

健脾活血法治疗类风湿性关节炎临床观察^{*}

★ 喻建平 张艳珍 (江西中医学院附属医院风湿病科 南昌 330006)

★ 李学勇 (江西中医学院 2004 级硕士研究生 南昌 330006)

摘要:目的:客观评价健脾活血法治疗类风湿性关节炎的疗效及安全性。方法:随机选择门诊类风湿性关节炎患者 70 例,中药治疗组 30 例,用健脾活血法结合辨证加味进行治疗;西药治疗组 20 例,用消炎痛结合甲氨喋呤进行治疗;中西医结合治疗组 20 例,用前述两种方法相结合进行治疗。疗程均为 3 个月。观察各组疗效及有无不良反应。结果:中药组、西药组、中西医结合治疗组显效率及中药组、西药组总有效率比较无显著性差异;总有效率比较,中西医结合组优于中药组、西药组,统计学显示有显著性差异。中药组未见不良反应;西药组有 1 例出现上腹痛,1 例腹泻,1 例口腔溃疡;中西医结合组有 1 例上腹痛。结论:健脾活血法治疗类风湿性关节炎安全有效,健脾活血法配合西药能提高疗效、减少不良反应的发生。

关键词:健脾活血法;类风湿性关节炎

中图分类号:R 593.22 **文献标识码:**B

类风湿性关节炎是临床常见病、多发病、疑难病,治疗周期较长。西药如非甾体抗炎药,缓解病情抗风湿药临床疗效确切,但不良反应发生率较高,患者服药的依从性较差,难以坚持治疗。常规治疗风湿类疾病的中药如乌头、雷公藤、羌活、独活等也较易发生胃肠的不良反应。我们自 2004 年 10 月~2006 年 10 月用健脾活血法结合辨证加味治疗类风湿性关节炎,取得较满意疗效,安全性较好。现报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

疾病诊断采用美国风湿病学会 1987 年修订的类风湿性关节炎分类诊断标准;证候诊断采用国家“中药新药临床研究指导原则”中“中药新药治疗类风湿性关节炎的临床研究指导原则——中医证候诊断标准”。

1.2 病例选择

1.2.1 纳入标准 符合疾病诊断标准及证候诊断标准,年龄 18~65 周岁,近 1 周内未服用或已停用非本研究用药,签署临床试验知情同意书者。

1.2.2 排除标准 不符合疾病诊断标准及证候诊断标准,年龄小于 18 周岁或大于 65 周岁,近 1 周内已服用或未停用非本研究用药,未签署知情同意书

者;关节功能Ⅳ级或 X 线表现Ⅳ期;合并心、肾、肝、脑等严重疾病者。

1.3 一般资料

将入选病例随机分为三组。中药治疗组 30 例,男 6 例,女 24 例,年龄 20~65 岁,平均年龄 (37.2 ± 7.24) 岁,病程 8 个月~25 年,平均病程 (11.2 ± 5.36) 年;西药治疗组 20 例,男 4 例,女 16 例,年龄 19~63 岁,平均年龄 (37.7 ± 7.31) 岁,病程 6 个月~26 年,平均病程 (11.7 ± 5.71) 年;中西医结合治疗组 20 例,男 3 例,女 17 例,年龄 21~63 岁,平均年龄 (38.1 ± 7.55) 岁,病程 6 个月~23 年,平均病程 (10.3 ± 5.45) 年。三组比较无显著性差异($P > 0.05$),具有可比性。

2 治疗观察方法

2.1 治疗方法

中药治疗组:健脾活血法主方(徐长卿 30 g、山药 15 g、茯苓 30 g、生黄芪 15 g、蚕砂 10 g、白扁豆 20 g、苏木 15 g、穿山龙 30 g、鬼箭羽 15 g、鸡血藤 15 g)。湿热痹阻证加忍冬藤 30 g、半枝莲 15 g;寒湿痹阻证加制川乌 15 g、炒苍术 10 g;肾气虚寒证加制附片 15 g、肉桂 5 g;肝肾阴虚证加白芍 18 g、女贞子 15 g;瘀血痹阻证加天花粉 15 g、制莪术 15 g。每日 1 剂,分两次水煎服。疗程为 3 个月。

^{*} 江西省卫生厅学术带头人计划项目, No. 041088

西药治疗组:消炎痛 25 mg,口服,3 次/日;甲氨喋呤 10 mg,肌注,1 次/周。疗程为 3 个月。

中西医结合治疗组:将上述两组用药合用。疗程为 3 个月。

2.2 观察方法

(1)观察一般情况及生命体征,包括性别、年龄、病程、病史、诱发及缓解因素、体温、脉搏、呼吸、血压等,以及类风湿因子、双手 X 正位片,治疗前诊查一次;症状体征于治疗前、治疗后每周、疗程结束时各诊查一次;疗效性、安全性指标包括血沉、血、尿、粪常规,肝、肾功能,心电图,治疗前后各查一次。及时记录不良反应并作对应处理。

