

## · 临床报道 ·

## 溻渍疗法治疗类风湿性关节炎膝关节病变患者 44 例

薛智丰 韦尼 王华新 李苏茜 朱跃兰

**【摘要】 目的** 观察溻渍疗法治疗类风湿性关节炎膝关节病变的临床疗效。**方法** 将符合纳入标准的 86 例患者随机分为两组,治疗组 44 例,对照组 42 例,两组均给予雷公藤多苷片加双氯芬酸钠缓释片治疗,治疗组再额外施以膝关节溻渍疗法,疗程 8 周。观察比较两组患者和医生对膝关节疼痛的视觉模拟评分(visual analogue scale/score, VAS)、膝关节压痛及肿胀评分、健康状况评估问卷(health assessment questionnaire, HAQ)、类风湿性关节炎疾病活动指数(rheumatoid arthritis disease activity index, RADAI)、红细胞沉降率(erythrocyte sedimentation rate, ESR)、C 反应蛋白(C-reaction protein, CRP)、超声下关节积液及滑膜厚度积分指标。**结果** 治疗组总体疗效优于对照组( $P < 0.05$ ),且治疗组在改善 VAS 评分、膝关节压痛及肿胀评分、HAQ 评分、CRP 及关节肌肉超声下关节积液及滑膜厚度积分水平方面优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论** 溻渍疗法对类风湿性关节炎膝关节病变具有较好的疗效。

**【关键词】** 溻渍疗法; 类风湿性关节炎; 膝关节病变

**【中图分类号】** R593.22 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2016.09.030

类风湿性关节炎(rheumatoid arthritis, RA)是一种以侵蚀性关节炎为致病特点的自身免疫性疾病,具有较高的致残性。RA 的基本病理改变为滑膜炎,其膝关节病变可造成滑膜增生及关节腔积液,日久可造成关节融合,导致关节功能丧失。目前现代医学对于 RA 膝关节病变的治疗仍多以激素、改善病情抗风湿药(disease modifying anti-rheumatic drugs, DMARDs)以及生物制剂等为主<sup>[1]</sup>,但由于起效时长、具有不良反应以及价格较高等多方面原因,均限制了上述药物在临床的长期运用<sup>[2]</sup>。笔者从事中医药治疗 RA 膝关节病变研究多年,在临床中发现采用溻渍疗法治疗 RA 的膝关节病变具有较好的疗效,现报道如下。

## 1 对象与方法

### 1.1 对象

选取 2014 年 7 月~2015 年 6 月于北京中医药大学东方医院风湿科门诊就诊及住院的符合纳入标准的 RA 膝关节病变患者 86 例,采用随机数字表法,将其分为治疗组与对照组。其中治疗组共 44 例,女性 34 例,男性 10 例,平均年龄( $42.56 \pm 7.34$ )岁,平均病程( $8.02 \pm 3.01$ )年;对照组共 42

例,女性 33 例,男性 9 例,平均年龄( $39.98 \pm 9.18$ )岁,平均病程( $7.28 \pm 4.73$ )年。两组在性别、年龄、病程等一般资料比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 纳入标准

(1)符合 RA 现代医学诊断标准<sup>[3]</sup>;(2)经彩色多普勒超声检查提示膝关节存在关节积液及滑膜炎表现者,其中膝关节积液(以膝关节髌上囊积液为测量对象)厚度 $>4$  mm 诊断为积液,关节滑膜选取膝关节滑膜最厚处进行测量,滑膜厚度 $>2$  mm 诊断为滑膜炎<sup>[4]</sup>;(3)符合 RA 中医寒湿痹阻证诊断标准<sup>[5]</sup>,即肢体关节冷痛沉重,或伴有关节肿胀,局部畏寒,皮色不红,触之不热,遇寒痛增,得热则减,舌胖,质暗淡,苔白腻或白滑,脉弦紧或弦缓;(4)年龄 18~75 岁;(5)签署知情同意书。

### 1.3 排除标准

(1)重叠其他风湿性疾病,如系统性红斑狼疮等;(2)合并心脑血管肝肾及造血系统等严重原发性疾病,或精神病、传染病患者;(3)妊娠、哺乳期妇女;(4)对研究的中药物过敏者;(5)入选前 1 月未停用免疫抑制剂及 DMARDs 者。

