

中医辨证分型结合西医分期治疗类风湿性关节炎临床研究

李玉海, 王秀敏

聊城市传染病医院中医科, 山东 聊城 252000

[摘要] 目的: 探讨中医辨证分型结合西医分期治疗类风湿性关节炎(RA)的临床疗效。方法: 将120例RA患者随机分为2组, 对照组60例按照不同分期分别予尪痹片、洛索洛芬钠片、强的松片等治疗; 观察组60例在对照组的基础上联合中医辨证分型治疗, 治疗30天后观察2组临床疗效及不良反应。结果: 总有效率观察组为93.3%, 对照组为75.0%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。不良反应发生率观察组为8.36%, 对照组为16.68%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 中医辨证结合西医分期治疗RA疗效显著, 值得进一步推广应用。

[关键词] 类风湿性关节炎(RA); 辨证分型; 西医分期; 中西医结合疗法

[中图分类号] R593.22 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2015)09-0120-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.09.058

类风湿性关节炎(RA)是以对称性多关节炎为主要表现的异质性、系统性、自身免疫性疾病。临床有不同的分型, 表现为病程、轻重、预后、结局都会有不同差异。如未适当治疗, 病情会逐渐加重发展, 严重影响患者的正常生活、休息、精神状态。笔者将本病分为急性炎症期和慢性迁延期进行中医辨证结合西医分期治疗, 取得了满意效果, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例均为2010年5月—2014年4月在本院门诊和住院确诊的RA患者, 共120例, 随机分2组各60例。观察组男24例, 女36例; 年龄21~68岁, 平均(48.3±8.4)岁; 病程6月~10年, 平均(2.0±0.8)年。对照组男22例, 女38例; 年龄18~71岁, 平均(48.2±8.5)岁; 病程6月~12年, 平均(2.1±0.7)年。2组一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 中医诊断标准 中医痹证的诊断参照《中医内科学》^[1]中相关标准制定。各型的辨证按照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[2]中类风湿关节炎的证候诊断标准, 并结合临床表现分为风湿痹阻型、寒湿阻络型、湿热瘀阻型(急性炎症期)和痰瘀互结型、气虚血瘀型、肝肾亏虚型(慢性迁延期)6型。

1.3 西医诊断标准 参照《中华风湿病学》^[3]中类风湿关节炎确诊: 有3个或3个以上的关节肿胀(超过6周以上); 晨僵持续至少每天1h(6周或6周以上); 腕、掌指、近指关节肿胀(超过6周以上); 对称性关节肿(超过6周以上); 类风湿因子(RF)阳性(滴度大于1:32); 手部X线片改变(至少有骨质疏松和关节间隙狭窄); 类风湿皮下结节。上述7项

中符合4项者即可确诊。

1.4 纳入标准 符合中医诊断标准; 符合西医诊断标准; 年龄≥18周岁; 心、肺、肝、肾功能正常的; 同意本组治疗方案并停用其他治疗方法。

1.5 排除标准 不符合上述纳入标准者; 有进行性、严重的心、肺、肝、肾、肿瘤等疾病者; 孕妇及哺乳期妇女; 过敏体质者。

2 治疗方法

2.1 对照组 急性炎症期: 强的松片(浙江仙琚制药股份有限公司)5~10mg, 每天2次, 口服(短期使用, 一般治疗10~15天); 尪痹片(辽宁好护士药业(集团)有限责任公司)2.0g, 每天3次, 口服; 洛索洛芬钠片(天津新丰制药有限公司)60mg, 每天3次, 口服。慢性迁延期: 仅予尪痹片、洛索洛芬钠片口服, 服法同急性炎症期。疗程为30天。

2.2 观察组 在对照组的基础上行中医辨证分型治疗。

2.2.1 风湿痹阻型 治以祛风除湿、通络止痛, 羌活胜湿汤加减。处方: 羌活、独活、防风、姜黄、当归各10g, 威灵仙、木瓜各15g, 鸡血藤30g, 川芎12g, 秦艽20g, 甘草6g。加减: 若发热明显者, 加生石膏、青蒿各30g, 知母10g; 大便溏薄者, 加炒薏苡仁30g, 白术15g; 关节疼痛明显者, 加乳香、没药各10g; 上肢小关节痛加猫爪草15g, 下肢关节痛加猫眼草15g。

2.2.2 寒湿阻络型 治以温经散寒、除湿通络, 乌头汤加减。处方: 炙川乌、附子、羌活、姜黄、杜仲各10g, 秦艽20g, 白芍、当归、黄芪各15g, 忍冬藤30g, 防风12g, 甘草

[收稿日期] 2014-12-14

[作者简介] 李玉海(1973-), 男, 主治中医师, 研究方向: 中医内科及疑难杂症的诊治。

6 g, 细辛 3 g。加减: 恶寒无汗者, 加麻黄 6 g, 桂枝 10 g; 关节肿胀明显者, 加汉防己 15 g, 海桐皮 20 g; 疼痛夜甚、屈伸不利者, 加丹参、海风藤各 30 g, 伸筋草 15 g。

