

加减通痹方联合中药熏蒸治疗寒湿痹阻型 类风湿关节炎临床疗效

刘冰洁, 王倩, 王颖, 韩知言, 杨雪*

东部战区总医院保健科, 江苏 南京 210002

摘要 目的: 分析加减通痹方联合中药熏蒸治疗寒湿痹阻型类风湿关节炎(RA)的治疗效果。方法: 选取 2021 年 4 月—2024 年 6 月东部战区总医院收治的 168 例 RA 寒湿痹阻证患者, 按照不同治疗方法分为对照组和观察组, 对照组 83 例采取中药熏蒸治疗, 观察组 85 例加用加减通痹方治疗, 比较两组治疗效果, 比较两组疾病活动性指标、血清及免疫指标, 并观察两组的不良反应发生情况。结果: 观察组治疗效果优于对照组($P < 0.05$)。治疗后, 观察组中医证候积分、28 处关节活动性评分(DAS28)、临床疾病活动指数(CDAI)较对照组更低($P < 0.01$)。治疗后, 观察组类风湿因子(RF)、C 反应蛋白(CRP)、红细胞沉降率(ESR)、D-二聚体(D-D)水平、免疫球蛋白(IgG、IgA、IgM)低于对照组($P < 0.01$)。观察组与对照组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论: 采取加减通痹方联合中药熏蒸治疗寒湿痹阻型类风湿关节炎效果显著, 可明显降低中医证候积分, 减轻炎症水平, 提升免疫功能, 降低疾病活动度, 无特殊药物不良反应。

关键词 加减通痹方; 中药熏蒸; 类风湿关节炎; 寒湿痹阻

中图分类号: R255.6

文献标识码: A

文章编号: 1002-2392(2026)07-0072-05

DOI: 10.19664/j.cnki.1002-2392.260144

类风湿关节炎(Rheumatoid arthritis, RA)是一种多发、对称的小关节炎症, 若不及时治疗, 约有 75% 患者在 3 年内出现残疾, 5 年致残率可达 30% ~ 50%^[1-3]。临床治疗 RA 主要采取糖皮质激素和非类固醇消炎药物, 可有效减轻临床症状, 但上述药物长期使用可能会出现一些不良反应^[4]。中医将 RA 归属“痹证”“历节”范畴, 发病机制涉及气血不足、外邪侵袭, 引起经络阻塞和阴阳失衡, 导致关节损伤和畸形。寒湿痹阻为主要的证型之一, 在治疗上应当以温经散寒、通络止痛为原则^[5]。中药熏蒸是以中医辨证论治为指导原则, 通过对特定配伍的中药进行煎煮, 利用其所释放的水蒸气透入患者的病变部位, 发挥活血化瘀

的作用^[6]。通痹方出自娄多峰教授经验方, 为治疗风寒湿痹经典用药, 具有活血通络、祛寒止痛的作用。本研究采取回顾性方法, 分析加减通痹方联合中药熏蒸治疗寒湿痹阻型 RA 的效果, 以期为临床后续研究提供新思路。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 4 月—2024 年 6 月东部战区总医院收治的 168 例寒湿痹阻型 RA 患者, 按照不同治疗方法分为对照组 83 例和观察组 85 例, 两组基础资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。见表 1。本研究经东部战区总医院伦理委员会审核批准(202408)。

表 1 两组 RA 寒湿痹阻证患者一般资料对比

组别	例数	性别[例(%)]		年龄($\bar{x} \pm s$)/岁	病程时间($\bar{x} \pm s$)/年	晨僵时间($\bar{x} \pm s$)/h
		男	女			
观察组	85	45(52.94)	40(47.06)	55.36 $\pm$ 5.14	4.29 $\pm$ 0.86	3.02 $\pm$ 0.58
对照组	83	48(57.83)	35(42.17)	54.36 $\pm$ 4.96	4.38 $\pm$ 0.91	2.89 $\pm$ 0.52
t/χ^2 值		0.406		1.283	0.659	1.528
P 值		0.524		0.201	0.511	0.128

收稿日期: 2024-12-03 修回日期: 2025-12-02

基金项目: 江苏省自然科学基金青年基金项目(BK20201092)

作者简介: 刘冰洁(1993-), 女, 硕士, 住院医师, 从事中医内科学、保健医学及全科医学相关研究。

* 通信作者: 杨雪(1995-), 女, 硕士, 住院医师, 从事中医内科学、保健医学及全科医学相关研究。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

