

风湿病临床研究与诊治

— '96 全国第一届风湿病研讨会论文集

河南 洛阳

主办单位：中国老年学学会老年医学委员会

北京劲松医院国际类风湿病治疗中心

1996年10月14—18日



“正中”还你阳光灿烂的日子

前 言

现代医学中的风湿病学是一门新兴的学科,又是一门正在迅速发展的学科。它包括了以往的自身免疫,退行性、代谢性、遗传性、感染性、创伤性、内分泌、结缔组织病、肿瘤性九个医学领域里的疾病,它是一门与多专业有关的边缘学科。

现代意义的风湿病早已不是仅仅建立在症状基础上的概念了,这要感谢免疫学的飞速发展。免疫学研究告诉我们,人类的免疫系统不仅可以为我们消灭外界入侵的病原体,有时它也能给我们带来病痛,许多风湿病就是这样造成的。免疫学不仅为许多风湿病说明了机制,而且已给我们提供了大量诊断和治疗风湿病的有效手段,由发病机制着眼,目前把许多发病机制相似的疾病都归入风湿病的范畴。如果把风湿病看作是一门临床学科,那么免疫学便是它的基础,而且在风湿病领域中临床和基础比在许多其他领域中都结合得更紧密。这种建立在免疫学基础上的风湿病学只不过是几十年的历史,因此它是一门新兴学科。不仅如此,它还是一门正在迅速发展的学科,特别当研究到分子层次以后,分子免疫学,分子遗传学,分子药理学等都对风湿病学做出了贡献。

风湿病学的概念是在医学长期发展过程中逐渐完善起来的。由原来起病于过敏,自身免疫失调、遗传等经过许多复杂的研究阶段。现在认为,风湿病的基础病理变化为疏松结缔组织粘液水肿和类纤维蛋白变形,同时伴有淋巴细胞、浆细胞浸润,晚期可有透明样变或硬化。

风湿病包括了多种侵犯肌肉骨骼系统如关节、肌肉、韧带、滑囊和内脏血管以及结缔组织成份的各种疾病,它可为原发并局限于肌肉骨骼系统如退行性骨关节病,也可是具有多系统受累的全身性疾病如典型性胶原病和代谢性骨关节病。

风湿病在世界各国均属多发病,在我国也不例外,在美国丧失劳动能力的人中,风湿病人占第二位,在原苏联风湿病的发病率占整个人群中的6%,我国虽无准确的统计资料,但从临床观察看来,该类疾病确实是多发病、常见病,而且其中某些疾病在我国较世界其它国家尤为多见。

风湿病学是以风湿性疾病为研究对象,风湿病所包括的内容几乎涉及到所有的骨关节和肌肉疾病,由此可见,风湿病不仅是内科学问题,而且还是一门与许多其他医学专业有关的边缘学科,近年来又发展成为临床免疫学的重要组成部分。风湿类疾病的危害性之大,研究风湿类疾病之重要性预示了我们搞风湿病学科的学者专家的任务艰巨。近十几年来新的检测方法,诊断手段,新的药物不断问世,已取得了很大成绩,同样预示着我国对风湿病的防治及科研水平一定会得到进一步的提高。

本文收录了200多篇学术论文,这充分反映了近年来在风湿病领域工作的同行们辛勤耕耘所获的成果。我们相信在1998年国际风湿病学术会上将会有更新的成果出现,有更高水平的论文发表,有更多的有志学者加入我们这一行列。风湿病学科的同行们,让我们共同为人类的健康而努力。

侯丽萍

1996年8月

首届全国风湿病学术研讨会组委会领导成员

- 特邀嘉宾:** 张立平 中国老年学学会 副会长
中国骨质疏松杂志社 社长
原军委卫生部 部长
查敏 河南省洛阳市 副市长
任绪光 河南省洛阳市卫生局 局长
高子范 河南省洛阳正骨医院 院长
- 组委会主席:** 于宗河 卫生部医政司 司长
中国老年学学会 副会长
中国老年学学会老年医学委员会 主任委员
- 组委会执行主席:** 刘忠厚 中国老年学学会老年医学委员会 常务副主任委员
中国骨质疏松杂志 主编
- 组委会副主席:** 王石麟 中国老年学学会老年医学委员会 副主任委员兼秘书长
中国骨质疏松杂志编辑委员会 副主任委员
侯丽萍 中国老年学学会老年医学委员会 常务委员
中国老年学学会老年医学委员会风湿病专业组 组长
太原市类风湿病医院 院长

组委会成员: 于宗河 刘忠厚 王石麟 侯丽萍 潘子昂 金信爱

孙素元 李佩文 吉玲

目 录

一 临床研究

复方风湿宁治疗类风湿性关节炎的临床研究	张进玉 张 弓 王东莹等(1)
风湿病研究进展和动态	侯丽萍(6)
普渡罗治疗类风湿性关节炎疗效观察	田常炎 王绪辉 黄国平等(10)
普渡罗对 RA 免疫相关细胞的调理作用	田常炎 王绪辉 徐志刚等(15)
雷公藤治疗类风湿性关节炎临床观察	王 颖 常慧珍(18)
雷公藤药酒治疗类风湿性关节炎的疗效分析	周 伟(20)
健骨风湿液治疗风湿性关节炎 328 例临床疗效观察	林文君(21)
克痹灵治疗类风湿性关节炎临床观察	郝康平(24)
“马钱风湿丸”治疗风湿寒性关节痛 380 疗效分析	石联合(25)
石膏地黄汤辨证加减治疗类风湿性关节炎 50 例临床观察	赵培基 王五贵(27)
消痹酊抗风湿胶囊治疗类风湿性关节炎 120 例疗效分析	李聪华(29)
四妙散合独活寄生汤加减治疗类风湿性关节炎 104 例疗效观察	陆 智(30)
加减黄芪建中汤减少雷公藤片胃肠道反应疗效观察	申建中 李晓鸣(31)
直立康治疗 200 例强直性脊柱炎的临床观察	侯丽萍 梁小刚(32)
直立康治疗强直性脊柱炎的药理研究	侯丽萍(37)
骨质精治疗强直性脊椎炎 50 例疗效观察	李兆仁 张清敏(38)
健肾化骨汤治疗增生性膝关节炎 60 例	英 逆(40)
补肾方药防治膝 DOA 的实验研究	许树柴 万豫尧 石灵春等(42)
蜡疗止痛膏治疗骨质增生病的临床观察	王 伟 高彩梅(45)

