

证候 · 诊断

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2018.11.016

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

王建¹, 巩勋¹, 唐晓颇¹, 刘宏潇¹, 刘健², 何东仪³, 张俊莉⁴, 李振彬⁵, 黄清春⁶,
王新昌⁷, 吴庆军⁸, 方勇飞⁹, 汪悦¹⁰, 陈适¹¹, 蒋红¹², 高明利¹³, 刘维¹⁴,
刘英¹⁵, 李泽光¹⁶, 赵钟文¹⁷, 王成武¹⁸, 刘维超¹⁹, 王海东²⁰,
娄玉铃²¹, 孟庆良²², 阮崇杰²³, 谢雁鸣²⁴, 姜泉^{PK}

(1. 中国中医科学院广安门医院, 北京市西城区北线阁 5 号, 100053; 2. 安徽中医药大学第一附属医院; 3. 上海市光华中西医结合医院; 4. 西安市第五医院; 5. 白求恩国际和平医院; 6. 广东省中医院; 7. 浙江中医药大学附属第二医院; 8. 北京协和医院; 9. 中国人民解放军第三军医大学附属医院; 16. 黑龙江中医药大学附属第一医院; 17. 福建省第二人民医院; 18. 长春中医药大学第一附属医院; 19. 云南省中医院; 20. 甘肃省中医院; 21. 河南风湿病医院; 22. 河南中医药大学第二附属医院; 23. 武汉市中医院; 24. 中国中医科学院中医临床基础医学研究所)

摘要 目的 分析类风湿关节炎中医证候分布特点。方法 采集全国 18 家研究中心 1602 例类风湿关节炎患者的病史及中西医诊断信息, 设计类风湿关节炎病证规律调查表, 将所有信息录入类风湿关节炎中医临床数据库。将患者辨证分为风湿痹阻证、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。分析患者中医证候分布及组合特点。结果 共收集符合标准的调查表 1602 份。因部分调查表证候诊断缺如, 1418 例证候填写完整的 RA 患者中, 单一证候 1232 例占 86.88%, 其中湿热痹阻证比例最高共计 622 例, 占 43.86%, 其他依次为寒湿痹阻证、肝肾不足证、痰瘀痹阻证、风湿痹阻证、气血不足证。RA 患者不同证候分布差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。除西南地区外, 其他各地区 RA 患者均以湿热痹阻证为主要证候, 湿热痹阻证在华北地区的证候分布中所占比例最高为 57.08% (137 例/240 例), 西南地区最低为 25.48% (66 例/259 例), 西南地区以寒湿痹阻证为主要证候占 32.82% (85 例/259 例)。各地区证候分布差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。痰瘀痹阻证、肝肾不足证病程与风湿痹阻证、寒湿痹阻证、湿热痹阻证、气血两虚证相比, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 湿热痹阻证是类风湿关节炎患者的主要证候类型, 其地域分布广, 病程较痰瘀痹阻证、肝肾不足证患者短。

关键词 类风湿关节炎; 证候分布; 湿热痹阻证; 横断面调查

类风湿关节炎 (rheumatoid arthritis, RA) 属于中医学“痹病”“历节病”等范畴, 中医药在治疗 RA 方面具有一定效果和良好的前景, 如减低疾病活动度、减缓骨质破坏、结合西药减毒增效等^[1-3], 尤以基于辨证论治的个体化治疗为特色。深入研究 RA 证候分布特点, 对于提高 RA 的中医辨治水平具有重要意义。目前, RA 中医证候分布特点研究存在样本量偏小, 调查地点单一, 可能存在一定的偏倚^[4]。本研究在广泛文献调研的基础

上, 咨询相关领域专家及课题组内部反复讨论, 制定了 RA 病证规律调查表, 选择全国 18 家研究中心 1602 例 RA 患者进行前瞻性横断面调查, 对中医证候分布特点进行分析, 以期对 RA 中医临床辨治提供参考。

1 临床资料

1.1 研究对象

研究包括了 2014 年 2 月至 2015 年 8 月中国中医科学院广安门医院、安徽中医药大学第一附属医院、上海市光华中西医结合医院、西安市第五医院、白求恩国际和平医院、广东省中医院、浙江中

