

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2021.04.009

临床研究

1388 例类风湿关节炎患者中医证型与疾病活动度特征横断面调查

巩勋, 崔家康, 姜泉[✉], 刘蔚翔, 王建

中国中医科学院广安门医院, 北京市西城区北线阁 5 号, 100053

摘要 目的 探讨不同证型类风湿关节炎(RA)患者的疾病活动度特征。方法 采用横断面调查研究方法,制定“类风湿关节炎中医证候调查问卷”,从全国 18 个中心 RA 临床数据采集 1388 例 RA 患者信息。将 RA 分为风湿痹阻证、寒湿痹阻证、湿热痹阻证、痰瘀痹阻证、气血两虚证、肝肾不足证 6 个证型。比较不同证型的关节肿胀数、关节压痛数、血沉(ESR)、C 反应蛋白(CRP)、28 个关节疾病活动度(DAS28)等。结果 风湿痹阻证 135 例,寒湿痹阻证 272 例,湿热痹阻证 613 例,痰瘀痹阻证 142 例,气血两虚证 47 例,肝肾不足证 179 例。除肝肾不足证外,湿热痹阻证患者压痛关节数、DAS28-ESR(4)评分高于其他证型患者($P < 0.05$);湿热痹阻证患者肿胀关节数与风湿痹阻证、气血两虚证比较差异有统计学意义($P < 0.05$);湿热痹阻证患者 ESR 最高,与其他证型相比差异有统计学意义($P < 0.05$);不同证型患者 CRP 差异无统计学意义($P > 0.05$);各证型患者 DAS28-ESR 评分等级比较显示,风湿痹阻证、气血两虚证患者以中活动度为主,其余均以高活动度为主,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 不同证型 RA 患者疾病活动度存在差异,其中以湿热痹阻证疾病活动度最高。

关键词 类风湿关节炎; 中医证候; 疾病活动度; 横断面调查

类风湿关节炎(rheumatoid arthritis, RA)是一种以侵蚀性、对称性多关节炎为主要临床表现的全身性自身免疫病^[1]。RA 患病人数为全球总人口的 1%,我国患病率约为 0.32%~0.36%^[2]。RA 属中医学“痹证”“历节”等范畴。痹证的发生是内外因共同作用的结果,其因邪气偏盛或正气亏虚等不同而证候有异。疾病活动度是 RA 病情评估和临床疗效判定的重要指标,而 28 个关节疾病活动度(disease activity score 28, DAS28)被欧洲抗风湿联盟(EULAR)推荐作为评估 RA 疾病活动度的通用标准^[3]。本研究纳入全国 18 个中心的 1388 例 RA 患者,分析其中医证候与疾病活动度的相关性。

1 临床资料

1.1 诊断标准

西医诊断标准参考 1987 年美国风湿病学会

(ARA)修订的 RA 分类标准^[4]和/或 2010 ACR/EULAR 类风湿关节炎分类标准^[5]。

中医辨证分型标准参考《中医病证诊断疗效标准》^[6]、《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[7]和《尪痹(类风湿关节炎)中医临床路径》^[8]分为:风湿痹阻证、寒湿痹阻证、湿热痹阻证、痰瘀痹阻证、气血两虚证、肝肾不足证 6 个证型。1) 风湿痹阻证:主症:肢体关节疼痛、重着,或有肿胀;痛处游走不定,关节屈伸不利;次症:恶风;无红肿灼热。舌脉象:舌质淡红,苔白腻,脉濡或滑。诊断:主症 2 项 + 舌脉象或主症 1 项 + 次症 1 项 + 舌脉象。2) 寒湿痹阻证:主症:肢体关节冷痛,局部肿胀;屈伸不利,关节拘急,局部畏寒;次症:红肿灼热;恶风畏寒,四末不温;气候剧变则疼痛加剧;口淡不渴。舌脉象:舌胖,舌质淡暗,苔白腻或白滑,脉弦缓或沉紧。诊断:主症 2 项 + 舌脉象或主症 1 项 + 次症 1 项 + 舌脉象。3) 湿热痹阻证:主症:关节或肌肉局部红肿、灼热,疼痛、有重着感;活动受限;次症:发

基金项目:国家重点研发计划(2018YFC1705200);国家自然科学基金(81704063)

