

# 中医综合疗法治疗类风湿关节炎 36 例

秦佰焰<sup>1\*</sup>, 张波<sup>2</sup>

(1. 峨眉山市中医院, 四川 乐山 614200; 2. 乐山职业技术学院, 四川 乐山 614000)

**[摘要]** 目的: 观察中医综合疗法治疗类风湿关节炎(RA)的临床疗效。方法: 将 68 例患者随机分为治疗组 36 例, 采用中医综合疗法(中药内服+中药外洗+艾灸)治疗; 对照组 32 例采用甲氨喋呤+来氟米特治疗。观察中医临床症状、体征、血沉(ESR)、C-反应蛋白(CRP)、类风湿因子(RF)及 DAS28 评分。疗程 12 周。结果: 治疗组在改善临床症状[VAS 评分治疗组与对照组为(2.1±1.2), (4.2±1.1)分], 改善 ESR[治疗组与对照组为(20.5±18.4), (38.3±25.6)mm·h<sup>-1</sup>], CRP[治疗组与对照组为(8.4±7.9), (12.8±8.6)mg·L<sup>-1</sup>], RF[治疗与对照组为(159.2±77.4), (215.2±129.5)U·mL<sup>-1</sup>]等方面优于西药对照组( $P < 0.01$ ,  $P < 0.05$ ); 治疗组 DAS28(3.61±1.36)分改善也优于对照组(4.52±1.21)分( $P < 0.01$ ); 治疗组总有效率 97.2%, 对照组 87.5%, 无明显差异。治疗组不良事件发生率低, 安全性好。结论: 中医药综合疗法治疗 RA 有确切的临床疗效, 安全性好, 值得进一步研究。

**[关键词]** 类风湿关节炎; 中药内服; 中药外洗; 艾灸; DAS28; 临床疗效

**[中图分类号]** R287 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1005-9903(2012)13-0284-03

类风湿关节炎(rheumatoid arthritis, RA)是一种病因未明的自身免疫性疾病, 其特征为对称性、侵蚀

性滑膜炎, 部分病例还出现关节外受累, 是临床常见病、难治病。笔者在临床中采用中医药综合疗法治

**[收稿日期]** 20120217(172)

**[通讯作者]** \* 秦佰焰, 主治医师, 从事类风湿性关节炎的临床研究, Tel: 13006405055, E-mail: qinboyan-104@163.com

能促进肾上腺皮质激素释放, 对因免疫机制低下发生的白细胞减少(如恶性肿瘤)引起的白细胞减少症有效, 同时还有稳定细胞膜的作用, 可使白细胞破坏减少。麦冬也能促进白细胞生成, 升高外周白细胞数, 为治疗白细胞下降提供了药理学依据。两药联合应用可提高临床疗效, 且安全性高, 值得推广应用<sup>[9-10]</sup>。

本研究结果表明, 观察组显效率、总有效率高于对照组。两组白细胞计数治疗后 1 周均迅速降低, 治疗后 2 周两组白细胞计数继续下降; 治疗后 3 周两组均有所回升, 但治疗组较对照组回升更为显著; 治疗后 4 周观察组已接近正常, 与对照组相比差异显著。

综上, 利血生联合参麦注射液治疗化疗后白细胞减少症临床疗效显著。

## [参考文献]

[1] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 173.  
[2] 张之南. 血液病诊断及疗效标准[S]. 天津: 天津科学技术出版社, 1991: 146.

[3] 王保田. 中医药预防治疗恶性肿瘤化疗后白细胞减少 88 例[J]. 中国中医药咨讯, 2010, 12(2): 69.  
[4] 郭建辉, 游育东. 保元汤加减治疗抗甲状腺药物所致白细胞减少症 30 例[J]. 福建中医药, 2010, 41(5): 14.  
[5] 杨涛, 张键. 地榆升白片治疗白细胞减少症的临床观察[J]. 临床合理用药, 2010, 3(13): 12.  
[6] 沈云辉, 陈长勋, 徐振晔. 双黄升白颗粒剂对小鼠白细胞减少症的影响[J]. 中国中药杂志, 2005, 30(16): 1275.  
[7] 吕玉敏, 胡新华, 丁月秀. 中西医结合治疗化疗后白细胞减少 60 例疗效观察[J]. 中国实用医药, 2008, 3(12): 158.  
[8] 张秋坤, 程宏亮. 中药治疗化疗所致白细胞减少症疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2003, 12(13): 1388.  
[9] 霍杰, 成燕萍, 张大友. 参麦注射液预防乳腺癌化疗所致白细胞减少症 26 例[J]. 中国中医药科技, 2003, 10(3): 178.  
[10] 林智通, 王琴, 余燕娜, 等. 参麦注射液足三里注射治疗化疗后白细胞减少症临床观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2010, 5(10): 873.

