

培土治痹汤治疗类风湿关节炎伴胃肠道症状(脾胃虚弱证)的临床观察

吴慧玲¹, 冷文飞^{2*}

¹湖南中医药大学, 湖南 长沙

²重庆市垫江县中医院风湿疼痛科, 重庆

收稿日期: 2025年5月27日; 录用日期: 2025年6月19日; 发布日期: 2025年6月30日

摘要

目的: 观察培土治痹汤治疗类风湿关节炎伴胃肠道症状(脾胃虚弱证)的临床疗效及安全性。方法: 将60例符合纳入标准的RA患者随机分为对照组(30例, 予甲氨蝶呤 + 塞来昔布 + 奥美拉唑)和治疗组(30例, 在对照组基础上加服培土治痹汤)。治疗4周后, 比较两组关节症状评分(VAS, DAS28, TJC, SJC)、血清炎症指标(CRP, ESR, RF, IL-6)、胃粘膜炎症积分、中医证候积分及不良反应。结果: 治疗后, 治疗组在VAS、DAS28、TJC、SJC、CRP及中医证候积分方面疗效均优于对照组($P < 0.05$); 中医证候总有效率(93.3%)和疾病活动度总有效率(90.0%)均高于对照组(73.3%, 80.0%)。治疗后两组ESR、RF、IL-6及胃粘膜疗效指数方面差异无统计学意义($P > 0.05$), 两组疗效相当。安全性方面, 两组不良反应发生率差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论: 培土治痹汤可有效改善类风湿关节炎伴胃肠道症状脾胃虚弱证患者的临床症状及炎症反应, 并且安全性良好。

关键词

类风湿关节炎, 培土治痹汤, 脾胃虚弱证, 临床观察

Clinical Observation on the Treatment of Rheumatoid Arthritis with Gastrointestinal Symptoms (Spleen and Stomach Weakness Syndrome) by Peitu Zhibi Decoction

Huiling Wu¹, Wenfei Leng^{2*}

¹Hunan University of Chinese Medicine, Changsha Hunan

²Department of Rheumatism Pain, Chongqing Dianjiang County Hospital of Traditional Chinese Medicine, Chongqing

*通讯作者。

文章引用: 吴慧玲, 冷文飞. 培土治痹汤治疗类风湿关节炎伴胃肠道症状(脾胃虚弱证)的临床观察[J]. 临床医学进展, 2025, 15(6): 2012-2020. DOI: 10.12677/acm.2025.1561942

Received: May 27th, 2025; accepted: Jun. 19th, 2025; published: Jun. 30th, 2025

Abstract

Objective: To observe the clinical efficacy and safety of Peitu Zhibi Decoction in the treatment of rheumatoid arthritis with gastrointestinal symptoms (spleen and stomach deficiency syndrome). **Methods:** 60 patients with RA who met the inclusion criteria were randomly divided into control group (30 cases, treated with methotrexate + celecoxib + omeprazole) and treatment group (30 cases, treated with Peitu Zhibi Decoction on the basis of control group). After 4 weeks of treatment, the joint symptom scores (VAS, DAS28, TJC, SJC), serum inflammatory indexes (CRP, ESR, RF, IL-6), gastric mucosal inflammation scores, TCM syndrome scores and adverse reactions were compared between the two groups. **Results:** After treatment, the treatment group showed better efficacy than the control group in terms of VAS, DAS28, TJC, SJC, CRP, and Traditional Chinese Medicine (TCM) symptom scores ($P < 0.05$); the overall effective rate of TCM symptoms (93.3%) and the overall effective rate of disease activity (90.0%) were both higher than those of the control group (73.3%, 80.0%). There were no statistically significant differences between the two groups in terms of ESR, RF, IL-6, and gastric mucosa efficacy index after treatment ($P > 0.05$), with both groups showing comparable efficacy. In terms of safety, there was no significant difference in the incidence of adverse reactions between the two groups ($P > 0.05$). **Conclusion:** Peitu Zhibi Decoction can effectively improve the clinical symptoms and inflammatory response of patients with rheumatoid arthritis with gastrointestinal symptoms and spleen-stomach weakness syndrome, and has good safety.