✉ 通讯作者: doctorjq@126.com; (010) 88001060

热,有汗不解;心烦,口渴不欲饮,溲黄便干。舌脉象:舌红,苔黄腻,脉濡数或滑数。诊断:主症 2 项 + 舌脉象或主症 1 项 + 次症 1 项 + 舌脉象。4) 痰瘀痹阻证:主症:肢体肌肉关节刺痛,固定不移;关节疼痛,肌肤局部紫黯、肿胀,按之稍硬,肢体顽麻或重着;次症:关节疼痛僵硬变形,屈伸不利,有硬结、瘀斑;面色黧黑,眼睑浮肿;胸闷痰多。舌脉象:舌质紫暗或瘀斑,舌苔白腻,脉弦涩。诊断:主症 2 项 + 次症 1 项 + 舌脉象或主症 1 项 + 次症 2 项 + 舌脉象。5) 气血两虚证:主症:关节肌肉酸痛无力,活动后加剧;肢体麻木,筋惕肉瞤,肌肉萎缩,关节变形;次症:少气乏力,自汗,心悸;头晕目眩,面黄少华。舌脉象:舌淡苔薄白,脉细弱或虚大无力。诊断:主症 2 项 + 次症 1 项 + 舌脉象或主症 1 项 + 次症 2 项 + 舌脉象。6) 肝肾不足证:主症:关节肌肉疼痛,肿大或僵硬变形;屈伸不利,腰膝酸软无力,或足跟疼痛,昼轻夜重;次症:关节发凉,畏寒喜暖;齿松早脱,面浮肢肿;精神不振,男子遗精,或女子月经量少后衍或小便频数。舌脉象:舌红,苔薄白,脉沉弱。诊断:主症 2 项 + 次症 1 项 + 舌脉象或主症 1 项 + 次症 2 项 + 舌脉象。

1.2 纳入标准

1) 符合 RA 诊断标准和中医辨证标准者; 2) 年龄 ≥ 16 岁; 3) 当地居住满 2 年; 4) 患者签署知情同意书。

1.3 排除标准

1) RA 合并干燥综合征、系统性红斑狼疮等其他风湿免疫病; 2) 合并精神疾病、阿尔茨海默病; 3) 不能完整叙述其病情。

1.4 病例来源

本研究共收集了 2014 年 2 月至 2015 年 8 月在中国中医科学院广安门医院、天津中医药大学第一附属医院、石家庄白求恩国际和平医院、辽宁中医药大学附属医院(辽宁省中医院)、黑龙江中医药大学第一附属医院、长春中医药大学附属医院、上海市长宁区光华中西医结合医院、山东中医药大学附属医院、安徽中医学院附属医院、第三军医大学西南医院、重庆市第九人民医院、云南省中医院、西安市第五医院、甘肃省中医院、武汉市中医院、广东省中医院、河南省中医院、河南省风湿病医院 18 个中心就诊的 1602 例 RA 患者的调查表,其中血沉(ESR)、C 反应蛋白(CRP)、关节肿胀、关节疼痛等数据完整资料单一证候患者 1388 例。

2 方法

2.1 调查问卷设计

采用横断面调查研究设计。根据临床流行病学方法,结合风湿病领域专家的临床经验,以及反复专家论证,在中医理论的指导下,制定“类风湿关节炎中医证候调查问卷”,内容主要包括:患者基本信息(姓名、性别、年龄、民族、身高、体重、联系方式),RA 病情评估信息(关节肿胀数、关节压痛数、ESR、CRP、DAS28),中医症状和辨证分型。

2.2 调查方法

调查问卷由经过培训的风湿科临床医师或研究生对符合本次调查纳入标准的患者进行现场问卷调查,并按照标准操作规范填写调查表,RA 证候诊断由各中心副主任医师及以上职称医师完成。问卷涉及患者基本信息、症状或主观感受时,可由患者进行自填,实际调查是采取两种方法结合进行,以保证调查结果客观、可信。