二 中西医结合治疗

类风湿性关节炎中西医药研究进展	宋尔琼(47)
中西医结合治疗风湿性关节炎 39 例临床疗效分析	李长文(49)
中西医结合治疗“风湿四病”300 例疗效观察	周保华 贾文志 李友新(51)
中西医结合治疗类风湿性关节炎 58 例临床观察	刘 焱(54)
中西医结合治疗中老年风湿、类风湿性关节炎 85 例临床疗效观察	郭锡铭(55)
试谈中西医治疗类风湿性关节炎之我见	雷本淇(57)
中西医结合治疗类风湿性关节炎 108 例的体会	麻 波 田继发 刘宗裕(59)
用中医理论西药治疗类风湿关节炎(附 96 例报告)	覃耀琨(61)
中西医结合对类风湿的新认识及临床治疗体会	杨春荣(64)
类风湿性关节炎的中西医现代治疗	徐秉新 陈月珍(66)

中西医结合治疗类风湿性关节炎·····	董文杰(67)
中西医结合治疗类风湿性关节炎 64 例疗效观察·····	王运良 王桂荣(69)
浅谈中西医结合治疗类风湿性关节炎·····	卢海松 沈全根 许春英(70)
中草药愈类风湿症临床分析·····	吕恩志(71)
中医药治疗类风湿性关节炎 76 例的疗效观察·····	曲世友 张英佳 刘宝良(74)
中医药治疗风湿性关节炎体会·····	王光属(76)
中医治疗类风湿关节炎体会·····	赵书岐 赵金辉(77)
中药治疗激素依赖性类风湿性关节炎 60 例·····	魏玉铎(78)
对类风湿性关节炎 606 例、强直性脊柱炎 244 例随访调查分析·····	方敏 郝惠兰 侯丽萍(81)
侯氏疗法治疗类风湿性关节炎患者膝关节病变 51 例·····	常艺(85)
侯氏疗法治疗 206 例类风湿性关节炎——初步分析报告·····	吴雁 鲍桂兰 张奇等(87)
应用侯氏纯中药制剂治疗类风湿性关节炎 500 例疗效观察·····	邓建华 贾兆兰(90)
“侯氏疗法”佐与免疫制剂治疗中晚期类风湿性关节炎的疗效观察·····	魏正华 罗玉蕊(92)
“侯氏疗法”治疗类风湿性关节炎(RA)疗效观察·····	邹立顺(95)
侯氏疗法与西药联用治疗 RA 疗效初探·····	王再淑 李莉 李峰(96)
自拟蠲痹汤治疗类风湿 408 例·····	李贵生(97)
蠲痹汤治疗风湿性关节炎 32 例·····	谭建国(98)
龙马蠲痹散治疗类风湿性关节炎 54 例·····	冯焕章 付云林 付忠芬(100)
消骨灵Ⅲ治疗类风湿性关节炎 48 例·····	孙仲云(101)
自配类风湿散治疗类风湿性关节炎·····	李振江 李焕霞(102)
自拟“骨痹酒”治疗类风湿性关节炎 110 例体会·····	何来水(103)
苡仁附子二乌汤治疗风湿性坐骨神经痛 50 例临床观察·····	刘汉富(105)
自拟类风化毒胶囊和清血搜毒丸治疗类风湿性关节炎 100 例·····	宁保发 宁玉峰(106)
祛瘀活血汤加 654-2 治疗类风湿性关节炎 115 例临床体会·····	翁锦树(108)
黄芪桂枝汤加减治疗风湿性关节炎 136 例·····	吴莫宇(109)
补中益气丸,力克类风湿·····	邢玉春(110)
类风湿性关节炎的综合治疗·····	付庆生(111)
类风湿性关节炎的常用药物治疗·····	孔颖仑 郑德柱 张丽娟(113)
类风湿性关节炎的临床表现及其治疗新进展·····	孙德敬(115)
临床 26 例风湿病疗效报告·····	贾文钦(119)
类风湿性关节炎的临床治疗与探讨·····	封保和(120)
类风湿关节炎 8 例诊治体会·····	时如杰(121)
内服外敷治疗类风湿性关节炎·····	刘起(123)
中药、内服外敷加热透治疗类风湿性关节炎·····	李溥(124)
治疗类风湿性关节炎(RA)120 例疗效观察·····	谭铁军 王一凡(126)
胸腺肽治疗类风湿性关节炎 50 例·····	王胜军 张钦芬 王开夏(128)
藏医治疗类风湿性关节炎 250 例临床分析·····	王成道 吉才旦(129)
类风湿性关节炎致肺间质纤维化一例报告·····	刁海鹏(131)
恶性类风湿性关节炎并院内真菌感染·····	岳蓉(132)

类风湿病治疗浅析	张国光(134)
对类风湿病急性期治疗的想法	许惠玲(136)
论类风湿性关节炎	王扑一(137)
风湿病	梁进芳(139)
中西医结合治百病经验谈	凌日星(140)
风湿一次灵	何秉珍(152)
中西医结合治疗强直性脊柱炎 48 例临床观察	史建功(152)
强直性脊柱炎及中西药治疗	孙萍 梁英(154)
强直性脊柱炎的中医诊治及用药特点	郑良玉 陈旭东(155)
中医药治疗骨性关节炎 108 例疗效观察	张玉斌 秦善文(156)
强直性脊柱炎的诊断与治疗	岳从仁(158)
强直性脊柱炎证治一则	刘若新 谭铁军(161)
系统性红斑狼疮中西医结合辨证证型初步总结	肖学吕 叶志中(162)
中西医治疗狼疮性肾炎 29 例临床报告	李世宏 郭云飞(164)
红斑狼疮	王维世(167)
10 例系统性红斑狼疮心脏损害临床分析	居晓君(171)
糖类皮质激素、男性激素与胸腺肽联合治疗系统性红斑狼疮 21 例报告	张泽明(171)
氯喹加 β 受体阻滞剂治疗 SLE 的临床初探	朱慕云(173)
红斑性肢疼痛一例报告	何福康(175)
一例系统性红斑狼疮屡次误诊的原因分析	李永涛(176)
红斑狼疮的 SS-DNA 抗核抗体检查	邱振文(178)
混合性结缔组织病的诊断和治疗	石正敏(179)
混合性结缔组织病 10 例临床分析	曹仁颐(180)
干燥综合症的临床表现与治疗	冯汉林(182)
继发性 Sjogren 综合症的针药治疗(例 17 例临床分析)	韩露霞 鲍家铸(183)
中药治疗硬皮病伴发面部神经麻痹 1 例	王金荣(185)
13 例银屑病性关节炎的中西医治疗	马黎民 李亚(186)
中医药治疗银屑病性关节炎 29 例疗效观察	彭烈光(187)
口服中药液氮冷冻痘疤治疗银屑病性关节炎研究	孙诚 郑人范(189)
中西医结合治疗关节炎 112 例	杨绍君(190)
综合疗法治疗膝关节性关节炎	高敏(191)
骨关节炎的中西药结合治疗探讨	刘剑锋(194)
关节炎、末梢神经炎、肺结核合并症一例	蒋争明(195)
桔红酒治疗腰腿痛 281 例临床观察	郭朝广(197)
壮骨利节汤治疗骨性膝关节炎	高玉忠(198)
老年妇女膝关节严重病损与泌尿、生殖、肠道常见慢性伴发病关系的探讨	齐景彬 孔德杰(199)
中药骨尔康制剂治疗重症骨关节炎 39 例临床观察报告	齐景彬 孔德杰 张波等(202)
混合性结缔组织病伴精神神经症状误诊死亡一例报告	刁海鹏(206)
黄藤合剂治疗痛风性关节炎 45 例疗效观察	许竹青 王慧芳(207)