Keywords

Rheumatoid Arthritis, Peitu Zhibi Decoction, Spleen and Stomach Weakness Syndrome, Clinical Observation

Copyright © 2025 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

类风湿关节炎(Rheumatoid Arthritis, RA)是一种由免疫介导的慢性自身免疫性疾病,其病理特点主要表现为关节滑膜炎及血管翳的形成,侵蚀软骨和骨组织[1],最终导致关节出现“纽扣花样”或“天鹅颈样”畸形,造成患者劳动力丧失[2]。RA 在我国的患病率约为 0.32%~0.36%,以女性患者为主,约占三分之二[3][4]。本病早期可见关节肿胀、疼痛、晨僵等关节内症状,随着病程延长逐渐出现关节畸形及心、肺、肾、皮肤、眼部、消化系统和神经系统受累的表现[5]。其发病机制复杂,既往的研究发现 RA 的发病可能与遗传因素、环境因素、免疫应答有关。中医学认为脾胃虚弱是 RA 发生的关键病机,脾虚湿盛则痰生,郁而成痹,痹证日久则伤脾;痹病久服药,胃多受损,所以治疗中应尤其注重调补脾胃。近年来的西医基础研究发现肠道菌群失调影响着风湿免疫疾病的发生发展,且肠道菌群失调与脾虚湿盛密切相关。RA 患者体内肠道微生物结构会发生改变,其中促炎菌群数量增多,而发挥抗炎作用的菌群减少,这种菌群失衡状态导致肠道屏障功能受损,细菌代谢产物进入血液,激活 Toll 样受体信号通路,促使大量炎症介质释放,从而引发全身炎症反应[6]。因此本研究运用培土治痹汤联合西药治疗类风湿关节炎伴胃肠道症状(脾胃虚弱证)的患者。

2. 临床资料与研究方法

2.1. 临床资料

本研究收集的全部病例均来源于 2023 年 11 月~2025 年 3 月就诊于我院风湿病科住院部, 且年龄在 18~65 岁之间, 符合西医类风湿关节炎诊断标准和中医脾胃虚弱证辨证标准。本研究方案已获得医院医学伦理委员会批准(伦理批号: 2023-KY-NO017)。

2.2. 诊断标准

(一) 西医诊断标准

参照 2010 年美国风湿病学会(ACR)和欧洲抗风湿病联盟(EULAR)提出的新的 RA 分类标准[7]。具体内容如下:

至少 1 个关节表现为临床滑膜炎, 且滑膜炎不能用其他疾病解释; 如果患者满足以上条件, 则进一步从以下 4 个方面进行评分, 最高分为 10 分, 当患者的总得分 ≥ 6 分时可诊断 RA。评分内容如下:

(1) 关节受累情况(0~5 分): 1 个中大关节(0 分); 2~10 个中大关节(1 分); 1~3 个小关节(2 分); 4~10 个小关节(3 分); 超过 10 个关节(至少一个为小关节)(5 分);

(2) 血清学指标(0~3 分): RF 和抗 CCP 抗体均阴性(0 分); RF 或抗 CCP 抗体低滴度阳性(2 分); RF 或抗 CCP 抗体高滴度阳性(超过正常上限 3 倍)(3 分);

(3) 滑膜炎持续时间(0~1 分): <6 周(0 分); ≥ 6 周(1 分);

(4) 急性时相反应物(0~1 分): CRP 和 ESR 均正常(0 分); CRP 或 ESR 异常。

(二) 中医诊断标准

参照 2018 年中华中医药学会风湿病分会颁布的《类风湿关节炎病证结合诊疗指南》[8]拟定。

主症: ① 关节疼痛、肿胀、僵硬; ② 关节屈伸不利、四肢麻木; ③ 胃脘隐痛; ④ 气短懒言; ⑤ 面色萎黄。

次症: ① 神疲乏力; ② 食欲减退; ③ 口淡不渴; ④ 大便稀溏。

舌脉: 舌淡, 苔白腻, 脉沉细或弱。

具备主症 3 项 + 次症 2 项, 结合舌脉特点即可诊断。

2.3. 纳入标准

(1) 符合上述西医诊断类风湿关节炎的诊断标准;

