

芍甘附子汤对寒湿痹阻型类风湿关节炎患者炎症反应及关节活动的影响

张文福

(甘肃省酒泉市中医院 酒泉 735000)

摘要:目的:分析芍甘附子汤对寒湿痹阻型类风湿关节炎患者炎症反应及关节活动的影响。方法:选取 2019 年 5 月~2020 年 5 月收治的 620 例寒湿痹阻型类风湿关节炎患者按照随机数字表法分为对照组 310 例和观察组 310 例。对照组给予常规治疗,观察组在常规治疗的基础上给予芍甘附子汤治疗,观察两组治疗前后临床症状、炎症指标(超敏 C 反应蛋白、类风湿因子、血沉)、关节活动度、生活自理能力评分及生活质量评分,并观察两组临床疗效。结果:两组治疗后临床症状均有所缓解,观察组缓解效果更显著($P<0.05$);治疗后两组炎症指标水平均明显降低,观察组降低程度更显著($P<0.05$);治疗后两组关节活动度、生活自理能力评分和生活质量评分均有所提高,观察组各评分较对照组更高($P<0.05$);观察组总有效率明显高于对照组($P<0.05$)。结论:芍甘附子汤对寒湿痹阻型类风湿关节炎患者疗效显著,能有效缓解患者临床症状,减轻炎症反应,促进关节活动,进一步提高患者生活自理能力和生活质量。

关键词:类风湿关节炎;寒湿痹阻型;芍甘附子汤;炎症反应;关节活动

中图分类号:R593.21

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.12.011

类风湿关节炎(RA)是一种自身免疫性疾病,致死率很低,但致残率较高^[1]。RA 具有反复发作特点,极易导致软骨破坏、关节僵硬变形,若不采取有效治疗手段,将严重影响患者日常生活^[2]。目前西医对于 RA 的治疗方法以抗炎类药物为主,在控制病情的同时会造成不可逆性关节破坏等一系列并发症。中医认为 RA 属“寒湿痹阻证”范畴,是由风、寒、湿、热等外邪侵入人体,造成经络阻塞、关节瘀阻不利,治疗应以驱寒辟邪、温经通络为主要原则。芍甘附子汤是由白芍、炙甘草、炮附子、青风藤、鸡血藤熬制而成的中药汤剂,其中白芍、炙甘草舒挛缓急、养血止痛,炮附子温经活血、驱寒辟邪,青风藤、鸡血藤则舒筋活络、祛风除湿^[3]。基于此,本研究对寒湿痹阻型类风湿关节炎患者予以芍甘附子汤治疗,并观察其治疗效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究将我院 2019 年 5 月~2020 年 5 月收治的 620 例寒湿痹阻型类风湿关节炎患者按照随机数字表法分为对照组和观察组,每组 310 例。对照组男 131 例,女 179 例;平均年龄(67.86 ± 7.16)岁;平均病程(8.51 ± 1.06)月。观察组男 128 例,女 182 例;平均年龄(67.16 ± 7.06)岁;平均病程(8.53 ± 0.86)月。两组一般资料比较差异不显著($P>0.05$),具有可比性。本研究经医院医学伦理委员会审核批准。

1.2 纳入标准 (1)依据《2018 中国类风湿关节炎诊疗指南》^[4]诊断为类风湿性关节炎;(2)符合中医诊断标准《类风湿关节炎病证结合诊疗指南》^[5]中寒湿痹阻型;(3)患者知情并同意参与本研究。

1.3 排除标准 (1)合并恶性肿瘤者;(2)合并受累关节出现严重骨性粘连、强直者;(3)治疗依从性差者。

1.4 治疗方法 对照组口服泼尼松片(国药准字 H20203399),2 片/次,2 次/d。观察组在此基础上加用芍甘附子汤,组方:白芍、炙甘草各 9 g,炮附子 3 g,青风藤、鸡血藤各 5 g。加水煎煮至 300 ml,每日 1 剂,早晚各温服 1 次两组连续治疗 1 个月。

1.5 观察指标 (1)临床症状:从关节肿胀、关节疼痛、关节僵硬、屈伸不利进行评估,采用 4 级标准计分,0 分为无症状,1 分为轻度,2 分为中度,3 分为重度。(2)炎症指标:抽取患者空腹静脉血 5 ml,离心后取上清液备用。分别采用超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)检测试剂盒(基蛋生物科技股份有限公司)、类风湿因子(RF)测定试剂(南京诺尔曼生物技术有限公司)和全自动血沉(ESR)分析仪(北京赛科希德科技发展有限公司,型号:SA-6900)检测两组治疗前、治疗 1 个月后 hs-CRP、RF 和 ESR。(3)关节活动度:采用测角计测量患者关节活动度(ROM)。(4)生活自理能力量表(ADL)和生活质量评价量表(SF-36):ADL 采用问卷调查形式,从大小便、洗澡、上下楼梯、平地行走等 4 个维度进行评分,每个维度 25 分,总分 100 分,得分越高表明患者生活自理能力越强;生活质量采用 SF-36 健康调查表从生理、心理、活力、情感 4 个维度进行评估,得分越高表示患者生活质量越好。

