

# 中医内科辨证分型在类风湿关节炎诊疗中的应用及疗效分析

余进海

城口县中医医院

DOI:10.12238/ffcr.v3i6.17306

**[摘要]** 目的：探讨中医内科辨证分型在类风湿关节炎诊疗中的应用效果。方法：选取66例2023年6月—2024年6月在我院接受治疗的类风湿关节炎患者，依据中医内科辨证分型标准进行分型，分别为风寒湿痹证22例、风湿热痹证18例、痰瘀互结证14例、肝肾阴虚证12例。所有患者在常规西医基础治疗（非甾体抗炎药+免疫抑制剂）基础上，联合对应证型的中医治疗，治疗3个月后，观察患者的临床疗效、中医证候积分、血沉（ESR）、C反应蛋白（CRP）水平变化。结果：相较于治疗前，治疗后，患者的总有效率提升，患者的中医证候积分、ESR、CRP水平均显著降低，治疗前后有明显差异（ $P<0.05$ ）。结论：中医内科辨证分型应用于类风湿关节炎诊疗中，可根据患者不同证型实施精准治疗，有效改善患者的临床症状和实验室指标，提高治疗效果。

**[关键词]** 类风湿关节炎；中医内科辨证分型；疗效分析

中图分类号：R259 文献标识码：A

Application and Therapeutic Effect Analysis of Syndrome Differentiation and Typing in Internal Medicine of Traditional Chinese Medicine in the Diagnosis and Treatment of Rheumatoid arthritis  
Jinhai Yu

Chengkou County Hospital of Traditional Chinese Medicine

**Abstract:** Objective: To explore the application effect of TCM internal medicine syndrome differentiation and typing in the diagnosis and treatment of rheumatoid arthritis. Methods: A total of 66 patients with rheumatoid arthritis who were treated in our hospital from June 2023 to June 2024 were selected and classified according to the syndrome differentiation and classification standards of traditional Chinese internal medicine. They were classified as 22 cases of wind-cold-dampness arthralgia syndrome, 18 cases of rheumatic heat arthralgia syndrome, 14 cases of phlegm and blood stasis intermingled syndrome, and 12 cases of liver and kidney Yin deficiency syndrome. All patients received conventional Western medical basic treatment (non-steroidal anti-inflammatory drugs + immunosuppressants) in combination with traditional Chinese medicine treatment corresponding to the syndrome type. After 3 months of treatment, the clinical efficacy, TCM syndrome score, erythrocyte sedimentation rate (ESR), and changes in C-reactive protein (CRP) levels of the patients were observed. Result: Compared with before treatment, after treatment, the total effective rate of the patients increased, and the levels of TCM syndrome score, ESR, and CRP of the patients significantly decreased. There were obvious differences before and after treatment ( $P<0.05$ ). Conclusion: The application of syndrome differentiation and typing in internal medicine of traditional Chinese medicine in the diagnosis and treatment of rheumatoid arthritis can implement precise treatment based on different syndrome types of patients, effectively improve the clinical symptoms and laboratory indicators of patients, and enhance the therapeutic effect.

**Keywords:** Rheumatoid arthritis; Syndrome differentiation and typing in Internal medicine of Traditional Chinese medicine; Analysis of therapeutic effect

