

中西医结合治疗回纹型风湿症的临床疗效及对炎症指标的影响

潘永苗

桐庐县中医院骨伤科, 浙江 桐庐 311500

[摘要] 目的: 观察中西医结合疗法治疗回纹型风湿症的临床疗效及对炎症指标的影响。方法: 将 54 例患者随机分为 2 组各 27 例, 对照组给予非甾体抗炎药治疗, 观察组在对照组治疗基础上给予辨证分型中药治疗。比较 2 组临床治疗效果和炎症因子水平变化。结果: 治疗后 2 组患者疾病发作频率、疼痛程度均低于治疗前 ($P < 0.05$); 治疗后观察组发作频率、疼痛程度亦低于对照组 ($P < 0.05$)。总有效率观察组为 88.89%, 对照组为 66.67%, 2 组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。治疗后 2 组血清白细胞介素-6 (IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α) 和 C-反应蛋白 (CRP) 等均较治疗前明显降低 ($P < 0.05$); 观察组各项指标均明显低于对照组 ($P < 0.05$)。2 组患者在治疗期间均未出现不良反应。结论: 中西医结合治疗回纹型风湿症可显著降低患者炎症水平, 缓解疼痛程度, 提高治疗效果。

[关键词] 回纹型风湿症; 中西医结合疗法; 辨证论治

[中图分类号] R593.21 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 07-0097-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.07.045

回纹型风湿症是一种以急性关节炎和关节周围炎为特征的不常见的反复发作的病症, 发作间歇期患者无任何症状, 但是发作具有快速出现和消失的特点^[1]。随着回纹型风湿症患者反复发作、病程延长, 约有 30%~40% 患者会演变为典型类风湿性关节炎, 故目前认为其属于类风湿性关节炎的一种亚型。目前现代医学对于该病仍没有有效办法, 急性期患者可用非甾体抗炎药控制炎症, 虽能缓解本病症状, 但不能减少发作次数, 即使是长期服用, 也难以有效预防发作^[2]。对于部分发作频繁的患者, 可以选择免疫抑制治疗, 但因在缓解期内无任何症状, 且毒副作用较多, 多数患者均无法耐受, 因此影响了其临床使用。近年来, 笔者在临床中采用中医辨证分型、中西医结合治疗回纹型风湿症, 取得了显著的疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

观察病例均为 2010 年 6 月~2012 年 12 月本院收治的回纹型风湿症患者, 共 54 例。所有患者均符合 Guerne 临床诊断标准^[3]: ①反复性突然发作的关节炎或者关节旁组织炎症, 且病程超过半年; ②医生至少要证实 1 次发作; ③历次反复发作过程中受累的关节数应多于等于 3 个; ④排除其他类型的关节炎。中医证候诊断标准参照《中医病证诊断疗效标准》^[4], 分为风寒湿型、风湿热型、痰浊痹阻型、肝肾亏虚型。所有参加本研究患者均签署知情同意书, 并取得本院医学伦理委员会的批准。排除标准: ①患者存在软骨钙质沉积者; ②伴有风湿病或者其他系统性疾病者; ③痛风患者。54 例患

者随机分为 2 组。对照组 27 例, 男 16 例, 女 11 例; 年龄 23~60 岁, 平均(41.5±12.5)岁; 病程 1~14 年, 平均(7.41±3.61)年; 中医证候分型: 风寒湿型 13 例, 风湿热型 7 例, 痰浊痹阻型 3 例, 肝肾亏虚型 4 例。观察组 27 例, 男 15 例, 女 12 例; 年龄 22~59 岁, 平均(40.1±13.6)岁; 病程 1~15 年, 平均(7.99±3.01)年; 中医证候分型: 风寒湿型 12 例, 风湿热型 7 例, 痰浊痹阻型 4 例, 肝肾亏虚型 3 例。2 组患者性别、年龄、病程、中医分型等一般资料比较, 差异均无显著性意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 阿司匹林肠溶片, 每天 2~4 g, 分 4 次服, 口服; 塞来昔布胶囊, 每天 400 mg, 分 2 次, 口服。治疗 2 周后可逐渐减少药物剂量, 治疗 4 周为 1 疗程, 连续治疗 3 疗程。