2.2.3 湿热瘀阻型 治以清热祛湿、活血通络, 宣痹汤合玉女煎加减。处方: 防己、蚕砂、赤小豆、知母、生地黄各 10 g, 薏苡仁、鸡血藤、石膏各 30 g, 连翘、滑石、地龙、牛膝各 15 g, 秦艽、麦冬各 20 g。加减: 热象明显者, 加羚羊角、牡丹皮各 15 g, 赤芍 20 g; 口渴者, 加石斛 20 g, 芦根 30 g; 大便秘结者, 加生大黄 10 g, 虎杖 20 g。

2.2.4 痰瘀互结型 治以涤痰祛瘀、搜剔经络, 涤痰蠲痹汤加减。处方: 皂角刺 12 g, 白芥子、当归各 15 g, 胆南星、半夏、茯苓、川芎、三棱、莪术各 10 g, 穿山甲 8 g, 地龙 20 g, 鸡血藤、白花蛇舌草各 30 g。加减: 皮下结节者, 加夏枯草 15 g, 牡蛎 20 g, 浙贝母 10 g; 肌肤甲错者, 加土鳖虫、没药各 10 g, 丹参 30 g。

2.2.5 气虚血瘀型 治以益气养血、活血通络, 圣愈汤加减。处方: 黄芪、白芍、牛膝各 15 g, 生地黄 20 g, 当归、桂枝、川芎、桃仁、红花、羌活、防风各 10 g。加减: 倦怠乏力明显者, 加太子参 15 g, 白术 20 g; 腰痛耳鸣者, 加山萸肉 20 g, 枸杞子 15 g; 纳呆食少者, 加焦山楂、焦麦芽、焦谷芽各 30 g, 甘松 15 g。

2.2.6 肝肾亏虚型 治以补益肝肾、通络止痛, 独活寄生汤加减。处方: 独活、防风、生地黄、川芎、牛膝、茯苓各 10 g, 秦艽、杜仲、党参各 15 g, 当归 12 g, 桑寄生、白芍各 20 g, 桂枝、甘草各 6 g。加减: 五心烦热者, 加鳖甲 15 g, 青蒿 20 g, 知母 12 g; 关节疼痛者, 加乌梢蛇 20 g, 青风藤 30 g, 没药 10 g。

以上中药每天 1 剂, 水煎服, 疗程为 30 天。

3 统计学方法

所得数据使用 SPSS 15.0 软件进行统计学分析, 计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 采用 t 检验; 计数资料以百分率(%)表示, 采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参考文献[4]拟定。显效: 主要症状、体征整体改善率 $\geq 75\%$, 血沉及 C-反应蛋白正常或明显改善, 或接近正常。进步: 主要症状、体征整体改善率 $\geq 50\%$, 血沉及 C-反应蛋白有改善。有效: 主要症状、体征整体改善率 $\geq 30\%$, 血沉及 C-反应蛋白有改善或无明显改善。无效: 主要症状、体征整体改善率 $\leq 30\%$, 血沉及 C-反应蛋白无改善。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。治疗后, 总有效率观察组为 93.3%, 对照组为 75.0%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

4.3 不良反应 观察组出现胃肠道反应 1 例, 肝功能转氨酶升高 1 例, 白细胞减少 1 例, 不良反应发生率为 8.36%。对照组出现胃肠道反应 5 例, 肝功能转氨酶升高 2 例, 皮疹、

皮肤瘙痒 1 例, 不良反应发生率为 16.68%。所有不良反应经对症处理后均缓解。2 组不良反应率比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 1 2 组临床疗效比较

组别	n	显效	进步	有效	无效	总有效率(%)
对照组	60	8	20	17	15	75.0
观察组	60	15	25	16	4	93.3

与对照组比较, ① $P < 0.05$

5 讨论

RA 属中医学痹证范畴。痹证的发生与体质因素、气候条件、生活环境及饮食等有密切关系。正虚卫外不固是痹证发生的内在基础, 感受外邪是痹证发生的外在条件。邪气痹阻经络为其病机根本, 急性炎症期的病机为脏腑内蕴湿热毒。有学者认为, 本病形成由外因风寒湿邪, 内因正气不足, 气血虚弱, 肌表腠理空虚, 诸邪乘虚侵袭, 深入经络、筋骨、流注关节, 使营卫闭塞, 郁久则化热、炼痰、成瘀、气血运行不畅, 以致痹阻经络, 不通则痛, 或湿浊黏滞而成痰饮, 痰瘀交阻关节、经络形成多个关节肿胀为主的慢性全身性自身免疫疾病^[6]。故笔者临床中将本病分成 6 个证型, 即风湿痹阻型、寒湿阻型、湿热痹阻型(急性炎症期)和痰瘀互结型、气虚血瘀型、肝肾亏虚型(慢性迁延期)进行辨证治疗, 以针对其多样的病因病机。

