

4028 例类风湿关节炎患者中医证候回顾分析*

许 飞¹, 唐超炫¹, 周文强¹, 肖勇洪², 熊光轶¹, 吴晶金², 张 玲^{1,2}, 彭江云^{1,2△}

(1. 云南中医药大学, 云南 昆明 650500; 2. 云南省中医院/云南中医药大学第一附属医院, 云南 昆明 650021)

摘要: **目的** 分析类风湿关节炎(RA)患者中医证候的分布规律。**方法** 回顾性分析 4028 例 RA 住院病例,对其证候总体分布,不同病程、年龄段的中医证候构成比进行统计分析。**结果** (1)RA 患者中医证候总体分布情况为:风寒湿痹证(52.6%),风湿热痹证(16.0%),寒热错杂证(14.9%),肝肾亏虚证(9.1%),气血亏虚证(4.7%),痰瘀痹阻证(2.2%),肾虚寒凝证(0.4%),气阴两虚证(0.1%);(2)RA 患者不同年龄段中医证候分布均以风寒湿痹为主要证候,且随着年龄的增加,虚证呈升高趋势;(3)RA 患者不同病程中医证候分布为:活动期患者以风寒湿痹证、风湿热痹证、寒热错杂证居多,病程日久易出现肝肾亏虚证、气血亏虚证、痰瘀痹阻证、肾虚寒凝证、气阴两虚证。**结论** 风寒湿痹证为云南地区 RA 住院患者最常见证候,在云南地区针对该证候开展中医药防治 RA 的理论 with 临床研究具有重大意义。

关键词: 类风湿关节炎; 中医证候; 回顾性研究; 分布规律

中图分类号: R259

文献标志码: A

文章编号: 1000-2723(2019)01-0038-04

DOI: 10.19288/j.cnki.issn.1000-2723.2019.01.008

类风湿关节炎^[1](rheumatoid arthritis, RA)是一种以侵蚀性关节炎为主要临床表现的慢性自身免疫性疾病,以对称性多关节炎为其特征,常累及手、腕、肘、膝、踝及足关节等。若未能规范治疗,病情渐进性发展加重,可导致受累关节骨质破坏,最终使患病关节强直、畸形,甚至丧失功能。本研究通过回顾性分析云南省中医院风湿病科 2009 年 1 月-2018 年 12 月 4 028 例 RA 患者住院病历,对其中医证候的分布规律情况总结分析,以探讨其分布规律。

1 资料与方法

1.1 病例来源 本研究收集 2009 年 1 月-2018 年 12 月在云南省中医院/云南中医药大学第一附属医院风湿病科住院治疗的 RA 患者病历资料。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准^[2] 参照 1987 年美国风湿病学

会(ARA)类风湿关节炎诊断标准。

1.2.2 中医病证诊断标准 参考王承德等编著《实用中医风湿病学》^[3], 国家中医药管理局医政司《22 个专业 95 个病种中医诊疗方案》^[4], 并结合云南省中医院风湿病科 RA 诊疗方案,将 RA 分为以下 8 个证候:风寒湿痹证、风湿热痹证、痰瘀痹阻证、气血亏虚证、肝肾亏虚证、寒热错杂证、气阴两虚证、肾虚寒凝证。

1.2.3 纳入标准 符合 RA 的西医及中医的诊断标准;第一诊断为 RA;病历资料完整。

1.2.4 排除标准 不符合 RA 的西医及中医的诊断标准;第一诊断不是 RA;病例资料不完整。

2 方法

2.1 研究方法 将所有纳入研究的 RA 患者病历资料记录于预先设计的病-证调查表中,内容包括性别、年龄、病程及中医证候。为保证录入数据的准确性,将

收稿日期: 2018-12-28

* **基金项目:** 国家自然科学基金(81560770);中医药行业科研专项(201507001-07);国家中医药管理局国家临床研究基地(云南)建设项目;云南省高校重点实验室建设计划;云南省医疗卫生单位内设研究机构科研项目基金-云南省中西医结合风湿病研究所课题(2017NS166)

