湿之邪侵入肌体,留于关节、肌肉、筋骨,阻塞经络,使经气运行不畅;闭阻日久,伤及正气,损伤脏腑;病久则血停为瘀,湿凝为痰,痰瘀互结。风寒湿阻型是类风湿性关节炎最为常见的证型之一,故治疗上当祛风除湿、温经散寒、活血通络为治疗原则。《医学入门》云:“凡病药之不及,针之不到,必须灸之。”《灵枢·官能篇》云:“针所不为,灸之所宜。”《医学入门》指出:“虚者灸之使火气以助元气也,实者灸之使实部随火气发散也,寒者灸之使其气复温也,热者灸之引郁热外发。”《医宗金鉴》曰:“凡灸诸病,必火足气到,始能求愈。”因此蔡老采用针刺结合通脉温阳灸治疗寒湿痹阻型类风湿性关节炎。

针刺受累病变部位选用相应腧穴治疗,刺激腧穴通过经络的传输传导,激发经气调整脏腑气血,调动人体内在的抗病能力,达到扶正祛邪、防治疾病的作用。配以关节局部的穴位,以通经活络、滑利关节,同时结合辨证取穴起到治病求本的目的。通脉温阳灸施灸面积广,时间长,温通力强,其中督脉为诸阳经之会,循脊入脑,并与肾相络,主气主阳,统帅一身阳气,又称“阳脉之海”,艾灸督脉可振奋一身之阳,调动机体内因,恢复五脏功能,使阳气强盛,五脏振奋,平衡阴阳,气血调和,经脉畅通。足太阳膀胱经所过之背俞穴可疏通调节膀胱经所过之处的经络气血。通过对膀胱经、夹脊穴及督脉的作用,起到温经通络,散寒除痹,调和气血,活血化瘀等作用,能够升血中之气,通气中之滞,而达到通诸经,除百病之功。《本草正》云:“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,……用灸百病。”《中华本草》记载:“艾叶苦辛……以之灸火,能透诸经,而除百病。”艾灸时其药性通过热力达穴位渗透到体内,随经络的传导起到祛寒除湿、化瘀通络的作用。生姜性辛、温,其中《药性类明》曰:“其味辛辣,有开豁冲散之功”,生姜温中健脾,化痰祛湿。生姜在艾灸的作用下,其药力作用渗透到经络腧穴,通过经络传导作用,直达病所,发挥治疗效果。该法采取艾灸结合药物作用于腧穴经络,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,调整虚实之效,从而达到临床治疗目的。两者均通过艾灸、药物和经络腧穴的三重作用,共奏祛风除湿、温经散寒、活血通络之功。

现代研究表明,针刺治疗可使 RA 患者红细胞中超氧化歧化酶(SOD)活力明显下降,血浆脂质过氧化酶(LPO)含量降低,脑啡肽(LEK)含量升高,对 RA 有明显消炎镇痛作用^[9],针刺能调整 RA 患者免疫功能^[10],减轻 RA 患者的自体免疫反应,改善滑膜炎程度^[11]。艾灸能够调节 RA 细胞因子水平而且还能够明显改善 RA 的关节症状^[12-13],如艾灸可以抑制辅助性 T 细胞 1(Th1)致炎因子且促进白细胞介素 4(IL-4)抗炎因子^[14],抑制促炎因子白介素 1(IL-1)、肿瘤坏死因子 α (TNF- α)含量,提高抗炎因子白介素 2(IL-2)、 γ 干扰素(INF- γ)水平^[15-16],减轻免疫球蛋白 E(IgE)引起的炎性反应^[17]。艾灸有远红外辐射及热辐射,还有近红外线辐射及光辐射,远红外辐射穿透脏腑经络直接作用于病灶区,可以渗透到循环、神经系统,并为活组织所吸收,达到治疗效果^[18-19]。艾灸能使组织温度升高,发生生化性质与生理功能等多方面的变化,可提高人体免疫球蛋白的含量^[20-21],激发和提高机体的抗病能力和自疗机制^[22]。同时可以将热能扩散到更大范围组织细胞,红外线具有改善局部血液循环,降低神经肌肉兴奋性,从而到达镇痛的作用。艾灸通过温热、灸药性、光谱辐射三者综合作用的结果,从而刺激穴位引起一系列