符合 RA 的西医诊断^[7]标准,患者至少有一个关节存在滑膜炎的临床证据,并伴有血清类风湿因子或抗环瓜氨酸肽抗体阳性。

1.2.2 中医诊断标准

符合 RA 的中医诊断^[8]标准。证型为寒湿痹阻,主症:关节冷痛而肿,遇寒痛增,得热痛减,关节屈伸不利,晨僵,关节畸形;次症:口淡不渴,恶风寒,阴雨天加重,肢体沉重;舌脉:舌质淡,苔白,脉弦紧。

1.3 纳入标准

①符合以上中西医诊断标准;②年龄 18~70 岁;③RA 疾病处于活动期;④临床资料齐全,依从性较好;⑤均知晓此次研究,并签署知情同意书。

1.4 排除标准

①入组前服用 RA 治疗药物 ≥ 1 个月;②严重关节外病变;③严重关节畸形、关节外伤史或手术史;④精神障碍;⑤创伤性、化脓性、痛风性等关节炎;⑥不能坚持本方案或接受其他治疗方法;⑦对本研究药物过敏。

1.5 治疗方法

两组均给予甲氨蝶呤片(上海上药信谊药厂, H31020644, 2.5 mg),口服,10 mg/次,每周 1 次;塞来昔布胶囊(Pfizer Pharmaceuticals LLC, J20140072, 0.2 g),0.2 g/次,2 次/d,结合患者病情酌情调整剂量。

1.5.1 对照组

在此基础上,对照组接受中药熏蒸,基础方为海风藤、徐长卿各 30 g,雷公藤、羌活、独活、川芎、姜黄、苏木、红花各 20 g,防风、桂枝各 15 g,细辛 10 g,冰片 1 g。将上述中药置入熏蒸机中,并加入 1.5~2 L 水煮沸后,指导患者坐或躺在熏蒸机上行熏蒸治疗,15~20 min/次。治疗过程中,注意控制温度,在患者可以承受的范围内逐渐升高,维持在 40℃左右,1 次/d,治疗 1 个月。

1.5.2 观察组

观察组另加用加减通痹方,组方:白芍、雷公藤各 15 g,桂枝 12 g,羌活、独活各 10 g,炙甘草 9 g,通草 6 g,细辛 3 g。若有自觉冷痛明显者,加艾叶、延胡索各 10 g;若有痛处游走不定者,加川芎、防风各 10 g;若有困重明显者,加白术 15 g,茯苓、厚朴各 10 g;若有疼痛明显者,加川乌、草乌 5 g。中药饮片由东部战区总医院中药房提供,冷水浸泡 30 min 后,选用中医包煎方法,在砂锅中加入 1 L 水,首先用大火煮沸,随后转为小火继续煎煮 30 min(在此过程中,可翻动中药 2~

3 次以防止粘锅或溢出)。完成第 1 次煎煮后,将药液倒入容器内。对于第 2 次煎煮,向锅中加入 800 mL 的温水,水量和煎煮方法与第一次相同,两次煎煮的药液过滤后合并、加热浓缩至 200 mL,分装成 100 mL 的密封袋中存放在 4℃的冰箱内。患者早晚各服用 100 mL,期间应避免食用生冷、辛辣、油腻的食物,以免影响药效。同时,需密切观察患者服用药物后的反应,如出现不适,应立即调整药方或停药,并及时向主治医师报告。两组患者均接受为期 1 个月的治疗。

1.6 观察指标及临床疗效判定标准

1.6.1 临床疗效判定标准

参照文献^[9]制定临床疗效标准。临床痊愈:中医证候积分减少 $\geq 95\%$, DAS28 < 1.2 ;显效:中医证候积分减少 $\geq 70\%$, DAS28 降至 2.6~3.2 或减少 0.6~1.2;有效:中医证候积分减少 $\geq 30\%$, DAS28 减少 0.6~1.2;无效:中医证候积分减少不足 30%, DAS28 减少 < 0.6 或增加。总有效率=(治愈例数+显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.6.2 中医证候积分评定标准

根据《中药新药临床研究指导原则》^[9],分别于治疗前及治疗 1 个月对患者进行中医证候积分评定。主症包括关节冷痛而肿、遇寒痛增、得热痛减、关节屈伸不利、晨僵及关节畸形,按严重程度采用 0、2、4、6 分的 4 级评分法(分别对应正常、轻度、中度、重度);次症包括口淡不渴、恶风寒、阴雨天加重及肢体沉重,按严重程度采用 0~3 分的 4 级评分法(分别对应正常、轻度、中度、重度)。