基金项目: “十二五”国家科技支撑计划 (2013BAI02B00)

* 通讯作者: doctorjq@126.com, (010) 88001425

医药大学附属第二医院、北京协和医院等全国 18 个研究中心的 RA 患者。

1.2 诊断标准

RA 诊断标准按照 1987 年美国风湿病学会 (ARA) 修订的类风湿关节炎分类标准^[8]和/或 2010 ACR/EULAR 类风湿关节炎分类标准^[9]。

1.3 纳入标准

符合 RA 诊断标准者; 年龄 > 16 岁; 当地居住满 2 年。

1.4 排除标准

合并干燥综合征、系统性红斑狼疮等其他风湿免疫性疾病者; 合并精神疾病、阿尔茨海默病者; 不能完整叙述其病情者; 调查不合作者。

2 方法

2.1 研究方法

通过查阅文献^[7-9]和咨询相关专家, 设计制定调查表相关条目, 围绕问卷结构, 筛选主要方面, 将各方面作为具体操作化的单元, 形成条目池, 包括一般信息、症状和体征、实验室指标、疾病活动度评价、患者健康评价调查表等。

调查表的填写由风湿科临床医师或研究生进行面对面的结构式访问, 并严格按照标准填写调查表, RA 证候诊断由各中心副主任及以上医师完成。由于调查所获得的信息部分来自被调查者自身的感受, 因此问卷涉及被调查者症状或主观感受时, 可由患者自行填写, 自行填写部分由一般信息、危险因素及疾病加重诱因、症状调查、患者健康评价调查表、患者报告的临床结局等五部分内容, 实际调查是采取两种方法结合进行, 有利于调查结果客观、可信。

2.2 中医辨证分型

证候类型的判定参考《中医病证诊断疗效标准》^[10]、《中药新药临床研究指导原则 (试行)》^[11]和《22 个专业 95 个病种中医临床路径 (合订本)》^[12]拟定, 包括风湿痹阻证、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。辨证标准如下: 1) 风湿痹阻证, 主症: ①肢体关节疼痛、重着, 或有肿胀; ②痛处游走不定, 关节屈伸不利。次症: ①恶风; ②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: ①肢体关节冷痛, 局部肿胀; ②屈伸不利, 关节拘急, 局部畏寒。次

症: ①红肿灼热; ②恶风畏寒, 四末不温; ③气候剧变则疼痛加剧; ④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: ①关节或肌肉局部红肿、灼热, 疼痛、有重着感; ②活动受限。次症: ①发热, 有汗不解; ②心烦, 口渴不欲饮; ③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: ①肢体肌肉关节刺痛, 固定不移; ②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: ①关节疼痛僵硬变形, 屈伸不利, 有硬结、瘀斑; ②面色黧黑, 眼睑浮肿; ③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: ①关节肌肉痠痛无力, 活动后加剧; ②肢体麻木, 筋惕肉瞤, 肌肉萎缩, 关节变形。次症: ①少气乏力, 自汗, 心悸; ②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: ①关节肌肉疼痛, 肿大或僵硬变形; ②屈伸不利, 腰膝酸软无力, 或足跟疼痛, 昼轻夜重。次症: ①关节发凉, 畏寒喜暖; ②齿松早脱, 面浮肢肿; ③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。

2.3 数据管理及统计学方法

建立类风湿关节炎中医数据中心 (CRDC-TCM), 将所有入选病例数据录入 CRDC-TCM, 进行数据录入管理。数据录入采用双录形式。对录入数据的有关数值进行设置, 自动提示不合理数据, 同时为减少录入人员错误, 数据录入后进行再次校对, 最终达到提高整体数据质量的目的。数据录入完成后采用 SPSS 18.0 统计软件进行分析。计量资料符合正态分布采用均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 $R \times C$ 表卡方检验, 当多样本比较总体差异显著时, 进一步采用卡方分割进行多样本间两两比较; 不符合正态分布采用中位数 (四分位间距) 表示, 采用秩和检验方法。计数资料采用卡方检验。检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

