

秦艽五藤饮治疗类风湿性关节炎的临床观察

吴凤海

类风湿性关节炎(RA)是一个累及周围关节为主的多系统性炎症性的自身免疫性疾病,其特征性症状为对称性,周围性多个关节慢性炎症性病变,临床表现为受累关节疼痛、肿胀、功能下降,病变呈持续反复发作过程,属中医学‘痹证’范畴,其证虽有寒、热、虚、实之别,然总以筋脉骨节脉络之气血不通或津液痹阻不通为共同病变特点。自 2000 年 1 月—2002 年 3 月,笔者以舒筋活络为治疗原则,配以补益气血之品,应用秦艽五藤饮治疗 42 例 RA 患者取得满意疗效,并与消炎痛和雷公藤多甙片联合治疗 28 例患者进行对照,现报告如下。

临床资料

1 一般资料 治疗组 42 例中,男性 14 例,女性 28 例,年龄 21~64 岁,平均(46.53±10.14)岁,病程 6 个月~15 年,平均(5.8±3.6)年;对照组 28 例中,男 11 例,女 17 例,年龄 32~65 岁,平均(50.94±11.72)岁,病程 6 个月~18 年,平均(5.2±4.6)年。治疗前两组间性别、年龄、病程,经统计学处理差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

2 诊断标准 参照美国风湿病学会 1987 年制定的诊断标准^[1]拟定:(1)晨僵持续至少 1h(每天),病程≥6 周;(2)有 3 个或 3 个以上的关节肿,≥6 周;(3)腕、掌指、近指关节肿≥6 周;(4)对称性关节肿≥6 周;(5)有皮下结节;(6)手 X 线摄片改变(有骨质疏松和关节间隙的狭窄);(7)类风湿因子阳性(滴度>1:20)。符合以上 7 项中 4 项即可确诊。实验室检查:类风湿因子(RF)阳性;血沉(ESR)增快;抗链球菌溶血素 O(ASO)>250U。

3 中医证候分型 参照《中医内科学》^[2],属风寒湿夹瘀血型。

方 法

1 治疗方法 治疗组采用秦艽五藤饮(由秦艽 15g 豨莶草 10g 忍冬藤 30g 海风藤 15g 青风藤 12g 络石藤 15g 羌活 20g 独活 10g 威灵仙 15g

鸡血藤 15g 臭梧桐 10g 防风 10g 黄芪 30g 当归 12g 白芍 20g 甘草 6g 组成),每日 1 剂,水煎服;治疗过程中,根据患者病情变化随证加加减,以上肢关节疼痛为甚者,加大羌活用量,并加姜黄、桂枝;下肢疼痛甚者,加大独活用量,并加怀牛膝、桑寄生;疼不可忍者加炙川乌、炙草乌、乌蛇、白花蛇、露蜂房等,对照组用消炎痛片(每片 25mg,安徽淮南制药厂第四制药分厂生产)25mg,每天 3 次,饭后服用,雷公藤多甙片(每片 10mg,湖南省株洲市制药厂生产)20mg,每日 3 次口服。两组均以 1 个月为 1 个疗程,连续治疗 1~3 个疗程,3 个月后随访统计疗效。治疗过程中停用其他对该病有治疗效果的药物。

2 观察项目

2.1 临床症状体征 包括关节疼痛、肿胀、功能障碍指数,晨僵时间,双手握力,20m 步行时间等。

2.2 实验室检查指标 ESR, C 反应蛋白(CRP), RF, 免疫球蛋白(IgG、IgA、IgM), 补体 3(C₃), 血红蛋白(Hb)及红细胞计数(RBC)。并观察不良反应。

3 统计学方法 组间比较及前后对照采用 t 检验,计数资料用 χ^2 检验。

结 果

1 中医证候评分标准 按文献^[3,4]标准修订,根据主要症状体征轻重程度不同分轻(+),中(++),重(+++)和极重(++++)4 级计分,1 个(+)计 1 分,症状消失计 0 分。

2 疗效评定标准 按文献^[3,4]标准修订,临床治愈:症状全部消失,功能活动恢复正常,主要理化检查指标正常,积分较治疗前减少 91%;显效:症状全部消除或主要症状消除,关节功能基本恢复,能参加正常工作,理化检查指标基本正常,积分较治疗前减少 70%~90%;有效:主要症状基本消除,主要关节功能基本恢复或有明显进步,生活不能自理,转为能够自理,或为失去工作劳动能力转为工作和劳动能力有所恢复,主要理化指标有所改善,积分较治疗前减少 30%~69%;无效:受累关节肿痛无好转,积分较治疗前减少<30%。

表 1 两组患者治疗前后症状体征改善情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数		疼痛指数	肿胀指数	功能障碍指数	晨僵时间(h)	双手握力(kg)	20m 步行时间(s)
治疗	42	治前	21.12±4.80	15.01±6.79	1.89±0.28	2.3±0.6	5.71±1.91	26.29±5.14
	42	治后	3.78±3.21**△	3.13±3.06**△	0.63±0.42**△	1.0±0.6**△	8.62±2.10**△	19.98±4.43**△
对照	28	治前	20.25±4.23	13.05±7.99	1.79±0.31	2.2±0.7	5.53±2.60	26.07±5.32
	28	治后	11.66±6.01*	9.84±6.76*	1.38±0.59*	1.1±0.8*	6.30±2.70*	20.74±5.02*

