

四君子汤结合辨证用药治疗类风湿关节炎 92 例 临 床 研 究

张 勇 吴雅楠

(华北油田公司总医院,河北沧州 062552)

摘 要 目的:观察四君子汤对类风湿关节炎临床疗效及实验室指标的影响。方法:将 144 例患者随机分为 2 组。对照组 52 例根据清热利湿、活血通络的法则辨证组方治疗;治疗组 92 例在对照组组方的基础上加入四君子汤方。2 组均以 2 个月为 1 个疗程,间隔 1 个月再服药 1 个疗程。5 个月从临床症状(晨僵、关节疼痛情况等)、实验室检查指标(血沉、c 反应蛋白、类风湿因子)以及安全性指标等方面评价治疗效果。结果:治疗组总有效率为 87.0%,明显高于对照组的 61.5%;治疗组较对照组能显著改善血沉、c 反应蛋白、类风湿因子等指标。结论:四君子汤结合辨证用药治疗类风湿关节炎疗效确切。

关键词 类风湿关节炎 四君子汤 清热利湿 活血通络

中图分类号 R684.305 文献标识码 A 文章编号 1672-397X(2014)07-0027-02

2010 年 3 月至 2013 年 3 月期间,笔者在常规中医清热利湿、活血通络组方论治的基础上,加用四君子汤治疗类风湿性关节炎(RA)患者 92 例,取得较好疗效,现总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 所有病例均来自本院门诊,共 144 例,随机分为 2 组。治疗组 92 例:男 28 例,女 64 例;年龄 12~75 岁,平均年龄(41.29±4.72)岁;病程 0.3~9.4 年,平均病程(4.85±1.58)年。对照组 52 例:男 17 例,女 35 例;年龄 14~72 岁,平均年龄(45.37±4.25)岁;病程 0.5~8.9 年,平均病程(5.35±1.32)年。2 组患者一般资料比较无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 依据 1987 年美国风湿病学会制定的 RA 分类标准诊断:(1)晨僵至少 1h(≥ 6 周);(2)3 个或 3 个以上关节肿(≥ 6 周);(3)腕、掌指关节或近端指间关节肿(≥ 6 周);(4)对称性关节肿(≥ 6 周);(5)类风湿结节;(6)手 X 线片改变(至少有骨质疏松和关节间隙的狭窄);(7)类风湿因子阳性(效价 $\geq 1:32$)。以上 7 条符合 4 条或 4 条以上即可诊断^[1]。

1.3 排除标准 (1)合并其他风湿病如系统性红斑狼疮、干燥综合征、严重的骨关节炎等;(2)合并心、脑、肝、肾和造血系统等严重疾病者;(3)癌症患者;妊娠或哺乳期妇女、精神病患者;(4)其他不适合本治疗方法者。

2 治疗方法

2.1 对照组 以清热利湿、活血通络为治疗原则进行中药组方治疗。方药组成:生苡苡仁 30g,土茯苓 10g,透骨草 30g,伸筋草 20g,桑枝 20g,青风藤 20g,羌活 10g,独活 10g,地龙 10g,当归 15g,怀牛膝 15g。化裁法:寒湿阻络证加寻骨风 15g、姜黄 10g、防风 10g;湿热痹阻证加连翘 15g、栀子 15g、赤小豆 10g、赤芍 20g、生地 20g;痰瘀互结证加川芎 10g、桃仁 10g、红花 10g、香附 10g;肾虚寒凝证加附子 6g、菟丝子 10g、补骨脂 15g、益智仁 15g、小茴香 10g;肝肾阴虚证加熟地 15g、枸杞 15g、山萸肉 10g、鹿角胶 10g;气血两虚证加白芍 10g、川芎 10g、黄芪 30g;关节红肿明显或伴发热者,重用赤芍 30g、生地 30g,加蒲公英 20g;疼痛明显者加全蝎 5g;脾胃虚弱者加鸡内金 30g、元胡 10g、莲子 15g。每日 1 剂,加水适量,煎煮 2 次,每次君火煮开后,改文火煎煮 25~30min,2 次共取汁约 400mL,分早晚 2 次餐后温服。

2.2 治疗组 在对照组方药治疗基础上,加用四君子汤。方药组成:党参 15g,茯苓 30g,白术 20g,甘草 6g。若证属寒湿阻络、气血两虚型者,改党参为人参 10g。化裁法及煎服法均与对照组相同。

2 组患者均以 2 个月为 1 个疗程,间隔 1 个月再服用 1 个疗程,2 个疗程后进行疗效观察。

3 疗效观察

3.1 观察指标 (1)临床症状、体征:参照《中药新

药临床研究指导原则》^[2]对2组患者进行观察晨僵时间、20m步行时间、双手握力、关节疼痛数目、关节肿胀数目、关节活动受限数目等指标的改善情况。(2)实验室指标:2组患者均于治疗2个月后及5个月后检测红细胞沉降率(ESR)、C反应蛋白(CRP)及类风湿因子(RF)。(3)不良反应:包括:①治疗过程中出现的与服药有关的症状、体征;②血、尿常规及心、肝、肾功能的异常。并对上述不良反应作出分析和判断,统计不良反应发生率并记录处理经过和结果。

