

316 例活动期类风湿性 关节炎患者辨证规律分析

□ 蒋连泓* 胡晓蕙 赵亚莉 马 艳

(天津中医学院 天津 300193)

关键词 类风湿性关节炎 活动期 中医证型 临床分析

类风湿性关节炎(RA)是自身免疫失调性疾病,已为国内外学者普遍认同,属中医学“顽痹”、“历节病”范畴。由于其病势缠绵难愈,病机本虚标实,证候寒热错杂、痰瘀互结,给中医临床辨证带来殊多困难。笔者通过累计 316 例活动期 RA 的科研病历分析,以期探讨中医证候分型与 ESR、ASO、CRP、RF,以及红细胞免疫功能检测之间的关系,从而为临床辨证分型提供有规律性的客观参考依据。

1 临床资料

1.1 病例采集 在天津市中医研究所风湿病专科门诊就医的患者,均按美国(1987)ARA 标准明确 RA 诊断。然后遵照卫生部颁布的“中药新药治疗痹病临床研究指导原则”进行辨证分型。对其中临床体征、实验室指标符合(急性)活动期的 RA 患者,纳入本组分析研究范围。

1.2 活动期 RA 的判断 316 例患者临床表现 MCP

*作者简介 蒋连泓,男,研究员,研究生导师。天津中医学院天津中医研究所风湿病研究室主任。获部省级以上科技成果 6 项。代表性专著《痹病临床经纬》。

(掌指关节)或 PIP(近端指关节),或腕关节,或膝关节,或踝关节,累计 3 个或数个关节局部疼痛加剧,肿胀、僵硬、扪热,甚至皮色发红者;或肘关节(鹰咀)、或膝关节、或肢体出现囊肿或皮下结节者,均为明显活动期指征。实验室检测 ESR 增速;CRP 阳性,RF_{Fix}(类风湿因子滴定度计数)明显增高、阳性者;RBCC3bRR(红细胞 C3b 受体花环率)明显低下者,RBCICRR(红细胞免疫复合物花环率)明显增高者,均支持活动期诊断。其它如持续低热、舌质偏红、舌苔白腻、黄腻、黄白相兼;脉象弦数、滑数等也可作为综合判断指征。

1.3 一般资料 316 例中,女 245 例,男 71 例;19~40 岁 103 例,41~60 岁 179 例,60 岁以上 34 例;初发 RA 者 198 例,复发者 118 例。

1.4 实验室资料

1.4.1 血沉(ESR) 惠(Weste Fgren)氏法,正常值男 <15mm/h,女 <20mm/h(月经期时不测)。316 例活动期 RA 患者中,低活动者(20~40mm/h)88 例;中等活动者(40~80mm/h)180 例;高活动者(>80mm/h)48 例。

1.4.2 丙种反应性蛋白 316 例 RA 患者，均排除急性肺炎、肾炎、肝炎、SLE、TB 等急性感染病后，纳入本组检测范围。其中，CRP 阳性者 257 例，阴性者 59 例。

1.4.3 抗链球菌溶血素“O”（ASO） 316 例活动期 RA 患者常规检测 ASO，其中，ASO 在 1:400 以上者 112 例，ASO 在 1:800 以上者 56 例，ASO 在 1:400 以下者 148 例。

1.4.4 类风湿因子（RF） 316 例活动期 RA 患者常规进行 RF 定性检测或 RF_{Fix} 检测，其中 RF 强阳性者 74 例，阳性者 129 例，弱阳性者 66 例，阴性者 47 例。

1.4.5 红细胞免疫功能检测 参照郭峰教授创建的 RBCC3bRR 与 RBCICRR 试验方法 [中国免疫学杂志，1990，6（1）：60]，限于条件仅对 121 例 RA 活动期患者随机进行检测。其中：RBCC3bRR 明显低于健康人 121 例；RBCICRR 明显增高者 121 例。

1.5 关节炎体征 316 例 RA 活动期患者局部关节检查，全部有关节肿痛、关节晨僵，其中关节红肿热痛者 98 例，关节扪热者 145 例；关节自觉发热者 166 例；关节自觉畏寒者 118 例；局部结节、囊肿者 57 例。