(2) 符合上述中医证候诊断标准脾胃虚弱证辨证标准;

(3) 年龄在 18~65 岁, 性别不限, 接受非甾体抗炎药和激素治疗的病人进入试验前剂量稳定至少 30 天, 并且在以后的治疗中维持不变。接受其他药物改善病情的患者中断用药 30 天以上;

(4) 自愿参与并签署知情同意书者。

2.4. 排除标准

(1) 不符合纳入标准者;

(2) 年龄在 18 岁以下, 65 岁以上者;

(3) 合并心、脑、肺、肝、肾和造血系统等严重原发病患者;

(4) 合并其他风湿免疫疾病者, 如干燥综合征、系统性红斑狼疮、骨关节炎等;

(5) 合并其他严重的消化系统疾病, 如消化道肿瘤、消化性溃疡、胰腺炎、出血性肠炎、坏死性肠炎、胃部分手术等;

- (6) 合并精神类疾病不能配合者;
- (7) 对试验药物过敏者;
- (8) 近 3 月曾参加其他临床试验或正在参加者;
- (9) 妊娠期或哺乳期妇女。

2.5. 剔除标准

- (1) 纳入后发现不符合上述纳入标准者;
- (2) 未按规定治疗或加用其他方案治疗者;
- (3) 无任何监测记录者。

2.6. 脱落标准

- (1) 选取的患者依从性差, 不能按要求服药, 并影响到试验结果者;
- (2) 治疗过程中出现严重不良反应或并发症者;
- (3) 因其他原因自行退出试验、失访或未完成整个疗程者。

2.7. 试验方案

2.7.1. 病例分组

按照 Doll's 临床病例随机表, 将符合纳入标准 60 例患者, 随机分为对照组和治疗组, 每组 30 例。

2.7.2. 治疗方法

设置基础治疗方案为: 口服西药治疗: ① 塞来昔布胶囊(西乐葆)(辉瑞制药有限公司分装; 规格: 200 mg × 6 粒/盒, 国药准字 J20120063)口服, 一天一次, 一次 200 mg。② 甲氨蝶呤片(上海信谊药业有限公司生产; 规格: 10 mg × 10 片/盒, 国药准字 H22022674)口服, 一周一次, 一次 10 mg。③ 叶酸片(天津力生制药股份有限公司生产; 规格: 5 mg × 100 片/盒, 国药准字 H12020215)口服, 一周一次, 一次 5 mg。

对照组: 基础治疗 + 奥美拉唑肠溶胶囊(山东罗欣药业集团股份有限公司生产; 规格: 20 mg × 28 粒/盒, 国药准字 H20033444)口服, 一日一次, 一次 20 mg。

治疗组: 基础治疗 + 培土治痹汤治疗(黄芪 30 g; 党参 15 g; 白术 15 g; 桂枝 15 g; 陈皮 10 g; 茯苓 10 g; 柴胡 10 g; 黄连 6 g; 羌活 10 g; 独活 15 g; 防风 10 g; 白芍 15 g; 炙甘草 10 g; 威灵仙 15 g; 川牛膝 10 g; 海风藤 12 g; 鸡血藤 10 g; 露蜂房 10 g; 蕲蛇(研末) 9 g)。

由我院煎药室统一煎制, 每剂煎制为三袋, 每袋 200 ml, 每日早中晚饭后半小时各 1 袋温服。两组观察周期均为 4 周。

2.7.3. 观察指标

治疗前后红细胞沉降率(ESR)、C 反应蛋白(CRP)、类风湿因子(RF)、白细胞介素-6(IL-6)、疼痛视觉模拟评分(VAS)、关节压痛个数(TJC)、关节肿胀个数(SJC)、DAS28 评分、胃粘膜炎症程度积分、中医证候积分, 对两次数值进行比较。