### 1.4 治疗方法

两组患者均给予口服雷公藤多苷片(湖南协力药业有限公司,生产批号:Z43020138)20 mg/次,3 次/天;双氯芬酸钠缓释片(北京诺华制药有限公司,生产批号:H10980297)75 mg/次,2 次/天。治疗组另给予溻渍疗法治疗,每天进行 2 次,每次约 30 分钟。

溻渍疗法操作步骤:(1)患者仰卧,充分暴露膝关节;(2)将自拟处方(由独活、川牛膝、白芥子、川芎、延胡索、艾叶、威灵仙、鸡血藤、海风藤、穿山龙、泽兰、泽泻、透骨

作者单位:100089 北京丰台区蒲黄榆社区卫生服务中心中医科(薛智丰);北京中医药大学东方医院风湿科(韦尼、王华新、李苏茜、朱跃兰)

作者简介:薛智丰(1982-),硕士,主治医师。研究方向:中医药防治风湿免疫病。E-mail:douctorwei613@163.com

通讯作者:韦尼(1983-),博士,主治医师。研究方向:中医药防治风湿免疫病。E-mail:whinny\_pooh@yeah.net

草 30 g 组成)加水 3 L 后加热煎煮至 1.5 L,倒入容器中,将 5 条治疗巾浸泡其中;(3)待中药药液温度降至 40~45℃时,分别将 5 条治疗巾取出逐个置于病变膝关节上,并外用塑料膜覆盖固定,进行 30 分钟的焗渍治疗;(4)30 分钟后将治疗巾取下,清理膝关节表面,治疗结束。以上两组治疗周期均为 8 周。

### 1.5 观察指标

1.5.1 症状体征 (1)参照《中药新药治疗类风湿关节炎的临床研究指导原则》(2002 版)中患者和医生分别进行膝关节疼痛的视觉模拟评分(visual analogue scale/score, VAS)标准<sup>[5]</sup>;(2)自拟膝关节压痛评分标准:0 分:无压痛;1 分:重压时仅关节边缘有痛感;2 分:重压时关节痛感明显,尚能忍受;3 分:压痛明显,且伴反射性躲闪,不能耐受;(3)自拟膝关节肿胀评分标准:0 分:无肿胀;1 分:轻度肿胀,皮肤纹理清晰可见,肿胀面积尚未超过关节附近骨突出部;2 分:肿胀较为明显,皮肤纹理基本消失,肿胀处与骨突出部相平;3 分:高度肿胀,肿胀处明显高出骨突出部位。

1.5.2 病情评估 采用健康状况评估问卷(health assessment questionnaire, HAQ)、类风湿性关节炎疾病活动指数(rheumatoid arthritis disease activity index, RADAI)<sup>[6]</sup>评定,其中 RADAI 分值范围为 0~10 分,分值越高表示疾病活动度越高;HAQ 按照 0 分:无影响;1 分:有些困难;2 分:很困难;3 分:不能进行的标准评估患者健康状况。

1.5.3 实验室观察指标 (1)红细胞沉降率(erythrocyte sedimentation rate, ESR):抽取患者晨起空腹静脉血,置于血沉架上,1 小时后观察红细胞沉降率;(2)C 反应蛋白(C-reactive protein, CRP):抽取患者晨起空腹静脉血,按照人 CRP 试剂盒操作步骤测定 CRP 水平。

1.5.4 关节积液及滑膜厚度积分 (1)关节积液分级标准<sup>[7]</sup>:选取膝关节髌上囊积液为测量对象(此处液体最厚),以髌上囊积液厚度>4 mm 诊断为积液,其分级标准为:0 级:无积液;I 级:少量积液(4 mm<厚度≤5 mm);II 级:中等积液(5 mm<厚度≤10 mm);III 级:大量积液(>10 mm);(2)滑膜厚度分级标准<sup>[8]</sup>:选择膝关节滑膜最厚处进行测量,以滑膜厚度>2 mm 诊断为滑膜炎,其分级标准为:0 级:滑膜无增厚(厚度≤2 mm);I 级:滑膜轻度增厚(2 mm<厚度≤5 mm);II 级:滑膜中度增厚(5 mm<厚度≤9 mm);III 级:滑膜高度增厚(厚度>9 mm)。以上关节积液及滑膜厚度分级中 0~III 级分别对应 0~3 分。