(2)疗效判定。显效:主要症状、体征整体改善率 $\geq 75\%$,血沉正常或明显改善或接近正常。进步:主要症状、体征整体改善率 $\geq 50\%$,血沉有改善。有效:主要症状、体征整体改善率 $\geq 30\%$,血沉有改善或无改善。无效:主要症状、体征整体改善率 $< 30\%$,血沉无改善。

3 结果

中药治疗组 30 例中显效 16 例(53.33%),进步及有效各 4 例(13.33%),无效 6 例(20%);西药治疗组 20 例中显效 11 例(55%),进步 2 例(10%),有效 4 例(20%),无效 3 例(15%);中西医结合组 20 例中显效 12 例(60%),进步 1 例(5%),有效 6 例(30%),无效 1 例(5%)。三组总有效率依次为 80%、85%、95%。经卡方检验,中西医结合组与前两组比较,有显著性差异($P < 0.05$)。

中药治疗组无不良反应发生。西药治疗组出现 1 例上腹痛,加服胃舒平片,2 片/次,3 次/天,第二天始上腹痛消失,胃舒平与治疗用药同服至疗程结束;1 例腹泻水样便,加服思密达颗粒,3 g/次,3 次/天,3 天后腹泻消失,停思密达后未复发;1 例口腔溃疡,加服复方维生素 B 片,2 片/次,3 次/天,维生素 C 片,2 片/次,3 次/天,1 周后口腔溃疡痊愈,后未复发,此二药与治疗用药同服至疗程结束。中西医结合组有 1 例上腹痛,加服香砂养胃丸至疗程结束,8 g/次,3 次/天,第二天腹痛消失,后未复发。

4 讨论

关于中医药治疗类风湿性关节炎,检索近十年有关文献发现,中医药在该领域中确有疗效,临床应用前景广阔。但是,大多数临床人员在辨证治疗时以风、寒、湿、热痹阻及肝肾不足为其主要病机,治疗

用药针对病机中所及正邪的各方面^[1~3],治疗应对点多而杂,重复性低,不利于临床应用。其治验中药方剂中羌活、独活、川草乌、乳香、没药等均被采用,尤以雷公藤、青风藤制剂疗效较好^[1]。而此类药物副作用明显,患者耐受性、依从性较差,难以坚持治疗。对瘀血在发病中的重要性认识不足,活血化瘀常作为辅助疗法^[1~3],未见以活血化瘀为主要治法者。病机认识的局限及临床研究低水平重复,严重阻碍了类风湿性关节炎中医药治疗学的发展。

基础研究显示,类风湿性关节炎病邪核心为湿,主要涉及肝肾两脏^[4,5];瘀血在发病过程中起重要作用^[6]。治疗重心应在湿与瘀。素有健脾湿邪可去之说,且健脾药常有祛湿之功;脾气旺则化源足,又可福及肝肾。针对类风湿性关节炎中医病理之要害,我们以健脾活血法结合辨证加味治疗类风湿性关节炎。主方中,黄芪、山药、茯苓、扁豆健脾益气,脾健则湿邪易祛,气旺则邪不可干;蚕砂祛风除湿、和胃健脾;徐长卿、苏木、穿山龙、鬼箭羽活血化瘀又可祛风湿;鸡血藤养血柔筋、通络舒筋,兼助活血化瘀。

本研究结果显示,中药组、西药组、中西医结合治疗组显效率比较($P > 0.05$)及中药组、西药组总有效率比较($P > 0.05$),均无显著性差异;三组总有效率比较,中西医结合组优于中药组、西药组, $P < 0.05$,统计学显示有显著性差异。中药组未见不良反应;西药组有 1 例出现上腹痛,1 例腹泻,1 例口腔溃疡;中西医结合组有 1 例上腹痛。提示健脾活血法治疗类风湿性关节炎无毒副作用、安全性好,疗效满意,与西药合用可提高疗效,降低不良反应发生率,值得临床应用。

参考文献

- [1]马进. 类风湿性关节炎中西医结合治疗进展[J]. 云南中医中药杂志, 2004, 25(1): 39
- [2]高晓峰. 中医药治疗类风湿性关节炎研究进展[J]. 湖南中医药导报, 2003, 9(2): 45
- [3]李强. 类风湿性关节炎中医药治疗进展[J]. 吉林中医药, 2004, 24(3): 10
- [4]何羿婷. 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
- [5]邓兆智. 类风湿性关节炎证候的探讨[J]. 中国医药学报, 1993, 8(6): 14
- [6]张恒虎. 类风湿性关节炎活血化瘀应用机理初探[J]. 中医药研究, 2002, 18(6): 5

(收稿日期: 2006-12-31)