2.8. 统计学方法

采用 SPSS 25.0 统计学软件, 对满足正态分布的计量资料采用均数加减标准差($\bar{x} \pm s$)描述, 同组内治疗前后比较采用配对样本 t 检验, 组间比较采用独立样本 t 检验。不符合正态分布的计量资料采用四分位距 M (P25, P75)描述; 不符合正态分布的计量资料且方差不齐者采用非参数秩和检验, 同组内比较采用 Wilcoxon 符号秩和检验, 组间比较采用 Mann-Whitney 秩和检验。计数资料的比较采用卡方检验或校正

卡方检验, 等级资料采用秩和检验。检验基准 $\alpha = 0.05$, $P < 0.05$ 有统计学意义。

3. 结果与分析

3.1. 病例完成情况

本研究共纳入 60 例患者, 对照组 30 例, 其中男性患者 9 例, 女性患者 21 例; 治疗组 30 例, 其中男性患者 7 例, 女性患者 23 例。

3.2. 一般资料基线比较

对两组患者年龄、性别、病程进行比较, 两组一般资料差异无统计学意义($P > 0.05$), 两组基线具有可比性(结果见表 1)。

Table 1. Comparison of two groups of general information

表 1. 两组一般资料比较

组别	例数	性别		年龄(岁)	病程(年)
		男	女		
对照组	30	9	21	57.43 ± 5.51	6.27 ± 2.65
治疗组	30	7	23	56.40 ± 6.60	5.83 ± 2.73
t/χ^2		0.341		0.659	0.624
P		0.559		0.513	0.535

3.3. 疗效比较

(一) 实验室指标比较

两组组内比较: ESR、CRP、RF、IL-6 均较前下降, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 两组疗法对降低实验室指标均有疗效。两组组间比较: 两组经治疗后 CRP 差异有统计学意义($P < 0.05$), 并且治疗组对降低 CRP 的效果显著; 但治疗后 ESR、RF、IL-6 差异无统计学意义($P > 0.05$) (结果见表 2、表 3、表 4、表 5)。

Table 2. Comparison of ESR between the two groups before and after treatment (mm/h, $\bar{x} \pm s$)

表 2. 两组治疗前后 ESR 比较(mm/h, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	t	P
对照组	30	54.77 ± 19.65	37.70 ± 16.47	8.631	<0.001
治疗组	30	51.27 ± 18.99	32.13 ± 17.80	7.909	<0.001
t		0.702	1.257		
P		0.486	0.214		

Table 3. Comparison of CRP between the two groups before and after treatment [mg/L, M (P25, P75)]

表 3. 两组治疗前后 CRP 比较[mg/L, M (P25, P75)]

组别	例数	治疗前	治疗后	Z	P
对照组	30	28.75 (19.67, 39.06)	16.35 (9.84, 23.87)	-4.145	<0.001
治疗组	30	24.02 (18.79, 27.18)	9.21 (5.78, 19.01)	-4.165	<0.001
Z		-1.833	-3.704		
P		0.067	0.000		

Table 4. Comparison of RF between the two groups before and after treatment [IU/ml, M (P25, P75)]**表 4.** 两组治疗前后 RF 对比[IU/ml, M (P25, P75)]

组别	例数	治疗前	治疗后	Z	P
对照组	30	197.3 (153.90, 269.73)	91.35 (65.98, 149.50)	-4.515	<0.001
治疗组	30	174.60 (114.85, 3 37.63)	69.65 (27.65, 165.75)	-4.762	<0.001
Z		-0.266	-1.693		
P		0.790	0.090		

Table 5. Comparison of IL-6 between the two groups before and after treatment [pg/ml, M (P25, P75)]**表 5.** 两组治疗前后 IL-6 对比[pg/ml, M (P25, P75)]

组别	例数	治疗前	治疗后	t	P
对照组	30	25.60 (18.02, 33.45)	22.53 (13.45, 30.62)	2.872	0.008
治疗组	30	24.50 (12.47, 41.26)	18.47 (4.96, 27.31)	4.194	<0.001
Z		-0.177	-1.538		
P		0.859	0.124		

