

398例类风湿关节炎中医证型分析

章懿婷 刘秋红 高忠恩 赵琳

(江苏省苏州市中医医院风湿病科,苏州,215009)

摘要 目的:分析类风湿关节炎(RA)患者中医证型与相关临床指标的关系,为临床诊断、治疗提供客观依据。方法:对398例RA患者的中医证型与年龄、病程、主要实验室指标(RF、anti-CCP、ESR、CRP)及DAS28进行回顾性分析。结果:各证型在病程、病情活动度(ESR、CRP、DAS28)方面有显著性差异;在年龄、RF、anti-CCP方面差异无统计学意义($P>0.05$)。398例患者中,湿热痹阻型最多,占38.69%,其次为痰瘀痹阻型和肝肾阴虚型,分别占23.12%和21.61%。结论:本地区活动期RA患者以湿热痹阻型最为常见,缓解期则多见肝肾阴虚型及痰瘀痹阻型。

关键词 类风湿关节炎;中医证型

Analysis of Pattern of Chinese Medicine in 398 Rheumatoid Arthritis Cases

Zhang Yiting, Liu QiuHong, Gao Zhongen, Zhao Lin

(The Department of Rheumatology in TCM Hospital of Suzhou City, Suzhou 215009, China)

Abstract Objective: To observe the relationship between clinical indicators of rheumatoid arthritis (RA) and the pattern of Chinese medicine. **Methods:** Retrospective analytical method was performed to investigate pattern distribution, age, course, main laboratory indexes (RF, anti-CCP, ESR and CRP) and DAS28 Of 398 RA patients. **Results:** There were great differences in course of diseases and pathogenetic condition (ESR, CRP, and DAS28) among different patterns. There was no statistical significance in age, RF and anti-CCP. The majority of the patterns was damp-heat obstruction pattern which accounted for 38.69%, next came phlegm-stasis obstruction pattern and liver-kidney yin deficiency pattern which accounted for 23.12% and 21.61% respectively. **Conclusion:** Pattern of dampness-heat obstruction pattern is most commonly seen in active stage of RA, and liver-kidney yin deficiency pattern and phlegm-stasis obstruction pattern are common in remission stage.

Key Words Rheumatoid arthritis; Pattern of Chinese Medicine

中图分类号:R255.6 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2015.09.036

类风湿关节炎(Rheumatoid Arthritis, RA)是一种以慢性对称性多关节炎为主要临床表现的自身免疫性疾病,是造成人类丧失劳动力和致残的主要原因之一。临床主要表现为受累关节肿胀、疼痛,并可逐渐出现关节畸形和功能丧失,属中医学“痹证”“尪痹”等范畴。本文对398例RA患者的中医证型与年龄、病程及疾病活动情况进行了分析,现总结如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 398例RA患者均为苏州市中医医院风湿内科2011年9月至2013年12月住院患者。其中女性305例,占76.63%,男性93例,占23.37%;年龄26~83岁;病程3个月至36年。

1.2 诊断标准 西医诊断标准参照2010ACR/EULAR类风湿关节炎分类标准^[1]。中医辨证分型参照《中药新药治疗类风湿关节炎的临床研究指导原则》^[2],分为湿热痹阻证、寒湿痹阻证、肾气虚寒证、

肝肾阴虚证和痰瘀痹阻证5型。

1.3 研究方法 对398例RA患者的中医证型与年龄、病程、主要实验室指标(RF、anti-CCP、ESR、CRP)及DAS28进行回顾性分析。临床资料按统一设计的表格进行调查、记录,所有实验室指标均由苏州市中医医院检验科完成。由于中医辨证分型参考标准较多,病例记录的证候类型及兼见证型繁多,为了便于统计,只对5种基本证候进行统计学分析。

1.4 统计学方法 采用SPSS 13.0统计软件,计数资料用卡方检验,多组计量资料用单向方差分析。

表1 各证型的分布情况

证型	例数	构成比
湿热痹阻	154	38.69
寒湿痹阻	46	11.56
肾气虚寒	20	5.03
肝肾阴虚	86	21.61
痰瘀痹阻	92	23.12
合计	398	

2 结果

各证型在不同年龄段的分布差异无统计学意义 ($P > 0.05$);但在不同病程段的分布差异有统计学意义 ($P < 0.05$),其中肝肾阴虚、痰瘀痹阻和肾气

虚寒证患者病程较长,肝肾阴虚和痰瘀痹阻证多在 5 年以上,肾气虚寒证多在 10 年以上;寒湿痹阻、湿热痹阻证患者病程较短,病程多在 5 年以下。详见表 1、表 2。