1.6 舌质、舌苔、脉象 316 例活动期 RA 患者初诊时，舌质淡红者 141 例；舌质偏红（包括舌尖红、舌红）116 例；舌质暗红或边有瘀斑者 59 例；舌苔薄白者 68 例；舌苔白腻者 66 例；舌苔黄腻者 98 例；舌苔黄白相兼者 84 例。316 例 RA 活动期患者初诊时，脉象滑数者 88 例，浮数者 38 例，弦数者 98 例，弦细者 49 例，沉细者 37 例，其他脉象 6 例。

1.7 辨证分型 对 316 例活动期 RA 患者遵照“部颁指导原则”在初诊时进行辨证分型，其中：湿热阻络型 128 例；寒热错杂型 95 例；寒湿阻络型 48 例；痰瘀阻络型 36 例；肝肾阴虚（兼挟外感）型 9 例。

2 结果分析

2.1 316 例活动期 RA 患者中医证型与 ESR 的关系

统计分析结果表明：湿热阻络型与寒热错杂型患者血沉明显增速，而且以中高度活动为主，寒湿阻络型与痰瘀阻络型以中低活动为主。见表 1。

2.2 316 例活动期 RA 患者中医证型与 CRP 关系

统计分析结果表明：湿热阻络型与寒热错杂型患者 CRP 阳性机率最高，次为寒湿阻络型、痰瘀阻络型和肝肾两虚兼外感型。见表 2。

表 1 316 例活动期 RA 患者中医证型与血沉关系（n·%）

	n	ESR 变化（mm/h）		
		20~40	40~80	>80
湿热阻络型	128	23(18)	78(61)	27(21)
寒热错杂型	95	16(17)	61(64)	18(19)
寒湿阻络型	48	27(56)	19(40)	2(4)
痰瘀阻络型	36	18(50)	17(47)	1(3)
肝肾两虚型 (兼挟外感)	9	4(44)	5(56)	0(0)

表 2 316 例活动期 RA 患者中医证型与 CRP 关系（n·%）

	n	CRP 变化	
		阳性	阴性
湿热阻络型	128	126(98)	2(2)
寒热错杂型	95	92(97)	3(3)
寒湿阻络型	48	32(67)	16(33)
痰瘀阻络型	36	22(61)	14(39)
肝肾两虚型 (兼挟外感)	9	3(33)	6(67)

2.3 316 例 RA 活动期患者中医证型与 ASO 关系

统计分析结果表明以湿热阻络型 ASO 升高的机率较明显，其次为寒热错杂型。见表 3。

表 3 316 例 RA 活动期患者中医证型与 ASO 关系（n·%）

	n	ASO 变化		
		1:800↑	1:400↑	1:400↓
湿热阻络型	128	38(30)	44(34)	46(36)
寒热错杂型	95	14(15)	35(37)	46(48)
寒湿阻络型	48	3(6)	23(48)	22(46)
痰瘀阻络型	36	1(3)	7(19)	28(78)
肝肾两虚型 (兼挟外感)	9	0(0)	3(33)	6(67)

2.4 316 例活动期 RA 患者中医证型与 RF 的关系

统计分析结果表明：316 例活动期 RA 患者中以湿热阻络型、寒热错杂型 RF 阳性率最高，而且 RF_{Fix} 显示阳性、强阳者较其它证型比例较大，其余各型以阳性、弱阳性为主。见表 4。

2.5 121 例活动期 RA 患者中医辨证与 RBCC3bRR、

RBCICRR 的关系 统计分析结果表明 121 例受试的各证型 RA 活动期患者中, RBCC3bRR 普遍明显低于正常对照组, RBCICRR 明显高于正常对照组。见表 5。

表 4 316 例活动期 RA 患者中医证型与 RF 的关系 (n·%)

	n	RF 变化			
		强阳性	阳性	弱阳性	阴性
湿热阻络型	128	40(31)	48(37.5)	24(19)	16(12.5)
寒热错杂型	95	30(31.6)	36(37.9)	13(13.7)	16(16.8)
寒湿阻络型	48	3(6)	26(54)	12(25)	7(15)
痰瘀阻络型	36	1(3)	16(44)	14(39)	5(14)
肝肾两虚型 (兼挟外感)	9	0(0)	3(33.3)	3(33.3)	3(33.3)