(二) 关节症状及相关评分比较

两组组内比较: TJC、SJC、DAS28、VAS 评分差异均有统计学意义($P < 0.05$), 治疗后关节相关症状及评分均较前改善。组间比较: 差异均有统计学意义($P < 0.05$), 治疗组疗效优于对照组(结果见表 6、表 7、表 8、表 9)。

Table 6. Comparison of VAS scores between the two groups before and after treatment [points, M (P25, P75)]**表 6.** 两组治疗前后 VAS 评分比较[分, M (P25, P75)]

组别	例数	治疗前	治疗后	Z	P
对照组	30	6.00 (5.00, 7.00)	3.00(2.00, 4.00)	-4.855	<0.001
治疗组	30	6.00 (4.00, 7.00)	2.00(1.00, 3.00)	-4.884	<0.001
Z		-0.687	-1.990		
P		0.492	0.047		

Table 7. Comparison of DAS28 scores between the two groups before and after treatment (points, $\bar{x} \pm s$)**表 7.** 两组治疗前后 DAS28 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	t	P
对照组	30	4.69 $\pm$ 0.48	3.67 $\pm$ 0.60	20.628	<0.001
治疗组	30	4.61 $\pm$ 0.48	3.18 $\pm$ 0.74	20.573	<0.001
t		0.673	2.844		
P		0.504	0.006		

Table 8. Comparison of TJC between the two groups before and after treatment [piece, M (P25, P75)]**表 8.** 两组治疗前后 TJC 比较[个, M (P25, P75)]

组别	例数	治疗前	治疗后	Z	P
对照组	30	5.00 (4.00, 8.00)	3.00 (1.00, 4.00)	-4.689	<0.001
治疗组	30	5.00 (4.00, 7.00)	2.00 (0.00, 2.00)	-4.814	<0.001
Z		-0.157	-2.359		
P		0.875	0.018		

Table 9. Comparison of SJC between the two groups before and after treatment [piece, M (P25, P75)]
表 9. 两组治疗前后 SJC 比较[个, M (P25, P75)]

组别	例数	治疗前	治疗后	Z	P
对照组	30	4.00 (3.75, 5.00)	2.00 (1.00, 3.00)	-4.922	<0.001
治疗组	30	4.00 (3.00, 4.00)	1.00 (0.00, 2.00)	-4.905	<0.001
Z		-1.867	-2.049		
P		0.062	0.040		

(三) 中医证候积分比较

两组中医证候积分均较前降低, 组内比较差异有统计学意义($P < 0.05$); 组间比较差异有统计学意义($P < 0.05$), 治疗组中医证候积分改善优于对照组(结果见表 10)。

Table 10. Comparison of TCM syndrome scores between the two groups before and after treatment (points, $\bar{x} \pm s$)
表 10. 两组治疗前后中医证候积分对比(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	t	P
对照组	30	23.53 $\pm$ 5.28	12.83 $\pm$ 5.71	17.313	<0.001
治疗组	30	25.47 $\pm$ 5.46	10.13 $\pm$ 4.00	20.093	<0.001
t		-1.395	2.123		
P		0.168	0.039		

(四) 两组胃粘膜炎症积分比较

两组胃粘膜炎症积分均较前降低, 组内比较差异有统计学意义($P < 0.05$); 组间比较差异无统计学意义($P > 0.05$) (结果见表 11)。

Table 11. Comparison of gastric mucosal scores before and after treatment in the two groups [points, M (P25, P75)]
表 11. 两组治疗前后胃粘膜积分比较[分, M (P25, P75)]

组别	例数	治疗前	治疗后	Z	P
对照组	30	2.00 (1.00, 2.00)	1.00 (0.75, 2.00)	-2.887	0.004
治疗组	30	2.00 (1.00, 2.00)	1.00 (0.75, 2.00)	-3.317	0.001
Z		-0.196	-0.345		
P		0.844	0.730		

(五) 中医证候疗效及疾病活动度比较

(1) 中医证候疗效方面: 对照组总有效率为 73.3%, 治疗组的总有效率为 93.3%。采用 Mann-Whitney U 检验进行比较, $Z = -2.020$, $P = 0.043 < 0.05$, 表明两组总有效率差异有统计学意义, 并且治疗组中医证候疗效优于对照组(结果见表 12)。