热痹汤治疗痛风性关节炎 30 例	袁作武	熊道友(209)
中西医结合治疗痛风性关节炎 34 例临床体会	杨世勤	(210)
中西医结合治疗痛风性关节炎临床观察	严恒生	(212)
中西医结合治疗痛风 35 例疗效观察	孙 卫	(213)
中医药治疗痛风性关节炎探讨	鲜光亚	(214)
痛风性关节炎的中药治疗	陈海昌	(216)
15 例痛风性关节炎临床治疗及观察	王云生	(217)
痛风性关节炎性治验 1 例	李思扬 李玉环	侯钦丰(218)

三 中医辨证论治

对风湿性关节炎辨证施治的体会	王运昌	(220)
以解毒通络为主治疗类风湿关节炎 60 例	王凤材	王元广(223)
辨证治疗类风湿性关节炎 57 例临床观察	袁有信	袁作武(225)
类风湿性关节炎及分型治疗	王云光	(227)
治类风湿性关节炎的思路与方药	张承福	惠 英(228)
类风湿性关节炎的中医诊治	何世超	(230)
类风湿性关节炎从脾论治	怀 血	陈寿永(233)
风湿病医案分析	苏德才	(235)
辨证分型诊治风湿病的临床应用	贺国文	(237)
中医治疗风湿性关节炎、痛风、强直性脊柱炎、硬皮等症	顾美屏	(238)
类风湿性关节炎病人中医辨证护理体会	尹小青	(241)
中药二联疗法治疗顽痹	李祖威	李本卓(242)
历节病辨治体会	彭有瑞	(243)
强直性脊柱炎的证治探讨	梁东海	(245)
活血化瘀、壮水涵木、调和营卫治疗硬皮病	冯志才	(247)
中医对皮炎的认识与辨治体会	刘景辉	(248)
清热解毒、活血化瘀、软坚散结治疗结节性脂膜炎 5 例	王肃季	(250)
用中药内外合治“肩周风”56 例临床观察	陈树勋	(251)
鹤膝风之我见及治验	林洪涛	(254)
“中药电热熨疗法”治疗“鹤膝风”30 例	姜云和 蔡术芝	王瑞英(255)
清热利湿活血法治疗急性痛风性关节炎 32 例	张丽娜	(258)
高原地区痛风论治新探	郑秋惠	(259)
外敷内服治疗痹证 100 例经验	付耀华	(260)
三血九仙汤治疗痹证 300 例	李书斋	(262)
蠲痹汤为主治疗痹症 34 例	孟祥凜 曹芳英	刘增辉(263)
自制追风酒治疗风寒湿痹症	李传河、王洪如	马洪仁等(265)
岳美中甘露饮加减方治疗阴虚热化痹证 80 例	付 谦	(267)
临床治疗“痹证”痛疼病 37 例分析	杨炳忠	丁 焰(268)
谈李老用中医药综合治疗痹症 688 例	满自清	(270)

双针一罐配合中药内服外敷治疗风寒湿痹、顽痹 76 例临床观察·····	李富军(273)
综合疗法治疗痹痛 1376 例的疗效观察·····	张建树(274)
痹证的辨治体会·····	余桂贞(275)
痹证证治体会·····	李泽斌(278)
痹证治验·····	张孔文 张虹 张霞(280)
药膏走罐疗法治疗痹证·····	张允勤 张海梅(282)
热痹当佐热药·····	黄健戈(286)

四 中药外治、非药物及其它疗法

痹痛膏治疗类风湿性关节炎 188 例·····	杨亚中 张蕴婷(287)
腰椎间盘突出出的中药外治法·····	羊在高(288)
针蚁疗法治疗类风湿性关节炎 100 例·····	李建才 伊路 张秀敏(289)
火针刺华佗夹脊加温针灸结合青霉素穴位注射治疗类风湿性关节炎 60 例·····	张辉(291)
GFT 阴阳五行针灸法与中西医结合治疗类风湿性关节炎等疾病的理论基础·····	全建成(293)
运用“五秀丸”结合针灸治疗类风湿性关节炎 64 例疗效观察·····	姚明明(295)
风湿性关节炎“传统医药天王针灸法”快速治疗·····	孙顺孝(297)
对侧针刺调气治疗肱骨外上髁炎·····	杨勇(299)
活血化瘀通络法配合小针刀手术治疗 RA34 例·····	刘新山 王维杰 孟立秋(301)
小针刀治疗膝关节骨性关节炎 72 例·····	梁辉(302)
小针刀配合穴位注射、推拿、蠲痹膏外贴等治疗膝关节挛缩与僵硬 96 例·····	丁文涛 张涛(304)
针灸配合火罐治疗坐骨神经痛——附 118 例疗效分析·····	陈家鼎(306)
“中药煮竹筒吸拔疗法”治疗各种风湿痛的体会·····	董殿斌(307)
酸汤苦竹筒治疗风湿性关节炎·····	侯再方(309)
足部反射区按摩治疗肩关节炎病 39 例分析·····	俞宝富 李彩侠 杨怀庆(310)
硬膜外注射与按摩治疗梨状肌综合症 50 例临床观察·····	赵伯新(312)
增生性关节炎的物理治疗·····	杨悌(313)
低能量 He-Ne 激光血管内照射治疗 114 例类风湿关节炎临床疗效观察·····	张德良 黄万梅(314)
激光量子血疗治疗类风湿性关节炎·····	李成福 孙小娟(316)
新中西医结合——中药电热吹风治疗关节炎软组织损伤·····	彭楚坤(318)
热蒸药熏新型治疗带的创新和应用·····	刘闾(319)
电离中药导入治疗类风湿性关节炎 60 例报告·····	寇眩玲(321)
中药离子导入治疗骨病新疗法·····	万泽民 马明松 万立文等(322)
消增液离子导入治疗骨质增生 50 例体会·····	王金海 郭建春(324)
中草药缓释制剂穴位植入疗法治疗类风湿关节炎 354 例疗效观察·····	付军豪 付云祥 付军健等(325)
当归针穴位注射治疗骨关节病·····	陈云华 马荣华(327)
关于自创“强肾保健操”治疗腰椎骨质增生的体会·····	马荣华 黄德友(328)