1.6 临床疗效判定 临床症状完全消失,血清 hs-CRP、RF、ESR 水平基本正常为显效;临床症状有所缓解,血清 hs-CRP、RF、ESR 水平有所改善为有

效;临床症状无变化或加重,血清 hs-CRP、RF、ESR 水平无改善为无效。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数×100%。

1.7 统计学分析 采用 SPSS22.0 统计学软件进行分析,临床症状、炎症指标、关节活动度、ADL 和 SF-36 评分均用 ($\bar{x} \pm s$) 表示,行 t 检验;临床疗效采用%表示,行 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 观察组总有效率为 87.42%,明显高于对照组的 80.97%,差异有统计学

意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
对照组	310	116(37.42)	135(43.55)	59(19.03)	251(80.97)
观察组	310	126(40.65)	145(46.77)	39(12.58)	271(87.42)
χ^2					4.848
P					0.028

2.2 两组临床症状评分比较 治疗前,两组关节肿胀、关节疼痛、关节僵硬、屈伸不利症状评分比较差异不明显($P>0.05$);治疗后,两组各症状评分均有所降低,且观察组各症状评分较对照组低($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组临床症状评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	关节肿胀		关节疼痛		关节僵硬		屈伸不利	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	310	2.53± 0.42	1.52± 0.43*	2.79± 0.62	2.06± 0.32*	2.85± 0.52	2.08± 0.43*	2.15± 0.41	1.01± 0.23*
观察组	310	2.49± 0.40	1.09± 0.36*	2.76± 0.45	1.81± 0.41*	2.84± 0.37	1.03± 0.76*	2.11± 0.18	0.82± 0.25*
t		1.214	13.500	0.689	8.463	0.276	21.171	1.573	9.848
P		0.225	0.000	0.491	0.000	0.783	0.000	0.116	0.000

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$ 。

2.3 两组炎症指标比较 治疗前,两组患者 hs-CRP、RF、ESR 水平比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);治疗后,两组患者 hs-CRP、RF、ESR 水平

均较治疗前有所下降,且观察组各指标水平均显著低于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组炎症指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	hs-CRP(mg/L)		RF(IU/h)		ESR(mm/h)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	310	23.03± 1.12	17.32± 1.53*	71.51± 8.32	41.76± 10.32*	56.15± 6.22	51.58± 8.23*
观察组	310	22.95± 1.15	13.68± 1.89*	72.06± 9.40	36.91± 10.21*	55.84± 6.27	49.08± 8.26*
t		0.887	26.356	0.771	5.882	0.618	3.775
P		0.381	0.000	0.441	0.000	0.537	0.000

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$ 。

2.4 两组 ADL、SF-36 评分比较 治疗前,两组 ADL、SF-36 评分比较无显著差异($P>0.05$);治疗

后,两组 ADL、SF-36 评分均升高,且观察组均显著高于对照组($P<0.05$)。见表 4。

表 4 两组 ADL、SF-36 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	ADL							
		大小便		洗澡		上下楼梯		平地行走	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	310	20.93± 1.42	22.93± 1.22*	18.87± 4.43	21.87± 1.56*	19.59± 1.62	21.23± 1.13*	20.06± 1.52	22.06± 1.72*
观察组	310	20.81± 1.76	23.93± 1.01*	19.01± 3.36	22.87± 1.43*	19.46± 1.98	22.54± 1.05*	19.91± 1.31	23.18± 1.87*
t		0.934	11.117	0.443	8.320	0.895	14.953	1.316	7.761
P		0.350	0.000	0.658	0.000	0.371	0.000	0.189	0.000

组别	n	SF-36							
		生理		心理		活力		情感	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	310	61.93± 3.21	74.03± 3.25*	70.26± 3.15	78.54± 2.38*	58.06± 3.25	72.02± 3.62*	65.26± 2.98	77.06± 3.57*
观察组	310	62.01± 3.42	78.45± 3.01*	69.89± 3.36	81.29± 2.39*	57.98± 3.46	76.59± 3.16*	65.01± 3.21	81.65± 3.12*
t		0.300	17.568	1.414	14.355	0.297	16.745	1.005	17.045
P		0.764	0.000	0.158	0.000	0.767	0.000	0.315	0.000

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$ 。

2.5 两组关节活动度比较 治疗前,两组 ROM 角度比较无明显差异($P>0.05$);治疗后两组 ROM 角度增大,且观察组 ROM 角度明显大于对照组($P<0.05$)。见表 5。

表 5 两组关节活动度比较($^{\circ}$, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后
对照组	310	124.93± 9.42	151.87± 10.43*
观察组	310	123.96± 8.50	160.01± 10.36*
t		1.346	9.749
P		0.179	0.000