表 2 各证型与实验室定量指标及 DAS28 之间的关系

证型	例数	RF(U/L)	anti-CCP(IU/L)	ESR(mm/h)	CRP(mg/L)	DAS28
湿热痹阻	154	588.23 ± 108.12	156.23 ± 56.32	83 ± 27	38.26 ± 16.52	5.85 ± 1.68
寒湿痹阻	46	326.56 ± 89.54	124.29 ± 66.36	58 ± 16	16.25 ± 8.58	4.12 ± 2.19
肾气虚寒	20	289.68 ± 112.25	110.25 ± 88.26	42 ± 22	12.20 ± 7.68	3.86 ± 1.23
肝肾阴虚	86	316.68 ± 122.35	133.36 ± 26.78	48 ± 24	23.10 ± 8.12	3.16 ± 2.26
痰瘀痹阻	92	275.35 ± 102.36	155.52 ± 34.23	45 ± 18	16.33 ± 5.68	2.78 ± 1.98

5 种证型中,湿热痹阻证 RF、ESR、CRP 和 DAS28 均高于其他证型,且有统计学意义 ($P < 0.05$),其余 4 种证型的 RF、ESR、CRP 和 DAS28 的差异则无统计学意义 ($P > 0.05$);5 种证型的 anti-CCP 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

3 讨论

对于痹证之因,传统中医一直沿用“风寒湿三气杂至,合而为痹”的说法,治疗也以祛风、散寒、除湿为主。但早在《素问·痹论》中就已经将痹病分为寒热两端:“其寒者,阳气少,阴气多,与病相益,故寒也。其热者,阳气多,阴气少,病气胜,阳遭阴,故为痹热”,汉代张仲景在《金匱要略》中亦有多处间接痹病兼热的论述,认为热与风寒湿三邪所致之痹病有所不同。后唐代孙思邈及金元李杲、朱丹溪等均有不少关于热痹的论述。明清是痹病治疗的大发展时期,对热痹的理论和治疗亦有着较深的阐述。明·秦景明《症因脉治》中明确提出了热痹之名。叶天士认为江南一带,地势卑微,气候温暖潮湿,“吾吴湿邪害人最广”,湿邪、热邪合并入侵人体,或因湿久留不除而化热,或因“阳热体质”而使风寒湿“从阳化热”,导致湿与热并存十分常见,在叶天士痹病医案中,属湿热或风寒湿化热者所占比例也最大。而在本研究中也发现,在类风湿关节炎住院患者中,湿热痹阻证所占比例最大,其多表现为局部肿痛、重着、触之灼热、渴不欲饮,且湿热痹阻证患者的 ESR、CRP、DAS28 等疾病活动性指标亦明显高于其他证型者,由此可见,类风湿关节炎活动期证型表现以湿热痹阻证为主,其病程相对较短。这也与国内多篇报道相一致^[3,4]。

肝主筋,肾主骨,痹证日久,相关脏腑因之受累,气血虚弱,阴阳失调,邪恋不去,出现骨节疼痛,筋脉拘急牵引,形瘦,无力,烦躁,盗汗等,辨证属肝肾亏虚。历代医家对痹证属虚者亦有诸多论述。喻嘉言

《医门法律·中风门》中强调,痹证日久,关节变形,僵硬者,“未可先治其痹,应先养其气血”。叶天士提出“新邪宜速散,宿邪宜缓攻”和“虚人久痹宜养肝肾气血”的治疗大法。此外,痹久血液运行滞涩不畅,气血凝滞,瘀阻经络关节,正所谓“久病血停为瘀”、“病久入络”者;痹病日久,脏腑失调,脾失健运,痰从内生,或气血凝滞,津液遂转化为痰浊。痰和瘀既是病理产物亦是致病因素,二者互相影响,互为因果。痰瘀俱为阴邪,同气相求,往往互结为病。故在本研究中,病程大于 5 年的 RA 患者中,肝肾阴虚证与痰瘀痹阻证更为多见。

RA 活动期的治疗是控制病情发展的关键,疾病活动程度可帮助预测或确定哪些患者的病情正快速进展或快速进展的可能性最大,能否迅速降低 RA 的疾病活动度影响着 RA 患者的预后^[5],针对本地区活动期 RA 以湿热痹阻证为主的特征,如临床能在改善病情抗风湿药和消炎止痛药的基础上合用清热利湿宣通之中药,可能会取得更好的疗效,这有待于进一步临床观察及实验研究来证实。

参考文献

- [1] Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, et al. 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative[J]. Ann Rheum Dis, 2010, 69(9): 1580-1588.
- [2] 郑筱蓓. 中药新药临床研究指导原则(试行)[S]. 北京:中国医药科技出版社, 2002: 115-119.
- [3] 姜泉, 蒋红, 曹炜, 等. 475 例类风湿关节炎患者中医临床证候分析[J]. 中医杂志, 2007, 48(3): 253-255.
- [4] 杨巍巍. 血小板及超敏 C 反应蛋白检测在活动期类风湿关节炎诊断中的应用研究[J]. 中国医学装备, 2013, 10(5): 85-87.
- [5] Emery P, McInnes IB, van Vollenhoven R, et al. Clinical identification and treatment of a rapidly progressing disease state in patients with rheumatoid arthritis[J]. Rheumatology (Oxford), 2008, 47(4): 392-398.