刮痧加中药熏洗治疗膝关节骨性关节炎 46 例临床观察	李成年	郭邦富	张子峰(330)
饮食疗法为主治疗痛风 2 例	许立军	林玉斌	(331)

五 药物研究、开发与应用

雷公藤治疗类风湿关节炎研究的回顾和进展	李瑞林	(333)	
雷公藤在临床皮肤病的应用	陈昭海	(336)	
野生杨喇子昆虫在临床抗风湿病的运用	姚九山	张丽琴(338)	
杨喇子虫药药理作用分析	吕晶	(339)	
杨喇子昆虫药治疗强直性脊柱炎疗效观察	姜永明	刘建民	罗京芳等(340)
蚂蚁散治疗类风湿性关节炎疗效观察	付传君	(342)	
蜂毒消炎止痛作用的观察	林崇兰	(344)	
蜂毒注射液特定穴位封闭治疗类风湿性关节炎 120 例临床观察	王艳斌	刘俊生(345)	
蛇毒玉液外擦治疗牛皮癣效果显著	杨成德	(347)	
类风湿性关节炎的早期治疗药物选择	黄伟兰	(348)	
三龙风湿宝治疗类风湿性关节炎的临床观察	唐敦立	苏文政	黄保民等(349)
风湿病用药浅谈	刘德泉	(352)	
治疗“痹证”的民间草药拔萃	符光利	(254)	
治疗类风湿病新药——草乌甲素片	张卫先	(355)	
痛风灵治疗痛风性关节炎 30 例临床观察小结	胡奇志	(357)	

六 其它

风湿病理论新进展——电浆学说	姜征	姜超美	全宏俊等(360)
我的风湿病无翼而飞	李锦凤	(362)	
什么叫风湿病	李优云	(363)	
风湿病为什么时好时坏久治不愈	李优云	(364)	
54 例类风湿性关节炎的护理体会	张爱红	宋海燕(365)	
类风湿性关节炎的护理体会	袁立荣	张明静(366)	
强直性脊柱炎的护理	张应建	高雪灵(367)	
非何杰金氏淋巴瘤误疹 1 例分析	高雪灵	(369)	
腰椎保健操	徐光辉	吕迺璞(370)	
神灯(TDP)热疗法与药物喷洒治疗 I—II°烧伤多发性水泡体会	周传芹	(372)	
类风湿性关节炎治疗小结	籍璐	(373)	

一 临床研究

复方风湿宁治疗类风湿性关节炎 的临床研究

张进玉 张 弓 王东莹 李明勤

西安医科大学第一附属医院(710061)

三十多年来我们对致残率高的难治性类风湿性关节炎进行了有效治疗的探索与研究,筛选了 400 多种药物,经过 15 代配方的临床实验治疗,研制成复方制剂《复方风湿宁》(Rheumanin co;RNC)。经过万例病人的临床应用与验证,取得了良好的优于目前同类抗风湿药的治疗效果。现将正规临床科学研究的资料总结于下。

1 病人与方法

按照我国实际和美国风湿病协会(ARA)的诊断标准^[1,2]选择典型的类风湿性关节炎(RA)病人 150 例,随机分为两组,复方风湿宁(RNC)组 120 例,吲哚美辛(Indomethacine; IDC)对照组 30 例。150 例中男 53 例(RNC46, IDC7),女 97 例(RNC74, IDC23)。年龄:RNC 组 6~15 岁 28 例,16~45 岁 58 例,46~69 岁 34 例,平均 33.6 岁;IDC 组 6~15 岁 4 例,16~45 岁 13 例,46~69 岁 13 例,平均 37.6 岁。病程:RNC 组 6~11 个月 14 例,1~3 年 50 例,4~10 年 44 例,11~25 年 12 例,平均 5.34 年;IDC 组 6~11 个月 3 例,1~3 年 15 例,4~10 年 10 例,11~25 年 2 例,平均 5.05 年。

1.1 给药方法 复方风湿宁:口服一日 3 次,每次 1~2 粒(片)餐中服。显效后改为 1 日 1~2 次,每次 1~2 粒(片)。吲哚美辛:每粒(片)含量 25mg,用量同复方风湿宁。小儿二药用量减半或 1/3 量。

观察方法 先确诊,除去其他风湿性疾病,除病人自己原用的激素外停用一切药物。观察指标包括关节指数、晨僵时间、疼痛关节数、肿胀关节数、关节痛度(包括压痛)、关节周径(近端指间关节[PIP]及大关节)、握力、步行 20 米时间、关节功能级、血沉、类风湿因子(RF)和血清粘蛋白、 α_2 和 γ 球蛋白、免疫复合物(CIC)、C 反应蛋白(CRP)及药物毒性指标血红蛋白(Hb)、红细胞(Rbc)、白细胞(Wbc)、肝功、尿常规和大便潜血,关节 X 线片。每 1~2 月全面检查一次,并作详细记录。