表 5 121 例活动期 RA 患者中医证型与 RBCC3bRR 及 RBCICRR 的关系 ($\bar{x} \pm s, \%$)

	n	C3bRR	ICRR
正常对照组	30	25.70 $\pm$ 3.15	9.12 $\pm$ 3.7
湿热阻络型组	32	13.71 $\pm$ 2.81	20.54 $\pm$ 3.24
寒热错杂型组	30	13.71 $\pm$ 2.23	20.55 $\pm$ 3.76
寒湿阻络型组	30	13.66 $\pm$ 1.92	20.31 $\pm$ 3.11
痰瘀阻络型组	20	13.76 $\pm$ 2.70	20.07 $\pm$ 2.85
肝肾两虚型组 (兼挟外感)	9	12.86 $\pm$ 2.15	20.36 $\pm$ 3.16

注:各证型组与正常对照组比较,均 $P < 0.05$

表 6 316 例活动期 RA 患者中医证型与关节炎体征的关系 (n·%)

	n	关节炎局部指征						
		肿 痛	晨僵受限	红肿热痛	扪 热	自觉发热	自觉畏寒	结节囊肿
湿热阻络型	128	128(100)	128(100)	98(76.6)	101(78.9)	101(78.9)	0(0)	12(9.4)
寒热错杂型	95	95(100)	95(100)	0(0)	40(42.1)	55(57.9)	68(71.6)	8(8.4)
寒湿阻络型	48	48(100)	48(100)	0(0)	0(0)	0(0)	48(100)	9(18.8)
痰瘀阻络型	36	36(100)	36(100)	0(0)	4(11.1)	7(19.4)	2(5.6)	25(69)
肝肾两虚型 (挟外感)	9	9(100)	9(100)	0(0)	0(0)	3(33.3)	0(0)	3(33.3)

表 7 316 例活动期 RA 患者中医证型与舌质舌苔关系(n·%)

	n	舌 质					舌 苔	
		淡 红	偏 红	暗 红	薄 白	白 腻	黄 腻	黄白相兼
湿热阻络型	128	45(35)	83(64.8)	0(0)	11(8.6)	9(7)	89(69.5)	19(14.8)
寒热错杂型	95	57(60)	25(26.3)	13(13.7)	15(15.8)	12(12.6)	9(9.5)	59(62.1)
寒湿阻络型	48	36(75)	0(0)	12(25)	16(33.3)	31(64.6)	0(0)	1(2)
痰瘀阻络型	36	2(5.6)	1(2.8)	33(91.7)	19(52.8)	13(36.1)	0(0)	4(11.1)
肝肾两虚型 (挟外感)	9	1(11.1)	7(77.8)	1(11.1)	7(77.8)	1(11.1)	0(0)	1(11.1)

表 8 316 例 RA 活动期患者中医证型与脉象的关系(n·%)

	n	常见脉象					
		浮 数	滑 数	弦 数	弦 细	沉 细	其 它
湿热阻络型	128	18(14.1)	78(60.9)	30(23.4)	2(1.6)	0(0)	0(0)
寒热错杂型	95	15(15.8)	8(8.4)	66(69.5)	3(3.2)	2(2.1)	1(1.0)
寒湿阻络型	48	0(0)	0(0)	0(0)	25(52)	21(43.8)	2(4.2)
痰瘀阻络型	36	4(11.1)	2(5.6)	0(0)	19(52.8)	8(22.2)	3(8.3)
肝肾两虚型 (挟外感)	9	1(11.1)	0(0)	2(22.2)	0(0)	6(66.7)	0(0)