[责任编辑 何伟]

疗本病取得了一定的疗效。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 68 例患者全部来源于我院 2009 年 5 月至 2011 年 5 月门诊及住院 RA 患者,随机分为治疗组与对照组。治疗组 36 例,其中男 10 例,女 26 例;年龄( $42.5 \pm 4.3$ )岁;病程平均( $14.7 \pm 8.9$ )年。对照组 32 例,其中男 8 例,女 24 例;年龄( $47.2 \pm 3.6$ )岁;病程( $15.3 \pm 9.2$ )年,RA 患者性别、年龄、病程等比较差异无统计学意义,具有可比性。

**1.2 诊断标准** 参考 1987 年美国风湿病协会修订的诊断标准<sup>[1]</sup>,病情处于活动期<sup>[2]</sup>:凡符合下列 4 项者即可诊断为活动性 RA:①休息时中等程度疼痛;②晨僵 $\geq 1$  h;③3 个以上关节肿胀;④关节压痛数 $\geq 5$  个;⑤血沉(ESR,魏氏法) $> 28$  mm/h。中医寒湿痹阻证、肾气虚寒证、痰瘀痹阻证诊断标准参考《中药新药临床研究指原则》<sup>[3]</sup>制订。

**1.3 纳入标准** ①符合 RA 诊断标准;②符合中医证型诊断;③病情处于活动期;④近期未接受糖皮质激素或抗 RA 药物治疗;⑤无严重的心、肝、肾等重要脏器和血液、内分泌系统疾病。

**1.4 治疗方法** 治疗组(中医综合疗法组)予中药内服+中药熏洗+艾灸。①内服中药:菟丝子 15 g,淫羊藿 15 g,龟胶 10 g,杜仲 12 g,生黄芪 20 g,炒秦艽 12 g,当归 10 g,川芎 12 g,威灵仙 12 g,白僵蚕 10 g,桂枝 12 g,知母 12 g,制附片 12~30 g,海风藤 12 g,鸡血藤 15 g,甘草 6 g,白芍 15 g,水煎 2 次,合并煎液分 2 次服用,每周最少用药 5 剂。②中药熏洗:内服方药第 3 煎加生川草乌各 20~30 g,细辛 10 g,干姜 20 g,煎煮 1 h,熏洗双手、双腕、双足、双踝及双肘等关节,隔日 1 剂。③艾灸:将点燃的清艾条熏灸脊柱督脉大椎至长强穴之间的区域,每次 30 min,以局部皮肤潮红为度,隔日 1 次。对照组口服甲氨喋呤 15 mg/周;来氟米特,每次 10 mg,bid,口服。两组疗程均 12 周。

**1.5 观察指标** 治疗前后关节疼痛程度、关节肿胀数、压痛数(疼痛记分采用 VAS 法);治疗前后 ESR,

C-反应蛋白(CRP),类风湿因子(RF);DAS28 评分;治疗前后肝、肾功能。

## 1.6 疗效标准

**1.6.1 病情活动性** 采用类风湿关节炎活动度评分<sup>[4]</sup>判断。28 个关节计分:包括双肩、双肘、双腕、双手掌指关节、双手近端指间关节、双膝关节。

$$\text{DAS28} = 0.56 \times \text{压痛关节数} + 0.28 \times \text{肿胀关节数} + 0.7 \times \ln(\text{血沉}) \times 1.08 + 0.16$$