2.3 疾病活动度

$DAS28-ESR(4)$ 评分 $= 0.56 \times \sqrt{TJC28} + 0.28 \times \sqrt{SJC28} + 0.7 \times \ln(ESR) + 0.014 \times GH$, $DAS28-CRP(4)$ 评分 $= 0.56 \times \sqrt{TJC28} + 0.28 \times \sqrt{SJC28} + 0.36 \times \ln(CRP + 1) + 0.014 \times GH + 0.96$, 其中 $\sqrt{\quad}$: 开平方根; TJC28: 28 个关节中压痛关节个数; SJC28: 28 个关节中肿胀关节个数; $\ln$: 取自然对数; GH: 患者对疾病活动的整体评估(视觉模拟评分,单位 100 mm)。

按照疾病活动度 $DAS28-ESR(4)$ 评分划分为 4 个等级^[8],临床缓解: $DAS28-ESR(4)$ 评分 ≤ 2.6 分;低疾病活动度: $2.6 < DAS28-ESR(4)$ 评分 ≤ 3.2 分;中疾病活动度: $3.2 < DAS28-ESR(4)$ 评分 ≤ 5.1 分;高疾病活动度: $DAS28-ESR(4)$ 评分 > 5.1 分。

2.4 统计学方法

采用 SPSS 18.0 统计软件分析数据。计量资料用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用方差分析进行多组间比较,当多组比较总体差异显著时,进一步采用单因素多重比较检验任意两组间的差异;计数资料用例数(%)表示,采用 χ^2 检验进行多组间比较,当多组比较总体差异显著时,进一步采用分割法进行组间两两比较。检验水准 $\alpha = 0.05$,采用卡方分割法将多重比较的 α 调整为 0.0083。

3 结果

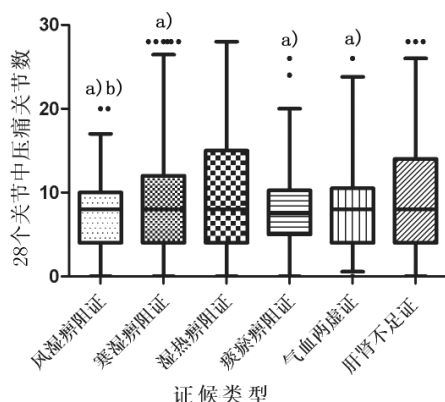
3.1 一般情况

本研究共收集合格调查问卷 1388 份, 其中门诊病例 828 份, 住院病例 560 份。其中女性 1134 例, 占 81.70%; 男性 254 例, 占 18.30%, 男女比例为 1:4.46。年龄 16~88 岁, 平均年龄为 (54.23 ± 16.31) 岁, 其中女性平均年龄为 (53.11 ± 15.95) 岁, 男性为 (55.24 ± 16.87) 岁。其中风湿痹阻证 135 例 (女性 112 例), 平均年龄 (53.14 ± 16.65) 岁; 寒湿痹阻证 272 例 (女性 223 例), 平均年龄 (54.17 ± 16.47) 岁; 湿热痹阻证 613 例 (女性 504 例), 平均年龄 (54.04 ± 15.76) 岁; 痰瘀痹阻证 142 例 (女性 114 例), 平均年龄 (55.42 ± 16.78) 岁; 气血两虚证 47 例 (女性 39 例), 平均年龄 (52.64 ± 17.35) 岁; 肝肾不足证 179 例 (女性 142 例), 平均年龄 (55.78 ± 16.68) 岁。不同证候组间年龄、性别差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

3.2 不同中医证型患者 TJC28、SJC28 比较

图 1 示, 各证型间 TJC28 比较差异有统计学意义 ($P<0.01$), 且湿热痹阻证 TJC28 显著高于风湿痹阻证、寒湿痹阻证、气血两虚证、痰瘀痹阻证 (P 值分别为 0.001, 0.002、0.002、0.003), 肝肾不足证组 TJC28 显著高于风湿痹阻证 ($P=0.001$), 其余证型 TJC28 两两比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

各证型间 SJC28 差异有统计学意义 ($P<0.01$), 湿热痹阻证与风湿痹阻证、气血两虚证比较差异有统计学意义 (P 值分别为 0.005、0.002), 其余证型 SJC28 组间差异无统计学意义 ($P>0.05$)。