第一作者简介: 许飞(1993-),男,在读硕士研究生,研究方向:风湿免疫性疾病的防治与研究。

△通信作者: 彭江云,Email-pengjiangyun@126.com

由专人进行录入,双人进行审核。审核无误后数据进一步汇总、筛选,建立电子数据库。

2.2 统计学方法 本次调查结束后,将收集的数据进行汇总、筛选,建立数据库,采用 SPSS17.0 统计软件进行统计学处理,计数资料用 χ^2 检验,多组计量资料采用单方向方差分析, $P<0.05$ 为统计学有意义。

3 中医证候总体分布情况

本研究共纳入 4028 例 RA 患者的病历资料,其中男性 798 例,占 19.8%,女性 3 230 例,占 80.2%。在 4 028 例患者中,风寒湿痹证 2118 例(52.6%)、风湿热痹证 646 例(16.0%)、痰瘀痹阻证 87 例(2.2%)、气血亏虚证 191 例(4.7%)、肝肾亏虚证 366 例(9.1%)、寒热错杂证 600 例 (14.9%)、气阴两虚证 4 例(0.1%)、肾虚寒凝证 16 例(0.4%)。4 028 例 RA 患者不同年龄段、不同性别、不同病程与中医证候分布情况,见表 1、表 2、表 3。

表 1 4028 例 RA 患者不同年龄段中医证候分布情况									n(%)
年龄/岁	证型								合计
	风寒湿痹证	风湿热痹证	寒热错杂证	肝肾亏虚证	气血亏虚证	痰瘀痹阻证	肾虚寒凝证	气阴两虚证	
10~20	9(52.9)	2(11.8)	3(17.6)	2(11.8)	1(5.9)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	17
21~30	67(61.5)	14(12.8)	14(12.8)	6(5.5)	7(6.4)	1(0.9)	0(0.0)	0(0.0)	109
31~40	208(61.4)	57(16.8)	44(13.0)	6(1.8)	14(4.1)	6(1.8)	4(1.2)	0(0.0)	339
41~50	490(58.8)	122(14.6)	132(15.8)	40(4.8)	35(4.2)	8(1.0)	6(0.7)	0(0.0)	833
51~60	653(55.3)	191(16.2)	187(15.8)	87(7.4)	41(3.5)	15(1.3)	4(0.3)	2(0.2)	1180
61~70	442(46.5)	178(18.7)	143(15.1)	120(12.6)	35(3.7)	29(3.1)	1(0.15)	2(0.2)	950
71~80	214(42.8)	70(14.0)	70(14.0)	77(15.4)	44(8.8)	24(4.8)	1(0.2)	0(0.0)	500
>80	35(35.0)	12(12.0)	7(7.0)	28(28.0)	14(14.0)	4(4.0)	0(0.0)	0(0.0)	100
合计	2118	646	600	366	191	87	16	4	4028

注:经 χ^2 检验, $P<0.05$

表 2 4028 例 RA 患者不同性别与中医证候分布情况									n(%)
性别	证型								合计
	风寒湿痹证	风湿热痹证	寒热错杂证	肝肾亏虚证	气血亏虚证	痰瘀痹阻证	肾虚寒凝证	气阴两虚证	
男	358(44.9)	193(24.2)	127(15.9)	65(8.1)	31(3.9)	23(2.9)	0(0.05)	1(0.1)	798
女	1760(54.5)	453(14.0)	473(14.6)	301(9.3)	160(5.0)	64(2.0)	16(0.5)	3(0.1)	3230
合计	2118	646	600	366	191	87	16	4	4028

