

# “瘀方”治疗中晚期类风湿关节炎(痰瘀痹阻证)临床疗效观察

田雪梅<sup>1</sup> 年芳红<sup>2</sup> 王海东<sup>1</sup> 杨德龙<sup>2</sup> 李伟青<sup>1</sup> 金芳梅<sup>1</sup>

**[摘要]** **目的:**观察武威汉代医简“瘀方”治疗中晚期类风湿关节炎(痰瘀痹阻证)的安全性及临床疗效。**方法:**将2016年1月至2016年6月就诊于甘肃省中医院风湿骨病科门诊及住院部中晚期类风湿关节炎(痰瘀痹阻证)患者100例,采用简单随机分组的方法分为治疗组与对照组,每组各50例。治疗组予基础治疗联用“瘀方”,对照组予基础治疗,每组治疗周期均为3个月,观察两组治疗前后中医证候疗效及相关理化指标变化,评估其安全性及有效性。**结果:**两组疗效比较,治疗组总有效率96.0%,优于对照组的总有效率84.0%,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗组中医证候疗效的总有效率92.0%,明显优于对照组的总有效率80.0%,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。两组关节压痛数、关节肿胀数、晨僵时间、双手平均握力四项均有明显改善,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),且治疗组对于上述主要症状、体征的改善优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。实验室指标ESR,CRP,RF,IgG及双手X线片等治疗组也优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论:**“瘀方”治疗中晚期类风湿关节炎(痰瘀痹阻证)安全有效。

**[关键词]** 瘀方;类风湿关节炎;临床疗效

**[中图分类号]** R684.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 1005-0205(2017)05-0022-04

## Clinical Efficacy of “Blood Stasis” Prescription for Treating with Rheumatoid Arthritis of Middle-late Stage

TIAN Xuemei<sup>1</sup> NIAN Fanghong<sup>2</sup> WANG Haidong<sup>1</sup> YANG Delong<sup>2</sup> LI Weiqing<sup>1</sup> JIN Fangmei<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Gansu Hospital of Traditional Chinese Medicine, Lanzhou 730050, China;

<sup>2</sup>Gansu University of Traditional Chinese Medicine, Lanzhou 730000, China.

**Abstract Objective:** To observe the safety and the clinical efficacy of Wuwei Medical Jane “blood stasis” prescription in Han dynasty in the treatment of rheumatoid arthritis of middle-late stage(phlegm and blood stasis syndrome). **Methods:** From January 2016 to June 2016, 100 cases of outpatients and inpatients with rheumatoid arthritis of middle-late stage (phlegm and blood stasis syndrome) were enrolled from the department of rheumatoid bone disease of Gansu hospital of traditional Chinese medicine. The patients were divided into treatment group and control group by simple randomized grouping method, 50 cases in each group. The treatment group were given the basic treatment combined with the “blood stasis”, and the control group were given the basic treatment. The treatment period of each group was 3 months. The curative effect of Chinese medical syndrome and the changes of the related physical and chemical indexes were observed before and after treatment to evaluate the safety and the efficacy. **Results:** Comparison of the efficacy of the two groups; the total effective rate was 96.0% in the treatment group, better than the total effective rate of 84.0% in the control group ( $P < 0.05$ ). The total effective rate of Chinese medical syndrome was 92.0% in the treatment group, obviously better than that of the control group (80.0%) ( $P < 0.05$ ). The joint tenderness counts, joint swelling counts, morning stiffness time and average hands grip strength of both hands in two groups were improved significantly ( $P < 0.05$ ), while the improvement of the main symptoms and signs above in the treatment group was superior to that of the control group ( $P < 0.05$ ), so were the laboratory indicators ESR, CRP, RF, IgG and hands X-ray and so on ( $P < 0.05$ ). **Conclusion:** “Blood stasis” prescription

are safe and effective drugs for treating rheumatoid arthritis of middle-late stage(phlegm and blood stasis syndrome).