### 1.6 疗效判定标准<sup>[5]</sup>

(1)显效:症状体征整体改善率≥75%,RADAI、HAQ、ESR、CRP 正常或明显改善,关节积液及滑膜厚度分级为 0 级;(2)进步:症状体征整体改善率≥50%,<75%,RADAI、HAQ、ESR、CRP 有改善,关节积液及滑膜厚度分级≤I 级;(3)有效:症状体征整体改善率≥30%,<50%,RADAI、HAQ、ESR、CRP 有改善,关节积液及滑膜厚度分级≤II 级;(4)无效:症状体征整体改善率<30%,RADAI、HAQ、ESR、CRP 无改善,关节积液及滑膜厚度分级无变化。

### 1.7 统计学处理

采用 SPSS 17.0 统计软件进行分析,计量资料采用均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,经检验数据符合正态分布,且方差齐。两组治疗后临床总疗效比较采用 $\chi^2$ 检验,组内治疗前后 VAS、膝关节压痛及肿胀、HAQ、RADAI 评分、关节积液及滑膜厚度积分、ESR 及 CRP 水平比较采用配对  $t$  检验,上述指标的组间治疗前后比较采用独立样本  $t$  检验; $P<0.05$  表示差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者临床总疗效比较

治疗 8 周后,治疗组和对照组总有效率分别为 77.27%、61.90%,且治疗组总体疗效优于对照组( $P<0.05$ )。见表 1。

表 1 两组临床总疗效比较

组别	例数	显效	进步	有效	无效	总有效率
治疗组	44	2	20	12	10	77.27% <sup>a</sup>
对照组	42	0	16	10	16	61.90%

注:与对照组相比,<sup>a</sup> $P<0.05$

### 2.2 两组患者治疗前后病情评估指标及症状体征变化比较

治疗 8 周后,治疗组在改善 HAQ 评分、VAS 评分、膝关节压痛及肿胀评分等方面优于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 2、3。

表 2 两组治疗前后病情评估指标变化比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	RADAI(分)	HAQ(分)
治疗组	44		
治疗前		4.48±0.42	6.68±2.89
治疗后		3.98±1.87	3.10±1.46 <sup>ab</sup>
对照组	42		
治疗前		4.69±0.88	5.86±3.12
治疗后		4.02±1.04	4.98±2.84

注:与本组治疗前相比,<sup>a</sup> $P<0.05$ ;与对照组治疗后相比,<sup>b</sup> $P<0.05$ 。

### 2.3 两组治疗前后实验室指标、关节积液及滑膜厚度积分变化比较

治疗 8 周后,治疗组在改善 CRP、关节积液及滑膜厚度积分等方面优于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 4。

## 3 讨论

类风湿性关节炎属于中医“尪痹”范畴<sup>[9]</sup>,寒湿痹阻证是较为常见的证型之一<sup>[10]</sup>,临床中除可口服中药汤剂治疗外,还可结合中药焗渍疗法。中药焗渍疗法历史悠久,“其有邪者,渍形以为汗”是关于其治疗原理的最早论述。现代研究认为焗渍疗法具有减少病变部位炎性渗出、消炎止痛的作用<sup>[11]</sup>。

表 3 两组治疗前后症状体征变化比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	医生对膝关节疼痛 VAS 评分(mm)	患者对膝关节疼痛 VAS 评分(mm)	膝关节压痛评分(分)	膝关节肿胀评分(分)
治疗组	44				
治疗前		5.91±1.32	6.01±0.88	2.18±0.25	2.20±0.41
治疗后		2.14±0.81 <sup>ab</sup>	2.27±1.01 <sup>ab</sup>	0.78±0.19 <sup>ab</sup>	1.09±0.11 <sup>ab</sup>
对照组	42				
治疗前		6.21±1.12	6.04±1.47	2.42±0.28	2.28±0.16
治疗后		3.71±0.69 <sup>a</sup>	3.56±1.04 <sup>a</sup>	1.39±0.34 <sup>a</sup>	2.19±0.22