1.6.3 血清指标和免疫指标检测

于治疗前、治疗 1 个月抽取空腹静脉血 3 mL,离心 10 min,分离上层血清,用酶联免疫吸附法检测类风湿因子(RF)、C 反应蛋白(CRP)、红细胞沉降率(ESR)、D-二聚体(D-D)。试剂盒由武汉博士德生物工程有限公司提供。于治疗前、治疗 1 个月用 CL-1000i 型化学发光免疫分析仪检测免疫球蛋白(IgG、IgA、IgM)水平。

1.6.4 疾病活动性指标评分标准

于治疗前、治疗 1 个月采用 28 处关节活动性评分(DAS28)^[10]评估,共 10 分,评分标准:疾病处于缓解状态 < 2.6 分,轻度活动期 2.6~3.2 分,中度活动:3.2~5.1 分,高度活动 > 5.1 分。于治疗前、治疗 1 个月采用临床疾病活动指数(CDAI)^[11]评估,共 76 分,评分标准:低 ≤ 10 分,中 11~22 分,高 > 22 分。

1.6.5 不良反应观察

观察两组白细胞减少、干细胞损伤、胃肠道反应、

过敏等不良反应。

1.7 统计学分析

采用 SPSS -24 软件分析数据,以($\bar{x} \pm s$)表示计量资料,行 t 检验。计数资料以“例(%)”表示,行 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效

观察组临床疗效优于对照组($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组寒湿痹阻型 RA 患者临床疗效比较[例(%)]						
组别	例数	治愈	显效	有效	无效	有效率
观察组	85	42(49.41)	21(24.71)	19(22.35)	3(3.53)	82(96.47)
对照组	83	39(46.99)	18(21.69)	14(16.87)	12(14.46)	71(85.54)
χ^2 值						6.168
P 值						0.013

2.2 中医证候积分

治疗前,两组中医证候积分比较差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后,观察组中医证候积分低于对照组($P < 0.01$)。见表 3。

表 3 两组寒湿痹阻型 RA 患者中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$,分)					
组别	例数	主症评分		次症评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	85	22.30 $\pm$ 2.74	10.02 $\pm$ 1.63 *	7.52 $\pm$ 0.85	3.96 $\pm$ 0.58 *
对照组	83	21.85 $\pm$ 2.24	16.89 $\pm$ 2.04 *	7.28 $\pm$ 0.91	5.95 $\pm$ 0.79 *
t 值		1.164	24.143	1.767	18.642
P 值		0.246	0.000	0.079	0.000

注:与本组治疗前相比,* $P < 0.05$ 。

表 5 两组寒湿痹阻型 RA 患者血清指标比较($\bar{x} \pm s$)									
组别	例数	CRP/(mg/L)		ESR/(mm/h)		RF/(U/mL)		D-D/(mg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	85	79.53 $\pm$ 7.84	53.20 $\pm$ 5.17 *	60.20 $\pm$ 5.45	18.96 $\pm$ 2.54 *	275.63 $\pm$ 36.51	133.52 $\pm$ 10.45 *	2.63 $\pm$ 0.65	0.69 $\pm$ 0.10 *
对照组	83	78.26 $\pm$ 7.59	62.08 $\pm$ 5.98 *	60.85 $\pm$ 5.71	29.86 $\pm$ 3.05 *	278.14 $\pm$ 38.65	173.62 $\pm$ 12.47 *	2.78 $\pm$ 0.68	1.39 $\pm$ 0.24 *
t 值		1.066	10.304	0.755	25.195	0.433	22.612	1.462	24.779
P 值		0.288	0.000	0.451	0.000	0.666	0.000	0.146	0.000

注:与本组治疗前相比,* $P < 0.05$ 。

表 6 两组寒湿痹阻型 RA 患者免疫功能比较($\bar{x} \pm s$,g/L)							
组别	例数	IgG		IgA		IgM	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	85	25.63 $\pm$ 3.20	12.63 $\pm$ 1.89 *	4.26 $\pm$ 0.86	2.16 $\pm$ 0.48 *	3.26 $\pm$ 0.52	1.29 $\pm$ 0.34 *
对照组	83	24.82 $\pm$ 2.96	19.63 $\pm$ 2.05 **	4.17 $\pm$ 0.79	2.96 $\pm$ 0.53 **	3.29 $\pm$ 0.58	2.15 $\pm$ 0.38 **
t 值		1.702	23.019	0.706	10.259	0.353	15.467
P 值		0.091	0.000	0.481	0.000	0.724	0.000