2.2 观察组 在对照组基础上给予辨证中药口服治疗, 每天 1 剂, 水煎, 早晚分服, 治疗 4 周为 1 疗程, 连续治疗 3 疗程。

2.2.1 风湿热型 主症: 关节疼痛, 屈伸不利, 局部红肿, 触之发热, 或身热, 口渴, 大便干秘, 舌红、苔薄黄或黄腻, 脉滑数。治以清热通络、祛风除湿之法。药用生石膏、地龙、薏苡仁、知母、木瓜、鸡血藤、络石藤、桑枝、忍冬藤、防风、丹参、甘草等。

2.2.2 风寒湿型 主症: 关节疼痛酸胀, 屈伸不利, 遇风寒

[收稿日期] 2013-12-27

[作者简介] 潘永苗 (1963-), 男, 副主任中医师, 主要从事中医内科临床工作。

则加重，局部皮色不红，触之不热，口淡不渴，舌淡红、苔白或薄腻，脉沉缓。治以除湿通络、祛风散寒之法。药用羌活、独活、鸡血藤、络石藤、乌梢蛇、丹参、秦艽、制附子、薏苡仁、防风、桂枝、甘草等。

2.2.3 痰浊痹阻型 主症：关节痛胀或畸形，肢体麻木，皮下结节，头晕目眩，头重如裹，胸膈满闷，纳呆呕恶，泛吐痰涎，眼睑浮肿，舌体胖而色暗、苔白腻或白滑，脉沉弦滑。治以化痰祛湿、通络止痛之法。药用皂角刺、白芥子、半夏、陈皮、茯苓、穿山甲、鳖甲、络石藤、丹参、鸡血藤、生姜、甘草等。

2.2.4 肝肾亏虚型 主症：病程漫长，形体消瘦，关节变形，四肢肌肉瘦削，常伴腰酸膝软，气短乏力，眩晕耳鸣，心悸胸闷，面色无华，爪甲色淡，舌淡或胖，脉细弱。治以滋补肝肾、补气益血之法。药用独活、桑寄生、杜仲、牛膝、当归、川芎、生地黄、芍药、党参、防风、秦艽、桂枝、甘草等。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①关节炎或关节周围炎发作频率；②关节疼痛：采用视觉模拟评分方法(VAS)进行评估；③炎症指标：主要对血清白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)和C-反应蛋白(CRP)等炎症因子进行检测。CRP采用放免法测定，试剂盒购自日本协和株式会社。IL-6和TNF- α 采用美国R&D公司生产的ELISA试剂盒进行检测。

3.2 统计学方法 采用SPSS13.0统计学软件进行分析，计量数据以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，采用 t 检验；计数资料比较采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照 Huskisson EC^[9]和 Hannonen P^[10]文献资料拟定疗效评定标准。显效：患者持续1年以上关节炎未发作；有效：关节炎发作次数减少，疼痛程度减轻；无效：关节炎发作次数未见减少，疼痛未缓解甚至加重。

4.2 2组患者发作频率、疼痛程度比较 见表1。治疗后2组患者疾病发作频率和疼痛程度明显低于治疗前($P < 0.05$)；治疗后观察组发作频率、疼痛程度亦低于对照组($P < 0.05$)。

表1 2组患者发作频率、疼痛程度比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	发作频率(次/月)		疼痛程度(分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	27	7.87±2.01	5.56±1.25 ^①	5.94±1.79	4.12±1.36 ^①
观察组	27	7.45±1.95	3.21±1.12 ^{①②}	6.05±1.67	2.11±1.02 ^{①②}