3 结果

3.1 一般资料

共收集符合标准的调查表 1602 份, 其中女性 1347 例, 男性 255 例; 年龄 16 ~ 88 岁, 平均年龄 (55.14 ± 0.23) 岁, 其中 45 ~ 54 岁 506 例 (31.59%), 35 ~ 44 岁 206 例 (12.86%), 55 ~ 64 岁 420 例 (26.22%); 病程 0.5 ~ 55 年, 中位病程 5 (1, 11) 年; 发病年龄 4 ~ 87 岁, 中位年龄为 47 (37, 56) 岁, 其中 45 ~ 54 岁发病人数最多, 共 452 例 (29.05%), 其次为 35 ~ 44 岁 (359 例, 23.07%) 和 55 ~ 64 岁 (301 例, 19.34%)。1506 例患者进行了工作强度调查, 其中低强度 735 例 (48.80%), 中等强度 690 例 (45.82%), 高强度 81 例 (5.38%)。家族史: 无明确家族史 1525 例 (95.19%), 有明确家族史 75 例 (4.83%)。

3.2 中医证候分布情况

因部分调查表证候诊断缺如, 1418 例证候填写完整的 RA 患者中, 单一证候 1232 例, 占 86.88%。其中湿热痹阻证比例最高, 共计 622 例, 占 43.86%, 其他依次为寒湿痹阻证 281 例, 占 19.82%; 肝肾不足证 186 例, 占 13.12%; 痰瘀痹阻证 144 例, 占 10.16%; 风湿痹阻证 136 例, 占 9.59%; 气血不足证患者最少, 共计 49 例, 占 3.46%。RA 患者不同证候分布差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

复合证候患者 186 例, 占 13.12%。复合证候分布中, 各证候中兼有肝肾不足证候最为常见共 96 例, 占复合证候患者的 51.61%, 其他依次为兼有气血不足证 32 例, 占 17.2%; 痰瘀痹阻证 29 例, 占 15.59%; 兼有湿热痹阻证 17 例, 占 9.14%; 兼有寒湿痹阻证 10 例, 占 5.38%; 兼有风湿痹阻证 2 例, 占 1.08%。

3.3 1062 例类风湿关节炎各证型患者区域分布情况比较

表 1 示, 除西南地区外, 其他各地区 RA 患者均以湿热痹阻证为主要证候。湿热痹阻证在华北地区

区的证候分布中所占比例最高为 57.08% (137 例/240 例), 西南地区最低为 25.48% (66 例/259 例), 西南地区以寒湿痹阻证为主要证候占 32.82% (85 例/259 例)。除中南地区以风湿痹阻证最为少见外, 其他地区均以气血两虚证所占比例最低。各地区证候分布差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

3.4 1062 例类风湿关节炎各证型患者病程比较

表 2 示, 不同证型的 RA 患者的病程差异具有统计学意义 ($F = 4.386$, $P = 0.001$)。进一步采用 LSD 法进行两两间多重比较, 结果显示, 痰瘀痹阻证、肝肾不足证患病病程与风湿痹阻证、寒湿痹阻证、湿热痹阻证、气血两虚证相比, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。其余证候类型的病程两两之间差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

表 2 1062 例类风湿关节炎各证型患者病程比较 (年, $\bar{x} \pm s$)

证型	例数	病程
风湿痹阻证	136	6.81 ± 5.11 ^{*△}
寒湿痹阻证	281	7.67 ± 6.32 ^{*△}
湿热痹阻证	622	7.49 ± 7.19 ^{*△}
痰瘀痹阻证	144	11.02 ± 10.17
气血两虚证	49	6.84 ± 6.21 ^{*△}
肝肾不足证	186	9.83 ± 7.13