注:与本组治疗前相比,* $P < 0.05$ 。

2.3 疾病活动性指标

治疗前,两组疾病活动性指标比较差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后,观察组 DAS28 评分、CDAI 评分低于对照组($P < 0.01$),见表 4。

表 4 两组寒湿痹阻型 RA 患者疾病活动性指标比较($\bar{x} \pm s$,分)					
组别	例数	DAS28 评分		CDAI 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	85	5.02 $\pm$ 0.99	2.18 $\pm$ 0.58 *	20.36 $\pm$ 3.54	9.56 $\pm$ 1.05 *
对照组	83	5.27 $\pm$ 1.03	3.79 $\pm$ 0.64 *	20.89 $\pm$ 3.74	13.78 $\pm$ 1.38 *
t 值		1.604	17.093	0.944	22.339
P 值		0.111	0.000	0.347	0.000

注:与本组治疗前相比,* $P < 0.05$ 。

2.4 血清指标

治疗前,两组血清指标比较差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后,观察组 CRP、ESR、RF、D-D 水平低于对照组($P < 0.01$),见表 5。

2.5 免疫功能

治疗前,两组免疫功能比较差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后,观察组 IgG、IgA、IgM 水平低于对照组($P < 0.01$),见表 6。

2.6 两组患者不良反应发生情况比较

观察组出现 3 例胃肠道反应,不良反应总发生率为 3.53%(3/85),对照组出现 2 例胃肠道反应和 1 例过敏,不良反应总发生率为 3.61%(3/83)。两组比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

3 讨论

《内经》记载:“风寒湿三气杂至,合而为痹”。首次提出了“痹证”这一概念。随后,在《黄帝内经》中也有类似的描述:“风寒湿三气杂至,合而为痹也”,进一步指出痹证由风、寒、湿三邪气引起。《济生方》中云:“其病昼轻夜重……故名白虎也”,指出痹证是由人体素体本虚,受风、寒等侵袭,引起经络运行不畅,形成痹证^[12]。《灵枢经·五癰津液别》记载:“寒留于分肉之间,沫则为痛”,指出寒邪导致津液运行不畅,滞留在关节内,引发关节疼痛。寒湿痹阻型 RA 与肾阳不足有关,病理因素包括寒邪、水湿、痰浊、瘀血等^[13]。因此,对于此证型患者治疗主要采用温经散寒、化痰通络的方法。

RA 的治疗过程中,中医证候积分的评估是重要的指标。通过观察中医证候积分的变化,可以客观反映患者的病情改善情况。本研究通过比较两组临床疗效、中医证候积分,表明采取加减通痹方联合中药熏蒸治疗效果显著,可减轻中医证候积分。中药熏蒸方中的制川乌和制草乌合用可祛风湿、止痛;麻黄能散风寒、消肿;黄芪与赤芍搭配可通络、补气;伸筋草和海风藤共用能祛风湿、通经络;地龙活血化瘀、行气;乳香和没药均能活血止痛。这些药物合用可祛风、散寒、祛瘀。将上述中药进行熏洗治疗,利用蒸汽舒张病灶部位的皮肤毛孔,促使有效成分直接作用于病灶,从而发挥舒筋活血的作用。现代药理学研究^[14-15]指出,苏木含有黄酮类化合物,能够通过抑制炎症反应,促进血液循环,从而减轻疼痛。川芎中含有川芎嗪,具有显著的抗氧化和抗炎效果。通痹方中的雷公藤为君药,具有祛风除湿、消肿止痛、通络活经的作用。桂枝、细辛为臣药,具有温通散寒之效;白芍柔肝缓急止痛为佐,增强君药活血通络止痛之功;羌活、独活配伍应用,具有祛风散寒,胜湿止痛之功;通草为利水渗湿药,具有清热利尿之效。炙甘草为补益药,具有补脾和胃,益气复脉的功效。上述药物联合应用,具有活血通络、祛风散寒之效。现代药理研究表明^[16-17],白芍根含有芍药甙、牡丹酚等成分,可通过调节体内的免疫反应、抑制炎症因子的释放,从而减轻关节炎等症状。雷公藤主要成分为雷公藤提取物,能通过抑制 T 细胞活化、减少炎症介质的释放来减轻 RA 症状。细辛含有甲基丁香酚、黄樟醚等成分,具有强效的抗炎、镇痛、抗风湿作用,有助于缓解关节及软组织的炎症和疼痛。且将上述中药制成汤剂后口服,具有服用方便、安全、温和的特点,用药安全性尚可,这一点本研究结果已证实。