## 引言

类风湿关节炎（RA）是一类以侵蚀性、对称性多关节

炎为核心表现的慢性全身性自身免疫病，核心病理特征为关节滑膜慢性炎症、血管翳生成，随病情进展会破坏关节软骨

与骨骼, 最终引发关节畸形及功能丧失<sup>[1]</sup>。该病对患者危害显著, 不仅导致身体机能衰退、生活质量降低, 还会给患者家庭和社会带来沉重经济压力, 是造成劳动力丧失与残疾的重要原因之一<sup>[2]</sup>。中医将 RA 归为“痹证”“尪痹”范畴, 认为其发病与风、寒、湿、热外邪侵袭及人体正气亏虚相关, 通过辨证论治调整机体阴阳平衡, 可实现缓解症状、延缓病情进展的治疗目标, 展现出独特治疗优势<sup>[3]</sup>。本研究着重探讨中医内科辨证分型在类风湿关节炎诊疗中的应用效果, 具体如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 66 例 2023 年 6 月—2024 年 6 月在我院接受治疗的类风湿关节炎患者, 依据中医内科辨证分型标准进行分型, 男性 20 例, 女性 46 例; 年龄 25~60 岁, 平均 (42.5±8.5) 岁; 病程 1~10 年, 平均 (4.5±2.5) 年。

纳入标准: 符合美国风湿病学会 (ACR) / 欧洲抗风湿病联盟 (EULAR) 2010 年 RA 分类标准; 年龄 18~65 岁; 患者签署知情同意书。

排除标准: 合并严重心、肝、肾等脏器疾病; 妊娠或哺乳期妇女; 对本研究使用药物过敏者; 近 1 个月内使用过糖皮质激素或免疫抑制剂者<sup>[4]</sup>。

### 1.2 中医内科辨证分型标准

风寒湿痹证: 关节处可见疼痛、酸楚与重着感, 伴肿胀表现, 疼痛位置不固定且呈游走性, 遇寒冷刺激后症状加剧, 接触温热环境则有所缓解, 舌象多为薄白苔或白腻苔, 脉象以弦紧或濡缓为主。

风湿热痹证: 关节红肿且疼痛剧烈, 痛感如刀割般强烈, 遇冷可使不适减轻, 常伴随发热、怕风、口渴及烦躁不安等全身症状, 舌质偏红, 苔呈黄腻状, 脉象多为滑数或浮数。

痰瘀互结证: 关节明显肿大、僵硬甚至出现变形, 疼痛性质为刺痛且位置固定, 皮肤颜色发紫发暗, 部分患者关节周围会出现皮下结节, 舌质紫暗或带有瘀斑, 苔色白腻或黄腻, 脉象表现为弦涩。

肝肾阴虚证: 关节存在疼痛与肿大症状, 同时伴有筋脉紧绷、活动受限, 还会出现腰膝酸软、头晕耳鸣及手足心热等表现, 舌质发红且舌苔偏少, 脉象以细数为特征<sup>[5]</sup>。

### 1.3 治疗方法

风寒湿痹证: 治以祛风散寒, 除湿通络。方用蠲痹汤加减: 羌活 10g, 独活 10g, 桂枝 10g, 防风 10g, 秦艽 10g, 海风藤 15g, 桑枝 15g, 当归 10g, 川芎 10g, 甘草 6g。若关节剧痛, 加制川乌 (先煎)、制草乌 (先煎) 以散寒止痛; 关节疼痛游走不定, 加威灵仙、防己以祛风除湿; 关节麻木漫肿, 加薏苡仁、苍术以健脾祛湿。

风湿热痹证: 治以清热疏风, 除湿通络。方用白虎加桂枝汤合宣痹汤加减: 生石膏 (先煎) 30g, 知母 10g, 桂枝

10g, 防己 10g, 杏仁 10g, 滑石 (包煎) 15g, 连翘 10g, 栀子 10g, 薏苡仁 15g, 赤小豆 15g, 蚕沙 (包煎) 10g, 甘草 6g。若热盛, 加生地黄、牡丹皮以清热凉血; 血沉增快, 加土茯苓、黄柏以清热利湿。

痰瘀互结证: 治以活血化瘀, 祛痰通络。方用身痛逐瘀汤合指迷茯苓丸加减: 桃仁 10g, 红花 10g, 当归 10g, 川芎 10g, 没药 10g, 五灵脂 (包煎) 10g, 秦艽 10g, 羌活 10g, 地龙 10g, 半夏 10g, 茯苓 15g, 枳壳 10g, 甘草 6g。若关节肿大明显, 加白芥子、胆南星以化痰散结; 皮下结节, 加穿山甲、皂角刺以通络散结<sup>[6]</sup>。