注: a) 与湿热痹阻证比较, $P<0.01$; b) 与肝肾不足证比较, $P<0.01$

图 1 不同证型类风湿关节炎患者压痛关节数、肿胀关节数比较

3.3 不同中医证型患者 ESR、CRP 水平比较

表 1 示, 不同证型 RA 患者 ESR 比较差异具有统计学意义 ($P<0.01$); RA 患者 ESR 以湿热痹阻证最高, 与风湿痹阻证 ($P<0.001$)、寒湿痹阻证 ($P=0.002$)、痰瘀痹阻证 ($P<0.001$)、气血两虚证 ($P=0.007$) 比较差异有统计学意义。其余证型间比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。不同证型 CRP 比较, 差异均无统计学意义 ($P>0.05$)。

表 1 不同中医证型类风湿关节炎患者 ESR、CRP 水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

证型	例数	ESR/mm · h ⁻¹	CRP/mg · L ⁻¹
风湿痹阻证	135	41.49 ± 29.82 ^{a)}	23.96 ± 40.05
寒湿痹阻证	272	44.82 ± 31.34 ^{a)}	23.76 ± 40.17
湿热痹阻证	613	52.28 ± 32.76	26.48 ± 35.93
痰瘀痹阻证	142	41.16 ± 24.87 ^{a)}	22.80 ± 30.30
气血两虚证	47	40.13 ± 30.13 ^{a)}	20.84 ± 28.87
肝肾不足证	179	48.14 ± 33.41	27.65 ± 41.23

注: ESR, 血沉; CRP, C 反应蛋白。

a) 与湿热痹阻证比较, $P<0.01$ 。

3.4 不同中医证型患者 DAS28 评分比较

表 2 示, 不同证型 RA 患者 DAS28-ESR (4)、DAS28-CRP (4) 评分进行比较差异具有统计学意义 ($P<0.01$); 湿热痹阻证 DAS28-ESR (4) 评分最高, 与风湿痹阻证、寒湿痹阻证、痰瘀痹阻证、气血两虚证患者比较差异有统计学意义 (P 值分别为 0.008、0.017、0.011、0.005), 与肝肾不足证比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。湿热痹阻证与风湿痹阻证、寒湿痹阻证、痰瘀痹阻证、气血两虚证、肝肾不足证患者 DAS28-CRP (4) 评分比较差异有统计学意义 (P 值分别为 0.006、0.027、0.035、0.005、0.036)。

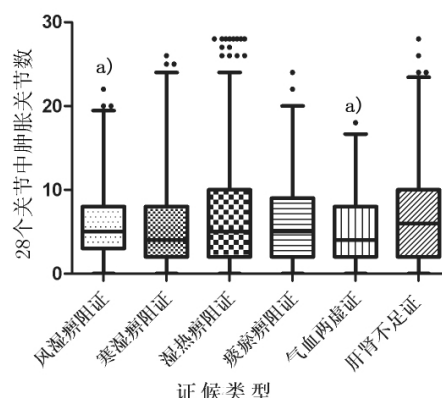


表 2 不同中医证型类风湿关节炎患者

DAS28 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

证型	例数	DAS28-ESR (4)	DAS28-CRP (4)
风湿痹阻证	135	5.23 ± 1.36 ^{b)}	4.53 ± 1.30 ^{b)}
寒湿痹阻证	272	5.32 ± 1.51 ^{a)}	4.65 ± 1.45 ^{a)}
湿热痹阻证	613	5.61 ± 1.54	4.92 ± 1.52
痰瘀痹阻证	142	5.31 ± 1.27 ^{a)}	4.76 ± 1.18 ^{a)}
气血两虚证	47	5.20 ± 1.12 ^{b)}	4.51 ± 1.03 ^{b)}
肝肾不足证	179	5.49 ± 1.47	4.84 ± 1.42 ^{a)}

注: a) 与湿热痹阻证比较, $P < 0.05$; b) 与湿热痹阻证比较, $P < 0.01$ 。

3.5 不同证型患者 DAS28-ESR 评分等级比较

表 3 示, 不同证型 RA 患者疾病活动度等级差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 寒湿痹阻证、湿热痹阻证、痰瘀痹阻证、肝肾不足证患者以高疾病活动度为主, 风湿痹阻证、气血两虚证患者以中度活动为主。