2.6 316 例活动期 RA 患者中医辨证与关节炎体征的关系 统计分析结果表明 316 例患者各证型中,均具备关节肿胀、疼痛、晨僵受限体征。湿热阻络型具有或关节红肿热痛、或扪热、或自觉发热指征。寒热错杂型除具有局部扪热或自觉发热外,并有局部畏寒症。寒湿阻络型,除关节肿痛、晨僵外,全部出现关节畏寒症。结节性红斑或囊肿以痰瘀阻络型较多,其它证型很少见。见表 6。

2.7 316 例活动期 RA 患者中医证型与舌苔的关系 统计结果表明活动期 RA 患者初诊时,湿热阻络型大多舌质偏红、舌苔黄腻。寒热错杂型以舌质淡红、舌苔黄白相兼为主,少部分患者可见舌质偏红,或苔薄白,此证型舌苔变化较为错杂。寒湿阻络型以舌质淡红、舌苔白腻者居多。痰瘀阻络型以观测舌质为主,多显现舌质暗红(或有瘀斑)、苔白或腻。肝肾两虚挟外感型,舌质偏红,舌苔薄白。见表 7。

2.8 316 例活动期 RA 患者中医证型与脉象的关系 统计分析结果显示活动期 RA 患者湿热阻络型、寒热错杂型多为数脉,且以弦数、滑数为主。寒湿阻络型及痰瘀阻络型以弦细脉、沉细脉为多见。见表 8。

3 讨论

类风湿性关节炎多因禀赋不足,脏腑组织功能低下,每于外感、劳逸失度而诱发。在活动期,免疫反应性(急性、亚急性)炎症表现突出。中医历来以辨识证候来确定疾病的性质。活动期 RA 概属“邪气实”病理阶段,因此在临床上应以鉴别表里寒热性质为主,从 316 例临床资料统计中可以看出,以湿热阻络型、寒热阻络证型最为常见,且有 ESR 增速、CRP 阳性、RF_{fix} 阳性作为这些证候分型的客观依据(详见表 1、2、4)。表内分类检测说明热象、湿热证象愈明显,愈显示阳性、强阳性结果,且阳性率偏高,均提示临床以急性炎症为突出表现。而寒湿阻络型、痰瘀阻络型、肝肾两虚挟外感型,各项实验室指标多显示阳性、弱阳性、且阳性率偏低,提示以亚急性免疫反应炎症为主。5 种证型对照(表 6)关节炎局部指征表现,亦可佐证鉴别。

舌质、舌苔、脉象与关节炎局部证候(指征)是中医综合辨证分型的客观依据。316 例活动期 RA 均

具备关节肿痛、关节僵硬受限活动期证候特点,如何进一步判断其寒热性质及寒热孰轻孰重(以便指导临床用药)?除了前面讨论的 ESR、CRP、RF_{fix} 愈显示阳性,则热候、湿热候愈显著之外,更要注重中医的证候学辨证。从表 6~8 可以看出,湿热阻络型必备关节局部自觉发热、或扪热、甚或红肿热痛;寒热错杂型关节局部发热或扪热,同时又兼备自觉畏寒症;寒湿阻络型具有明显关节肢体畏寒症。从 316 例患者初诊时的舌脉诊视中亦可发现,湿热阻络型和寒热错杂型多显示阳热邪实、湿热互结的舌脉象,临床多见舌质偏红,舌苔黄腻或黄白相兼,脉象以滑数、弦数为主;寒湿阻络型显现阴邪壅遏、气血津液代谢迟滞的征象,脉多沉细,弦细,舌苔白腻或薄白;痰瘀阻络与肝肾两虚兼挟外感,两型临床上属复发型 RA,既存在“久病必瘀”或素体肝肾两虚辄易外感的病理本质,又显现了复感外邪后邪气壅实的证候,从实验室检查上看 ESR、CRP、RF_{fix} 亦有阳性指标可参,以区别于缓解期 RA;此外,痰瘀阻络型多见肢体结节、囊肿(表 6)、舌质暗红、瘀斑(表 7);肝肾两虚挟外感型,舌质偏红舌苔薄白,脉沉细,也为中医辨证分型提供了客观佐证。