生理、生化、免疫等方面的变化来调整机体功能^[23]。本研究结果表明,该法可显著改善 RA 患者血清中 CRP、RF、ESR 的含量、VAS 评分及临床疗效,因此蔡老认为运用针刺结合通脉温阳灸治疗本病方面优势突出且简便易行,两者共用起到协同作用,真正达到了治疗该病的目的,是一种特色鲜明,疗效显著,无毒副作用的治疗方法。但本研究所纳入病例数较少,尚需更多临床研究予以说明和完善。

参考文献:

- [1] 李巧兰,高洁,董正华. 中西医结合内科常见病诊疗常规 [M]. 北京:知识产权出版社,2001,662.
- [2] 申博,陈迪,林子昊,等. 针刺联合艾灸治疗类风湿性关节炎及血管新生调控因子的作用研究 [J]. 山西中医学院学报,2016,17(1):25-27.
- [3] 蒲卉明,赵凌艳,程建明,等. 温针灸配合穴位注射鹿瓜多肽注射液治疗类风湿性关节炎的临床研究 [J]. 世界中医药,2016,11(4):711-714.
- [4] 俞红五,朱艳,潘喻珍,等. 艾灸辅助治疗类风湿关节炎患者临床疗效观察及机制探讨[J]. 中国针灸,2016,36(1):17-20.
- [5] Arnett FC,Edworthy SM,Bloch DA,et al. The American Rheumatism Association1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis[J]. Arthritis Rheum,1988,31(3):315-324.
- [6] 国家中医药管理局. 痹证的诊断依据、证候分型、疗效评定、中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994. 29-30.
- [7] 赵俊,李树人,宋文阁. 疼痛诊断治疗学[M]. 郑州:河南医科大学出版社,1999:201-209.
- [8] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 [M]. 2 版. 北京:中国医药科技出版社,2002:118-119.
- [9] 周嘉陵,朱琦. 针刺治疗类风湿性关节炎的临床研究[J]. 中华风湿病学杂志,2000,4(3):169-171.
- [10] 朱月伟,陈肖燕,韩杭生,等. 铺灸对类风湿性关节炎患者免疫功能的影响[J]. 上海针刺杂志,1991(1):1-2.
- [11] 李颖,李力. 针刺与来氟米特联合应用治疗类风湿性关节炎疗效观察[J]. 湖北中医杂志,2010,32(8):18-19.
- [12] 郝锋,胡玲,吴子建,等. 隔姜灸治疗活动期类风湿性关节炎量效关系的临床研究[J]. 时珍国医国药,2013,24(3):677-680.
- [13] 陈开慧,李仁保,甘宇,等. 艾灸治疗类风湿关节炎及其对血 IL-6、CRP 与 RF 水平的影响 [J]. 国际检验医学杂志,2014,35(21):2897-2898.
- [14] 高骏,刘旭光,黄迪君,等. 持续光照对艾灸调控类风湿性关节炎大鼠褪黑激素与类风湿性关节炎血浆 IL-1 β 、IL-4 水平的影响[J]. 辽宁中医杂志,2011,38(8):1677-1680.
- [15] 刘明雪,魏焦禄,卢圣锋,等. 针刺、艾灸对佐剂性关节炎大鼠血清 TNF- α 、INF- γ 的影响差异 [J]. 成都中医药大学学报,2012,35(3):13-14.
- [16] 杨涵淇,刘旭光,杨馨,等. 不同灸法对类风湿性关节炎家兔肿胀关节及滑膜液中白介素-1、肿瘤坏死因子- α 表达的影响[J]. 针刺研究,2013,38(2):134-139.
- [17] 张伟,陈明人,熊俊. 不同灸量悬灸“大椎”穴对哮喘大鼠细胞免疫学机制的影响[J]. 针刺研究,2012,37(3):202-205.
- [18] 王娟,王佩娟. 痛经的中医病机及治疗时机把握[J]. 吉林中医药,2012,32(1):45-47.
- [19] 林森森. 不同灸次对原发性痛经临床疗效影响的研究 [D]. 福州:福建中医药大学,2012:18-19.
- [20] 张红运,卢圣锋,肖农. 神阙、关元穴温和灸防治脑瘫儿反复呼吸道感染的临床观察 [J]. 中国中西医结合杂志,2010,30(9):935-937.
- [21] 张伟,陈明人,胡锦玉. 长蛇灸治疗类风湿关节炎:随机对照研究[J]. 中国针灸,2016,36(7):694-698.
- [22] 蔡圣朝. 试论针法与灸法的共同基础 [J]. 南京中医药大学学报,2000,16(5):304-305.
- [23] 曹雪梅,张洛琴. 敷脐疗法治疗原发性痛经 43 例[J]. 中医外治杂志,2011,20(4):20-21.