注:经 χ^2 检验, $P<0.05$

表 3 4028 例 RA 患者不同病程与中医证候分布情况									n(%)
病程/年	证型								合计
	风寒湿痹证	风湿热痹证	寒热错杂证	肝肾亏虚证	气血亏虚证	痰瘀痹阻证	肾虚寒凝证	气阴两虚证	
<1	259(58.3)	84(18.9)	60(13.5)	26(5.9)	11(2.5)	3(0.7)	0(0.0)	1(0.2)	444
1~5	679(56.1)	207(17.1)	169(14.0)	80(6.6)	47(3.9)	25(2.1)	4(0.3)	0(0.0)	1211
6~10	517(55.3)	145(15.5)	135(14.4)	75(8.0)	37(4.0)	20(2.1)	6(0.6)	0(0.0)	935
11~15	359(48.4)	99(13.4)	123(16.6)	85(11.5)	46(6.2)	23(3.1)	4(0.5)	2(0.3)	741
16~20	114(49.8)	37(16.2)	30(13.1)	33(14.4)	13(5.7)	2(0.9)	0(0.0)	0(0.0)	229
21~25	113(39.6)	43(15.1)	54(18.9)	41(14.4)	22(7.7)	11(3.9)	1(0.4)	0(0.0)	285
26~30	18(45.0)	4(10.0)	7(17.5)	8(20.0)	2(5.0)	1(2.5)	0(0.0)	0(0.0)	40
31~35	40(47.6)	12(14.3)	15(17.9)	10(11.9)	4(4.8)	1(1.2)	1(1.2)	1(1.2)	84
36~40	4(57.1)	1(14.3)	2(28.6)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	7
41~45	9(25.0)	13(36.1)	3(8.3)	4(11.1)	6(16.7)	1(2.8)	0(0.0)	0(0.0)	36
46~50	2(66.7)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(33.3)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	3
>50	4(30.8)	1(7.7)	2(15.4)	4(30.8)	2(15.4)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	13
合计	2118	646	600	366	191	87	16	4	4028

注:经 χ^2 检验, $P<0.05$

4 讨论

RA 归属于中医“痹证”“痹病”等范畴,中医诊断为“尪痹”^[4]。《素问·痹论》曰:“风寒湿三气杂至,合而为痹。”《类证治裁·痹症论治》云:“诸痹,风寒湿三气杂合,而犯其经络之阴也。风多则引注,寒多则掣痛,湿多则重着,良由营卫先虚,腠理不密,风寒湿乘虚内袭,正气为邪气所阻,不能宣行,因而留滞,气血凝涩,久而成痹。”指出 RA 由正气内虚,风寒湿等外邪侵袭,痹阻于关节经络所致。《医林改错》提出“痹症有瘀血说”,痹久累及脏腑,以致肝脾肾等脏腑亏虚,气血生化乏源,痰饮、瘀血内停,故而易出现肝肾亏虚、气血亏虚、痰瘀互结等证。

本次调查研究结果显示,在 4 028 例患者中,中医证候分布情况为:风寒湿痹证(52.6%),风湿热痹证(16.0%),寒热错杂证(14.9%),肝肾亏虚证(9.1%),气血亏虚证(4.7%),痰瘀痹阻证(2.2%),肾虚寒凝证(0.4%),气阴两虚证(0.1%)。由此可见,云南地区 RA 患者活动期以风寒湿痹证为主要临床证候;并提示 RA 虽以正虚感邪为关键病机,但活动期以邪气为急,故临床证候以实证居多,虚证次之,其中实证分布频率由高到低排序为:风寒湿痹证、风湿热痹证、寒热错杂证、痰瘀痹阻证;虚证分布频率由高到低排序为:肝肾亏虚证、气血亏虚证、肾虚寒凝证、气阴两虚证。

