

## 临床报道

## 1607 例风湿病疼痛年节律的调查对照研究

李 梢\*

**摘要** 对所调查 1607 例风湿病患者的疼痛年节律变化进行了种类、地域、性别的对照研究。结果发现,在遵循节律基本模式的共性条件下,风湿病不同种类疼痛起病年节律的特征有一定差异,发作年节律差异较弱;地域性节律差异存在,但较种类节律差异又弱;不同性别的节律差异不明显。

**主题词** 风湿性疾病/流行病学 疼痛/流行病学

我们对 1607 例风湿病患者疼痛年节律的基本模式作了流行病学调查基础上的线型分析,发现其疼痛起病年节律呈余弦曲线变化,发作年节律呈 Lorentz 线型变化。现就风湿病不同种类、地域、性别的疼痛年节律异同进一步探讨如下。

## 1 材料与方法

1.1 调查对象:按《中医病证诊断疗效标准》中风湿痹、骨痹、尪痹、痛风标准<sup>[1]</sup>确诊的中医风湿病患者。共调查 1607 例。将国内调查区域分为二部分,南部地域(安徽、江苏、福州、昆明)1380 例;北部地域(哈尔滨、北京、兰州、山东)共 227 例。病程 24 天~47 年,其中 1~10 年者占 1055 例。年龄 7~81 岁,不同种类、性别的共同高发年龄段为 21~50 岁。在全部病例中存在风湿病疼痛表现,疼痛程度>0 度、疼痛时间>2 周者 1558 例,占 96.95%。安徽省调查病例为 1159 例,其中男性 442 例,女性 717 例。

1.2 调查方法:邀请并得到上述省市风湿病专科医师、副高职及以上专家共 80 余位协助调查。事先以通讯培训方式统一病例纳入、分类标准、时间标准、记录格式、调查要求。以固定的 2

种调查表进行随机调查。有关年节律的调查项目包括疼痛首发年月,每年好发或加重季节、月份,病程,风湿病家族史,中医诊断及分类,西医诊断,实验室检查及一般情况等。

1.3 风湿病分类标准:患者调查表设置采用全国高校统编教材《中医内科学》“痹证”分类标准<sup>[2]</sup>。该表调查 1143 例,其中行痹 263 例,痛痹 513 例,着痹 304 例,热痹 63 例。鉴于目前中医风湿病虽进行了规范,以“风湿病”替代“痹证”、“痹病”(三者内涵与外延仍大致相同)<sup>[3]</sup>,但尚未建立统一的二级病名分类标准,故 464 例病案调查辨证分类不够统一,所以又参考西医诊断纳入相应资料的统计分析。

1.4 年时间标准:1~12 月。四季划分如下:春季 3~5 月,夏季 6~8 月,秋季 9~11 月,冬季 12~2 月。

1.5 对照条件:为规范标准,基本排除交互作用因素的影响,使各组资料具有可比性,故种类比较的病例选取患者调查表的 1143 例;地域比较选取调查总病例 1607 例;性别比较选取同一地域安徽省的 1159 例。并在分析中考虑后二者的种类构成比异同。

## 2 风湿病疼痛起病年节律对照比较

2.1 不同种类比较:表 1 示,风湿病首发月份所属季节,行痹组起病年律趋势为:春>冬、秋>夏( $P<0.05$ );痛痹组为春>冬( $P<0.05$ )>秋>夏( $P<0.01$ );着痹组为夏、春、冬>秋( $P<0.05$ );热痹组为夏>春( $P<0.05$ )>冬、秋( $P<0.01$ )。对 4 组起病率逐季予以组间比较,结果春季起病:痛痹、行痹、热痹>着痹( $P<0.05$ );冬季起病:痛痹>着痹、行痹( $P<0.05$ )>热痹( $P<0.01$ );夏季起病:热痹>着痹>行

\* 皖南医学院研 95,安徽省芜湖市弋矶山(241001)

收稿日期:1998-01-20

表 1 1143 例不同种类风湿病疼痛起病年节律比较

| 组别  | 例数  | 峰月 | 谷月    | 峰—谷月<br>之差(%) | 四 季 起 病 率(%) |         |          |          |
|-----|-----|----|-------|---------------|--------------|---------|----------|----------|
|     |     |    |       |               | 春(3~5月)      | 夏(6~8月) | 秋(9~11月) | 冬(12~2月) |
| 行痹组 | 263 | 4月 | 9月    | 12.93         | 37.64        | 17.11   | 22.43    | 22.81    |
| 痛痹组 | 513 | 3月 | 8月    | 14.23         | 37.04        | 11.89   | 17.35    | 33.72    |
| 着痹组 | 304 | 6月 | 9月    | 11.84         | 25.66        | 26.64   | 22.37    | 25.33    |
| 热痹组 | 63  | 6月 | 1月、9月 | 14.29         | 33.33        | 41.27   | 11.11    | 14.29    |