研究^[18]指出,RA 的发生发展中,多个细胞因子、

炎症介质参与其中,这些细胞因子能够触发和维持炎症反应,进而对关节的软骨基质造成损害,且炎症反应贯穿始终,早期以关节滑膜的炎性损伤为主,晚期以关节软骨及骨的炎性破坏为主。本研究通过对比炎症指标、免疫功能,表明采取加减通痹方联合中药熏蒸治疗可显著减轻炎症水平,提升免疫功能。现代药理学研究指出^[19-22],桂枝主要含挥发油、桂皮醛、桂皮酸等成分,具有抗炎、抗氧化、免疫调节的作用,能够促进血液循环并减轻局部炎症。白芍含有芍药苷、芍药内酯苷、苯甲酸等成分,能抑制炎症介质的释放,减轻炎症反应。姜黄素含有姜黄酮、芳姜黄酮等成分,能通过抑制 NF- κ B 途径减轻炎症反应,且具有一定的免疫调节作用。冰片可抑制局部的炎症反应,可通过调节免疫功能、改善血液流动来减轻局部炎症。炙甘草的主要作用是调和药性、增强免疫功能,且能减少过度的免疫反应。

综上所述,采取加减通痹方联合中药熏蒸治疗 RA 效果显著,可明显减轻中医证候积分,显著减轻炎症水平,提升免疫功能,降低疾病活动,不增加药物不良反应。但本研究存在一定局限性,如观察周期相对较短,长期疗效及安全性评估仍有待深入。未来研究可延长观察时间,以更全面地评估加减通痹方联合中药熏蒸治疗痹症的长期效果和安全性。

参考文献:

- [1] 李世永,高希言,李胜男,等. 针灸联合补肾祛风湿中药治疗老年类风湿性关节炎的临床观察[J]. 世界中医药, 2023, 18(20): 2963-2966.
- [2] 陈卫衡,翁习生,阎小萍,等. 尪痹片治疗类风湿关节炎/膝关节炎临床应用专家共识[J]. 中国中药杂志, 2021, 46(17): 4569-4574.
- [3] 雷蕾,吕玉欣,张晶,等. 类风湿性关节炎成纤维样滑膜细胞特征基因 TNFAIP6 的鉴定及验证[J]. 陆军军医大学学报, 2025, 47(3): 234-242.
- [4] 王诗云,唐占英,肖静,等. 补益祛痹汤治疗类风湿关节炎的疗效及对 TLRs/MAPKs/NF- κ B 信号通路的调节作用[J]. 中药材, 2023, 46(10): 2595-2599.
- [5] 闫家玲. 中药熏蒸治疗类风湿性关节炎的疗效及对细胞因子的影响[J]. 医学临床研究, 2023, 40(12): 1899-1901.
- [6] 谭炎金,杨小凤. 通痹汤加减联合艾灸治疗类风湿性关节炎临床疗效及对血清炎症因子的影响[J]. 世界中西医结合杂志, 2020, 15(5): 884-887, 968.
- [7] 国家皮肤与免疫疾病临床医学研究中心(北京协和医院),中国医师协会风湿免疫专科医师分会,中国康复医学会风湿免疫病康复专业委员会,等. 2024 中国类风湿关节炎诊疗指南[J]. 中华内科杂志, 2024, 63(11): 1059-1077.
- [8] 世界中医药学会联合会骨质疏松专业委员会,上海中医药大学附属龙华医院,中日友好医院,等. 类风湿关节炎中西医结合诊疗专家共识[J]. 世界中医药, 2023, 18(7): 923-928, 935.

[9] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 117 – 119.

[10] KOW J, LIM G H, TAN Y K. Applying 28 – joint Disease Activity Score (DAS28) and swollen joint count together as single time – point measures better depict rheumatoid arthritis disease status when compared to DAS28 alone; Perspectives from an ultrasound imaging study[J]. Int J Rheum Dis, 2023, 26(3): 581 – 584.

[11] DUBINSKY M, MA C, GRIFFITH J, et al. Matching – adjusted indirect comparison between risankizumab and ustekinumab for induction and maintenance treatment of moderately to severely active Crohn’s disease[J]. Adv Ther, 2023, 40(9): 3896 – 3911.

[12] 李娜, 袁佳, 张杰. 麻黄附子细辛汤蜡疗治疗寒湿痹阻型类风湿关节炎疗效观察[J]. 辽宁中医杂志, 2022, 49(2): 90 – 93.