表 3 不同证型类风湿关节炎患者 DAS28-ESR

评分等级分布和比较 例 (%)

证型	例数	临床缓解	低活动度	中活动度	高活动度
风湿痹阻证	135	7(5.19)	6(4.44)	79(58.52)	43(31.85)
寒湿痹阻证	272	13(4.78)	11(4.04)	92(33.82)	156(57.35)
湿热痹阻证	613	19(3.10)	27(4.40)	168(27.41)	399(65.09)
痰瘀痹阻证	142	6(4.23)	3(2.11)	46(32.39)	87(61.27)
气血两虚证	47	2(4.26)	1(2.13)	27(57.45)	17(36.17)
肝肾不足证	179	4(2.23)	6(3.35)	62(34.64)	107(59.78)

4 讨论

RA 是一种常见的慢性炎症性疾病, 其以滑膜细胞增生、炎症细胞浸润、血管翳形成等为主要病理变化, 并可伴发类风湿结节、肺部受累、血管炎或全身性合并症, 最终导致关节结构破坏、畸形和功能丧失^[1]。在 RA 早期阶段采取积极有效的系统治疗才能减少疾病危害, 降低其致残率, 因此达标治疗非常关键^[1]。前期调查^[11]显示, RA 患者以湿热痹阻证比例最高, 占 43.86%。本研究发现, 湿热痹阻证患者 TJC28 高于风湿痹阻证、寒湿痹阻证、气血两虚证、痰瘀痹阻证患者, SJC28 高于风湿痹阻证和气血两虚证患者, 这与临床实际一致。《类证治裁》曰“痹久必有瘀血”“痹病必挟瘀”, 痹证日久, 痹阻不通, 血行不畅而瘀血内生, 则关节疼痛、压痛表现明显。肝肾不足证患者大多病程较长, 易夹杂瘀血; 风湿痹阻证多见于疾病早期, 临床以关节游走性疼痛为主, 因此固定的 TJC28 少于肝肾不足证患者。

ESR、CRP 作为急性期的炎症反应指标, 在 RA 活动期的患者中明显升高, 且与疾病活动度呈正相关^[12-13]。RA 活动期患者血清中白细胞介素 6 (IL-6)、肿瘤坏死因子 (TNF- α)、白细胞介素 1 (IL-1) 等炎症因子释放增加, 导致 CRP 升高; 反过来, 组织损伤、炎症加重使 CRP 激活补体系统, 引起 IL-6、TNF- α 等炎性因子的释放, 进而促进 B 细胞合成 IgG、IgM 等免疫球蛋白, 使血浆中球蛋白的比例增加, 导致 ESR 的升高, 从而升高疾病活动度^[14-15]。本研究发现, 湿热痹阻证 RA 患者 ESR 最高, 明显高于其他证型, 说明湿热痹阻证是 RA 活动期的关键证型, 且疾病活动度和炎症程度最高, 这与姜泉等^[16-17]研究结论基本一致。不同证候类型 RA 患者的 CRP 组间比较差异无统计学意义, 这是与临床实际及研究结果^[18-19]不符, 分析其原因可能是: 1) 由于不同调查单位的 CRP 检测试剂及参考区间不同, CRP 受其他因素的影响较大; 2) 部分患者检测的是高敏 C 反应蛋白 (hs-CRP), 其敏感性及其正常值与 CRP 差异较大, 在后续的临床研究中应避免此问题发生。

DAS28 是公认的评价 RA 疾病活动度简便、有效并能直观反映治疗效果的指标。DAS28 计算方式有 DAS28-ESR 和 DAS28-CRP 之分, 有文献研究^[20]表明, DAS28-CRP 和 DAS28-ESR 具有良好的线性相关性, ESR 与 DAS28 积分的相关性最高, 是 DAS28 积分的最重要预测因素, 故本研究采用 DAS28-ESR 进行评价。本研究发现, 湿热痹阻证的 RA 患者 DAS28-ESR 评分高于其他证型, 这与王志中等^[21]研究结果一致; 但湿热痹阻证与肝肾不足证比较差异无统计学意义, 原因可能是由于 RA 后期肝肾不足患者往往兼有湿热证表现。RA 患者高疾病活动度时多表现为关节肿胀、疼痛明显, 肿胀关节可有触热、皮温升高, 舌红苔黄厚或黄腻, 大便黏滞, 小便黄等^[22]。通过对 DAS28-ESR 评价等级分析显示, 中度疾病活动度为主的风湿痹阻证、气血两虚证与高疾病活动度为主的湿热痹阻证、痰瘀痹阻证、寒湿痹阻证、肝肾不足证差异具有统计学意义, 其中尤以湿热痹阻证表现最为明显, 李静等^[23]研究与本研究结果基本一致。综上, 不同证候的 RA 患者疾病活动度存在差异, 湿热痹阻证患者高疾病活动度多见。