表 2 1607 例南北地域风湿病疼痛起病年节律比较

| 组别  | 例数   | 峰月 | 谷月 | 峰—谷月<br>之差(%) | 四 季 起 病 率(%) |         |          |          |
|-----|------|----|----|---------------|--------------|---------|----------|----------|
|     |      |    |    |               | 春(3~5月)      | 夏(6~8月) | 秋(9~11月) | 冬(12~2月) |
| 南部组 | 1380 | 3月 | 9月 | 10.22         | 37.32        | 16.96   | 17.54    | 28.19    |
| 北部组 | 227  | 3月 | 9月 | 10.57         | 30.40        | 25.55   | 17.18    | 26.87    |

表 3 安徽省 1159 例不同性别风湿病疼痛起病年节律比较

| 组别  | 例数  | 峰月 | 谷月 | 峰—谷月<br>之差(%) | 四 季 起 病 率(%) |         |          |          |
|-----|-----|----|----|---------------|--------------|---------|----------|----------|
|     |     |    |    |               | 春(3~5月)      | 夏(6~8月) | 秋(9~11月) | 冬(12~2月) |
| 男性组 | 442 | 5月 | 8月 | 9.73          | 33.94        | 19.46   | 18.55    | 28.05    |
| 女性组 | 717 | 3月 | 9月 | 12.13         | 40.03        | 13.95   | 17.43    | 28.59    |

痹( $P<0.01$ )>痛痹( $P<0.05$ );秋季起病:行痹、着痹>热痹( $P<0.05$ ),痛痹与行痹、着痹秋季起病率无显著性差异( $P>0.05$ )。4组节律曲线若行余弦拟合,则痛痹组振幅最强,着痹组、热痹组峰值相位后移1~2月,谷月相位基本一致,均位于8~9月,除热痹组因样本小而节律尚难肯定外,其余三组均体现出基本模式特征的年周期变化。

2.2 南北地域比较:表2示,南、北起病年节律的峰、谷月相同。节律趋势上南部组为春>冬>秋、夏( $P<0.01$ );北部组样本小而趋势平缓,为春、冬、夏>秋( $P<0.05$ );逐季组间比较结果为,夏季北部组起病率高于南部组( $P<0.05$ ),其它三季均无明显区别( $P>0.05$ )。

2.3 不同性别比较:表3示,两组节律相位稍异,节律趋势上男性组为春、冬>夏、秋( $P<0.01$ ),女性组为春>冬>秋、夏( $P<0.01$ );组间比较显示春季起病率男性组明显低于女性组( $P<0.01$ ),夏季起病率男性组明显高于女性组( $P<0.05$ ),秋、冬起病率两组无差异( $P>$

0.05)。

因此风湿病疼痛起病年节律受风湿病种类差异的影响相对较大,与地域差异有一定关系,不能排除与性别差异的关联。

### 3 风湿病疼痛发作年节律对照比较

3.1 不同种类比较:以月发作人次的百分率进行统计。表4示,痛痹组、行痹组的节律变动趋势均为好发于冬>春>秋>夏( $P<0.001$ );着痹组为冬>春>夏、秋( $P<0.001$ ),而夏、秋无明显差异( $P>0.05$ )。热痹组相对特殊,为夏、冬、春>秋( $P<0.001$ ),而夏、冬、春无明显差异( $P>0.05$ )。逐季组间比较结果为,冬季发作率:痛痹>行痹、着痹>热痹( $P<0.01$ );夏季发作率:热痹>着痹>行痹、痛痹( $P<0.05$ );秋季发作率:行痹>着痹、痛痹( $P<0.05$ )>热痹( $P<0.01$ );春季四组发作率均无显著性差异( $P>0.05$ )。

