

引用:袁林,吴金玉,张之燕,唐婕. 中医治疗类风湿关节炎风湿热证的研究进展[J]. 湖南中医杂志,2020,36(9):195-197.

中医治疗类风湿关节炎风湿热证的研究进展

袁林¹,吴金玉²,张之燕¹,唐婕¹

(1. 广西中医药大学,广西 南宁,530200;

2. 广西中医药大学第一附属医院,广西 南宁,530023)

[关键词] 类风湿关节炎;风湿热证;中医药疗法;综述;学术性

[中图分类号] R259.932.2 [文献标识码] A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.09.074

类风湿性关节炎(rheumatoid arthritis, RA)是一种以对称性、进行性多关节炎为主要临床表现的慢性难治性自身免疫性疾病,其主要病理表现为滑膜炎、血管翳的形成,而急性发作期滑膜的主要表现为渗出性和细胞浸润。RA全球皆有分布,在我国其患病率和致残率较高。RA发作时表现为关节疼痛、压痛、畸形、僵硬、肿胀等及类风湿结节、血管炎及各系统损害等关节外的症状和体征。目前,RA病因病机尚不明确,治疗方案主要是运用抗风湿药、非甾体抗炎药、免疫生物制剂、糖皮质激素等西药达到镇痛、免疫抑制的效果。经治疗,多数患者可有效改善关节症状,降低疾病活动度,但部分患者疗效不理想,毒副作用较为突出,且不能达到完全缓解及治愈的效果,严重影响了其生活质量。RA属于中医学“痹证”范畴。近年来,诸多中医药治疗RA的研究不断深入,且证实其在缓解临床症状、降低疾病活动度、减少毒副作用等方面体现出独特的疗效,因风湿热痹是RA的常见证型,故本文主要通过中医病因病机、中医证型及中医药治疗以下几个方面对RA风湿热证加以阐述,现综述如下。

1 病因病机

RA归属于中医学“痹证”范畴,有“历节”“尪痹”“顽痹”之称,又称之为“骨痹”“鹤膝风”“白虎病”。从古至今,历代医家对于痹证的研究源远流长。“痹证”病名起始于《内经》,称之为“痹”,“风寒湿三气杂至,合而为痹也”亦出自其中。风气、寒气、湿气侵犯躯体,从而形成皮、筋、肉、脉、骨等痹病,侵犯五脏、六腑、奇恒之腑,从而形成心、肺、肝、脾、肾五脏、胃、肠等六腑及脑、髓等奇恒之府之痹证^[1]。“其热者,阳气多,阴气少,病气胜阳遭阴,故为痹热”,揭示了外感六淫中的风、寒、湿三邪是痹证发生的主要外在因素,同时指出了素体阳盛阴虚,虽感偏盛的风、寒、湿之阴邪常从热化而进展为热痹。《灵枢·阴阳二十五人》曾指出气血不足,不耐邪袭是痹证发生的内在因素。《素问·痹论》

曰:“荣者,水谷之精气也……卫者,水谷之悍气也……逆其气则病,其气则愈,不与风寒湿气合,故不为痹。”明确提出营卫失和是此病发生的根本^[2]。

2 中医证型

目前我国对于痹证的临床分型标准尚未统一,《中药新药临床研究指导原则》^[3]将RA归纳为寒湿痹阻、湿热痹阻、痰瘀痹阻、瘀血阻络、肝肾两虚、气阴两虚6型。国家中医药管理局出台的《中医病证诊断疗效标准》将RA分为风湿寒阻、痰瘀互结、风湿热郁、肝肾阴虚、气血亏虚、肾虚寒凝6型。诸多学者在先贤认识的基础上,结合自己的临床经验辨证施治,或从寒热虚实、或从气血津液、或从脏腑论治^[4]。焦树德^[5]认为RA可以予肾虚寒盛型、湿热伤肾型、肾虚标热轻型、肾虚标热重型、肾虚督寒型等6型进行分类论治。张良登等^[6]收集了237例RA患者的临床资料及数据,建立矩阵,对临床资料进行变量聚类分析。结果显示,RA活动期患者证候可聚类为4类,结合文献与专家意见,最终可将其归纳为湿热痹阻、邪郁络、痰瘀互结、气虚血瘀等4种证型。姜泉等^[7]根据患者的临床表现将RA患者分为8个证型,即风湿痹阻证、寒湿痹阻证、湿热痹阻证、痰瘀痹阻证、瘀血阻络证、气血两虚证、气阴两虚证、肝肾不足证。范文强等^[8]通过调查320例RA患者发现,RA的活动期以实证为主,表现为寒湿阻络证、湿热痹阻证、痰瘀互结证等。侯雷等^[9]通过检索各数据库的临床文献,归纳总结出RA的证候分布特点:以湿热阻络型为主,其次为风寒湿痹型、风湿热型、寒湿阻络型、痰瘀互结型及肝肾两虚型,此6类均为临床上最常见的辨证分型。综上可知,风湿热痹在RA各证型中占据了较大比重。