注:与本组治疗前相比,<sup>a</sup> $P<0.05$ ;与对照组治疗后相比,<sup>b</sup> $P<0.05$ 。

表 4 两组治疗前后实验室指标变化比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	ESR(mm/h)	CRP(mg/L)	关节积液积分(分)	滑膜厚度积分(分)
治疗组	44				
治疗前		45.68±16.72	38.78±12.74	2.16±0.47	2.42±0.30
治疗后		42.11±14.47	12.53±5.07 <sup>ab</sup>	1.18±0.38 <sup>ab</sup>	1.12±0.31 <sup>ab</sup>
对照组	42				
治疗前		49.89±13.81	34.29±14.58	2.21±0.52	2.26±0.18
治疗后		47.76±16.08	19.16±10.57 <sup>a</sup>	2.13±0.2	1.53±0.27 <sup>a</sup>

注:与本组治疗前相比,<sup>a</sup> $P<0.05$ ;与对照组治疗后相比,<sup>b</sup> $P<0.05$ 。

课题组研究发现溻渍疗法联合双氯芬酸钠缓释片、雷公藤多苷片可有效治疗 RA 膝关节病变,降低患者和医生分别对膝关节疼痛 VAS 评分、膝关节压痛及肿胀评分以及 CRP 水平,且疗效优于对照组( $P<0.05$ )。此外还选取 RADAI 和 HAQ 做为 RA 患者自我病情评估指标,结果发现仅治疗组可降低 HAQ 评分。因此,推测溻渍疗法可能是通过改善关节症状而在患者自我病情评估方面降低了 HAQ 评分,而对更重视客观依据的 RADAI 评分无降低作用可能与药物治疗力量相对不足或治疗周期较短有关。

目前已有研究表明关节肌肉超声对 RA 病变关节的滑膜炎半定量方法与临床评估具有较好的相关性和观察者之间的一致性<sup>[12]</sup>,因此将膝关节滑膜厚度及关节积液积分作为疗效观察指标之一。笔者发现治疗组可有效降低膝关节滑膜厚度及关节积液积分,且疗效优于对照组( $P<0.05$ ),这也为溻渍疗法治疗 RA 膝关节病变疗效提供了影像学依据。

综上所述,溻渍疗法对 RA 膝关节病变具有较好的治疗作用,且从实验室及影像学角度均可得到证实。同时,溻渍疗法具有操作简便、价格低廉等优势,适合长期使用。

### 参 考 文 献

- [1] 朱洁宜,吴鑫宇,周海纯,等. 中医药治疗类风湿关节炎的研究进展[J]. 中医药信息,2015,32(1):115-117.
- [2] 李明曦,侯秀娟,马俊福,等. 从脾胃亏虚论治类风湿关节炎[J]. 环球中医药,2015,8(6):709-711.
- [3] 中华医学会风湿病学分会. 类风湿关节炎诊断及治疗指南[J]. 中华风湿病学杂志,2010,14(4):265-270.

- [4] 胡小涛,陈苏宁. 高频彩色多普勒超声在类风湿性关节炎膝关节病变诊断中的应用价值[J]. 中华医学超声杂志(电子版),2012,9(4):57-58.
- [5] 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,2002:116.
- [6] 马剑达,郑东辉,朱浪静,等. 病情活动性评分在类风湿关节炎患者治疗中的应用[J]. 中华关节外科杂志(电子版),2014,8(1):109-112.
- [7] D'Agostino MA, Le Bars M, Schemidley N, et al. Interest of ultrasonography to detect synovitis in painful knee osteoarthritis in daily practice[J]. Arthritis Rheum,2003,48(1):88-90.
- [8] Wahher M, Harnls H, Krenn V, et al. Correlation of power Doppler sonography with vascularity of synovial tissue of knee joint in patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis[J]. Arthritis Rheum,2001,44(2):331-338.
- [9] 王林,杨惠民,李贞玉,等. 类风湿关节炎中医证型与血浆 D-二聚体水平的临床观察[J]. 环球中医药,2015,8(2):134-137.
- [10] 赵春江,蔡辉,赵凌杰,等. 浅谈扶阳法治疗类风湿关节炎[J]. 环球中医药,2015,8(9):1121-1123.
- [11] 历建萍. 中药溻渍的应用研究[J]. 长春中医药大学学报,2011,27(6):1058.
- [12] Dugados M, Jousse-Joulin S, Mistretta F, et al. Evaluation of several ultrasonography scoring systems for synovitis and comparison to clinical examination: results from a prospective multicentre study of rheumatoid arthritis[J]. Ann Rheum Dis, 2010,69:828-833.

(收稿日期:2015-12-12)

(本文编辑:韩虹娟)