1.2 疗效评定标准

1) 以计分方法对 10 项主要指标进行统计学评定,求出每项指标的平均值(\bar{x})、标准差(s)和 p 值。

2) 医生评价:分析比较治疗前后 10 项主要指标的动态变化。(1)晨僵时间(分);(2)关节

指数(关节疼痛数和无痛的关节肿胀数目之和);(3)关节痛度(分4级);(4)关节肿胀数;(5)关节周径(PIP及大关节);(6)握力(血压计袖带法);(7)步行时间(20m/s);(8)关节功能级(分5级);(9)血沉;(10)RF。以上各项指标与指数,每项均以100%表示。总评时计算治疗后各项指标减少的%数(RP),然后将其相加除各项的总个数(N)乘100%,即为治疗后疗效评定的平均指数(%)。握力的计算以增加当减少。治疗后计算值超过100%者仍计为100%;负值应减去(倒扣)100%;缺项者不计入N内。

3) 分级评定:(1)临床治愈:治疗后疗效平均指数(%)减少90%以上或临床及实验室指标完全恢复正常,并且停药随访观察 ≥ 6 个月无复发者。(2)显效(控制):治疗后疗效平均指数减少60%以上。(3)缓解(有效):治疗后疗效平均指数减少30%以上。(4)无效:治疗后疗效平均指数减少不足30%或出现负值(即加重或恶化者)。

2 结果

2.1 疗程

RNC组和IDC组(括号内数字)疗程:30~60天27例(12),70~90天35(6),100~180天30(6),190~360天14(4); $1\frac{1}{2}$ 年8,2年4(1),3年1(1),8年1例,除8年1例外,平均疗程6.71个月(5.9月)。原定3个月为一疗程,但由于目前国内外RA的治愈率都不高,病人要求长期用药维持效果,且研究新药的文件要求部分病人需要长期观察药物的慢性毒性。故观察期和疗程较长。

2.2 起效时间

即关节疼痛开始减轻的时间。RNC组1~3天46例(38.34%),4~7天24例(20%)。8~15天40例(33.33%),20~30天10例(8.33%),平均为8.93天;IDC组1~3天16例(53.34%),4~7天9例(30%),8~15天5例(16.66%),平均为5.05天。

2.3 关节肿胀开始消退时间

RNC组1~3天37例(31.09%),4~7天29例(24.37%),8~15天40例(33.62%),20~30天13例(10.92%),平均为10.22天;IDC组4~7天1例(10%),8~15天2例(20%),20~30天6例(60%),40~60天1例(10%),平均为26.4天,1~7天内关节开始消肿者,两组(55.46%和10%)比较, $\chi^2=26.310$, $P<0.005$,有显著性差别,表明复方风湿宁的开始消退关节肿胀的时间比吲哚美辛为快。

2.4 关节肿胀完全消退时间

RNC组86例中4~7天4例(4.65%),8~15天21例(24.42%),20~30天44例(51.16%),40~60天9例(10.47%),70~90天7例(8.14%),100~120天1例(1.16%)。平均为33天;IDC组30例中无1例完全消肿者。表明复方风湿宁消除关节肿胀的作用好,吲哚美辛消肿作用差。

2.5 关节疼痛完全消失时间

RNC组35例中,20~30天7例(20%),40~60天11例(31.43%),70~90天12例(34.29%),100~120天3例(8.57%),150~180天2例(5.71%),平均72.57天;IDC组30例无1例关节痛完全消失者。表明复方风湿宁的临床治愈率高。

2.6 治疗后主要疗效指标的动态变化 见表1

从表1中看出,治疗后主要疗效指标中的关节指数、晨僵、关节痛度、肿胀关节数、关节周径、握力、步行时间和关节功能级PNC组的 P 值均 <0.001 ;IDC组 P 均 $>0.05\sim 0.5$;两组治

疗后复常和减少数比较的结果, P 均 < 0.005 , 有显著性差异, 表明复方风湿宁消关节肿、止痛和恢复关节功能的作用, 显著优于吲哚美辛对照组。

2.7 降血沉作用

RNC 组治疗前升高者 104/120 例 (86.67%), 治疗后完全复常者 65 例 (62.49%), 降低 33 例 (31.73%); IDC 组治疗前升高者 22/30 例 (73.33%), 治疗后复常者 5 例 (22.73%), 降低 11 例 (50%)。两组 (94.33% 和 72.73%) 比较结果, 降低血沉的作用 $P < 0.01$, 有显著性差别。表明复方风湿宁降血沉的作用良好。

表 1 治疗前后主要疗效指标的动态变化

指 标	总例数	异常例数	$\bar{x} \pm s$		P	复常	减少	合计 %	P
			治疗前	治疗后					
关节指数	RNC 120		18.31 ± 11.99	3.9 ± 5.83	< 0.001	35	83	98.33	< 0.005
	IDC 30		15.37 ± 10.89	16.8 ± 9.89	> 0.2		10	33.33	
晨僵	RNC 104		123.98 ± 137.35	14.98 ± 116.37	< 0.001	71	33	100	< 0.005
	IDC 28		117.29 ± 146.95	115.25 ± 143.27	> 0.5	8	11	67.86	
关节痛度	RNC 120		2.89 ± 0.31	2.14 ± 0.06	< 0.001	35	84	99.17	< 0.005
	IDC 30		2.83 ± 0.27	2.57 ± 0.57	< 0.005		10	33.33	
关节肿胀	RNC 119		11.55 ± 8.85	1.19 ± 3.93	< 0.001	86	32	99.16	< 0.005
	IDC 30		8.7 ± 7.91	11.1 ± 8.91	> 0.05		10	33.33	
关节周径	RNC 120		17.96 ± 11.5	16.78 ± 11.05	< 0.001	103	16	99.17	< 0.005
	IDC 25		17.03 ± 14.19	16.78 ± 13.87	> 0.1		4	16	
握力	RNC 90		52.94 ± 42.23	93.38 ± 57.76	< 0.001	81		90	< 0.005
	IDC 22		61.41 ± 66.72	56.8 ± 62.12	> 0.2	8		36.36	
步行 20M/S	RNC 94		27.33 ± 11.81	17.51 ± 6.17	< 0.001	55	37	97.87	< 0.005
	IDC 27		26.1 ± 10.75	26.36 ± 10.99	> 0.5		13	48.15	
关节功能级	RNC 120		2.93 ± 0.77	0.68 ± 1.01	< 0.001	73		94.17	< 0.005
	IDC 30		2.67 ± 0.76	2.60 ± 0.77	> 0.5	8	40	26.67	
血沉	RNC 120	104	60.11 ± 119.36	23.17 ± 27.24	< 0.001	65	33	94.32	< 0.01
	IDC 30	22	63.73 ± 44.1	49.43 ± 43.29	< 0.001	5	11	72.73	
RF*	RNC 120	71				44		61.97	< 0.005
	IDC 30	10				2		20	