参考文献

[1] SMOLEN JS, ALETAHA D, MCINNES IB. Rheumatoid

- arthritis [J]. Lancet, 2016, 388(10055): 2023–2038.
- [2] 中华医学会风湿病分会. 类风湿关节炎诊治指南(草案) [J]. 中华风湿病学杂志, 2003, 7(4): 250–254.
- [3] VANDER CRUYSSSEN B, VAN LOOY S, WYNS B, et al. DAS28 best reflects the physician's clinical judgment of response to infliximab therapy in rheumatoid arthritis patients: validation of the DAS28 score in patients under infliximab treatment [J]. Arthritis Res Ther, 2005, 7(5): R1063–R1071.
- [4] ARNETT FC, EDWORTHY SM, BLOCH DA, et al. The American rheumatism association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis [J]. Arthritis Rheum, 1988, 31(3): 315–324.
- [5] 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.
- [6] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 29–30.
- [7] 国家食品药品监督管理局. 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.
- [8] 国家中医药管理局. 祛痹(类风湿关节炎)中医临床路径 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2010: 247–252.
- [9] SHEEHY C, EVANS V, HASTHORPE H, et al. Revising DAS28 scores for remission in rheumatoid arthritis [J]. Clin Rheumatol, 2014, 33(2): 269–272.
- [10] GOEKOOP-RUITERMAN YP, DE VRIES-BOUWSTRA JK, KERSTENS PJ, et al. DAS-driven therapy versus routine care in patients with recent-onset active rheumatoid arthritis [J]. Ann Rheum Dis, 2010, 69(1): 65–69.
- [11] 王建, 巩勋, 唐晓颇, 等. 1602 例类风湿关节炎患者中医证候分布特点的多中心横断面调查 [J]. 中医杂志, 2018, 59(11): 963–967.
- [12] LIU DF, YAN J, GUO MY, et al. Correlation study between interleukin-17 and ESR and CRP in serum and the synovial fluid of rheumatoid arthritis patients of accumulated dampness-heat obstruction in joints syndrome [J]. Chin J Integr Med, 2014, 34(3): 272–275.
- [13] SILVA I, MATEUS M, Branco JC. Assessment of erythrocyte sedimentation rate (ESR) and C-reactive protein (CRP) on rheumatoid arthritis activity prediction [J]. Acta Reumatol Port, 2010, 35(5): 456–462.
- [14] SHI Q, ZHAO Y, BAO CD, et al. The efficacy and safety of tocilizumab combined with disease-modifying anti-rheumatoid drugs in the treatment of active rheumatoid arthritis: a multi-center, randomized, double-blinded, placebo-controlled trial [J]. Chin J Inter Med, 2013, 52(4): 323–329.
- [15] LITTLEJOHN EA, MONRAD SU. Early diagnosis and treatment of rheumatoid arthritis [J]. Prim Care, 2018, 45(2): 237–255.
- [16] 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.
- [17] 马明坤, 温学红, 肖继, 等. 类风湿关节炎患者中医证型与实验室指标的相关性研究 [J]. 医学综述, 2013, 19(16): 3063–3065.
- [18] 孙建, 刘章锁, 刘东伟. 血清 C 反应蛋白水平对难治性类风湿关节炎的预测价值 [J]. 郑州大学学报(医学版), 2012, 47(3): 382–384.
- [19] 刘鹏, 高利霞, 观美华, 等. C-反应蛋白与类风湿关节炎疾病活动度的相关性研究 [J]. 检验医学与临床, 2013, 10(16): 2082–2083.
- [20] 姚血明, 马武开, 唐芳, 等. 类风湿关节炎患者 DAS28 积分与疾病活动指标的相关性分析 [J]. 中国慢性病预防与控制, 2013, 21(1): 79–81.
- [21] 王志中, 方勇飞, 罗彦, 等. 322 例湿热痹阻型及寒湿痹阻型类风湿关节炎中医证型的客观化研究 [J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31(4): 466–470.
- [22] 姜泉, 周新尧. 从湿热瘀论治类风湿关节炎 [J]. 世界中西医结合杂志, 2010, 5(4): 279–280, 287.
- [23] 李静, 柏干萃, 王勇, 等. 401 例类风湿关节炎患者中医证候要素分析 [J]. 第三军医大学学报, 2009, 31(21): 2103–2105.