3.2 南北地域比较:结果如表5所示,南、北组发作年节律的整体趋势、峰谷月相位均呈基本同步变动;组间比较显示两组各季发作率亦均

表 4 1143 例不同种类风湿病疼痛发作年节律比较

| 组别  | 入次数  | 峰月  | 谷月  | 峰—谷月<br>之差(%) | 四 季 发 作 率(%) |         |          |          |
|-----|------|-----|-----|---------------|--------------|---------|----------|----------|
|     |      |     |     |               | 春(3~5月)      | 夏(6~8月) | 秋(9~11月) | 冬(12~2月) |
| 行痹组 | 620  | 12月 | 9月  | 10.80         | 28.55        | 10.97   | 21.13    | 39.35    |
| 痛痹组 | 1360 | 12月 | 7月  | 14.64         | 28.90        | 9.41    | 16.18    | 45.51    |
| 着痹组 | 809  | 12月 | 9月  | 10.68         | 26.21        | 20.27   | 16.44    | 37.08    |
| 热痹组 | 124  | 6月  | 10月 | 12.91         | 27.42        | 35.48   | 7.26     | 29.84    |

表 5 1607 例南北地域风湿病疼痛发作年节律比较

| 组别  | 入次数  | 峰月  | 谷月 | 峰—谷月<br>之差(%) | 四 季 发 作 率(%) |         |          |          |
|-----|------|-----|----|---------------|--------------|---------|----------|----------|
|     |      |     |    |               | 春(3~5月)      | 夏(6~8月) | 秋(9~11月) | 冬(12~2月) |
| 南部组 | 3651 | 12月 | 8月 | 11.92         | 28.02        | 13.56   | 16.30    | 42.13    |
| 北部组 | 680  | 12月 | 7月 | 9.56          | 28.53        | 14.56   | 16.91    | 40.00    |

表 6 安徽省 1159 例不同性别风湿病疼痛发作年节律比较

| 组别  | 入次数  | 峰月  | 谷月 | 峰—谷月<br>之差(%) | 四 季 发 作 率(%) |         |          |          |
|-----|------|-----|----|---------------|--------------|---------|----------|----------|
|     |      |     |    |               | 春(3~5月)      | 夏(6~8月) | 秋(9~11月) | 冬(12~2月) |
| 男性组 | 1065 | 12月 | 8月 | 13.33         | 25.26        | 12.68   | 18.03    | 44.04    |
| 女性组 | 2019 | 12月 | 8月 | 11.79         | 29.22        | 12.63   | 16.30    | 41.85    |

表 7 风湿病疼痛年平均好发或加重持续时间分组比较

| 组别     | A/B   |
|--------|-------|
| 种类 行痹组 | 2.500 |
| 痛痹组    | 2.894 |
| 着痹组    | 2.859 |
| 热痹组    | 2.214 |
| 地域 南部组 | 2.877 |
| 北部组    | 3.285 |
| 性别 男性组 | 2.623 |
| 女性组    | 3.064 |

无明显差异( $P>0.05$ )。

3.3 不同性别比较:表 6 示,男、女组发作年节律的变动趋势基本一致,逐季组间比较表明两组发作率均无明显差异( $P>0.05$ )。

因此风湿病疼痛发作年节律与不同种类的性质差异有一定相关性,热痹相对特殊;这可能与地域因素有关,但未从本次调查中得到统计学意义上的反映;而受性别差异的影响也不明显。

#### 4 风湿病疼痛年平均好发或加重持续时间对照比较

以月发作人次总数与实际统计病例总数的比值(A/B)估算。由表 7 可知,疼痛平均持续时间为 2.2~3.3 月,痛痹与着痹、北部地区、女性持续时间较各自的对照组略长。

#### 5 讨论

种类、地域、性别三者中,以不同种类风湿病疼痛的时间节律相对差异较大,反映出风湿病不同病理体质及其气候敏感程度、适应性等多种内、外源因素,在共性基础上也各有一定的特性,并程度不同地影响到各节律的特征值。

(1)在起病年节律的余弦变动模式上,痛痹组振幅较强,与样本较大有关,也表明以寒邪外侵为主而起病的痛痹受相应季节的导引作用更明显。行痹组相位基本同步。着痹组与热痹组峰值相位均后移至初夏 6 月,且着痹组年节律曲线较平缓,热痹则以夏季为起病高峰,原因主要是 6 月为春、夏季节交替,风湿相合偏胜之际,故犯病多为着痹,春寒风寒湿合致着痹亦不少

见。夏季湿热外袭、或素体阳盛、寒湿之邪复受时令影响而从热化则尤易变发热痹。4 组均以 8~9 月为起病低谷,秋季燥邪当令,风寒湿热作用均有所减轻而致病相对不明显应为原因之一。(2)发作年节律上痛痹、行痹、着痹 3 组均呈 Lorentz 线型基本同步变动,区别只在于着痹组夏季 6 月发作率波动偏高,可能与着痹病理特性以湿邪偏胜,其性粘滞缠绵、遇夏湿复起有关。热痹组除样本量不足以充分体现其节律的因素外,邪热偏胜,疼痛遇热辄加的特点,应是热痹疼痛夏季易作或加重,从而导致节律相位与另 3 组失同步,病理体质阴阳偏盛的主要原因。