3 中医治疗

3.1 中医外治法

3.1.1 针灸 中医学史上运用针灸治疗关节炎疗效肯定,且费用较低,操作方便,如灸法是目前治疗RA较为理想的

基金项目:2018年广西中医药大学研究生教育创新计划项目(YCSY2018029)

第一作者:袁林,女,2017级硕士研究生,研究方向:中医药防治肾病与风湿病

通讯作者:吴金玉,女,医学博士,教授,主任医师,研究方向:中医药防治肾病与风湿病,E-mail:wujinyu0109@sina.com

方法,多可自行操作。有研究发现采用针刺配合药物治疗 RA 不仅能提高患者的临床疗效,改善患者的生活质量,而且能够改善患者的血瘀状态^[10]。李元进^[11]予针刺配合患处刺络拔罐疗法治疗热痹,在改善临床症状与实验室各指标等方面取得了显著疗效。

3.1.2 中药熏蒸 中药熏蒸疗法最早可见于马王堆出土的《五十二病方》,其治疗 RA 主要依靠药力和热力联合作用,热可开发腠理,驱风寒湿邪外出,活血化瘀,通经活络,鼓舞阳气,通利关节,热药合用可促进全身血液循环,提高药物利用度,达到抗炎、缓解疼痛、提高免疫力、排毒外出、恢复关节功能的效果。徐慧等^[12]运用熏洗疗法,予热痹熏洗剂治疗急性痛风性关节炎湿热痹证型患者,通过与扶他林乳剂外搽比较,发现其可较好地止痛消肿及降低血尿酸。敖雪仁等^[13]将 60 例 RA 患者随机分为治疗组和对照组,对照组予口服通痹灵片和尼美舒利,治疗组在对照组的基础上给予清痹洗方熏洗,研究结果发现,总有效率治疗组为 90.0%,对照组为 66.7%,治疗组 RA 患者的双手平均握力、晨僵时间、关节压痛和肿胀的治疗效果明显优于仅口服药物治疗的对照组($P < 0.01$)。

3.1.3 中医外敷 郭锦晨等^[14]分析芙蓉膏外敷联合中药内服对活动期类风湿关节炎的影响,研究表明其 IgA、IgG、ESR、RF、CCP-A、 $\alpha 1$ -AGP 降低存在明显关联关系,证明芙蓉膏联合中药内服能明显改善活动期 RA 患者免疫炎症反应、氧化应激状态、脂质代谢紊乱等,提高患者生活质量。杨芹等^[15]在常规西医治疗基础上运用如意金黄散加减方治疗湿热型关节肿痛患者,结果发现临床疗效显著,能降低患者疼痛评分及中医证候积分,有效改善患者预后。传洪江^[16]予加味四黄散外敷治疗膝痹风湿热证,治疗后患者在住院时长、药物起效时间等方面均优于常规治疗组,临床疗效颇佳。

3.2 中医内治法

3.2.1 经方与自拟方 中医各派医家治疗“痹证”源远流长,留下了许多效果显著的经方及治疗经验。现代许多医家也对其继承发扬。有研究证明乌头汤、蠲痹汤、独活寄生汤等治疗不同证型 RA 均可增强临床疗效^[17-19]。而风湿热证作为其中较为常见的类型,相关研究更为多见。王新昌以清热解毒、祛湿通络、活血止痛为法,予清热解毒、祛湿通络、通络消肿、活血止痛、消瘀之品(如生石膏、知母、蒲公英、豨莶草、金银花、白花蛇舌草、积雪草等)治疗风湿热型活动期 RA,取得显著疗效^[20]。王蓉等^[21-22]、马腾茂等^[23]通过检测大鼠踝关节 NF- κ B 亚基 p65 的蛋白表达量及 VEGF、MMP-3、TIMP-1 表达发现,秦艽与防己配伍可能通过调节 NF- κ B、VEGF 表达,从而明显减少风湿热痹 RA 大鼠踝关节 MMP-3 表达,增加其 TIMP-1 表达,抑制新生血管的增生,对 RA 起到保护和治疗的作用,且明显改善风湿热型 RA 大鼠的足趾肿胀、关节炎症及踝关节病理变化,且