与本组治疗前比较，① $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，

② $P < 0.05$

4.3 2组临床疗效比较 见表2。总有效率观察组为88.89%，对照组为66.67%，2组比较，差异有显著性意义($P < 0.05$)。

4.4 2组治疗前后炎症因子水平比较 见表3。治疗后2组血清中IL-6、TNF- α 和CRP等炎症因子均较治疗前明显降低($P < 0.05$)，且观察组各项指标均低于对照组($P < 0.05$)。

表2 2组临床疗效比较 例(%)

组别	n	显效	有效	无效	总有效
对照组	27	9(33.33)	9(33.33)	9(33.33)	18(66.67)
观察组	27	16(59.26)	8(29.63)	3(11.11)	24(88.89) ^①

与对照组比较，① $P < 0.05$

表3 2组治疗前后炎症因子水平比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	时间	IL-6(pg/L)	TNF- α (pg/L)	CRP(ng/ml)
对照组	治疗前	10.42±1.02	10.34±1.23	15.26±2.31
	治疗后	5.65±1.32 ^①	4.78±1.22 ^①	6.47±2.12 ^①
观察组	治疗前	10.26±2.15	10.52±2.14	15.32±3.14
	治疗后	2.95±0.62 ^{①②}	2.14±0.26 ^{①②}	2.25±0.72 ^{①②}

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

4.5 不良反应 2组患者在治疗期间均未出现不良反应。

5 讨论

回纹型风湿症西药治疗主要以非甾体抗炎药治疗为主，虽可缓解本病症状，但不能明显减少发作次数和疼痛。近年来，中药治疗回纹型风湿症取得了较为显著的疗效。回纹型风湿症归属于中医学痹证范畴。正如《素问·痹证》中论述：“风寒湿三气杂至，合而为痹”，本病具有风寒湿邪痹阻气筋脉关节、导致关节红肿热痛的痹证共同特性。其为本虚标实证，本虚以脾肾虚损为主；标实以风夹诸邪侵袭为主。临床上，笔者将其分为风湿热型、风寒湿型、痰浊痹阻型、肝肾亏虚型进行辨证治疗。风湿热型主要由风邪夹热侵袭，滞留于血脉，而致经络闭阻。风寒湿型主要由风寒湿邪侵袭，内容血脉经络，气机阻遏，不通而痛。痰浊痹阻型主要由外邪侵入血脉，日久化火，灼津为痰，痰瘀阻滞气血运行，不通而致痹痛；肝肾亏虚主要由于病变日久，损及肝肾，肝肾不足，虚而失荣，经脉痹阻而发病。

本观察根据患者辨证不同证型治疗，其中风湿热痹者行清热祛风、胜湿止痛；风寒湿痹者行祛风散寒、除湿止痛；痰浊痹阻者行化痰祛湿、通络止痛；肝肾亏虚者行补益肝肾、祛风除湿治疗。结果显示，在西药基础上给予辨证分型中药治疗，明显提高了临床疗效，且关节炎发作次数和疼痛程度明显下降。说明辨证分型中药治疗回纹型风湿症具有较好的疗效。治疗后治疗组患者血清中IL-6、TNF- α 和CRP等炎症因子较对照组下降更为显著，提示中西医结合治疗可显著改善患者炎症水平，进而起到治疗治疗的作用。

[参考文献]

[1] 徐愿,王建东,刘慧敏,等. 回纹型风湿症11例临床分析[J]. 中国中医药信息杂志, 2010, 17(5): 72-73.
 [2] 林懋贤,杨南萍,刘钢. 风湿病诊疗手册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 212.