[13] 巫婷婷, 青玉凤, 李燕, 等. 自拟散寒化痰通络方对湿寒痹阻型类风湿性关节炎的临床效果及膝关节功能的影响[J]. 中医药学报, 2022, 50(2): 60 – 63.

[14] 祁庆彬, 薛宏伟, 焦莹, 等. 益肾蠲痹丸辅助治疗类风湿关节炎疗效及对免疫炎症反应的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2023, 32(12): 1688 – 1691, 1736.

[15] 颜继忠, 吴亚梦, 曾结林, 等. 基于 HPLC – Q – TOF – MS/MS 技术解析苏木配方颗粒的化学物质组成及裂解规律[J]. 浙江工业大学学报, 2023, 51(5): 581 – 590.

[16] 陈路, 姜荣生, 王学东, 等. 穴位贴敷治疗原发性痛经的选穴及用药规律探析[J]. 环球中医药, 2023, 16(2): 204 – 209.

[17] 林家冉, 张博荀, 赵林华, 等. 全小林运用“有毒”中药治疗代谢性疾病经验[J]. 中医杂志, 2024, 65(12): 1213 – 1218.

[18] 韩杰, 温帅波, 徐志为, 等. 基于数据挖掘探讨国医大师韦贵康治疗腰椎间盘突出症的用药规律[J]. 西部中医药, 2024, 37(5): 66 – 71.

[19] 柯丽萍, 董丹丹, 谢向良. 祛风除痹汤治疗类风湿关节炎的临床疗效及对炎症因子水平的影响[J]. 世界中西医结合杂志, 2021, 16(6): 1084 – 1088.

[20] 闫海峰, 张泽宇, 姚明鹤, 等. 桂枝 – 白芍治疗慢性心力衰竭作用机制的网络药理学分析[J]. 中国中医基础医学杂志, 2023, 29(3): 464 – 469.

[21] 马慧莱, 侯宇芯, 王爱成, 等. 基于网络药理学比较黄芪桂枝五物汤和四神煎治疗类风湿关节炎的作用机制[J]. 中医杂志, 2022, 63(20): 1965 – 1974.

[22] 杜晨飞, 郑福增, 杨少祥, 等. JAK2/STAT3 信号在桂枝芍药知母汤改善类风湿关节炎滑膜细胞增殖、凋亡和 NLRP3 炎症小体活化中的作用[J]. 中药材, 2023, 46(11): 2837 – 2843.

Clinical Efficacy of Modified Tongbi Formula Combined with Traditional Chinese Medicine Fumigation in the Treatment of Rheumatoid Arthritis with Cold – Dampness Obstruction Pattern

LIU Bingjie, WANG Qian, WANG Ying, HAN Zhiyan, YANG Xue

Department of Health Care, General Hospital of Eastern Theater Command, Nanjing 210002, China

Abstract Objective: To analyze the effect of Modified Tongbi Formula combined with traditional Chinese medicine fumigation on rheumatoid arthritis (RA) syndrome of cold – dampness obstruction. Methods: 168 patients with RA cold – dampness obstruction syndrome admitted to the Eastern Theater General Hospital from April 2021 to June 2024 were divided into 2 groups according to different treatment methods. 83 patients in the control group were treated with traditional Chinese medicine fumigation, and 85 patients in the observation group were treated with Modified Tongbi Formula. The therapeutic effect of the two groups was compared. Results: The treatment effect of observation group was compared with control group ($P < 0.05$). After treatment, TCM syndrome score, 28 joint activity score (DAS28) and clinical disease activity index (CDAI) in observation group were lower than those in control group ($P < 0.05$). After treatment, the levels of rheumatoid factor (RF), C – reactive protein (CRP), erythrocyte sedimentation rate (ESR), D – dimer (D – D) and immunoglobulin (IgG, IgA, IgM) in observation group were lower than those in control group ($P < 0.05$). The incidence of adverse reactions was compared between observation group and control group ($P > 0.05$). Conclusion: Modified Tongbi Formula combined with traditional Chinese medicine fumigation has a remarkable effect, which can significantly reduce the score of traditional Chinese medicine symptoms, significantly reduce the level of inflammation, enhance immune function, reduce disease activity, and do not increase adverse drug reactions.

Key words Modified Tongbi Formula; Traditional Chinese medicine fumigation; Rheumatoid arthritis; Syndrome of cold – dampness obstruction