注 与本组治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$,与对照组治疗后比较,△ $P<0.05$

表 2 两组治疗前后实验室检测指标结果比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别		ESR(mm/h)	CRP(mg/L)	RF(g/L)	IgG	IgA (g/L)	IgM	C ₃ (g/L)
治疗 (42)	治前	53.44±4.89	34.44±0.61	72.14±31.67	21.54±5.33	3.64±0.96	2.88±0.47	1.47±0.49
	治后	21.23±3.07**△	18.73±0.62**△	26.07±0.89**△	15.40±5.20**△	2.29±1.47**△	1.01±0.38**△	0.89±0.32**△
对照 28	治前	52.98±4.06	35.87±0.61	72.22±32.53	20.03±5.87	2.57±0.12	3.87±0.63	1.17±0.72
	治后	26.77±3.51*	28.76±0.66*	43.03±27.24*	18.93±5.12*	2.33±0.88*	2.04±0.48*	1.13±0.37*

注 与本组治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$ 与对照组治疗后比较,△ $P<0.05$;()内数据为例数

3 两组疗效比较 治疗组临床治愈 8 例,显效 19 例,有效 12 例,无效 3 例,总有效率 92.86%,而对照组分别是 3 例,6 例,9 例,10 例和 64.28%。经 χ^2 检验,治疗组总有效率明显优于对照组($P<0.05$)。

4 两组治疗前后症状、体征改善情况比较 见表 1。两组治疗后症状均有改善($P<0.05$ 或 $P<0.01$),并且治疗组优于对照组($P<0.05$)。

5 两组治疗前后实验室检测指标结果比较 见表 2。两组治疗后各项指标均有下降($P<0.05$ 或 $P<0.01$),并且治疗组优于对照组($P<0.05$)。

6 两组治疗前后 RBC、Hb 检测结果比较 见表 3。治疗组 42 例中贫血的患者治疗后 RBC、Hb 均有显著的升高($P<0.05$),而对照组 28 例中出现贫血的患者治疗前后改善不大。

表 3 两组 RBC、Hb 治疗前后检测结果比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数		RBC($\times 10^{12}/L$)	Hb(g/L)
治疗	42	治前	3.19±0.76	79.8±16.27
	42	治后	3.90±0.32*	102.1±17.09*
对照	28	治前	3.21±0.40	81.4±13.99
	28	治后	3.76±0.48	82.6±14.98

注 与本组治疗前比较,* $P<0.05$

7 不良反应 治疗组在治疗过程中出现消化道不适 2 例,不良反应发生率 4.8%;对照组上消化道不适 5 例,头晕、心悸 1 例,月经不调 1 例,不良反应发生率 25%,两组比较,差异有显著性($P<0.05$)。

讨 论

RA 属中医学“痹症”“历节”等范畴,多因风、寒、湿三气杂至合而为痹,临床治疗以祛风湿、通经络的药物最为常用。方用秦艽五藤饮,秦艽苦辛微寒,功善祛风湿通经络,无问新久,偏寒偏热均可应用,药理研究

表明,其含生物碱甲为主,可使关节炎症减轻,消肿加快,此外还有镇痛、解热等作用。豨莶草苦寒,有祛风湿通经络、清热解毒之功,“有祛风湿,兼活血之要药”,现代药理研究表明其含生物碱、酚性成分,水煎剂与臭梧桐合用,有明显的抗炎作用,故上两味药为君。海风藤、青风藤、络石藤、忍冬藤、鸡血藤、威灵仙、臭梧桐均有舒筋活络之功,羌活、独活、防风均有祛风除湿止痛之功,共为臣药,助君药祛风除湿,通络止痛。黄芪甘微温,有补气利水消肿之功,据现代药理研究含有甙类,能提高血浆组织内 C-AMP 的含量,增强免疫功能。当归甘辛温,有补血、活血、止痛之功,内含有阿魏酸,能改善外周循环,对特异性和非特异性免疫功能都有增强作用,黄芪、当归两药相配益气养血活血,为佐药。白芍苦酸甘微寒,偏于养血敛阴止痛,与甘草同用,能治末梢痉挛引起的疼痛,亦为佐药助君、臣药舒筋通络止痛,益气活血。甘草调和诸药,为使药^[5]。经随访观察,此方对 RA 有明显的疗效作用,毒副反应少,值得推广应用。

参 考 文 献

1 叶任高主编.内科学.第 5 版.北京:人民卫生出版社,2000: 897—900.

2 张伯发主编.中医内科学.上海:上海科学技术出版社,1987: 266—268.

3 王光铭,郭晓庄,白人饶.中西医结合治疗风湿性疾病.天津:天津科学技术出版社,1989:553.

4 孙传兴主编.临床疾病诊断依据治愈好转标准.第 2 版.北京:人民军医出版社,1999:157.

5 凌一揆,颜正华.中药学.上海:上海科学技术出版社,1984: 20—235.

(收稿 2002-09-25 修回 2002-11-30)