注: 与痰瘀痹阻证比较, * $P < 0.05$; 与肝肾不足证比较, $\Delta P < 0.05$

4 讨论

历代医家通过临床观察逐渐认识到非独风、寒、湿三邪能致痹。吴鞠通在《温病条辨·中焦篇》曰“湿聚热蒸, 蕴于经络, 寒战热炽, 骨节烦痛, 舌质灰滞, 面色萎黄, 病名湿痹, 宣痹汤主之”, 使痹证的治则治法开始从辛温向辛凉转变。张子和《儒门事亲》提及“痹病以湿热为源, 风寒为兼, 三气合而为痹”, 总结出痹病之病因或为湿热之邪, 或为风寒之邪, 外邪内侵, 郁久均可化热而转成热痹。本研究结果显示, RA 患者以湿热痹阻证比例最高, 其他依次为寒湿痹阻证、肝肾不

表 1 1062 例类风湿关节炎各证型患者区域分布情况比较 [例 (%)]

证型	例数	华北地区 (240 例)	东北地区 (295 例)	华东地区 (302 例)	西南地区 (259 例)	西北地区 (166 例)	中南地区 (158 例)
风湿痹阻证	136	24 (17.6)	25 (18.4)	16 (11.8)	57 (41.9)	8 (5.8)	6 (4.4)
寒湿痹阻证	281	27 (9.6)	66 (23.5)	36 (12.8)	85 (30.2)	53 (18.9)	14 (5.0)
湿热痹阻证	622	137 (22.0)	102 (16.4)	160 (25.7)	66 (10.6)	87 (14.0)	70 (11.3)
痰瘀痹阻证	144	22 (15.3)	66 (45.8)	28 (19.4)	14 (9.7)	6 (4.2)	8 (5.5)
气血两虚证	49	6 (12.2)	7 (14.3)	9 (18.4)	14 (28.6)	2 (4.1)	13 (26.5)
肝肾不足证	186	24 (12.9)	29 (15.6)	53 (28.5)	23 (12.4)	10 (5.4)	47 (25.3)

足证、痰瘀痹阻证、风湿痹阻证，气血不足证患者最少。提示湿热痹阻证是 RA 最为常见的证候类型，这与本课题组前期对中国中医科学院广安门医院 475 例 RA 患者中医证候调查的研究结论一致^[10]。

通过文献回顾发现，湿热痹阻和寒湿痹阻证一直以来被认为是 RA 的两大主要证候类型^[11-13]，但是不同地区的研究结论存在差异。北京、广西、新疆地区等认为湿热证是 RA 的主要证候类型^[10,14-15]，而云南、广东、辽宁等地区认为 RA 以寒湿证为主^[16-18]，而重庆地区研究报道 RA 以寒热错杂证为主^[19]。本研究对不同地区 RA 患者证候分布研究结果发现，除西南地区外，其他地区 RA 患者均以湿热痹阻证为主要证候，这说明各地区湿热痹是活动期 RA 核心病机。

对不同证型的 RA 患者病程进行分析，湿热痹阻证、寒湿痹阻证、风湿痹阻证多见于短病程患者，痰瘀痹阻和肝肾不足多见于长病程患者。说明 RA 病程早期以邪实为主，若迁延不愈，复感外邪，内舍肝肾，造成肝肾不足；或是湿热蕴结日久，耗伤阴精，损及肝肾，导致肝肾不足。临床上长病程 RA 患者容易出现腰膝酸软、畏寒肢冷等肝肾不足表现。痰浊瘀血既是 RA 的病产物，也是致病因素。痰浊瘀血壅滞经脉，深入骨骱，胶著不去，痰瘀互结，凝滞经脉而成顽痹。本研究结果符合临床实际，与其他研究结果基本一致，如谢丽萍等^[14]研究了广西地区 RA 患者的证候与病程关系，肝肾阴虚病程最长。宋玉洁^[20]通过临床观察得出 RA 早、中期中医证型以湿热阻络和寒湿阻络为主；中晚期主要表现为痰瘀互结；晚期以肝肾阴虚为主。于秀明等^[21]对 202 例 RA 患者的证候分型调查结果表明，寒湿痹阻型、肾气虚寒型多见于疾病早期，瘀血痹阻主要见于疾病晚期。查青林等^[22]研究认为，RA 患者中肝肾不足兼痰瘀互结证病程较其他证型长。因此，针对 RA 不同病程、不同地区中医证型及兼夹证候特点，对 RA 进行分层、分期治疗，以中医动态辨证为基础，进行中医药全程干预个体化治疗，从而延缓病情发展。