3.2 疗效评定标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]制定。显效:主要症状、体征整体改善率 $\geq 75\%$,ESR及CRP正常或接近正常、明显改善;进步:主要症状、体征整体改善率 $\geq 50\%$ 且 $<75\%$,ESR及CRP有所改善;有效:主要症状、体征整体改善率 $\geq 30\%$ 且 $<50\%$,ESR及CRP有所改善或没有改善;无效:主要症状、体征整体改善率 $<30\%$,ESR及CRP没有改善。

3.3 统计学方法 采用SPSS12.0软件对研究数据进行处理,计量资料以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为有显著性差异。

3.4 治疗结果

3.4.1 临床疗效比较 治疗组92例中,显效28例,进步22例,有效30例,无效12例,总有效率87.0%。对照组52例中,显效9例,进步10例,有效13例,无效20例,总有效率61.5%。2组总有效率比较具有显著性差异($P<0.05$),表明治疗组疗效优于对照组。

3.4.2 实验室指标比较 见表1。

表1 治疗组与对照组患者治疗前后实验室指标比较

观察指标	治疗组(n=92)		对照组(n=52)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
ESR(mm/h)	74.22±18.12	34.05±5.81 [▲]	90.17±8.12	43.24±6.78 [*]
CRP(mg/L)	65.21±14.04	23.45±11.20 [▲]	74.64±13.35	54.32±22.31 [*]
RF(IU/mL)	65.15±12.54	24.42±8.91 [▲]	67.91±14.92	46.49±8.98 [*]

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较,▲ $P<0.01$ 。

3.4.3 不良反应情况 在治疗过程中及治疗后,检测2组患者的血、尿常规及肝肾功能,均未发现异常改变,表明本方对造血系统及肝肾功能无明显影响。在临床症状方面,治疗组3例出现轻微恶心症状,对照组有2例出现,于方中减去羌活,加入清半夏10g、竹茹10g,服用2~5剂后症状消失。

4 讨论

RA是一种以慢性多关节炎为主要表现的全

身性自身免疫性疾病。RA的发病原因与感染、过敏、内分泌失调、家族遗传、免疫反应等因素有关。感染之后在机体内作为持续存在的抗原引起连锁的免疫反应,主要侵犯关节和腱鞘滑膜,导致慢性多关节炎,对关节的破坏和全身的损坏很大,目前尚没有有效的根治方法。当前西医多以非甾体类抗炎药、糖皮质激素为主,需长期服药,且有广泛而复杂的副作用。

中医学认为RA乃外邪侵袭经络,气血闭阻不能畅行所致,此外邪为风寒湿热之邪,其中尤以湿邪为主,或挟风寒,或携湿毒,留滞于筋骨关节,引起关节等处出现酸、痛、麻、重及屈伸不利等症状。中药治疗RA具有悠久的历史、方便的操作和独特的疗效,既能够抗炎镇痛,又具备免疫抑制和免疫调节的作用。临床上RA多湿热邪毒为患,多属实热证。笔者在多年临床工作的基础上,结合其发病特点,认为气虚脾弱是其重要的内因,气虚易致血行不畅、经络不通,脾虚则化湿不利,流注黏滞关节,痹阻经络所致。此外,RA大多隐匿起病,先有疲劳、倦怠感,体重减轻,食欲不振,低热,手足麻木等症状也佐证了气虚脾弱之内因。因而总结筛选出治疗RA的中药配方组合,除了常用的祛风散寒、清热利湿、活血通络等法则外,益气健脾的作用不可忽视。本方中党参、白术、茯苓、甘草益气健脾,乃补气健脾之经典方,再加薏苡仁之健脾,从而脾气旺盛,气血畅顺,经络不痹;薏苡仁、土茯苓清热除湿,桑枝、独活、追地风、透骨草祛风散寒,通络止痛。全方有机配伍,共奏补气健脾、除湿通络之功。

此外,笔者认为,在治疗类风湿性关节炎过程中,防止关节破坏,保护关节功能,提高患者的生活质量尤为重要。一方面要把握治疗时机,早期积极、合理的治疗可有效减少致残程度;另一方面需要进行长期、持续的治疗,即使患者处于无症状期,每隔5个月左右也要建议患者服用1个疗程的药物。

5 参考文献

- [1] Arnett FC, Edworthy S, Bloch DA, et al. ARA diagnostic criteria for rheumatoid arthritis. J Arthritis Rheum, 1987,30(1):17
- [2] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行).北京:中国医药科技出版社,2002:117

第一作者:张勇(1964-),男,本科学历,副主任医师,长期从事中医内科临床工作。zyy_zhangy@petrochina.com.cn

收稿日期:2014-02-07

编辑:王沁凯 岐 轩