RA 可发生于任何年龄,其发病率随着年龄的增长而不断升高^[9]。本次研究显示 RA 患者的年龄段主要集中在 40~70 岁,发病平均年龄(55.37 ± 13.12)岁;证候与不同年龄阶段的关系总结如下:10~40 岁 RA 患者其证候主要是:风寒湿痹证、风湿热痹证、寒热错杂证;41~60 岁 RA 患者其证候主要是:风寒湿痹证、风湿热痹证、寒热错杂证、肝肾亏虚证,气血亏虚证;61~80 岁 RA 患者其证候主要是:风寒湿痹证、风湿热痹证、寒热错杂证、肝肾亏虚证,气血亏虚证、痰瘀痹阻证;80 岁以上 RA 患者其证候主要是:风寒湿痹证、肝肾亏虚证、气血亏虚证。通过对以上各年龄段证候的分析可知:风寒湿痹证可出现于任何年龄段,而随着年龄的增长,肝肾亏虚证、气血亏虚证、痰瘀痹阻证的患者逐渐增多,此证候的变化与中医基础理论相符合,正如《素问·上古天真论篇》中云:“女子七岁肾气盛,齿更发长……七七任脉虚,太冲脉衰少,天

癸竭,地道不通,故形坏而无子。丈夫八岁肾气实,发长齿更……八八则齿发去”《素问·阴阳应象大论》篇曰:“年四十,阴气自半也……”青壮年者,体质壮实正气充足,一旦感邪,正气能够奋起与之抗争,故多表现为实证。随着年龄的增长,人之脏腑渐衰、气血化生乏源,进而使筋骨关节失于濡养而致痹,故 RA 疾病早期以实证为主,后期往往以虚证为主要病机。

根据相关流行病学研究显示,RA 的发病率女性高于男性,男女患病比例为 1:4^[6-8]。而本次研究亦显示(见表 2),RA 的中医证候在性别的分布方面存在显著差异,且差异具有统计学意义($P < 0.05$),男女病例大概为 1:4,与流行病学调查相符。

本次研究 RA 患者平均病程为(8.17 ± 8.12)年(见表 3),因活动期 RA 患者主要是由于风寒湿热等邪侵袭机体,留滞筋脉,致筋脉痹阻而发病,因此本研究显示各病程住院 RA 患者以风寒湿痹证、风湿热痹证、寒热错杂证较为多见。病程迁延日久,耗伤正气,以致气血亏虚,筋骨失于濡养;或久病阳虚,无以推动气血、津液运行,而致瘀血、痰湿内停,日久则出现痰瘀痹阻之证。

通过以上分析可知,RA 好发于女性,年龄集中于 40 岁以上,病程长;因本次研究病例均来自 RA 患者住院部既往病例,其患者多处于病情活动期,故证候以偏实证为主,风寒湿痹证、风湿热痹证、寒热错杂证在 RA 患者中医证候中总占比较大,与团队前期针对云南地区 RA 中医证候流调研究结论基本一致^[9]。RA 患者活动期以邪实为主要矛盾,故 RA 活动期以祛风散寒、清热除湿、温经通络止痛为基本法则,辅以补虚之品;病程日久则以脏腑亏虚、气血不足、筋脉失养为主要矛盾,故 RA 缓解期以补益肝肾、健脾养血为基本法则,辅以祛邪之药;病程中,每易兼夹痰湿、瘀血等病理产物而使病情加重,故遣方用药当不忘兼症而加减用药。因此,RA 的中医治疗应以“急则治其标、缓则治其本”为基本原则,紧遵“因地制宜、因时制宜、因人制宜”之理论,结合云南地区风寒湿证为主要证候的特点,在云南地区针对该证候开展中医药防治 RA 的理论与临床研究具有重大意义。团队前期研究针对云南地区 RA 的主要病机创新性提出“阳虚邪凑”的中医理论^[10-11];并总结出吴生元教授治疗 RA 风寒湿痹证之经验方-温阳通络方运用于临床,相关临

床研究及实验室研究均提示温阳通络方(蠲痹颗粒)治疗 RA 风寒湿痹证具有良好的临床疗效及安全性^[12-22],均提示“温阳通络法”治疗 RA 在云南地区具有较大的临床价值,当进一步研究并推广。