参考文献

- [1] 吴方真, 吴宽裕, 赵钟文, 等. 中医药优化方案治疗湿热痹阻型活动期类风湿关节炎临床观察 [J]. 中医药通报, 2014, 13(6): 40-42.
- [2] 程仕萍, 贾冬梅, 周平生, 等. 基于文本挖掘的中医药治疗类风湿关节炎骨破坏用药规律 [J]. 中医杂志, 2016,

57(11): 970-974.

- [3] 赖爱云, 徐健, 梁维, 等. 阿达木单抗注射液联合白芍总苷治疗甲氨蝶呤不耐受型类风湿关节炎的临床疗效 [J]. 现代生物医学进展, 2017, 17(8): 1474-1476, 1486.
- [4] 侯雷, 马武开. 类风湿关节炎中医证候分类临床文献研究 [J]. 中国中西医结合杂志, 2014, 34(3): 279-283.
- [5] AMETT FC, EDWORTHY SM, BLOCK DA, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis [J]. Arthritis Rheum, 1988, 31(3): 315-324.
- [6] 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]. Arthritis Rheum, 2010, 62(9): 2569-2581.
- [7] 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: 47.
- [8] 郑筱萸. 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: 115-117.
- [9] 国家中医药管理局医政司. 22 个专业 95 个病种中医临床路径(合订本) [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2010: 247.
- [10] 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.
- [11] 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.
- [12] 鲁丽, 吴洋, 陈艳林, 等. 类风湿关节炎中医主要证候分析 [J]. 世界中西医结合杂志, 2011, 6(6): 491-493.
- [13] 何翠婷, 付丽媛, 阎小萍, 等. 类风湿性关节炎中医证候分布规律的初步探讨 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2004, 10(1): 26-28.
- [14] 谢丽萍, 肖敬, 史伟, 等. 广西地区类风湿关节炎中医证候分布的研究 [J]. 时珍国医国药, 2008, 19(2): 380-381.
- [15] 陈慕芝, 巴哈尔古丽, 照日格图. 新疆哈萨克族类风湿关节炎中医证候特点分析 [J]. 现代中西医结合杂志, 2015, 24(22): 2412-2414.
- [16] 彭江云, 狄朋桃, 方春风, 等. 云南地区类风湿关节炎中医证候学研究 [J]. 中国中医药信息杂志, 2012, 19(7): 15-17.
- [17] 李文杰, 黄闰月, 晏菁遥, 等. 用因子分析法解析广东地区类风湿关节炎证候分型的特点 [J]. 中华中医药学刊, 2014, 32(10): 2359-2362.
- [18] 邢丽丽, 高明利. 辽宁地区类风湿关节炎患者中医证候规律的回顾性研究 [J]. 风湿病与关节炎, 2013, 2(7): 35-38.
- [19] 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.

[20] 宋玉洁. 类风湿性关节炎中医辨证的客观化研究 [J]. 中国中医药科技, 2007, 14(5): 308-309.

[21] 于秀明, 刘学明, 侯云峰, 等. 类风湿性关节炎中医辨证分型与实验室指标的研究 [J]. 中华中医药学刊,

2007, 25(7): 1462-1464.

[22] 查青林, 何羿婷, 吕爱平. 类风湿性关节炎寒热属性分类及其对中西药疗效的影响 [J]. 江西中医学院学报, 2007, 19(6): 21-23.