Table 12. Comparison of the efficacy of TCM syndromes between the two groups
表 12. 两组中医证候疗效比较

组别	例数	临床控制	显效	有效	无效	总有效率
对照组	30	0	10	12	8	73.3%
治疗组	30	0	16	12	2	93.3%
Z				-2.020		
P				0.043		

(2) 疾病活动度疗效: 对照组总有效率为 80.0%, 治疗组的总有效率为 90.0%。采用 Mann-Whitney U 检验进行比较, $Z = -2.490$, $P = 0.013 < 0.05$, 表明两组总有效率差异有统计学意义, 并且治疗组疾病活动度疗效优于对照组(结果见表 13)。

Table 13. Comparison of the efficacy of disease activity between the two groups

表 13. 两组疾病活动度疗效比较

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	30	7	17	6	80.0%
治疗组	30	17	10	3	90.0%
Z			-2.490		
P			0.013		

(3) 胃粘膜炎症积分疗效: 对照组总有效率为 30.0%, 治疗组的总有效率为 36.7%。采用 Mann-Whitney U 检验进行比较, $Z = -0.541$, $P = 0.588 > 0.05$, 表明两组总有效率差异无统计学意义(结果见表 14)。

Table 14. Comparison of gastric mucosal efficacy scores between the two groups

表 14. 两组胃粘膜疗效积分比较

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组	30	4	0	5	21	30.0%
治疗组	30	5	0	6	19	36.7%
Z				-0.541		
P				0.588		

3.4. 安全性比较

治疗过程中, 对照组有 2 例出现腹胀症状, 1 例出现轻度肝功能异常; 治疗组出现 1 例轻度肝功能异常, 均予以对症处理后, 复查相关指标, 均恢复至正常, 并继续当前治疗方案。比较两组不良反应发生率, 采用卡方检验, $\chi^2 = 0.268$, $P = 0.605 > 0.05$, 差异无统计学意义(结果见表 15)。

Table 15. Adverse reactions table

表 15. 不良反应情况表

组别	有不良反应发生	无不良反应发生	不良反应发生率	χ^2	P
对照组	3	27	10.0%	0.268	0.605
治疗组	1	29	3.3%		

4. 讨论

祖国医学将类风湿关节炎归属于“痹证”范畴, 后世医家根据 RA 发病的特点和临床症状, 从不同角度对本病进行命名, 故又有“尪痹”“历节病”“顽痹”之称。中医认为痹证的发生以正气不足和风寒湿外邪侵袭为主, 尤以湿邪为要, 湿邪痹阻经脉, 导致肌肤不仁, 关节疼痛重着, 湿性黏滞, 易阻滞气机, 导致病情反复发作, 缠绵难愈。而脾胃虚弱证是 RA 的重要中医证候之一, 脾失健运则津液输布、水谷精微布散失常, 三焦水道通行受阻, 湿浊内蕴, 浸淫筋脉, 流注骨节则肢体困重, 关节屈伸不利。若湿

邪壅滞日久, 郁而化热, 湿热搏结于经络, 则可见关节局部焮红肿痛; 又脾失健运则湿浊内停, 壅塞经络, 血行受阻; 脾不统血致血溢脉外, 形成离经之血, 瘀血不去, 新血不生, 进而对骨骼和筋脉造成破坏。因此随着病程延长 RA 患者会出现关节肿胀刺痛、僵硬变形、皮下结节等瘀血征象。