笔者认为, 中医治疗重点是分清 RA 的分型, 针对分型选用相应药物至关重要, 但治疗周期长, 疗效不及西药迅速; 西医治疗虽近期效果明显, 但胃肠道反应较常见, 一旦停药, 各种临床表现及指标随即复燃。利用中西医结合的方法治疗 RA 可以弥补彼此的不足, 并且能起到立竿见影的效果。在辨证分型中, 急性炎症期的 RA 尤以风湿痹阻型、寒湿阻型、湿热痹阻型较多见, 故炎症期的治法主要以清热立法。热重于湿者, 清热解毒; 湿重于热者, 清热利湿解毒; 湿热伤阴者, 清热与滋阴并用。慢性迁延期可出现痰瘀互结或肝肾亏虚, 甚则阴损及阳等虚实夹杂之证。治疗时应以扶正祛邪通络为基本方法, 分别采取祛风、散寒、除热、清热、化痰、逐瘀、补虚等方法。治疗过程中还要注重养血活血, 正所谓“治风先治血, 血行风自灭”; 散寒兼以温阳, 除湿加以健脾。痹证后期还要重视扶正, 补肝肾、益气血。本病现代医学治疗主要应用糖皮质激素、非甾体类抗炎药、慢作用抗风湿药及止痛药等。糖皮质激素的抗炎作用和免疫抑制作用强大, 也是治疗 RA 的主要药物, 但其副作用也非常严重, 滥用会使患者罹患感染、骨质疏松、肌肉萎缩等并发症及激素依赖; 非甾体类抗炎药及止痛药对胃刺激性大, 对肝肾有不同程度损坏, 且有一定的局限性, 会使患者出现一定的耐药性。所以准确的辨证分型与合理选药至关重要。

总之, 正虚是致痹的内在原因^[6], 邪侵是邪痹的重要条

件, 经络不通是发病的病理关键, 肢体失荣是本病的必然结果。故临床治疗本病宜辨明虚实, 分型分期论治。观察结果表明, 观察组疗效明显优于对照组, 提示中西医结合辨证分型治疗 RA 有一定的优势。

[参考文献]

- [1] 王永炎. 中医内科学[M]. 上海: 上海科技出版社, 2005: 351.
- [2] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 115-119.

- [3] 蒋明. 风湿病学[M]. 北京: 科学出版社, 1997: 697.
- [4] 吕安定. 中医辨证结合西医分期治疗类风湿性关节炎临床研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2013, 22(22): 2427-2428.
- [5] 焦娟. 中医内治外敷法治疗活动期类风湿性关节炎的疗效评价[J]. 辽宁中医杂志, 2008, 35(3): 328-332.
- [6] 高坤. 类风湿性关节炎的中医中药治疗[J]. 中国民族民间医药, 2013, 14(2): 48-50.

(责任编辑: 冯天保)

舒筋通络方熏洗治疗桡骨远端骨折后腕关节功能障碍疗效观察

徐麒, 何强, 王喆, 李健宇

巴中市中医医院骨伤科, 四川 巴中 636000

[摘要] 目的: 探讨自拟舒筋通络方熏洗治疗桡骨远端骨折后腕关节功能障碍的临床疗效。方法: 将桡骨远端骨折后腕关节功能障碍患者 140 例随机分为对照组和试验组各 70 例, 对照组患者单纯给予中医手法治疗, 试验组患者则在此基础上加用舒筋通络方熏洗治疗; 比较 2 组患者临床疗效, 治疗前后 Cooney 腕关节功能评分及随访并发症发生情况。结果: 优良率试验组为 98.57%, 对照组为 77.14%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后 2 组患者疼痛、总体活动度、背伸/掌屈活动度、握力及功能等 Cooney 腕关节功能评分均较治疗前显著改善 ($P < 0.05$), 且试验组患者治疗后各项评分改善均优于对照组 ($P < 0.05$)。并发症发生率试验组为 7.14%, 对照组为 18.57%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 舒筋通络方熏洗治疗桡骨远端骨折后腕关节功能障碍可显著缓解临床症状, 改善腕关节活动功能, 且有助于预防并发症的发生。

[关键词] 桡骨远端骨折; 腕关节功能障碍; 手法治疗; 舒筋通络方; 熏洗

[中图分类号] R683.41 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 09-0122-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.09.059

Clinical Effect of *Shujin Tongluo Tang* by Fumigation and Washing for Wrist Joint Dysfunction after Distal Radius Fractures

XU Qi, HE Qiang, WANG Zhe, LI Jianyu

Abstract: Objective: To investigate the clinical effect of *Shujin Tongluo tang* by fumigation and washing for wrist joint dysfunction after distal radius fractures. Methods: One hundred and ten patients with wrist joint dysfunction after distal radius fractures were randomly divided into the control group (55 cases) treated with traditional manipulation treatment and the experiment group (55 cases) treated with fumigation and washing of *Shujin Tongluo tang* on the basis of the control group. The clinical efficacy, Cooney wrist function scores before and after treatment and complications occurrence of both groups were compared. Results: The excellent and good rate was 98.57% in the experiment group, and was 77.14% in the control group, the difference being significant ($P < 0.05$). The Cooney wrist function scores after treatment of both group was significantly improved ($P < 0.05$ compared with those before treatment). The Cooney wrist function scores of the experiment group after

[收稿日期] 2014-12-09

[作者简介] 徐麒 (1965-), 男, 副主任中医师, 研究方向: 中医骨科学。