**Keywords:** “Blood stasis” prescription; rheumatoid arthritis (RA); clinical efficacy

基金项目:甘肃省中医药管理局科研项目(GZK-2015-28)

<sup>1</sup> 甘肃省中医院(兰州,730050)

<sup>2</sup> 甘肃中医药大学

类风湿关节炎(Rheumatoid Arthritis, RA)属中医学“痹证”范畴,为顽痹、尪痹<sup>[1]</sup>,它是以关节滑膜炎症为特征的系统性自身免疫性疾病,病程持续进展导致关节骨质侵蚀,功能丧失,是致残的重要疾病<sup>[2]</sup>。西医治疗该病主要为抗风湿药物,可积极控制病情发展,但起效慢,有延误病情的风险<sup>[3]</sup>,近年来,越来越多的临床观察及动物实验证明,中医药通过辨证论治,选用有效的中药方剂治疗类风湿关节炎,对于缓解病情有独特的优势<sup>[4]</sup>。武威汉代医简是 1972 年出土于甘肃省武威县旱滩坡迄今最早的医药原始文献<sup>[5]</sup>,其中“瘕方”是《治百病方》中第五个方剂,由七味药组成,是在活血药为主的基础上,适当运用了化痰散结、清热解毒、温经通脉之品。通过寒热互用之法,着重取药之性,使之可以清除病理产物,消除炎症,改善微循环。本研究运用“瘕方”治疗中晚期类风湿关节炎(痰瘀痹阻证)和基础治疗(甲氨蝶呤片+来氟米特片+双氯芬酸钠缓释胶囊)

随机对照,现报告如下。

1 研究对象与方法

1.1 研究对象

本研究患者来自 2016 年 1 月至 2016 年 6 月在甘肃省中医院风湿骨病科门诊和住院部就诊的中晚期类风湿关节炎(痰瘀痹阻证)患者。按患者就诊时间,采用简单随机分组的方法分为对照组和治疗组。对照组予基础治疗(甲氨蝶呤片+来氟米特片+双氯芬酸钠缓释胶囊),治疗组予基础治疗+“瘕方”。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照 2009 年 EULAR/ACR 关于 RA 的分类标准,其总和大于 6 分可确诊为 RA。

1.2.2 中医诊断标准 参照 2002 年《中药新药临床研究指导原则》<sup>[6]</sup>中关于类风湿关节炎“痰瘀痹阻证中医证候诊断标准”并参照《实用中医风湿病学》<sup>[7]</sup>中痰瘀痹阻证的诊断要点制定的痰瘀痹阻证的评分标准<sup>[8]</sup>,见表 1。

表 1 痰瘀痹阻证评分标准

痰症			瘀症		
		分值			分值
主症	有痰核、硬结出现	4	肌肤局部紫黯		4
	关节漫肿日久、按之稍硬	4	肌肤局部有瘀斑		4
	肢体顽麻重着	4	肢体关节肌肉刺痛、固定不移、昼轻夜重		4
次症	关节肿胀僵硬变形	2	面色黯黧		2
	胸闷痰多	2	口唇暗红		2
	眼睑肿胀	2	关节屈伸不利		2
舌脉	舌苔白腻或黄腻	4	舌质紫黯或有瘀斑		2
	脉滑或细滑	2	脉涩或细涩		2

注:有效分值=痰症+瘀症;8 分以下非痰瘀痹阻证;8~22 分为轻度痰瘀痹阻证;23~36 分为中度痰瘀痹阻证;36 分以上为重度痰瘀痹阻证。

1.2.3 关节功能分级标准 参照 2002 年《中药新药临床研究指导原则》<sup>[6]</sup>,将关节功能分为Ⅰ~Ⅳ级。Ⅰ级:能进行日常活动和各项工作。Ⅱ级:可进行一般的日常生活和某种职业工作,但参与其他项目活动受限。Ⅲ级:可进行一般的日常生活,但参与某种职业工作或其他项目活动受限。Ⅳ级:日常生活的自理和参与工作的能力均受限。

1.2.4 关节 X 线分期<sup>[9]</sup> Ⅰ期:正常或骨节端骨质疏松。Ⅱ期:关节端骨质有疏松,偶有关节软骨下囊性样破坏及骨侵蚀改变。Ⅲ期:明显的关节软骨下囊性样改变,关节间隙出现狭窄,受累关节半脱位或畸形。Ⅳ期:除有Ⅱ,Ⅲ期改变外,并伴有关节纤维性或骨性强直。

1.3 纳入标准

1)符合上述中医及西医诊断标准。2)年龄 30~70 岁。3)符合关节功能分级Ⅲ~Ⅳ级、关节 X 线分期Ⅲ期的中晚期 RA(痰瘀痹阻证)患者。4)无相关药物使用禁忌症,无影响药品评价的其他因素,即受试者未