- [3] Guerne PA, Weisman MH. Palindromic rheumatism: part of or apart from the spectrum of rheumatoid arthritis[J]. Am J Med, 1992, 93(4): 451-460.
- [4] 国家中医药管理局. ZY/T001.1-001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 29
- [5] Huskisson EC. Treatment of palindromic rheumatism with D- penicillamine[J]. Br Med J, 1976, 2(6204): 979
- [6] Hannonen P, Mottonen T, Oka M. Palindromic rheumatism. A clinical survey of sixty patients [J]. Scand J Rheumatol, 1987, 16(6): 413-420.

(责任编辑: 冯天保)

骨痹汤治疗骨质疏松症疗效观察

王少琦

广州市越秀区北京街社区卫生服务中心, 广东 广州 510115

[摘要] 目的: 观察骨痹汤治疗骨质疏松症的临床疗效。方法: 将 56 例患者随机分成 2 组各 28 例, 对照组进行常规西医治疗, 治疗组在对照组基础上给予骨痹汤, 2 组均以 12 周为 1 疗程, 1 疗程后观察比较 2 组的临床疗效。结果: 与治疗前比较, 治疗组和对照组治疗后骨密度 T 值均降低 ($P < 0.01$); 与对照组治疗后骨密度 T 值相比, 治疗组治疗后骨密度 T 值有显著性增加 ($P < 0.05$)。治疗组总有效率为 85.71%, 对照组总有效率为 71.43%, 2 组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$), 治疗组疗效优于对照组。结论: 骨痹汤治疗骨质疏松症疗效显著。

[关键词] 骨质疏松症; 骨痹汤; 钙剂

[中图分类号] R589.5

[文献标识码] A

[文章编号] 0256-7415 (2014) 07-0099-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.07.046

骨质疏松症, 是指单位体积内骨量减少, 骨质变薄, 骨小梁疏松, 继而引起骨骼脆性增加和骨折危险性增高的系统性骨骼疾病。临床以腰背疼痛、身高缩短、驼背, 甚则骨折为主要表现。妇女绝经后以及老年人骨质疏松占本病的 80% 以上, 是绝经后妇女及老年人的常见病。随着我国人口老龄化趋势的发展, 该病的发生比例必将增大, 因此预防和治疗该病有积极意义。笔者在临床中采用骨痹汤加减治疗, 疗效满意, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例均为 2008 年 1 月~2013 年 11 月在本院确诊有骨质疏松症的患者, 共 56 例, 随机分为 2 组各 28 例。治疗组男 9 例, 女 19 例; 发病年龄 46~83 岁, 平均 (58.6 ± 10.3) 岁; 病程 2~18 年, 平均 (8.3 ± 4.9) 年。对照组男 7 例, 女 21 例; 发病年龄 43~78 岁, 平均 (55.6 ± 12.4) 岁; 病程 1~16 年, 平均 (8.1 ± 5.3) 年。2 组患者性别比例、发病平均年龄、平均病程和病变程度(治疗前骨密度 T 值)等一般资

料经统计学处理, 差异均无显著性意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照世界卫生组织(WHO)推荐的诊断标准^[1]。基于 DXA 测定: 骨密度值低于同性别、同种族正常成人的骨峰值不足 1 个标准差属正常; 降低 1~2.5 个标准差之间为骨量低下(骨量减少); 降低程度 ≥ 2.5 个标准差为骨质疏松; 骨密度降低程度符合骨质疏松诊断标准同时伴有一处或多处骨折时为严重骨质疏松。

1.3 排除标准 ①类风湿性关节炎等免疫性疾病; ②甲状腺疾病等影响骨代谢的内分泌疾病; ③多发性骨髓瘤等恶性疾病等; ④合并有心脑血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予常规西医治疗: 钙尔奇 D 片, 每次 1 片, 每天 1 次; 凯思立 D 片, 每次 1 片, 每天 1 次。同时要求患者注意生活方式, 多接受日光照射, 根据个人情况进行身体锻炼。

[收稿日期] 2014-03-07

[作者简介] 王少琦 (1956-), 男, 主治医师, 研究方向: 中医对骨质疏松症的防治。