Multi-center Cross-sectional Survey of Characteristics of Chinese Medicine Syndromes in 1602 Rheumatoid Arthritis Patients

WANG Jian¹, GONG Xun¹, TANG Xiaopo¹, LIU Hongxiao¹, LIU Jian², HE Dongyi³, ZHANG Junli⁴, LI Zhenbin⁵, HUANG Qingchun⁶, WANG Xinchang⁷, WU Qingjun⁸, FANG Yongfei⁹, WANG Yue¹⁰, CHEN Shi¹¹, JIANG Hong¹², GAO Mingli¹³, LIU Wei¹⁴, LIU Ying¹⁵, LI Zeguang¹⁶, ZHAO Zhongwen¹⁷, WANG Chengwu¹⁸, LIU Weichao¹⁹, WANG Haidong²⁰, LOU Yuqian²¹, MENG Qingliang²², RUAN Chongjie²³, XIE Yanming²⁴, JIANG Quan¹

(1. Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing, 100053; 2. The First Affiliated Hospital of Anhui University of Chinese Medicine; 3. Shanghai Guanghua Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine; 4. The Fifth Hospital of Xi'an; 5. Bethune International Peace Hospital; 6. Guangdong Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine; 7. The Second Affiliated Hospital of Zhejiang University of Chinese Medicine; 8. Peking Union Medical College Hospital; 9. Affiliated Hospital of the Third Military Medical University of the Chinese People's Liberation Army; 16. First Affiliated Hospital, Heilongjiang University of Chinese Medicine; 17. The Second People's Hospital of Fujian Province; 18. The First Affiliated Hospital of Changchun University of Traditional Chinese Medicine; 19. Yunnan Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine; 20. Gansu Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine; 21. Henan Rheumatism Hospital; 22. Henan Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine; 23. Wuhan City Hospital of Traditional Chinese Medicine; 24. Institute of Basic Research in Clinical Medicine, China Academy of Chinese Medical Sciences)

ABSTRACT Objective To analyze the characteristics of the distribution of Chinese Medicine syndromes in rheumatoid arthritis. **Methods** A total of 1602 rheumatoid arthritis patients from 18 research centers across the country were recruited for the diagnosis of rheumatoid arthritis and the diagnostic information of traditional Chinese and western medicine. The questionnaire for rheumatoid arthritis syndrome was designed and all information was recorded in the Chinese Medicine clinical database of rheumatoid arthritis. The patients were divided into wind dampness obstruction syndrome, cold dampness obstruction syndrome, dampness heat obstruction syndrome, phlegm stasis obstruction syndrome, qi and blood deficiency syndrome, liver and kidney deficiency syndrome. Patients' TCM syndrome distribution and combination characteristics were analyzed. **Results** A total of 1602 questionnaires that met the criteria were collected. Due to lack of diagnosis in some of the questionnaires, in 1418 patients who completed the questionnaire, 1236 cases with single syndrome accounted for 86.88%, of which the highest proportion of dampness heat obstruction syndrome totaled 622 cases, accounting for 43.86%, followed by cold dampness obstruction syndrome, liver and kidney deficiency syndrome, phlegm stasis obstruction syndrome, wind dampness obstruction syndrome, qi and blood deficiency syndrome. The difference in distribution of different syndromes in RA patients was statistically significant ($P < 0.05$). Except for the southwest region, all patients in other regions had major symptoms of dampness heat obstruction syndrome. The highest proportion of damp heat obstruction syndrome in the distribution of syndromes in North China was 57.08% (137/240 cases). The lowest was 25.48% (66/259 cases) in the southwest region. The major syndrome was cold dampness obstruction syndrome of 32.82% (85/259 cases) in the southwest region. There was a statistically significant difference in the distribution of syndromes in each region ($P < 0.05$). Significant differences were found between the phlegm stasis obstruction syndrome, liver and kidney deficiency syndrome duration and wind dampness obstruction syndrome, wind dampness obstruction syndrome, dampness heat obstruction syndrome, and qi and blood deficiency syndrome ($P < 0.05$). **Conclusion** Dampness heat obstruction syndrome is the main syndrome type of patients with rheumatoid arthritis. Its geographical distribution is wide, and the course of disease is shorter than that of patients with phlegm stasis obstruction syndrome and liver and kidney deficiency syndrome.

Keywords rheumatoid arthritis; syndrome distribution; dampness heat obstruction syndrome; cross-sectional survey

(收稿日期: 2017-11-11; 修回日期: 2018-02-09)

编辑: 邓媛