肝肾阴虚证: 治以滋补肝肾, 通络止痛。方用六味地黄丸合大补阴丸加减: 熟地黄 15g, 山茱萸 10g, 山药 15g, 泽泻 10g, 茯苓 15g, 牡丹皮 10g, 知母 10g, 黄柏 10g, 龟甲 (先煎) 15g, 枸杞子 10g, 桑寄生 15g, 牛膝 10g。若头昏眼花, 加菊花、决明子以清肝明目; 午后烦热, 加地骨皮、青蒿以清虚热。

以上中药均由我院中药房提供, 每日 1 剂, 水煎取汁 400ml, 分早晚 2 次温服。治疗期间, 嘱患者注意休息, 避免劳累和风寒湿邪侵袭, 适当进行关节功能锻炼<sup>[7]</sup>。

### 1.4 观察指标

临床疗效: 总结两组总有效率, 即: 显效 (症状消失, 关节功能基本恢复正常), 有效 (症状减轻, 关节功能有所改善), 无效 (症状及实验室指标无明显变化或加重)。

中医证候积分: 治疗前后进行评分, 观察积分变化。

实验室指标: 治疗前后检测血沉 (ESR)、C 反应蛋白 (CRP) 水平。

### 1.5 统计学方法

采用 SPSS 22.0 统计学软件进行数据分析。计量资料以均数±标准差 (  $\bar{x} \pm s$  ) 表示, 治疗前后比较采用配对 t 检验; 计数资料以率 (%) 表示, 组间比较采用  $\chi^2$  检验。P<0.05 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 临床疗效

治疗 3 个月后, 66 例患者中显效 25 例, 有效 33 例, 无效 8 例, 总有效率为 87.88%。不同证型患者的治疗有效率比较 (P>0.05), 见表 1。

表 1 不同证型患者的临床疗效比较 (例, %)

证型	例数	显效	有效	无效	总有效率
风寒湿痹证	22	10 (45.45%)	10 (45.45%)	2 (9.09%)	90.90%
风湿热痹证	18	7 (38.89%)	9 (50.00%)	2 (11.11%)	88.89%

证型					
痰瘀互结证	14	5 (35.71%)	7 (50.00%)	2 (14.29%)	85.71 %
肝肾阴虚证	12	3 (25.00%)	7 (58.33%)	2 (16.67%)	83.33%
合计	66	25 (37.88%)	33 (50.00%)	8 (12.12%)	87.88 %

### 2.2 中医证候积分

治疗前, 4种证型患者中医证候积分存在一定差异, 治疗后均显著下降。各证型治疗前后积分对比及组间对比结果 ( $P < 0.05$ ), 见表2。

表2 不同证型患者治疗前后中医证候积分对比 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

证型	例数	治疗前	治疗后	P
风寒湿痹证	22	14.8 ± 3.2	6.9 ± 1.8	<0.05
风湿热痹证	18	15.5 ± 3.6	7.3 ± 2.1	<0.05
痰瘀互结证	14	16.2 ± 3.8	8.1 ± 2.3	<0.05
肝肾阴虚证	12	15.1 ± 3.4	7.8 ± 2.2	<0.05
合计	66	15.2 ± 3.5	7.5 ± 2.0	<0.05

### 2.3 实验室指标

治疗前, 各证型患者ESR、CRP水平无显著差异 ( $P > 0.05$ ); 治疗后, 所有证型患者的ESR、CRP水平均显著低于治疗前 ( $P < 0.05$ ), 见表3。