接受其他中药治疗或接受过治疗但洗脱期大于 1 个月。5)患者同意接受该治疗并参与该研究,经伦理委员会批准并签署知情同意书。

1.4 排除标准

1)重叠其他风湿病如系统性红斑狼疮、干燥综合征或严重的膝关节炎者。2)合并有消化性溃疡的患者。3)合并心脑血管、肝、肾和血液系统等严重疾病者。4)精神异常者。5)妊娠或哺乳期妇女,过敏体质或对多种药物过敏者。6)未按规定服药、不愿合作、无法判断疗效、资料不全等影响疗效或安全性判断者。

1.5 治疗方法

1.5.1 治疗组 在对照组基础上加用“瘕方”(组方:当归 15 g,川芎 15 g,丹皮 10 g,漏芦 10 g,桂枝 9 g,蜀椒 9 g,土鳖虫 6 g,由甘肃省中医院配方颗粒药房提供),温水冲服,1 次 1 格,2 次/d。

1.5.2 对照组 1)甲氨蝶呤片(批号国药准字 H31020644,上海信谊药厂有限公司)7.5 mg,口服,每周 1 次开始,第二周增加 2.5 mg,维持量 10 mg。2)来

氟米特片(批号国药准字 H20050175,福建汇天生物药业有限公司)20 mg,口服,1次/d.3)双氯芬酸钠缓释胶囊(批号国药准字 H10960217,德州德药制药有限公司)50 mg,口服,1次/d,若关节疼痛症状缓解则停用。

两组治疗时间共3个月,疗程期间不得合用其他具有RA治疗作用的中、西药物,试验结束后分析数据。

1.6 疗效评定方法

1.6.1 疗效指标 1)中医证候疗效变化;2)关节压痛数、关节肿胀数、晨僵时间、双手平均握力四项相关症状、体征变化;3)实验室指标 ESR,CRP,RF,IgG 及双手 X 线片。

1.6.2 安全性指标 血常规、肝肾功能、心电图及一般生命体征,治疗前后各测1次。

1.6.3 不良反应 治疗过程中的不良事件,包括临床症状、出现时间、持续时间。试验期间主要不良反应:恶心、头痛、腹泻、头晕、皮疹等。出现上述情况立即停药并予对症处理,记录并分析原因。

1.6.4 疗效评定标准 参照2002年《中药新药临床研究指导原则》<sup>[6]</sup>中的评价标准制定:1)临床痊愈为中医临床症状、体征消失或基本消失,证候积分减少≥95%。2)显效为中医临床症状、体征明显改善,证候积

分减少≥70%。3)有效为中医临床症状、体征均有好转,证候积分减少≥30%。4)无效为中医临床症状、体征均无明显改善,甚或加重,证候积分减少不足30%。

证候积分计算公式(尼莫地平法)为[(治前证候积分-治后证候积分)/治前证候积分]×100%。

1.7 统计学方法

所有数据分析都采用SPSS19.0软件进行。组内前后比较采用配对t检验,不同组间用独立样本t检验,计数资料采用χ<sup>2</sup>检验,等级资料采用秩和检验;检验水准α=0.05,P<0.05 差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料

治疗组男14例,女36例,平均年龄(48.36±3.43)岁,平均病程(11.06±1.89)个月。对照组男13例,女37例,平均年龄(49.67±3.57)岁,平均病程(11.71±2.08)个月。两组患者性别、年龄、病程经统计学检验,差异均无统计学意义(P>0.05),具有可比性。

2.2 两组总体疗效比较

从表2可以得出,经秩和检验,Z=-2.03,P=0.04,总体疗效两组间差异有统计学意义。在治疗结束时,治疗组总有效率96.0%,显效率50.0%。对照组总有效率84.0%,显效率40.0%,结果表明治疗组疗效优于对照组。

表2 治疗后治疗组与对照组总体疗效比较

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率(%)	Z	P
治疗组	50	25(50.0%)	23(46.0%)	2(4.0%)	96.0	-2.03	0.04
对照组	50	20(40.0%)	22(44.0%)	8(16.0%)	84.0		

2.3 两组治疗后中医证候疗效比较

从表3可以得出,经秩和检验,Z=-3.08,P=

0.042。治疗组与对照组中医证候疗效差异有统计学意义,治疗组的疗效优于对照组。

表3 两组治疗后中医证候疗效比较

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率(%)	Z	P
治疗组	50	24(48.0%)	22(44.0%)	8(16.0%)	92	-3.08	0.042
对照组	50	20(40.0%)	20(40.0%)	10(20.0%)	80		