研究证明,中药方剂加减内服疗效显著。王池凤等^[24]运用当归拈痛汤合宣痹汤治疗活动性 RA,结果发现治疗组控制 RA 急性活动期(有效率、DAS28)优于对照组,但在抗炎、免疫效果方面与来氟米特相当,因此当归拈痛汤合宣痹汤能明显改善风湿热型活动性 RA 患者的临床症状及疾病活动度。钟斯婷^[25]予自拟祛痹汤内服+外洗治疗对比西药治疗风湿热型 RA,疗效确切,能有效缓解临床症状,安全性高。房凌云^[26]观察白虎加桂枝汤治疗湿热痹阻型 RA 的临床疗效发现,其可能通过调控 IL-22、IL-35、GPI 水平以纠正免疫平衡紊乱、减轻炎性损伤,从而发挥软组织保护作用,且与西药相比,其 ESR、CRP、RF、IL-1 和 TNF- α 降低情况更显著^[27]。

3.2.2 中成药 郭明阳等^[28]予重剂速效热痹饮治疗难治性 RA,对照组给予甲氨蝶呤片、来氟米特片、尼美舒利胶囊、速效热痹饮口服,治疗组在对照组基础上增加速效热痹饮的剂量。结果显示:治疗组除治疗前后肿胀关节外均有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$);而对照组治疗前后对比,仅有压痛指数、晨僵、疼痛评分及 CRP 改变有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后,除疼痛评分外,治疗组其余指标均优于对照组。陆柳丹^[29]将 RA 患者分为寒痹组、热痹组、对照组,对照组采用口服甲氨蝶呤片(MTX)治疗;寒痹组、热痹组同时服用双乌宣痹颗粒及同等剂量 MTX,治疗后发现各组压痛关节数、肿胀关节数、疼痛 VAS 评分、医患 VAS 评分、晨僵时间、中医症状、HAQ、关节局部温度随观察时间点的推移,热痹组改善程度优于对照组($P < 0.05$),且经双乌宣痹颗粒治疗后的 RA 患者滑膜组织基因表达谱具有自己的特性,差异基因涉及多个生物途径及通路,证实双乌宣痹颗粒治疗 RA 从多方位、多靶点的起整体调控作用。

4 小结与展望

综上,无论是单味中药、中药配伍还是针灸、中药外敷、中药熏蒸等外治以及中药内服与外治联用等多种中医药治疗方式,其在治疗 RA 风湿热证上多优于单用常规化学药物,不仅可以显著降低 RF、ESR、CRP 水平,增强疗效,降低疾病活动度,延缓病情进展,一些药物还能明显降低常规化学药物的肝损伤、胃肠道反应等毒副作用,因此中医药在疗效和安全性上具有显著优势,值得临床推广应用。但因 RA 病情复杂,中医药治疗 RA 仍有其不足,历代医家对 RA 的病因、病机尚未完全明确,分型及诊疗尚无统一的标准,缺乏标准的疗效评价体系,这些都需要在以后的研究中进一步明确,建立规范化的中医诊疗体系,为临床合理用药提供依据,使中医药在 RA 治疗上取得更显著的疗效。

参考文献

- [1] 王菡屹,王志凌,王若春,等.《黄帝内经》痹论篇是攻克多种顽症之法门——《黄帝内经》痹证理论再探[J]. 智慧中国, 2018,4(8):86-91.