(编辑:徐建平)

(英文摘要见第 65 页)

质关系的调查分析[J]. 热带医学杂志, 2011, 11(5): 593-595.

质特征分析[J]. 中国公共卫生, 2011, 27(1): 87-89.

(编辑: 徐建平)

[16] 毕建璐, 陈晶, 于冰琰, 等. 亚健康大学生阴虚及阳虚体

The Clinical Observation on Buzhong Yiqi Pills Intervene Qi-deficiency Constitution

BI Jianlu¹, CHEN Jieyu², CHENG Jingru², YU Bingyan³, JIANG Kaiwen¹, LUO Ren², ZHAO Xiaoshan²

(1. Guangdong Second Traditional Chinese Medicine Hospital, Guangzhou 510095, China;

2. Department of Traditional Chinese Medicine, Southern Medical University, Guangzhou 510515, China;

3. Department of Preventive Medicine, Southern Medical University, Guangzhou 510515, China)

ABSTRACT: Objective The study is to test the Buzhong Yiqi Pills intervene Qi-deficiency constitution. **Methods** We recruited the healthy Qi-deficiency constitution divided into control group and intervention group. We used the Buzhong Yiqi Pills intervene Qi-deficiency constitution for one month. **Results** Compared with the control group, the Qi-deficiency constitution transition scores of intervention group improved significantly after 1 month treatment. The other constitution scores in CCMQ changes, but no significant difference before and after treatment in the intervention group, while the scores in control group significantly changed in Yang-deficiency constitution, Yin-deficiency constitution, blood stasis constitution. **Conclusion** Buzhong Yiqi Pills can significantly improve the Qi-deficiency constitution.

KEY WORDS: Buzhong Yiqi Pills; Qi-deficiency constitution; CCMQ

(原文见第 54 页)

Clinical Observation of Acupuncture Combined with Pulse Explored through Moxibustion Treating Cold-damp Type Rheumatoid Arthritis

WANG Mingming¹, CAI Shengchao², HUANG Xuezheng², WANG Ying¹

(1. Anhui University of Traditional Chinese Medicine, Hefei 230038, China;

2. Anhui Province Hospital of Acupuncture and Moxibustion Hefei 230061, China)

ABSTRACT: Objective To observe acupuncture combined with unclogged arteries explored a bit cold-damp type rheumatoid arthritis clinical curative effect. **Methods** 108 cases of cold-damp type rheumatoid arthritis, according to the random indicator method is divided into the treatment group (54 cases) and control group (54 cases) and control group given from oral methotrexate, special treatment, the treatment group in the control group given acupuncture combining with unclogged arteries explored acupuncture treatment. Observe two groups of laboratory test index ①C-reactive protein (CRP)(mg/L); ②rheumatoid factor(RF) (IU/mL); ③blood sedimentation (ESR)(mm/h), pain visual analogue scale (VAS) score and clinical curative effect. **Results** Two groups after treatment the ESR, CRP, RF are lower than before treatment, the differences were significant ($P<0.05$); After treatment, the treatment group compared with controls the ESR, CRP, RF, the differences were significant ($P<0.05$). Pain(VAS) score, the two groups after treatment than before treatment significantly reduced($P<0.05$), the treatment group after treatment(VAS) pain scores than the control group reduced more significantly ($P<0.05$); The clinical total effective rate in the two groups, treatment group total effectiveness 92.59%, 79.63% higher than the control group, the difference was statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** On the basis of oral western medicine acupuncture combined with pulse explored through moxibustion treat cold-damp type rheumatoid arthritis curative effect is distinct, better than oral western medicine alone.

KEY WORDS: acupuncture; rheumatoid arthritis; cold-damp type; clinical observation