2.4 两组治疗前后相关体征比较

从表4可以得出:1)与本组治疗前相比,P<0.05,说明两组治疗方法均对相关体征具有改善作用,

差异有统计学意义;2)与对照组差值比较,P<0.05,说明治疗组的改善效果优于对照组,差异有统计学意义。

表4 两组治疗前后相关体征比较(±s)

组别	例数	时间	关节压痛数(个)	关节肿胀数(个)	晨僵时间(min)	双手平均握力(kPa)
治疗组	50	治疗前	10.63±2.26	4.65±2.13	68.67±40.24	6.79±2.00
		治疗后	7.67±1.97 <sup>1)</sup>	1.61±1.52 <sup>1)</sup>	25.12±22.42 <sup>1)</sup>	8.26±1.98 <sup>1)</sup>
		差值	-2.96±1.53 <sup>2)</sup>	-3.04±1.76 <sup>2)</sup>	-43.55±29.36 <sup>2)</sup>	-1.47±1.12 <sup>2)</sup>
对照组	50	治疗前	10.49±2.47	4.63±2.07	67.12±38.76	6.88±2.03
		治疗后	8.71±1.87 <sup>1)</sup>	2.38±1.45 <sup>1)</sup>	36.47±21.21 <sup>1)</sup>	7.36±2.01 <sup>1)</sup>
		差值	-1.78±2.04	-2.25±1.23	-30.65±28.48	-0.48±0.57

2.5 两组治疗前后 ESR,CRP,RF,IgG 比较

与本组治疗前相比,1)P<0.05,说明两组治疗方法均对 ESR,CRP,RF 及 IgG 具有改善作用,差异有

统计学意义。与对照组差值比较,2)P<0.05,说明治疗组的改善效果优于对照组,差异有统计学意义,见表5。

表 5 两组治疗前后 ESR,CRP,RF,IgG 比较(̄±s)

组别	例数	时间	ESR(mm/h)	CRP(mg/L)	RF(IU/mL)	IgG(g/L)
治疗组	50	治疗前	51.87±12.36	29.37±8.59	137.68±39.14	16.67±2.37
		治疗后	12.41±11.29 <sup>1)</sup>	10.21±6.28 <sup>1)</sup>	54.28±28.60 <sup>1)</sup>	14.12±2.31 <sup>1)</sup>
		差值	-39.46±8.39 <sup>2)</sup>	-19.16±3.63 <sup>2)</sup>	-83.40±18.76 <sup>2)</sup>	-2.55±1.37 <sup>2)</sup>
对照组	50	治疗前	50.62±12.37	28.72±8.08	136.45±41.23	16.43±2.76
		治疗后	15.68±12.20 <sup>1)</sup>	15.68±6.32 <sup>1)</sup>	78.27±25.55 <sup>1)</sup>	15.32±2.21 <sup>1)</sup>
		差值	-34.94±4.57	-13.04±3.44	-58.18±23.46	-1.11±1.49

2.6 两组治疗前后双手 X 线比较 0.97),差异无统计学意义,见表 6.

治疗组 X 线分期变化情况与对照组相当(P=

表 6 两组治疗前后双手 X 线比较(例)

组别	例数	治疗前			治疗后			变化情况		
		I 期	II 期	III 期	I 期	II 期	III 期	加重	无变化	减轻
治疗组	50	24	3	23	26	2	22	1	46	3
对照组	50	23	4	23	23	4	23	2	46	2

2.7 安全性与不良反应 试验前后,生命体征、心电图均无明显变化。其中,治疗组有 3 例出现胃肠道反应,经对症处理后恢复正常;对照组有 5 例出现转氨酶升高,有 3 例白细胞降低,经对症处理后恢复正常。