缓解期 DAS28  $< 26$  分;低活动性  $26 < \text{DAS28} \leq 32$  分;中等活动性  $32 < \text{DAS28} \leq 51$  分;高活动性  $\text{DAS28} > 51$  分。

**1.6.2 疗效标准**<sup>[3]</sup> 临床控制:症状、体征消失,实验室检查恢复正常;显效:症状总积分值治疗后改善 $> 60\%$ ,体征及实验室检查明显好转;有效:临床症状总积分值治疗后改善 $30\% \sim 60\%$ ,实验室检查有一定改善;无效:临床症状总积分值治疗后改善 $< 30\%$ ,实验室检查无改善。

**1.7 统计学方法** 数据分析采用 SPSS 16.0 统计分析软件,计量资料采用  $\bar{x} \pm s$  表示,比较采用  $t$  检验;计数资料比较采用  $\chi^2$  检验,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组治疗前后症状、体征积分比较** 两组治疗后关节肿胀数、压痛数、关节疼痛程度均较治疗前明显改善;疗后治疗组关节肿胀数、压痛数及 VAS 评分改善均优于对照组( $P < 0.01$ ),见表 1。

**2.2 两组治疗前后 ESR,CRP,RF 比较** 两组患者治疗后 ESR,CRP,RF 均较治疗前下降;疗后治疗组 ESR,CRP,RF 改善优于对照组( $P < 0.05, P < 0.01$ ),见表 2。

**2.3 两组治疗前后 DAS28 比较** RA 活动性评分 DAS28 治疗前后治疗组为( $6.64 \pm 0.79$ ),( $3.61 \pm 1.36$ )分,对照组为( $6.55 \pm 0.81$ ),( $4.52 \pm 1.21$ )分,两组疗后均较治疗前有所下降;疗后治疗组 DAS28 改善优于对照组( $P < 0.01$ )。

**2.4 两组疗效比较** 疗后治疗组总有效率 97.2%,对照组 87.5%,两组间无显著性差异,见表 3。

表 1 两组治疗前后症状、体征积分比较( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别 | 例数 | 时间  | 肿胀                     | 压痛                     | VAS 评分               |
|----|----|-----|------------------------|------------------------|----------------------|
| 治疗 | 36 | 治疗前 | $11.50 \pm 2.95$       | $15.21 \pm 3.24$       | $7.3 \pm 1.4$        |
|    |    | 治疗后 | $2.16 \pm 1.65^{1,2)}$ | $3.56 \pm 1.37^{1,2)}$ | $2.1 \pm 1.2^{1,2)}$ |
| 对照 | 32 | 治疗前 | $11.42 \pm 2.88$       | $14.92 \pm 3.18$       | $7.2 \pm 1.5$        |
|    |    | 治疗后 | $5.21 \pm 1.75^{1)}$   | $7.87 \pm 2.11^{1)}$   | $4.2 \pm 1.1^{1)}$   |

注:与治疗前比较<sup>1)</sup> $P < 0.01$ ;与对照组比较<sup>2)</sup> $P < 0.01$ 。

表 2 两组治疗前后 ESR,CRP,RF 水平比较( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别 | 例数 | 时间  | ESR/mm·h <sup>-1</sup>      | CRP/mg·L <sup>-1</sup>    | RF/U·mL <sup>-1</sup>        |
|----|----|-----|-----------------------------|---------------------------|------------------------------|
| 治疗 | 36 | 治疗前 | 75.9 ± 40.2                 | 28.4 ± 17.                | 428.4 ± 278.9                |
|    |    | 治疗后 | 20.5 ± 18.4 <sup>1,3)</sup> | 8.4 ± 7.9 <sup>1,2)</sup> | 159.2 ± 77.4 <sup>1,2)</sup> |
| 对照 | 32 | 治疗前 | 73.5 ± 39.5                 | 28.9 ± 18.3               | 431.5 ± 282.6                |
|    |    | 治疗后 | 38.3 ± 25.6 <sup>1)</sup>   | 12.8 ± 8.6 <sup>1)</sup>  | 215.2 ± 129.5 <sup>1)</sup>  |

注:与治疗前比较<sup>1)</sup> P < 0.01; 与对照组比较<sup>2)</sup> P < 0.05, <sup>3)</sup> P < 0.01。

