

• 证的研究 •

475例类风湿关节炎患者中医临床证候分析

姜 泉¹ 蒋 红² 曹 炜¹ 焦 娟¹

(1 中国中医科学院广安门医院风湿免疫科,北京市宣武区北线阁,100053 2 重庆市第九人民医院中医内科)

摘 要 **目的** 分析类风湿关节炎(RA)患者中医临床证候分布特点。**方法** 对475例RA患者的中医证候分布情况与年龄、病程、主要实验室指标、X线分期进行回顾性分析。**结果** 各证型在病程、病情活动情况方面差异有显著性意义;在年龄、主要实验室指标、放射学改变方面亦存在差异,但无统计学意义($P>0.05$)。475例患者中,湿热痹阻型最多,占41.7%;其次为湿热痹阻合并瘀血阻络型,占10.9%。**结论** 湿热痹阻型病程短,病情重,且多见于疾病活动期,并易与瘀血相合致病,故临床RA活动期多见湿热痹阻合并瘀血阻络证。

关键词 类风湿关节炎;中医证候;痹病

< | --- ■ ■ --- :| + | T --- 475 ■ || --- + :| --- ■ --- | ---
JIANG Quan¹, JIANG Hong², CAO Wei¹, et al

(1. 风湿免疫科,北京市宣武区北线阁,100053 2. 重庆市第九人民医院中医内科)

+ - ■ ■ < ■ ■ :| To study Chinese medical pattern characteristic of rheumatoid arthritis (RA). ■ --- Retrospective analytical method was used to investigate pattern distribution, age, course, main laboratory index and X ray stage of 475 RA patients. ■ --- There were great differences in course and pathogenetic condition among different patterns. There was no statistical significance in age, main laboratory index and X ray although differences existed. Most of the patterns was damp heat impeding, which accounted for 41.7%, then damp heat impeding with static blood obstructing the network vessels, which accounted for 10.9%. < - | + --- | When it comes to damp heat impeding pattern, course is short and condition is serious. Pattern of damp heat impeding with static blood obstructing the network vessels is common in active stage of RA, as damp heat impeding is easily accompanied with static blood.

■ rO- - :| --- Rheumatoid arthritis Chinese medical pattern; Bi syndrome

类风湿关节炎(RA)是以对称性、进行性及侵蚀性的关节炎为主要临床表现的系统性自身免疫病,目前对其病因病理尚未完全明了。RA属中医“痹病”范畴,临床表现及证候多种多样。我们对475例RA住院患者的中医证候分布情况与年龄、病程、病情活动、主要实验室指标、X线分期进行分析,现总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

475例均来源于中国中医科学院广安门医院风湿免疫科1995~2005年住院RA患者。其中女性347例,占73%,男性128例,占27%;年龄14~81岁;病程3个月~45年。

1.2 西医诊断标准

RA诊断标准及病情活动标准参照美国风湿病学会1987年修订的标准^[1]。RA诊断标准:(1)连续6周或6周以上晨僵持续时间≥1小时;(2)连续6周或6周以上3个或3个以上关节肿胀;(3)连续6周或6周以上腕、掌指关节或近端指间关节肿胀;(4)连续6周或6周

以上对称性关节炎;(5)皮下结节;(6)手部X线改变;(7)类风湿因子(RF)阳性(滴度>1:32)。以上同时具备4项者,即可确诊。RA病情活动标准:(1)具有≥6个关节肿胀;(2)具有≥6个关节压痛;(3)晨僵持续时间≥45分钟;(4)血沉(ESR)≥28mm/h;(5)C反应蛋白(CRP)≥正常值上限1.5倍。以上(1)、(2)必须具备,(3)、(4)、(5)中任意2项具备即可。RA的X线分期:I期:正常或关节端骨质疏松;II期:关节端骨质疏松,偶有关节软骨下囊样破坏或侵蚀改变;III期:明显的关节软骨下囊样破坏,关节间隙狭窄,关节半脱位等畸形;IV期:除II、III期改变外,有纤维性或骨性强直。

1.3 中医诊断及辨证标准

参照《中药新药治疗痹病的临床研究指导原则》^[2]制订,并分为寒湿痹阻型、湿热痹阻型、瘀血阻络型、肝肾两虚型、气阴两虚型、痰瘀痹阻型。

2 方法

2.1 研究方法

采用回顾性分析方法,对475例RA患者的年龄、

病程、主要实验室指标、X线分期及中医辨证分型等按照统一设计的表格进行调查、记录,所有实验室指标均由广安门医院检验科完成。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 6种基本证候进行统计学分析。

2 2 统计学方法

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

3 结果

3 1 证候分布情况

475 例患者中,湿热痹阻型最多,共 198 例,占 41.7%;其次为湿热痹阻合并瘀血阻络型,共 52 例,占 10.9%;再次为湿热痹阻合并肝肾、气血两虚型,共 36 例,占 7.6%;湿热痹阻合并气阴两虚型,共 35 例,占 7.4%;痰瘀痹阻型 29 例,占 6.1%;寒湿痹阻型 20 例,占 4.2%;肝肾两虚型 17 例,占 3.6%;气阴两虚型 15 例,占 3.2%;瘀血阻络型 13 例,占 2.7%;气阴两虚合并瘀血阻络型、气阴两虚合并痰瘀痹阻型、肝肾两虚合并瘀血阻络型等共 44 例,占 9.26%。另有气虚湿热型 5 例,阴虚湿热型 4 例,气虚血瘀型 7 例。