※ 复常 = 阳转阴

2.8 消降 RF 作用

RNC 组 RF 阳性率 59.17% (71/120 例), 治疗后阳转阴者 61.97% (44/71); IDC 组 RF 阳性率 33.33% (10/31 例), 治疗后阳转阴者 20% (2/10 例)。两组比较, $\chi^2 = 4.327$, $P < 0.05$, 有显著性差别, 表明复方风湿宁使 RF 阳转阴 (消降) 作用的良好。

2.9 实验室指标的动态变化 见表 2

从表 2 看出, 治疗后两组实验室的其它指标粘蛋白、 α_2 和 γ 球蛋白, CIC 和 CRP, 在恢复正常值和降低方面均有显著性差别, 表明复方风湿宁对实验室各项指标有良好的降低作用, 且优于吲哚美辛对照组。

2.10 撤除激素的作用

RNC 组治疗开始前病人自己原用肾上腺皮质激素 (激素) 者 35 例 (29.17%), 其中连用 1~3 个月者 11 例, 5~6 个月 7 例, 7~12 个月 7 例, 1~2 年 4 例, 2~4 年 5 例, 7~8 年 1 例, 22 年 1 例, 平均用激素 20.4 个月 (1 例 22 年者除外), 经复方风湿宁治疗后全部撤除, 开始停用激素的时间 1~7 天者 23 例 (65.71%), 8~15 天 6 例, 16~30 天 3 例, 31~60 天 3 例。而 IDC

组原用激素者 3 例(10%),均撤不掉,其中连用 1~3 个月者 2 例,10~12 个月 1 例,平均用激素 5.5 个月。两组差别显著,且 RNC 组连续用激素 8 年和 22 年各 1 例,均顺利停用,表明复方风湿宁有良好的撤除激素作用。

表 2 实验室指标的动态变化

指 标	总例数	异常例数	$\bar{x} \pm s$		P	复常	减少	合计 %	P	
			治疗前	治疗后						
粘蛋白	RNC	120	112	139.48±70.68	96.67±56.28	<0.001	26	65	81.25	>0.1 α_2 球蛋白
	IDC	30	27	133±68	105±53	<0.05	5	14	70.37	
α_2 球蛋白	RNC	120	73	8.22±3.17	6.57±1.78	<0.001	48	10	79.45	>0.75
	IDC	30	11	7.2±2.36	6.49±2.01	>0.1	6	3	81.82	
γ 球蛋白	RNC	120	86	18.78±4.88	17.45±4.74	<0.002	34	20	62.79	>0.5
	IDC	30	12	17.97±5.06	18.03±5.92	>0.5	4	5	50	
CIC	RNC	119	66	171.9±161.64	106.53±102.1	<0.001	36	20	84.85	>0.05
	IDC	30	15	153.8±106.74	156.9±114.99	>0.5	4	5	60	
CRP	RNC	44	22	34.25±35	23.88±23.66	>0.1	7	10	77.27	>0.9
	IDC	7	5	45.81±40.23	28.73±29.46	>0.1	3	1	80	

2.11 疗效优于同类抗风湿药

RNC 组和 IDC 组(括号内数字),治疗前曾用 25 种抗风湿药:氟美松和强的松 85 例(12),占 70.83%,阿司匹林和水杨酸钠 16 例(1),瑞培林和保泰松 23(4),吲哚美辛 75(14),炎痛喜康 36(7),布洛芬 37(6),芬布芬 1,奈普生 4(3),安乃近 7,甲灭酸 1(1),氯喹 6(1),清风藤和风湿宁 33(6),山海棠 3,雷公藤和黄藤 4(2),中药和风湿针 10(2),左旋咪唑 1(1),硫唑嘌呤 8,胸腺素 1(1),助应素 3。服用 RNC 后当天全部顺利停用以上药物。而吲哚美辛组病人大部分仍在合用,表明复方风湿宁的临床疗效优于目前的同类抗风湿药物。

2.12 停药及复发

RNC 组治疗后完全停药者 35 例,占 29.17%,复发 23 例(65.71%),其中停药 6~12 个月 22 例,全复发;停药 3~18 年 10 例,均未复发。治愈后,一年内复发率高,表明 RA 难以长期治愈,目前国内外的抗风湿药只能短期(或称)临床治愈。IDC 组无 1 例完全停药者。

2.13 X 线关节检查结果

治疗后关节 X 线片明显骨质疏松和侵蚀破坏有所改善者 3/20 例;17 例仅有关节及其周围软组织肿胀影消失,而骨质侵蚀破坏囊状变无变化;100 例 X 线片治疗前后无明显改变。

2.14 复方风湿宁与吲哚美辛治疗的有效率比较 见表 3

表 3 复方风湿宁与吲哚美辛治疗的有效率比较

	复方风湿宁		吲哚美辛		χ^2	P
	例数	%	例数	%		
临床治愈	32	26.67				
显效(控制)	77	64.16	1	3.33	35.584	<0.005
缓解(有效)	9	7.50	5	16.67	1.423	>0.1
无 效	2	1.67	24	80.00	102.780	<0.005
总有效率	118	98.33	6	20.00	15.977	<0.005

从表 3 看出,复方风湿宁治疗类风湿性关节炎的总有效率 98.33%,临床治愈率 26.67%,显效(控制)64.16%,缓解(有效)7.5%,无效 1.67%;吲哚美辛对照组总有效率 20%,显效 3.33%,缓解 16.67%无效 80%,两组有效率(98.33%和 20%)比较,P 值<0.005,有显著性

差别,表明复方风湿宁的疗效良好且显著高于吲哚美辛对照组。吲哚美辛无效率高的原因,系用本研究严格的十项主要指标测算和评价的结果,为比较性无效,吲哚美辛的消除关节肿胀作用虽较差,但止痛作用良好,缓解率较高。