培土治痹汤以黄芪、党参、白术为君药。黄芪具有补气升阳、固表止汗、利水消肿、生津养血等功效, 在本方中用量较重, 通过补气以行血, 使痹阻之经络得以通畅。白术燥湿健脾, 可恢复脾胃运化功能, 杜绝生湿之源; 党参补中益气, 助黄芪健运中焦。此三药合用, 补益脾胃之气, 固护后天之本, 恢复脾之健运, 为“培土”之核心。羌活、独活、黄连、露蜂房、柴胡、防风、桂枝共为臣药, 羌活善走上部, 祛上半身风湿, 主治风寒湿痹肢节疼痛。独活善走下部, 祛下半身风湿, 两药合用, 散寒除湿, 疏风通络。柴胡、防风能升举清阳, 祛风胜湿; 桂枝温通经络; 露蜂房祛风除湿止痛; 少量黄连燥湿泻火, 清湿热郁滞, 防痹证化热。佐以陈皮理气健脾, 燥湿化痰, 气化则湿化, 又可使补益药补而不滞; 茯苓利水渗湿, 健脾宁心; 二者助白术、党参等健脾化湿。威灵仙“主诸风, 而为风药之宣导善走者也”; 海风藤、鸡血藤活血通络; 蕲蛇为血肉有情之品, 搜风通络; 川牛膝性善下行, 祛湿邪, 逐瘀血, 通经络, 使湿邪渗利; 此七药共为佐药, 增强活血通络止痛之功, 使血脉通畅, 又可制约诸祛风除湿药过于温燥伤血。白芍配甘草, 酸甘化阴, 缓急止痛, 炙甘草又能补益脾气, 调和诸药, 二者共为使药。

本研究结果显示, 治疗组在 VAS、DAS28、TJC、SJC、CRP 及中医证候积分方面疗效优于对照组 ($P < 0.05$), 中医证候总有效率(93.3%)和疾病活动度总有效率(90.0%)均高于对照组的 73.3%和 80%。并且两组不良反应发生率差异无统计学意义($P > 0.05$)。提示培土治痹汤联合西药治疗类风湿关节炎伴胃肠道症状(脾胃虚弱证)与单纯使用西药治疗相比, 在改善关节相关症状、降低实验室指标、降低中医证候积分方面均有较好疗效。但本研究仅限于临床研究, 对于培土治痹汤治疗 RA 的具体机制和作用靶点尚不明确, 并且仅限于就诊于我院的 RA 患者, 样本来源单一, 今后可进一步开展大样本, 多中心以及基础研究以明确具体作用机制。

基金项目

重庆市垫江县科技项目, 项目编号: djkjxm2023shmskjcxywzd09。

参考文献

- [1] Di Matteo, A., Bathon, J.M. and Emery, P. (2023) Rheumatoid Arthritis. *The Lancet*, **402**, 2019-2033. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(23\)01525-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(23)01525-8)
- [2] Maeda, K., Yoshida, K., Nishizawa, T., Otani, K., Yamashita, Y., Okabe, H., *et al.* (2022) Inflammation and Bone Metabolism in Rheumatoid Arthritis: Molecular Mechanisms of Joint Destruction and Pharmacological Treatments. *International Journal of Molecular Sciences*, **23**, Article 2871. <https://doi.org/10.3390/ijms23052871>
- [3] 潘海峰, 冷瑞雪, 吴国翠, 叶冬青. 重大自身免疫性疾病的流行病学研究进展[J]. 中华疾病控制杂志, 2018, 22(11): 1093-1095+1105.
- [4] Finckh, A., Gilbert, B., Hodgkinson, B., Bae, S., Thomas, R., Deane, K.D., *et al.* (2022) Global Epidemiology of Rheumatoid Arthritis. *Nature Reviews Rheumatology*, **18**, 591-602. <https://doi.org/10.1038/s41584-022-00827-y>
- [5] Figus, F.A., Piga, M., Azzolin, I., McConnell, R. and Iagnocco, A. (2021) Rheumatoid Arthritis: Extra-Articular Manifestations and Comorbidities. *Autoimmunity Reviews*, **20**, Article 102776. <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2021.102776>
- [6] 易寒知, 王敏慧, 李湖帆, 等. 基于“肠-关节轴”探讨中医药治疗类风湿关节炎的研究进展[J]. 云南中医中药杂志, 2024, 45(8): 87-91.
- [7] 姜泉, 王海隆, 巩勋, 罗成贵. 类风湿关节炎病证结合诊疗指南[J]. 中医杂志, 2018, 59(20): 1794-1800.
- [8] 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.