3 2 各基本证型与年龄、病程分布情况比较

各证型在不同年龄段的分布差异无显著性意义 ($P > 0.05$)。但在不同病程段的分布差异有显著性意义 ($P < 0.01$)。肝肾两虚、气阴两虚型患者病程较长,多在 5 年以上;寒湿痹阻、湿热痹阻、瘀血阻络、痰瘀痹阻型患者病程较短,多在 5 年以内。

3 3 各基本证型与病情活动情况比较

6 种证型患者病情活动度差异有显著性意义 ($P < 0.01$),按其所占病例总数比例依次排序为:湿热痹阻型 > 痰瘀痹阻型 > 气阴两虚型 > 寒湿痹阻型 > 瘀血阻络型 > 肝肾两虚型。

3 4 各基本证型 RF、ESR、血小板 (PLT) 情况比较

附表表示,6 种证型 RF 均数均高于正常参考值,但各证型间比较差异无显著性意义 ($P > 0.05$),按其均值大小依次排序为:气阴两虚型 > 湿热痹阻型 > 肝肾两虚型 > 瘀血阻络型 > 痰瘀痹阻型 > 寒湿痹阻型。6 种证型 ESR 均数均高于正常参考值,但各证型间比较差异无显著性意义 ($P > 0.05$),按其均值大小依次排序为:气阴两虚型 > 湿热痹阻型 > 痰瘀痹阻型 > 寒湿痹阻型 > 肝肾两虚型 > 瘀血阻络型。6 种证型 PLT 均数只有湿热痹阻、气阴两虚、痰瘀痹阻三型高于正常值,各证型间比较差异无显著性意义 ($P > 0.05$)。按均数大小依次排序为:痰瘀痹阻型 > 湿热痹阻型 > 气阴两虚型 > 瘀血阻络型 > 肝肾两虚型 > 寒湿痹阻型。

附表 各基本证型 RF、ESR、PLT 情况比较 单位:物

基本证型	例数	RF (U/ml)	ESR (mm/h)	PLT ($\times 10^9/L$)
寒湿痹阻	20	65.17 ± 4.25	52.00 ± 34.55	269.33 ± 129.07
湿热痹阻	198	124.04 ± 76.15	60.76 ± 33.32	308.47 ± 142.99
瘀血阻络	13	108.90 ± 61.83	43.54 ± 24.01	280.46 ± 117.56
肝肾两虚	17	114.50 ± 83.84	48.53 ± 33.06	275.47 ± 67.25
气阴两虚	15	128.74 ± 72.36	63.40 ± 37.48	303.00 ± 83.14
痰瘀痹阻	29	100.52 ± 96.59	55.00 ± 25.34	309.00 ± 150.30

3 5 各基本证型与 CRP、抗核周因子 (APF)、抗角蛋白抗体 (AKA) 情况比较

6 型之间 CRP 比较差异无显著性 ($P > 0.05$),6 种证型按阳性率依次排序为:湿热痹阻型 > 瘀血阻络型 > 寒湿痹阻型 > 气阴两虚型 > 痰瘀痹阻型 > 肝肾两虚型。AKA、APF 是早期诊断类风湿关节炎的有效指标,6 种证型之间比较差异亦无显著性 ($P > 0.05$)。

3 6 各基本证型与双手 X 线分期情况比较

6 种证型在双手 X 线分期上比较,差异无显著性 ($P > 0.05$),6 种证型双手 X 线 I 期按其所占病例总数依次排序为:湿热痹阻型 > 痰瘀痹阻型 > 寒湿痹阻型 > 肝肾两虚型 > 瘀血阻络型、气阴两虚型;II 期 6 种证型按其所占病例总数依次排序为:湿热痹阻型 > 痰瘀痹阻型 > 寒湿痹阻型、瘀血阻络型、肝肾两虚型;III 期 6 种证型按其所占病例总数依次排序为:湿热痹阻型 > 痰瘀痹阻型、寒湿痹阻型 > 肝肾两虚型、气阴两虚型 > 瘀血阻络型;IV 期 6 种证型按其所占病例总数依次排序为:湿热痹阻型 > 寒湿痹阻型、肝肾两虚型、气阴两虚型 > 瘀血阻络型、痰瘀痹阻型。双手 X 线从 I 期到 IV 期表现集中在 III 期,6 种证型中以湿热痹阻型最多见。

4 讨论

RA 的中医证候分类,临床上没有完全统一的标准,而辨证分析正确与否,是取得疗效的关键。通过我们对 475 例病例的临床分析,试图寻找一些中医证候分类规律,为临床治疗提供客观依据。

本研究显示,患者发病年龄主要集中在 40 岁以上,各年龄段不同证候间构成比差异无显著性意义 ($P > 0.05$)。RA 患者的病程也与中医证候存在着一定的关系,肝肾两虚、气阴两虚型患者病程较长,多在 5 年以上;寒湿痹阻型、湿热痹阻型、痰瘀痹阻型患者病程较短,多分布在 1~5 年,各证型在不同病程段分布差异有显著性意义 ($P < 0.01$)。

6 种证候病情活动度差异亦有显著性意义 ($P < 0.01$),其中以湿热痹阻型最明显,符合临床所见本证多见于急性活动期,来势较急,病情较重的特点^[3]。