2.15 毒副作用观察

1. 副作用率:RNC组120例中无副作用者98例(81.67%);出现副作用者22例(18.33%),其中食欲减退1例,胃不适和疼痛13,恶心3,腹胀1,头昏3,头痛1,睡眠不好1,皮疹4,搔痒2,紫癜1。这些副反应均在治疗过程中或减量后逐渐消失,不影响继续治疗。IDC组无副作用者20例(66.67%);出现副作用者10例(33.33%),其中口苦1,食欲减退1,胃痛1,恶心2,腹痛1,腹胀11,心慌1,头昏5,嗜睡1,乏力1,当减量后副作用减轻或消失。两组的副作用(18.33%和33.33%)比较, $\chi^2=3.218, P>0.05$,无显著性差别。两组副作用的发生率差不多,主要是胃肠道反应。

2. 血红蛋白(Hb):治疗前后RNC组为 10.69 ± 1.95 和 $10.59\pm 1.61, P>0.5$;IDC组为 10.31 ± 1.72 和 $10.54\pm 2.24, P>0.5$,表明复方风湿宁与吲哚美辛对Hb均无明显影响。

3. 红细胞(Rbc):治疗前和后RNC组为 391.88 ± 64.46 和 $394.73\pm 50.32, P>0.5$;IDC组为 372 ± 75 和 $393\pm 53, P>0.05$,表明复方风湿宁与吲哚美辛对Rbc均无明显影响。

4. 白细胞(Wbc):治疗前和后RNC组为 7948 ± 3002 和 $7283\pm 2512, P<0.06$;IDC组为 7043 ± 2801 和 $7567\pm 2790, P>0.5$ 。表明复方风湿宁有轻度降低白细胞的作用,而吲哚美辛无明显影响。

5. 肝、肾和胃肠道功能:治疗前后一般常规检查肝功、尿蛋白和粪便潜血的结果,肝功:RNC组48例均正常,IDC组16例中治疗后1例SGPT升高。尿蛋白:RNC组100例均为阴性;IDC组23例中1例轻度增多。粪便潜血:RNC组104例中阳性2例;IDC组23例均为阴性。表明复方风湿宁和吲哚美辛对肝功能和肾功均无明显影响,也不引致严重的胃肠道出血。

3 讨论

类风湿性关节炎病程长,呈慢性进展经过,致残率很高,病理过程犹如恶性肿瘤一样,是难治之症,迄目前国内外仍无高效理想的治疗方法,研究高效的治疗药物实属必要。我们20多年来的探索,通过亚格的疗效评定标准研究的结果表明,复方风湿宁治疗类风湿及其他关节炎的效果优良,起效快,消除关节肿胀和止痛作用好,改善关节功能、降低血沉和类风湿因子率高,撤除激素的作用强,总有效率98.33%,临床治愈率比较高(26.67%),显效(控制)率高(64.16%),疗效稳定,副作用少。其疗效显著作于目前公认止痛作用好的消炎痛和国内外临床应用的同类抗风湿药。

近年来国内的研究报道不少,但有严格疗效评定指标和标准者不多。陶学谦等^[3]报告雷公藤多甙治疗RA70例疗程12周的结果,取得进步或缓解者达90%。瑞得治疗研究协作组^[4]报告223例RA病人,瑞得组完成治疗者148/162例,疗程24周,观察结果:临床缓解10.8%,显效52%,有效23%,无效14.2%,其中关节痛消失者8.7%、关节肿消失28.3%、晨僵消失40.5%、血沉复常15.8%、RF滴度下降14.8%,治疗期间同服的非激素类药部分患者减量。Williams等^[5]报告氨甲喋呤治疗189例RA,结果110例完成18周治疗,32%病人的关节痛和25%关节肿胀明显改善,46%RF滴度降低。M_aTYJH_c等^[6]报告102例RA用氨甲喋呤、硫唑嘌呤和环磷酰胺治疗的结果,91例中31.9%显著改善、59.3%改善、8.8%无效,三药的疗效差别不大。Willkens等^[7]观察212例RA病人,分三组(硫唑嘌呤、氨甲喋呤、二者联合),疗程24周,关节炎指标减少>30%为缓解,结果:完成治疗158例,缓解率联合组为58%、硫唑嘌呤

41.1%、氨甲喋呤 56.7%，以单用氨甲喋呤疗效较好。以上国内外研究的结果表明，类风湿性关节炎的治愈率低(14%^[8]和 17%^[9])。我们研究的中西药复方制剂复方风湿宁治疗类风湿有良好的效果，治愈率仍不算高(虽然上述报道有所提高)，但控制(显效)率高，体现了我国中西医结合的道路、增加抗风湿新药的种类、病人及社会与经济效益的需要，而且研究方法与疗效评定标准设计严密、科学性强，完全符合我国的临床实际。

参 考 文 献

- 1 Ropes MW, Bennett GA, Cobb S, et al, Jessar RA: 1958 Revision of diagnostic criteria for rheumatoid arthritis. Bull Rheum Dis, 1958; 9: 175
- 2 张进玉, 张学斌, 李明勤. 类风湿性关节炎. 第一版, 北京: 人民卫生出版社, 1987: 140—143
- 3 陶学兼, 孙瑛, 董怡等. 雷公藤多甙治疗类风湿性关节炎的双盲研究. 中华内科杂志, 1987; 26(7): 399
- 4 瑞得治疗协作组. 瑞得治疗类风湿性关节炎多中心双盲前瞻性研究. 中华内科杂志, 1992; 31(7): 394
- 5 Williams HJ, Willkens RF, Samaetson CO, et al. Comparison of Low-dose oral puls methotrexat and placebo in the treatment of rheumatoid arthritis. Arthritis and Rheumatism, 1985; 28: 721
- 6 Магулис АА, Ку РТ, ГиниТе ги, Талетене ИШ, И Д Р. Сравнительная Эффективность Метотрексата, Азатиоприна И Циклофосаида в Лечении Ревматоидного Артрита. Ревматология, 1988; (1): 17
- 7 Willkens RF, Urowitz MB, Stablein DM, et al. Comparison of Azathiopirine, methotrexate, and the Combination of both in the treatment of rheumatoid arthritis; A Controlled clinical trial. Arthritis and rheumatism, 1992; 35(8): 849
- 8 Няй ЛГ, Вихлаева СВ. Ремиссия Ревматоидный Артрита — Миф или Реальность? Ревматология, 1990; (2): 68
- 9 Short C, Bauer W, Reynolds W. Primer of the Rheumatic Diseases. Chicago, 1973: 34