地域性节律差异只表现在北部组较南部组夏季起病率相对较高。可能的原因:一是北方气候寒冷期较长,春夏秋冬三季相对短,概念上同以 6~8 月为夏,但此时北方气候较南方风寒偏重。二是南北气候、饮食生活习惯、环境因素等所造成的体质差异,致使对不同种类风湿病的易感性、气候适应性有所不同,进而此种地域差又可通过病理类别的节律差异间接表现。但是因患者调查表中南、北组病类构成比无明显差异,故后者可能为非主要因素。南、北地区起病年节律上一定的地域差并未带到发作年节律上,这提示起病之后,这种地域差可能被风湿病特异性病理节律所同化或弱化。本次调查因北方病例数较少,所以进一步认识还有待于扩大样本含量。

可以发现不同性别起病年节律上的差异,与两组间风湿病种类的构成比差异及相应的病类节律差异呈正相关效应。两性发作年节律相同步,也应有病类特性对发作年节律影响较弱的因素。因此男性阳偏胜、女性阴偏盛等体质差异可能导致彼此对各类风湿病的易感性有相对区别,然后性别因素的个性将被病类本身的节律特性所冲淡、取代。

就总体而言,风湿病种类不同在疼痛年节律上的差异是相对主要的,对起病年节律的影响又相对强于对发作年节律的影响,这与风寒湿三气及各自季节性倾向在风湿病起病时作用

突出,起病后作用降低或消退的病理机转相符,与疼痛起病为单一月份,而好发或加重时间常延续 2、3 月的客观现象也有一定关联,并提示可能存在由形成到逐渐稳定,具有一定自律性征的风湿病特异性病理节律机制。

在疼痛年平均持续时间上,痛痹较长,与痛痹阴寒痹阻经络关节肌肉,气血凝滞,对寒冷变化尤为敏感且疼痛较剧有关;着痹较长,与湿邪阻络,其势胶着难愈,易继发痰瘀,疼痛对风寒湿热均较敏感有关;北方较长,与其季节气候的寒冷期较南方为长有关;女性较长,可能与女性对疼痛刺激的耐受阈值较男性为低有关。同时,后二者的特性中也包含了病类的因素。

## 6 参考文献

- 1 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准. 南京: 南京大学出版社, 1994: 29.
- 2 张伯臾, 董建华, 周仲瑛. 中医内科学. 上海: 上海科学技术出版社, 1992: 266.
- 3 路志正, 焦树德主编. 实用中医风湿病学. 北京: 人民卫生出版社, 1996: 3.

感谢导师李济仁教授、胡剑北教授协助组织调查与指导, 并对众多调查人员的大力帮助表示衷心谢意。

## 中国中医研究院培训中心 1998 年招生通知

中国中医研究院是中国中医药研究中心和医疗教学的重要基地。我中心依托中国中医研究院科研医疗教育的优势, 为国内外广大医务工作者提供一个学习深造交流的机会, 帮助他们提高中医理论和医疗水平, 更好地服务于患者。

1. 任志远中国传统针灸刀(即小针刀)疗法, 薛立功古长圆针疗法的现代临床应用专题研修班, 适应证: 经筋顽痹、腰腿疼痛、颈椎病、肩周炎、骨质增生、椎间盘突出等近 30 种病证。该班由二位教授主讲示教。学习时间: 1998 年 8 月 10 日至 8 月 16 日, 学费 680 元。2. 高级中医肾病学、中医智慧学研修班: 传统中医药治疗肾病疗效优势突出, 且日益引起国际学术界的重视, 为充分发挥中国中医研究院肾病学科优势, 我中心特举办此班。该班重点介绍我院著名肾病学家时振声教授的学术思想, 常见肾病的中医治疗经验以及我院研究治疗肾病的新进展、新思路、新方法等。学习时间: 1998 年 8 月 21 日至 8 月 27 日。学费: 680 元。3. 全国高级中医进修班: 学习时间: 1998 年 8 月 28 日至 9 月 8 日。学费 680 元。4. 全国继承名老中医经验研修班: 学习时间: 1998 年 9 月 10 日至 9 月 21 日。学费: 680 元。5. 全国高级推拿按摩研修班: 学习时间: 1998 年 10 月 5 日至 10 月 16 日。学费 680 元。7. 全国高级针灸临床应用研习班: 学习时间: 1998 年 10 月 18 日至 10 月 29 日。学费: 680 元, 以上各班学习结业后颁发结业证书。食宿统一安排、费用自理。联系地址: 北京东直门内北新仓 18 号中国中医研究院培训中心。邮政编码: 100700。联系人: 沙力、狄福金。电话: (010) 64075193, 64062096。