表3 不同证型患者治疗前后实验室指标对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

证型	例数	ESR (mm/h)		CRP (mg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
风寒湿痹证	22	33.2 ± 5.8	20.1 ± 6.2	37.8 ± 5.2	18.5 ± 2.8
风湿热痹证	18	32.6 ± 5.5	22.3 ± 7.1	39.2 ± 5.8	18.2 ± 3.1
痰瘀互结证	14	33.3 ± 6.2	23.5 ± 7.5	39.8 ± 6.1	18.7 ± 3.3
肝肾阴虚证	12	34.1 ± 5.5	21.8 ± 6.9	37.3 ± 5.0	17.6 ± 2.9
合计	66	34.8 ± 5.2	21.5 ± 6.8	38.5 ± 5.5	18.0 ± 3.0

## 3 讨论

中医学将RA归为“痹证”“尪痹”范畴, 其发病核心为“正气亏虚、外邪侵袭、经络阻滞”, 如《素问·痹论》所言“风寒湿三气杂至, 合而为痹”。病程日久还可累及肝肾、形成痰瘀, 导致病情复杂<sup>[8]</sup>。西医治疗RA以控制炎症、

延缓进展为目标, 但长期使用免疫抑制剂可能引发不良反应, 而中医辨证分型可通过个体化调理弥补这一不足。

中医内科辨证分型是应对RA的关键诊疗思路, 并非简单套用固定方案, 而是通过综合研判患者的症状、体征、舌象及脉象, 精准界定其证型, 再据此制定个体化中药治疗方案。本研究针对RA患者划分出风寒湿痹证、风湿热痹证、痰瘀互结证、肝肾阴虚证四种类型并施以对应治疗, 结果显示患者总有效率达87.88%, 中医证候积分及ESR、CRP等实验室指标均显著下降。这一结果充分证实, 中医内科辨证分型治疗RA能切实改善患者临床症状与炎症相关指标, 具备可靠的临床疗效<sup>[9]</sup>。

由此可见, 将中医内科辨证分型用于RA诊疗, 能依据患者证型差异制定专属方案, 既精准契合病机, 又可有效改善临床症状与实验室指标, 提升治疗成效, 为RA临床治疗提供了可靠的中医方案, 具备推广价值。

### [参考文献]

- [1]白菁安, 杨洁, 何小鹏. 不同辨证体系中类风湿关节炎中医病机研究进展[J]. 陕西中医, 2024, 45(10): 1428-1430, 1434.
- [2]陈芳莹, 关紫, 陈慧芬, 等. 类风湿关节炎继发干燥综合征的中医辨证[J]. 光明中医, 2024, 39(23): 4698-4701.
- [3]李洋, 刘健, 胡月迪, 等. 基于《黄帝内经》营卫理论探讨类风湿关节炎的中医辨治思路[J]. 山西中医药大学学报, 2024, 25(12): 1405-1411.
- [4]毛杰. 类风湿关节炎的中医辨证分型与血清SAA、miR-146a、瘦素、趋化素水平相关性研究[J]. 四川中医, 2024, 42(12): 22-25.
- [5]何奕坤, 沈佳莹, 吴凡, 等. 早期类风湿关节炎中医辨证分型与肌骨超声表现相关性研究[J]. 中国中医药信息杂志, 2022, 29(2): 115-119.
- [6]孙春梅, 李航宇, 古英. 基于“经筋-脏腑”理论综合辨治类风湿关节炎经验[J]. 成都中医药大学学报, 2025, 48(4): 61-65.
- [7]张晓华, 李仁东. 中医辨证干预联合个性化护理对活动期类风湿关节炎(RA)患者生存质量的影响[J]. 四川中医, 2019, 37(9): 207-210.
- [8]张彦宽. 中医辨证施治联合微创经筋刀治疗类风湿关节炎的临床研究[J]. 健康必读, 2021(21): 177.
- [9]李达, 姜泉, 徐浩东, 等. 基于络病理论之中医药防治类风湿关节炎证治研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2024, 26(1): 150-153.

### 作者简介:

余进海 (1983.04-), 男, 汉族, 重庆开州人, 本科, 副主任中医师, 研究方向为中医与风湿免疫。