Disease Activity of Rheumatoid Arthritis with Different Traditional Chinese Medicine Syndromes: A Cross-sectional Study of 1388 Patients

GONG Xun, CUI Jiakang, JIANG Quan, LIU Weixiang, Wang Jian

Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing, 100053

ABSTRACT Objective To explore the characteristics of disease activity in rheumatoid arthritis (RA) patients with different traditional Chinese medicine (TCM) syndromes. **Methods** A cross-sectional study assessing 1388 RA patients from 18 centers was performed, through a predesigned TCM syndrome questionnaire for RA. TCM syndromes for RA included wind-damp obstruction, cold-damp obstruction, damp-heat obstruction, phlegm and blood

stasis obstruction, *qi*-blood deficiency, and liver-kidney insufficiency. The number of swollen joints, the number of tender joints, erythrocyte sedimentation rate (ESR), C-reactive protein (CRP), and disease activity score 28 (DAS28) were analyzed. **Results** There were 135 RA patients with wind-damp obstruction syndrome, 272 with cold-damp obstruction syndrome, 613 with damp-heat obstruction, 142 with phlegm and blood stasis obstruction, 47 with *qi*-blood deficiency, and 179 with liver-kidney insufficiency. Patients with damp-heat obstruction syndrome had a higher number of tender joints and a higher score of DAS28-ESR (4) than patients with other syndromes except for liver-kidney insufficiency ($P < 0.05$). There were significant differences in the numbers of swollen joints between patients with damp-heat obstruction syndrome, and wind-damp obstruction syndrome, and *qi*-blood deficiency syndrome ($P < 0.05$). Patients with damp-heat obstruction syndrome had the highest ESR ($P < 0.05$). There was no significant difference in CRP between different syndromes ($P > 0.05$). According to DAS28-ESR scores, patients with wind-damp obstruction syndrome and *qi*-blood deficiency syndrome were mainly at moderate activity, while the other syndromes were mainly at high activity ($P < 0.05$). **Conclusion** The disease activity of RA patients varies with different TCM syndromes, and patients with damp-heat obstruction syndrome has the highest disease activity.

Keywords rheumatoid arthritis; traditional Chinese medicine syndrome; disease activity; cross-sectional study

(收稿日期: 2020-02-20; 修回日期: 2020-10-28)

编辑: 王利芬

珍贵文献 临床科研必备《中医杂志》光盘合订本

《中医杂志》光盘检索系统收录了1951年~2013年出版发行的《中医杂志》所有期刊(繁体字已转为简体字)。您可借助计算机阅读收录的任意一篇文章,而且可对光盘进行任意词或多组合条件检索,检索结果可以打印或下载保存。您可以在几秒钟内就能检索到某种疾病、某种疗法或某种药的相关文章,本光盘可按自然年、期排序,方便阅读与保存。1951年~1986年光盘还收录了扫描的原文版面图像。

邮购地址:北京东直门内南小街16号中医杂志社,邮政编码:100700

电话:(010) 64035632 联系人:杨秋雷(请在汇款单附言栏写明购买者的电话)

1951年~1986年光盘合订本每套(4张光盘)480元

1987年~1994年光盘合订本每套(1张光盘)260元

1995年~2004年光盘合订本每套(1张光盘)280元

2005年~2013年光盘合订本每套(1张光盘)300元



欢迎关注《中医杂志》公众号

科技精品光盘全文检索管理系统3.5-《中医杂志》(1987-1994)

系统工具 检索结果 检索设置 桌面设置 帮助