3 讨论

类风湿关节炎是一种病因不明的系统性自身免疫性疾病,临床表现以手、腕、膝、踝、足为主要受累部位的对称性、持续性关节炎。其病理表现是炎细胞浸润、滑膜增生、血管翳形成以及由此导致的软骨和骨的损伤,最终导致关节畸形和功能丧失<sup>[10]</sup>。该病多发于女性,我国的患病率约为 0.36%,较欧美国家发病率高,是造成我国人群丧失劳动力和致残的主要病因之一<sup>[11]</sup>。祖国医学认为,正气亏虚是该病发生的根本和内在因素,而外感风、寒、湿等邪气则是引起疾病发生的外部因素,实邪痹阻于人体脉络是病机关键<sup>[12]</sup>。内脏亏虚、先天禀赋较弱与外部实邪内侵共同作用所致,表现为肝肾亏虚、气血不足,脉络瘀血闭阻不通,故“本虚标实”是主要的特征,而瘀血则贯穿于病情的始终<sup>[13]</sup>。而对于中晚期类风湿关节炎,瘀瘀是病变的关键因素。

类风湿关节炎发病机理的认识和研究是一个漫长的过程。近现代研究表明,RA 的发病机制主要表现在遗传和环境因素、滑膜免疫过程和炎症、自适应免疫途径、先天免疫系统的激活、细胞因子和细胞内信号传递途径等方面<sup>[14]</sup>。西医强调规范化治疗,既要通过非甾体类抗炎药缓解关节肿痛和全身症状,又要单一或联合应用控制病情发展的药物<sup>[15]</sup>。而本研究认为,非甾体类抗炎药及 DMARDs 药物在疾病发展的初期治疗效果明显,但在中晚期不能从根本上阻止病情的发展。

本研究主要以治疗中晚期类风湿关节炎为切入点,运用武威汉代医简“瘀方”治疗该病,医简释文组方

“干当归、弓穷、牡丹、漏芦、蜀椒、桂、蠃。”方中当归味甘性温,补血活血,调经止痛、通补兼施;用于干当归者,取其量足质佳效好。“弓穷”即《神农本草经》所载的“芎穷”,为今常用之理气活血药川芎,川芎辛温,活血行气、散瘀通利,善于走散;丹皮辛苦微寒,清热凉血,活血消瘀;漏芦苦能下泄,咸能软坚,清热解毒,消肿排毒;佐以桂枝与川椒之性热,温通经脉,通阳化气,温经止痛;而对于方中之“蠃”,临床运用具有争议,有人认为“蠃”为虻虫,陈可冀认为此处“蠃”应为“贝母”。而笔者根据临床运用,认为此处之“蠃”为“土鳖虫”。土鳖虫性寒、味咸,具有搜风化痰散结之效。全方以活血活血、理气解郁为主,瘀瘀同治,寒热并调。现代药理研究证实,活血化瘀药可改善血液流变学和微循环,抑制炎性细胞因子的分泌,抑制骨膜成纤维细胞增殖,诱导滑膜细胞凋亡等<sup>[16]</sup>。

本研究结果显示武威汉代医简“瘀方”治疗中晚期类风湿关节炎(瘀瘀痹阻证),治疗组疾病疗效与证候疗效均优于对照组,能有效改善患者的临床症状,且有较高的安全性,值得临床推广。

参考文献

[1] 田雪梅,王海东主任医师治疗类风湿关节炎经验[J]. 中医研究,2014,27(5):44-46.

[2] 李小心,王田玲,余菲. 类风湿关节炎缓解后维持治疗方案的研究[J]. 中国临床药理学与治疗学,2015,20(7):797-802.

[3] 裴新宇. 中西医结合治疗活动性类风湿性关节炎的疗效观察[J]. 中西医结合心血管病杂志,2015,28(3):96-97.

[4] 侯雷,马武开. 类风湿关节炎中医证候分类临床文献研究[J]. 中国中西医结合杂志,2014,34(3):279-283.

[5] 段祯,王亚丽.《武威汉代医简》组方用药特点探析[J]. 中医杂志,2011,53(2):170-172.

水、引药下行,骨碎补补肾强骨,两药均能活血通经止痛,俱为佐药;甘草益气补中,缓急止痛,并能调和诸药。诸药合用,共奏补益肝肾,强壮筋骨之效。本方甘苦、温寒并用,性平偏温;归经五脏,兼顾阴阳;标本兼治,治本为主;适于腰膝酸痛,而以膝痛为主。大多药味经现代药理研究,对骨关节炎软骨病损有明显的修复作用。以上药味中有些对骨关节炎的好发人群的常见并发症也有一定的治疗作用,如降糖、降压、安神、消肿等。