表 3 两组疗效比较

| 组别 | 例数 | 临床控制     | 显效       | 有效      | 无效      | 总有效    |
|----|----|----------|----------|---------|---------|--------|
| 治疗 | 36 | 14(38.9) | 12(33.3) | 9(25.0) | 1(2.7)  | (97.2) |
| 对照 | 32 | 9(28.1)  | 13(40.6) | 6(18.8) | 4(12.5) | (87.5) |

2.5 两组安全性比较 治疗组 25 例前后进行了肝功能、肾功能检查,有 1 例出现谷丙转氨酶轻度异常、1 例出现血肌酐轻度异常;对照组有 21 例前后进行了检查,其中有 9 例出现了肝功能异常,11 例出现了肾功能异常,10 例有胃肠等不适。

### 3 讨论

据我国卫生部的数据显示:2008 年我国居民 RA 患病率为 1.02%,位列我国居民前 10 种慢性疾病患病率的第 4 位<sup>[5]</sup>。有相关研究指出,RA 在发病起计 10 年内约有 60% 的致残率,是造成我国人群丧失劳动力和致残的主要病因之一<sup>[6]</sup>。由于 RA 病理机制复杂,参与的细胞和细胞因子很多,常规的治疗方法难以奏效,单一药物难以阻断这种多过程、多因素所致疾病的进展,因此联合使用两种或以上作用机制、影响途径和毒性类型不同的药物,以增效减毒是当前公认的药物治疗策略<sup>[7]</sup>。

RA 属于中医学“痹证”、“历节病”的范畴,本病的病机特点是本虚标实,正气亏虚为病之本,风寒湿热痰瘀为病之标。肝肾亏损,外邪深侵入肝肾,湿与风寒、风热、痰瘀相夹,阻于经络,耗损肝肾,伤骨损筋,是其突出的病因病机特点<sup>[8]</sup>。内服中药是最常用的治疗方法,其他还有中药外洗、外敷、熏洗、针刺、艾灸及蜂针疗法等,各种疗法都有一定的临床疗效,但单一的方法难以快速缓解患者的临床症状。不同治疗方法的作用机制是不同的,通过调节神经-内分泌-免疫网络的作用来减轻 RA 的疼痛、肿胀<sup>[9]</sup>。基于 RA 的复杂病理机制及现代医学治疗理念,笔者采用中药内服 + 中药熏洗 + 艾灸的中医综合疗法治疗 RA,以病证结合的模式观察了中医综合疗法的疗效。

本组资料显示,治疗组在改善临床症状,改善 ESR,CRP,RF 等方面优于西药对照组;治疗组 DAS28 改善也优于对照组;治疗组总有效率 97.2%,不良反应低,患者能够长期接受治疗。因此,中医综合疗法治疗 RA 有确切的临床疗效,副作用低,值得进一步的研究推广。

### [参考文献]

- [1] 吴东海,王国春. 临床风湿病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:238.
- [2] 姜林娣,王吉耀,梅振武,等. 甲氨蝶呤治疗类风湿关节炎临床疗效评价[J]. 中华风湿病学杂志,1998,2(4):204.
- [3] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京:中国医药科技出版社,2002:115.
- [4] 雷玲,赵铨,米存东. 类风湿关节炎病情活动指标与 DAS28 的相关性研究[J]. 广西医科大学学报,2008,25(6):893.
- [5] <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/zwgkzt/ptjty/digest/2009/T1/sheet024.ht>.
- [6] 叶任高,陆再英. 内科学[M]. 6 版. 北京:人民卫生出版社,2004:885.
- [7] Harris E D. The rationale for combination therapy of rheumatoid arthritis based on pathophysiology [J]. J Rheumatol,1996,23(Suppl 44):2.
- [8] 焦树德. 焦树德临床经验辑要[M]. 北京:中国医药科技出版社,1998:84.
- [9] 李建武,刘建民,熊源胤,等. 针灸对类风湿性关节炎神经-内分泌-免疫网络调节作用的研究进展[J]. 中医研究,2006,19(3):59.

[责任编辑 何伟]