参考文献:

- [1] 中华中医药学会. 类风湿关节炎病证结合诊疗指南[M]. 北京:中国中医药出版社,2017:1-29.
- [2] 中华医学会. 临床诊疗指南(风湿病分册)[M]. 北京:人民卫生出版社,2004:1-10.
- [3] 王承德,沈丕安,胡荫奇. 实用中医风湿病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2009:501-517.
- [4] 国家中医药管理局医政司. 22个专业95个病种中医诊疗方案[M]. 北京:中国中医药出版社,2010:274-279.
- [5] 蒋明,张奉春. 风湿病诊断与诊断评析[M]. 上海:上海科学技术出版社,2004:79-100.
- [6] 姜宝法,张源潮,徐晓菲,等. 山东沿海地区常见风湿病流行病学调查 [J]. 山东医科大学学报,2001,39(3):210-211.
- [7] 张倩,高鹏程,叶常华,等. 淮海地区某部驻军官兵类风湿关节炎的流行病学调查 [J]. 东南国防医药,2016,18(3):284-286.
- [8] JIN S, LI M, FANG Y, et al. Chinese Registry of rheumatoid arthritis (CREDIT):II. prevalence and risk factors of major comorbidities in Chinese patients with rheumatoid arthritis [J]. Arthritis Research & Therapy, 2017,19(1):251.
- [9] 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.
- [10] 吴晶金, 彭江云. 温阳通络法治疗类风湿关节炎的理论探析[J]. 风湿病与关节炎,2018,7(1):51-52.
- [11] 刘维超,杨会军,吴晶金,等. 从阳虚邪凑论治类风湿关节炎[J]. 四川中医,2015,33(10):22-24.
- [12] 陈向红,夏欢,黄闰月,等. 中药复方治疗类风湿关节炎随机对照试验的系统评价和 Meta 分析 [J]. 广州中医药大学学报,2018,35(2):363-370.
- [13] 肖勇洪. 温阳除湿方对 DBA/1 小鼠胶原性关节炎 Treg 细胞调控机制的研究[D]. 昆明:云南中医学院,2018.
- [14] 刘春丽. 温阳通络方治疗类风湿关节炎的临床研究[D]. 昆明:云南中医学院,2017.
- [15] 李兆福,刘维超,彭江云,等. 蠲痹颗粒联合甲氨蝶呤片治疗活动性类风湿关节炎 140 例临床观察 [J]. 中医杂志,2014,55(18):1566-1570.
- [16] 万春平,彭江云,李玲玉,等. 蠲痹颗粒抗炎作用及机制的研究 [J]. 中国实验方剂学杂志,2014,20(10):117-121.
- [17] 万春平,彭江云,李兆福,等. 蠲痹颗粒对胶原诱导性小鼠关节炎的抑制作用及机制研究 [J]. 中药材,2013,36(9):1505-1507.
- [18] 李兆福. 温阳散寒除湿法治疗类风湿关节炎的临床疗效及作用机制研究[D]. 杭州:浙江中医药大学,2014.
- [19] 于明宇. 蠲痹颗粒通过 Th1/Th17 细胞介导免疫抑制效应作用机制研究[D]. 昆明:云南中医学院,2015.
- [20] 李兆福,彭江云,杨会军,等. 蠲痹颗粒治疗寒湿痹阻型类风湿关节炎 60 例临床观察 [J]. 中国中医药科技, 2014,21(3):291-292.
- [21] 彭江云,李兆福,刘维超,等. 蠲痹颗粒治疗类风湿关节炎 40 例临床疗效观察 [J]. 云南中医中药杂志,2009,30(12):12-14.
- [22] 金成. 蠲痹颗粒对类风湿关节炎(寒湿痹阻证)相关量表的影响及部分实验研究[D]. 昆明:云南中医学院,2015.