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$ 。

3 讨论

RA 是一种与遗传、环境、病毒及性激素等因素密切相关的全身性免疫疾病,主要临床表现为滑膜慢性炎症病变,严重影响患者的生活质量,并给患者家庭和社会带来沉重负担^[6]。目前,暂无 RA 的根治药,临床主要以药物控制为主。西医主要以抗炎类药物控制病情进一步发展,但西药副作用较大,在治疗的同时会对患者机体造成不可避免的损伤。近年来中药因副作用小、成本低、效果好、患者耐受性好等优点,受到越来越多医学研究者的关注。中医学认为 RA 是由于患者机体虚弱,再加风寒湿邪侵袭关节筋骨,使该处气血痹阻不通、关节瘀阻不利所致,治疗应当以温经通络、活血化瘀为主要原则。芍甘附子汤中白芍具有补血养阴之功效;炙甘草则可缓急止痛;炮附子具有温经活血、散风驱寒之功效;青风藤、鸡血藤具有舒筋活络、祛风除湿之功效^[7]。本研究对 RA 患者予以芍甘附子汤治疗,并观察其治疗效果,结果显示,治疗后观察组临床症状较对照组明显缓解,提示芍甘附子汤可以改善 RA 患者临床症状。hs-CRP 是一种敏感的全身急性炎症反应标记物^[8],当机体发生炎症反应时,分泌增加;RF 是类风湿关节炎诊断中重要的免疫学诊断标准,其含量可以反映 RA 患者严重程度;ESR 是红细胞在一定条件下沉降的速度,能够反映炎症程度。本研究结果显示,治疗后观察组 hs-CRP、RF、ESR 水平均明显低于对照组,说明芍甘附子汤可以缓解 RA 患者的炎性反应。本研究结果还显示,治疗后观察组关节活动、生活自理能力和生活质量都较对照组明显

改善,这提示芍甘附子汤可以促进 RA 患者关节活动,进一步提高患者生活自理能力和生活质量。现代药理研究表明,白芍具有镇痛解痉,促进血管扩张,敛阴平肝的功效,还具有较强的抗炎效果;炙甘草含有大量甘草酸、甘草甙等,有抗炎、镇痛、解痉等作用;炮附子不仅可以促进血行,还具有抗炎功效;青风藤、鸡血藤可行血养血、舒筋活络。诸药联用,可以缓解 RA 患者临床症状,减轻炎症反应,改善关节活动,有助于患者恢复,提高其生活自理能力和生活质量。

综上所述,芍甘附子汤副作用小、患者耐受性高,用于治疗寒湿痹阻型类风湿关节炎患者疗效显著,可有效缓解临床症状,减轻炎症反应,改善关节活动度,提高患者生活自理能力和生活质量,值得临床推广。

参考文献

[1]曹洋洋,沈永红.移动医疗在类风湿关节炎疾病管理中的应用进展[J].中华现代护理杂志,2020,26(25):3553-3556.
[2]李凤,陈静丹,李珍珍.类风湿关节炎患者前白蛋白水平与临床表现的关系探讨[J].实用医院临床杂志,2019,16(1):14-18.
[3]刘小平,赵旭颖,侯秀娟,等.芍甘附子汤加味通过 HIF-VEGF-ANG 轴诱导人类类风湿关节炎成纤维样滑膜细胞凋亡的机制[J].中华中医药杂志,2019,34(9):4013-4016.
[4]中华医学会风湿病学分会.2018 中国类风湿关节炎诊疗指南[J].中华内科杂志,2018,57(4):242-251.
[5]中华中医药学会风湿病分会.类风湿关节炎病证结合诊疗指南[J].中医杂志,2018,59(20):1794-1800.
[6]崔家康,姜泉,唐晓颇,等.类风湿关节炎 1602 例患者发病季节及地域因素分析[J].中华中医药杂志,2019,34(10):4808-4811.
[7]蔡悦,刘晓龙,郭静,等.甘草附子汤治疗佐剂性关节炎模型小鼠的抗滑膜血管生成机制研究[J].中国药房,2019,30(12):1618-1623.
[8]高利常,安新,徐彪.类风湿关节炎患者血清 IL-32、hs-CRP 水平[J].中国热带医学,2017,17(2):188-189,192.

(收稿日期: 2021-02-20)

《实用中西医结合临床》杂志编委会组成及编委名单

名誉主编:陈可冀(院士) 吴以岭(院士)

编委会主任:程关华

编委会副主任:熊墨年 钟玉祥

主编:何国平

副主编:李志刚 余灵

编辑部主任:黄湘

编委(按姓氏笔画为序):

刁军成 邓运明 邓志锋 尹路 尹燕耀 吕武清 吕爱平 朱培谦 任东林 伊凡 刘希伟 刘志坚
刘琴远 刘淮 杨少华 花宝金 李志刚 李秋根 李赞 肖祖克 时军 吴以岭 吴跃进 何超
余灵 张亚强 张惠民 陈士奎 陈日新 陈可冀 陈园 陈颖兰 林洪生 范成 范维虎 金成豪
金鸿宾 钟玉祥 钟军 徐南平 陶强 黄湘 黄欧平 曹亚丽 曹麒 龚向京 崔乃强 崔维奇
梁晓春 彭旦明 揭志刚 程关华 程晓曙 舒宽勇 谢晖 谢强 赖晓阳 蓝立群 熊墨年 穆大伟
戴闽 戴群