- [2] 王帅,卞华. 中医学对类风湿性关节炎的认识及诊治思路[J]. 辽宁中医杂志,2017,44(8):1618-1619.
- [3] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:115-117.
- [4] 王秋葵,张小玲,宁乔怡,等. 类风湿性关节炎的中医证候分型研究进展[J]. 中华中医药杂志,2018,33(7):2967-2969.
- [5] 焦树德. 痹的辨证论治[J]. 中医杂志,1992,33(3):11-12.
- [6] 张良登,何庆勇,赵艳等. 基于聚类分析的类风湿性关节炎活动期中医学证候分类及其诊断研究[J]. 中国中医药信息杂志,2009,16(7):16-18.
- [7] 姜泉,王海隆,巩勋,等. 类风湿关节炎病证结合诊疗指南[J]. 中医杂志,2018,59(20):1794-1800.
- [8] 范文强,马玲,吴洁,等. 类风湿性关节炎中医证型与病情活动指标的相关性研究[J]. 河南中医,2017,37(10):1795-1797.
- [9] 侯雷,元晓龙,曾苹,等. 类风湿性关节炎中医证型与 IL-17 及相关炎症因子表达的研究[J]. 中国民族民间医药,2019,28(3):81-86.
- [10] 朱艳,俞红五,潘喻珍,等. 针刺配合西药治疗类风湿关节炎及对患者血瘀状态的影响[J]. 中国针灸,2018,38(5):479-482,489.
- [11] 李元进. 针刺配合患处刺络拔罐治疗热痹的疗效观察[J]. 湖北中医杂志,2016,38(3):64-66.
- [12] 徐慧,彭桂阳,罗湘筠,等. 热痹熏洗剂熏洗治疗急性痛风湿热痹阻型关节炎 20 例的临床观察[J]. 中医药学报,2010,38(5):120-122.
- [13] 敖雪仁,陈春雪,曾慧妍,等. 清痹洗方熏洗对类风湿性关节炎热痹证临床疗效的影响[J]. 广州中医药大学学报,2005,22(6):18-21.
- [14] 郭锦晨,刘健,何丽云,等. 芙蓉膏外敷联合中药内服治疗活动期类风湿关节炎的临床数据及关联规则研究[J]. 世界中西医结合杂志,2018,13(5):608-612.
- [15] 杨芹,马玉萍,杨进,等. 如意金黄散加减方在湿热型关节肿痛中的护理研究[J]. 中外医学研究,2018,16(2):80-81.
- [16] 传洪江. 加味四黄散外敷治疗风湿热痹型膝痹证临床效果分析[J]. 大家健康:学术版,2015,9(15):37-38.
- [17] 赵林灿,李薇薇,吴毅明,等. 独活寄生汤对膝关节炎模型大鼠 PERK/Bip 信号通路的影响[J]. 中国实验方剂学杂志,2019,25(9):18-24.
- [18] 王玉,涂胜豪. 乌头汤加味治疗类风湿关节炎临床研究[J]. 中医学报,2017,32(9):1716-1719.
- [19] 王蓉辉,陈运春,王伟丽,等. 蠲痹汤加减联合甲氨喋呤及来氟米特治疗活动期类风湿性关节炎寒湿痹阻证临床观察[J]. 中国实验方剂学杂志,2016,22(6):167-171.
- [20] 周洁,王新昌. 王新昌治疗风湿热痹型类风湿关节炎经验浅谈[J]. 黑龙江中医药,2015,44(5):43.
- [21] 王蓉,苏杉,马腾茂,等. 秦艽不同配伍药对对风湿热痹型 RA 大鼠踝关节 VEGF 表达及病理学的影响[J]. 中药新药与临床药理,2018,29(2):136-142.
- [22] 王蓉,苏杉,孙少伯,等. 秦艽对风湿热痹类风湿关节炎大鼠的保护作用[J]. 中国临床药理学杂志,2018,34(1):41-44.
- [23] 马腾茂,刘飞,王蓉,等. 秦艽寒热不同配伍药对对风湿热痹类风湿关节炎大鼠 MMP-3、TIMP-1 表达及踝关节病理学改变的影响[J]. 中草药,2017,48(9):1812-1819.
- [24] 王池凤,林卡佳,王小英. 当归拈痛汤合宣痹汤治疗活动性类风湿关节炎 30 例[J]. 山东中医杂志,2015,34(12):915-916.
- [25] 钟斯婷. 祛痹汤内服外洗治疗风湿热痹的效果观察[J]. 北方药学,2016,13(6):33-34.
- [26] 房凌云. 白虎加桂枝汤化裁辨治湿热痹阻证类风湿性关节炎的临床效果及对 RF、IL-22、IL-35、GPI 表达的影响[J]. 环球中医药,2018,11(6):964-967.
- [27] 马学玉. 加味白虎加桂枝汤治疗类风湿性关节炎湿热痹阻证临床研究[J]. 中医学报,2016,31(10):1573-1577.
- [28] 郭明阳,刘德芳,杨敏,等. 重剂速效热痹饮治疗难治性类风湿关节炎 24 例临床观察[J]. 中医杂志,2013,54(15):1308-1311.
- [29] 陆柳丹. 双乌宣痹颗粒治疗 RA 临床观察及对滑膜基因表达谱的影响研究[D]. 广州:广州中医药大学,2014.

(收稿日期:2019-10-10)

出汗后应做三件事

首要避风。出汗时,皮肤腠理开泄,容易感受风邪。风为百病之长,易夹寒、夹热、夹湿侵入体内,导致感冒、头痛、全身肌肉关节痛等病症。故《素问·上古天真论》警示:“虚邪贼风,避之有时。”出汗后,尤其是出汗过多时,应注意避免直接吹风,及时擦干汗水或更换衣服。平时风扇不宜开得过大,勿在空调出风口处吹风,夜晚开窗睡觉应避风。

次避寒湿。部分人出汗后喜欢冲凉水澡、吃冷饮,这种做法对身体不利。原因有二:一是出汗后皮肤毛孔开放,受“冷刺激”后,毛孔闭塞,不利散热,容易感冒;二是脾胃突然受凉,容易伤及脾阳,令脾失健运,导致食欲不振、腹痛、腹泻等病症。所以,出汗后要注意避寒湿,冲澡水温以 36℃~38℃ 为宜。

三要避热。三伏天气温高、阳光烈,稍动便大汗淋漓,若不及时补充液体,易脱水。如果空气湿度大,还会导致中暑。所以,天气过热时不适合室外活动,出汗后要及时避开“热环境”,尽量处于相对凉爽干燥的环境。(http://www.cntcm.com.cn/yskp/2020-08/27/content_80024.htm)