本研究发现,“六味骨痹汤”可有效降低 VAS 评分及 Lequesne 指数,且在缓解膝关节疼痛、减轻肿胀、僵硬及改善关节活动度方面与硫酸氨基葡萄糖相似,疗效相当,而其不良反应率低于硫酸氨基葡萄糖。由此可见,“六味骨痹汤”对 OA 的临床疗效显著,且安全方便,值得临床推广使用,但其对 OA 软骨修复的作用机制尚待进一步实验探究与证实。

# 参考文献

- [1] 阳乐,许鹏.促炎细胞因子与骨关节炎[J].中华骨与关节外科杂志,2015,8(5):455-459.
- [2] 施玲玲,陈东煜.膝关节骨关节炎的中医药治疗现状[J].中国中医骨伤科杂志,2014,22(7):72-74.
- [3] 中华医学会骨科学分会.骨关节炎诊治指南(2007 年版)[J].中国临床医生,2008,42(1):28-30.
- [4] 国家食品药品监督管理局.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:349.
- [5] Lequesne MG, Samson M. Indices of severity in osteoar-

thritis for weight bearing joints[J]. J Rheumatol Suppl, 1991,27:16-18.

- [6] 陆艳红,石晓兵.膝骨关节炎国内外流行病学研究现状及进展[J].中国中医骨伤科杂志,2012,20(6):81-84.
- [7] 刘搏宇,李宏宇.骨性关节炎治疗方法的研究进展[J].医学综述,2015,21(24):4499-4501.
- [8] 李树明.中医治疗膝骨性关节炎临床疗效观察[J].内蒙古中医药,2014,33(27):18-19.
- [9] 张新玉,魏丽.骨关节炎发病机理的研究进展[J].河北医学,2016,22(4):666-668.
- [10] 许学猛.中医治疗膝痹(骨关节炎)的特色疗法[N].中国中医药报,2015-11-13-5.
- [11] 陈浩雄,徐宁达,彭力平,等.中药治疗膝骨关节炎软骨修复实验研究进展[J].现代中西医结合杂志,2014,23(25):2843-2845.
- [12] 陈达,廖州伟,马笃军,等.牛膝醇提物对兔骨关节炎模型的疗效比较[J].中国医药导报,2016,13(25):21-24.
- [13] 蔡奇文,邱德华,张建伟,等.石仰山论治膝骨关节病经验[J].中国中医骨伤科杂志,2016,24(2):74-75.
- [14] 国家中医药管理局“十一五”重点专科协作组.膝痹病(膝关节骨性关节炎)诊疗方案[M].北京:人民卫生出版社,2009:18-19.
- [15] 李具宝,张磊,屈尚可,等.膝骨关节炎近 10 年文献中内服方药功效和中医证型分析[J].中国中医骨伤科杂志,2014,22(3):20-21.

(收稿日期:2016-11-07)

(上接第 25 页)

- [6] 国家食品药品监督管理局.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,2002:116-117.
- [7] 王承德,沈丕安,胡荫奇.实用中医风湿病学[M].2 版.北京:人民卫生出版社,2009:482-485.
- [8] 张怡燕,陈进春,邱明山,等.化痰通络方治疗痰瘀痹阻型类风湿关节炎的临床观察[J].中医药通报,2012,11(1):45-47.
- [9] 林晓蓉,吴宽裕.通痹汤联合来氟米特治疗寒湿痹阻型类风湿关节 34 例[J].福建中医药,2015,46(2):4-5.
- [10] 王海东.常见风湿骨病针刀治疗规范治疗[M].北京:人民卫生出版社,2014:181-190.
- [11] 叶任高,陆再英.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2006:885-891.
- [12] 张颖,许东云.中医治疗类风湿性关节炎体会[J].中国医

药指南,2012,10(5):225-226.

- [13] 李伟庆,乔宁,许婧,等.桂枝芍药知母汤加虫类药治疗早期类风湿性关节炎临床观察[J].辽宁中医药大学学报,2012,143(1):157-158.
- [14] 刘娣,鞠海艳,栗洪波,等.金骨莲胶囊治疗类风湿关节炎(风湿痹阻证)的临床研究[J].中国中医骨伤科杂志,2016,24(5):39-42.
- [15] 许善霖.痰瘀论治为重点介入中晚期类风湿关节炎西药规范化治疗中的价值[J].中国中医基础医学杂志,2012,18(2):223-224.
- [16] 田雪梅,王智明.《武威汉代医简》之療方治疗类风湿关节炎 42 例[J].中医研究,2009,22(9):23-25.

(收稿日期:2016-10-06)