关于红细胞免疫功能试验的临床意义:RBC 具有天然免疫粘附、清除 CIC(循环免疫复合物)的作用及促吞噬功能。主要与 RBC 表面的 C3b 受体(CR₁, CD₃₅)有关,虽然该受体存在于多种血细胞膜上,但血循环中 CR₁ 的 95% 存在于 RBC 上。因此,80 年代后期红细胞免疫作用,愈来愈引起国内外学者的重视,我院从 1990 年起,率先推广了由郭锋教授创建的 RBCC3bRR 以及 RBCICRR 试验方法,课题组在临床应用中发现,接受该项试验的 121 例活动期 RA 患者,其 RBCC3bRR 试验都显著低下,而 RBCICRR 试验明显增高(表 5),说明 121 例 RA 患者血液中 CIC 大量积聚;RBC 清除 CIC 功能降低,遂使 CIC 沉积在关节滑液囊中。临床研究所见,各证型 RA 患者 CICRR 愈高则其关节炎症愈显著,以湿热阻络、寒热错杂、寒湿阻络较明显,笔者在“中药对痹病患者 RBC 免疫功能的调解作用”一文中(中国·天津第一届国际中医学术交流会议论文集)曾报告了 ICRR 增高与关节炎症指征之间的关系,可供参考。

外伤性截瘫的中医药治疗

□ 祁开泽* (湖南中医学院第一附属医院 湖南 长沙 410007)

关键词 外伤性截瘫 中医药治疗

外伤性截瘫是脊椎损伤的严重并发症,是骨伤科临床中的常见疑难病症。本症多数是因外力造成脊椎骨折、脱位,进而损伤脊椎所致,少数为无脊椎损伤者(大多

发生在颈椎及胸椎上段)。根据外力损伤的部位和程度的不同,截瘫平面和严重程度也各不一致,一般情况下,外力越大,损伤的部位越高,后果就越严重,甚至危及患者

生命。根据损伤的原因、性质、程度以及有无机械性压迫和髓质内损害,一般将脊髓损伤分为脊髓震荡、脊髓受压、脊髓破坏三种类型。外伤性截瘫属于祖国医学的“体惰”、“血瘀痿”的范畴。

***作者简介** 祁开泽,男,教授、主任医师。主要从事骨伤科临床研究工作,主持或参与国家、部省、厅级科研课题 6 项。主编、参编著作 4 部。

1 外伤性截瘫的病因病机

本文除进一步探讨了各临床证型 RA 患者与 RBC 免疫之间的关系外,也认识到临床研究的不足之处,即:RA 是典型的免疫复合物性疾病,应用 C3bRR 与 ICRR 试验,从免疫学角度来诊断 RA 有重要参考价值,但如何应用这两个试验为中医辨证分型提供准确的量化系数指标及其机理研究,尚有待进一步深入探讨。

在风湿病专科门诊中,一般都把 ASO 做为常规检验。人体感染链球菌 2~3 周,在 90% 的人中可查到抗“O”抗体,国内有资料统计 500 例 RA 患者中 ASO 升高者仅占 30% (张进玉,张学斌主编. 类风湿性关节炎. 人民卫生出版社,1987:110),本组 ASO 升高者为 168 例 (占 53.1%),这与受试者的年龄段、气候变化、链球菌流行情况等因素不同而有差异。因此,我们认为 ASO 检验,目前仅做为(急性)

活动期 RA 有无上呼吸道感染而诱发风湿活动、导致免疫反应炎症的一个临床提示性指标。从表 3 显示的结果表明,以湿热阻络、寒热错杂两证型 ASO 升高较明显,寒湿阻络证型有部分患者升高。这可能与中医病因辨证中外感六淫病邪的性质不同而有相关差异。

值得注意的是,在临床辨证论治过程中,一方面要参考各证型中,各种检测阳性结果的有无、强弱变化规律,另一方面又必须尊重中医舌苔、脉象、关节炎证候指征,来综合判断。只有分型准确,才能辨证遣方、厘定用药比例。多年来我们根据上述辨证分型的规律,总结出其“论治”的指导原则:“通络不嫌早,清利尤须多;寒热常互见,温通佐其中,虚实错杂证,标本当分清。”