风湿病研究进展和动态

侯丽萍

山西省太原市类风湿病医院(030006)

1 风湿病概念

风湿病的概念是在医学长期发展过程中逐渐完善起来的。20世纪初,医学界致力于研究风湿病的原因,当时认为风湿病的发病与过敏性疾病有关,抗原是异性蛋白,同时发现当患有过敏性疾病时,在结缔组织中可见到特有的类纤维蛋白坏死。美国病理学家克来姆普尔(Klemperer)对系统性红斑狼疮和系统性硬化症病人进行了详细的病理检查发现,病变广泛侵犯心、肾、皮肤等脏器,基本病变是胶原组织的类纤维蛋白变性,并提出结缔组织系统胶原病的概念。1942年他把这种特征性疾病加以综合,称之为“弥漫性胶原病”,所包括的疾病有风湿热、系统性红斑狼疮、系统性硬化症、皮肌炎、多动脉炎、类风湿性关节炎等六种。以后随着医学的进展,胶原病的概念也相应发生了很大变化。首先,从病理学上有类纤维蛋白坏死的特征来说,除上述疾病外,尚有许多其他疾病也具有这种病理特征。另外,目前已知,除了胶原病外,尚有许多疾病可发生包括胶原在内的结缔组织类纤维蛋白坏死,其中有些疾病是由非过敏因素引起的,所以克来姆普尔提出的所谓胶原病的概念,仅仅是病理组织学上的概念。

1969年以来,日本的大高裕一等提出了包括经典胶原病在内的广义结缔组织病概念。尽管以前有人曾采用过结缔组织病的概念,但他们仍把经典胶原病看作是结缔组织病的同义词。大高裕一等认为,胶原纤维中胶原蛋白是其组成成分之一。在胶原病时,由于构成胶原纤维的全部成分都发生了变化,因而以称之为结缔组织病较为合适。

在上述情况下的结缔组织,包括了软骨和骨、滑囊和肌肉等,因这些组织中也有胶原纤维,所以结缔组织病还包括侵犯骨关节和软骨的其他多种疾病。从临床角度则统称为风湿病。

在经典胶原病的研究中,根据对风湿病的认识,人们特别注意的是细胞外成分和细胞间质的变化,另外还注意到对有形成纤维,无定形成分基质的生理、病理生理的研究等。但在当时因受研究手段的限制,遇到不少困难。最近十多年来,由于显微镜的应用,人们发现了观察细胞以外成分、尤其是观察基质的方法,如电镜检查、电镜组织化学、组织化学、酶组织化学、荧光抗体法的免疫组织化学等方法,使风湿病的研究取得了新的进展,因而在其病因、病理、诊断、治疗等方面,也都有了很大的发展。

现在认为,自身免疫性风湿病的基本病理变化为疏松结缔组织粘液样水肿和类纤维蛋白变性,同时伴有淋巴细胞、浆细胞浸润。晚期可有透明样变或硬化。

以往将类纤维蛋白变性误认为是胶原纤维变性的产物(羟脯氨酸)。现已证实类纤维蛋白中不存在胶原纤维的组成成分羟脯氨酸,并且认为在发生类纤维蛋白变性之前,必须先有基质中蛋白质—粘多糖复合物破坏,从而导致游离的粘多糖及粘多糖解聚产物增多,结果使毛细血管通透性升高,血清蛋白中的碱性蛋白即纤维蛋白原渗出血管,与游离的粘多糖解聚产物接触而形成类纤维蛋白,目前认为这是风湿病主要累及的组织——结缔组织的病理改变。

风湿病包括多种侵犯肌肉骨骼系统如关节、肌肉、韧带、滑囊和内脏血管以及结缔组织成分的各种疾病,它可为原发并局限于肌肉骨骼系统如退行性骨关节病,也可能是具有多系统受累的全身性疾病如典型性胶原病和代谢性骨关节病。

2 风湿病分类

在克来姆普尔(Klemperer)提出所谓六种经典胶原病之后,20余年间,与这六种疾病相类似的疾病也逐渐被包括到这类疾病之中,如血栓性血小板减少性紫癜、过敏性或肉芽肿性血管炎、巨细胞动脉炎、肾硬化症、干燥综合征、白塞氏病、韦格内氏肉芽肿、回归热型结节性非化脓性脂膜炎(Weber—Chrisian 综合征)、过敏性紫癜、血栓闭塞性脉管炎、动脉硬化症、血清病、肾小球肾炎、弥漫性致纤维性肺泡炎(Hamman—Rich 综合征)、马凡(Marfan)氏综合征、赫勒(Hurler)氏综合征、淀粉样变性、结节性红斑、溃疡性结肠炎及回归性多软骨炎等。

关于风湿病的分类,各家学说纷纭。库斯克森(Huskison)氏等认为风湿病与关节炎具有相似的含义,在由他主编的《关节病大全》中,按病因将各种关节病分为13类,共包括关节病200余种,可以说分类详细,病种齐全,但其中许多疾病在我国并不存在,并且有些关节病只是某些全身疾病的次要表现,实际上并无多大临床意义。梅森(Mason)氏则将关节病分为五大类,包括炎症性关节病(指原因不明者)、特殊感染性关节炎、退行性骨关节病、代谢沉积性骨关节病,以及其他关节病(如凝血因子缺陷、过敏反应、神经疾病、恶性肿瘤等)共50多种。吉林兰德(Gilliland)氏等根据病变发生的解剖部位,将关节病分为关节周围疾病和关节病两大类,后者包括软骨、韧带、滑膜等疾病。在滑膜疾病中,又按病因将其分为六类。但许多关节病往往同时累及周围组织。侵犯滑膜的关节炎也可波及软骨。因此,对病变的具体解剖部位常难划分。这种分类方法适用于X线诊断。

近年来,美国风湿病学会根据病因、发病机理和发病部位,将关节炎及风湿病分为13个类别,包括各种关节病80多种。由于分类详细,而且纲目清晰,现已逐渐被许多国家和地区所采用。

(一) 原因不明的多发性关节炎 ①类风湿性关节炎;②幼年型类风湿性关节炎;③强直性脊柱炎;④牛皮癣性关节炎;⑤赖特氏综合征(Reiter 氏综合征)。