(广告编号: 9807-13)

## ABSTRACTS OF ORIGINAL ARTICLES

### **Investigation and Comparative Study on the Annual Rhythm of Rheumatic Pain. Report of 1607 Cases**

*Li Shao*

Comparative study were made on the annual rhythm in terms of sorts, regions, and sex in 1607 cases. It was found that, under the condition of common nature of basic model for rhythm, there was a definite difference in the rhythm of incidence between various sorts of pain, while that for the rhythm of pain attacks was weaker, that for the rhythm of regional rhythm was even more weaker, whereas it revealed no differences in terms of sexual rhythm.

**Author's address:** Wannan Medical College, Yijishan, Wuhu, Anhui, 241001

**Key words:** rheumatic diseased epidemiology pain/therapeutics

(Original article on page 408)

### **Clinical Study on the Analgesic Action of Guangtongxiao Foam — aerosol in Anal — rectal Diseases**

*Zhao Baoming, Shi Zhaoqi, Jing Jianzhong et al.*

To explore effective analgesics for pain in the anal — rectal region post operation, a pure TCM remedy, Guangtongxiao foam aerosol was developed which is a new therapeutic form. Through clinical observation and comparison between it and indomethacin, a western suppository, it yielded a satisfactory result, with a rapid analgesic effect ( $7.05 \pm 0.87 \text{ min}$ ), longer analgesic duration ( $5.65 \pm 1.71 \text{ hr}$ ), markedly superior to the controlled western remedy. Moreover, it also yielded mitigating actions on bleeding, difficult defecation, local thrombosis, edema, and congestion.

**Authors' address:** Guang'anmen Hospital, China Academy of TCM, Beijing, 100053

**Key words:** Anal disease/TCM therapy rectal disease/TCM therapy analgesic (traditional Chinese drug)/administration of drug and its dosage

(Original article on page 412)

### **Influence of Huangqi Wuwu Decoction on Many Plasmal Proteins in 70 Cases of Chronic Cor Pulmonale**

*Che Hongzhu, Luo Kaili*

By adopting the single method of immune agar —

diffusion, the values of 12 items of plasmal protein in 70 cases of chronic cor pulmonale receiving Huangqi Wuwu Decoction therapy were examined before and after the treatment with another 70 cases suffering the same disorder and receiving no TCM treatment as the control group. Results showed that the clinically effective rate of the treatment group was 90%, while that of the control group, 75.7%, with significant difference ( $P < 0.05$ ). In the treatment group, the prealbumin, transferrin, fibrin conjugated protein were all markedly increased before and after the treatment; the C reactive protein, ceruloplasmin,  $\alpha$  — antitrypsin,  $\alpha$  — acid glycoprotein were all markedly decreased. ( $P < 0.001$ ). While in the control group, only ceruloplasmin, C — reactive protein were lowered markedly, indicating that the Decoction can raise the therapeutic effectiveness of cor pulmonale, regulate the metabolic imbalance of plasmal protein and improve the living quality of the patients.

**Author's address:** 463 Hospital of PLA, Shenyang, Liaoning, 110042

**Key words:** Cor pulmonale/TCM therapy cor pulmonale/blood Huangqi Wuwu Decoction/therapeutic application

(Original article on page 414)

### **Protective Action of Kidney — tonics on Oto — intoxication of Gentamycin in Guinea Pig**

*Xu Shaoqin, Tan Jingshu, Zeng Xingsan*

By adopting induction — electricity threshold of brain stem, counting of hairy cells in cochlear membrane, and electromicroscopic exam of ultra microscopic structure before and after the administration of the drug, it was shown that kidney tonics can protect the hairy cells, effectively resist the increased of hearing threshold caused by gentamycin, demonstrating that such kidney tonics can protect the cochlear structure and function, minimize the oto — toxicity of gentamycin.

**Authors' address:** Department of ENT, Affiliated Hospital of Hunan College of TCM, Changsha

**Key words:** deafness/chemical induction deafness/TCM therapy kidney tonics/therapeutic application

(Original article on page 430)