

是骨骼维持正常形态和功能的重要因素,若瘀血阻滞,脉络阻滞,骨失气血滋养,必发为骨痹。中药熏洗可改善关节局部血液循环,增加血液流量、消肿,促进功能恢复,降低关节僵硬发生率^[1],中医药理学认为,当归可扩张外周血管,改善血流速度;牛膝、川芎可清除氧自由基,抑制脂质过氧化反应,改善因关节组织缺血缺氧所引起的疼痛,加快组织恢复。本研究结果提示中西医结合治疗方案可有效缩短骨折愈合时间、降低疼痛、防止术后足踝关节功能障碍、降低并发症发生率。

可见,中西医结合治疗跟骨关节内骨折较单纯西医治疗疗效显著,适合临床广泛应用及进一步研究。

[参考文献]

- [1] 张志海,罗毅文,王斌. 钢板内固定配合中药熏洗治疗跟骨关节内骨折的临床研究[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2011, 19(5): 22-24.
- [2] 和艳红,阎亮,孙永强. 中西医结合治疗跟骨关节内骨折 28 例临床观察[J]. 新中医, 2010, 42(60): 58-59.
- [3] 戚记伟,许世超,李强. 中西医结合治疗跟骨关节内骨折 56 例[J]. 浙江中西医结合杂志, 2013, 23(11): 917-919.
- [4] 李绪松,郑臣校,苏永康. 中西医结合治疗跟骨关节内骨折疗效观察[J]. 中医药临床杂志, 2011, 23(9): 798-799.
- [5] 李晓华. 中药熏洗配合内固定在跟骨关节内骨折中的效果分析[J]. 中国当代医药, 2011, 18(11): 98-99.
- [6] 何才勇,林晓光,张志. 中药内服配合外洗、外敷治疗跟骨骨折术后皮肤愈合不良或坏死临床观察[J]. 新中医, 2010, 42(4): 31-32.
- [7] 孙占东. 中西医结合治疗 Sanders III、IV 型跟骨骨折疗效观察[J]. 新中医, 2011, 43(8): 67-69.

(责任编辑: 骆欢欢, 李海霞)

中西医结合治疗类风湿关节炎临床观察

汪珏, 郑林峰, 徐进, 赖树华, 詹荣飞

淳安新富中医骨伤医院, 浙江 杭州 311700

[摘要] 目的: 观察中西医结合治疗类风湿性关节炎的临床疗效。方法: 将 136 例类风湿性关节炎患者随机均分为 2 组各 68 例。对照组采用常规西药治疗, 观察组在对照组基础上采用中医辨证施治。观察 2 组患者治疗前后症状和体征变化, 检测血沉 (ESR)、类风湿因子 (RF) 及 C-反应蛋白 (CRP) 指标变化, 比较 2 组临床疗效。结果: 治疗后, 2 组症状、体征均改善 ($P < 0.05$); 观察组治疗后症状、体征改善优于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组 ESR、RF、CRP 均改善 ($P < 0.05$); 观察组治疗后 ESR、RF、CRP 改善优于对照组 ($P < 0.05$)。总有效率观察组 95.59%, 对照组 67.65%, 2 组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。结论: 中西医结合治疗类风湿性关节炎, 效果良好, 安全性高, 值得临床推广应用。

[关键词] 类风湿性关节炎; 中西医结合疗法; 血沉 (ESR); 类风湿因子 (RF); C-反应蛋白 (CRP)

[中图分类号] R593.22 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 02-0103-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.02.050

类风湿性关节炎是一种病因尚不明确, 主要以炎性滑膜炎为主要病变的系统性疾病^[1]。常表现为多关节、对称性的关节炎, 出现晨僵、关节畸形、多关节受累的临床症状^[2]。临床常采用非甾体抗炎药、抗风湿药物、激素类药物对患者进行治疗, 以改善患者的痛苦^[3]。研究显示采用抗炎、免疫抑制等多种药物联合的治疗方法, 给患者带来较多的治疗后副作用, 且

效果不佳^[4]。笔者采用中西医结合治疗类风湿性关节炎, 现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 将 2008 年 6 月—2013 年 12 月本院接诊的类风湿性关节炎患者 136 例按照随机数表法分为 2 组各 68 例。观察组男 23 例, 女 45 例; 年龄 24~43 岁, 平均

[收稿日期] 2014-10-17

[作者简介] 汪珏 (1966-), 女, 主治医师, 研究方向: 骨科临床。

(36.2±4.5)岁;平均病程(28.1±20.1)月;日常功能评分(42.3±3.3)分;病情轻度24例,中度37例,重度7例。对照组男22例,女46例;年龄23~46岁,平均(36.7±4.0)岁;平均病程(27.9±21.0)月;日常功能评分(43.2±2.9)分;病情轻度23例,中度35例,重度10例。2组一般资料经统计学处理,差异均无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 病例选择 患者知情同意,并经本院伦理委员会批准实施。符合2012年类风湿关节炎分类标准^[4],晨僵 ≥ 30 min;多关节炎(14个关节区中至少3个以上部位关节炎);手关节炎(腕或掌指或近端指间关节至少1处关节炎);抗环瓜氨酸肽(CCP)抗体阳性;类风湿因子(RF)阳性。关节疼痛,阴雨天病情加重,怕风怕冷辨为寒湿痹阻证;关节疼痛、关节畸形、神疲乏力、面色苍白辨为肾气虚寒证;关节疼痛、肿胀、关节有积液(色黄混浊),且遇阴雨加重辨为湿热痹阻证;多年关节疼痛,但无肿胀,仅出现行走疼痛,且与天气变化无关,无乏力,胃纳尚可、二便正常辨为肝肾阴虚证。排除年龄为20岁以下或者70岁以上者,妊娠期的孕妇;排除对本次研究用药物过敏;排除严重的心、肾、肺等疾病患者。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用常规西药治疗。甲氨蝶呤,每次5.0~7.5 mg,每周1次,口服。来氟米特片,每次20 mg,每天2次,口服;用药第4天起,改为每次20 mg,每天1次,口服。白芍总甙片,每次0.6 g,每天3次,口服。尼美舒利片,每次0.1 g,每天2次,口服。若血沉(ESR) >60 mm/1h,抗CCP抗体 >25 RU/mL, RF >18 IU/L,有多个关节疼痛,24 h剧痛,给予醋酸泼尼松片治疗,每次5 mg,每天2次,口服。

2.2 观察组 在对照组基础上,采用中医辨证施治。治疗主要是以青风藤为主进行辨证用药治疗。寒湿痹阻证,处方:片姜黄、羌活、桂枝各6 g,细辛5 g,川芎、制附子、青风藤、

生甘草各10 g(先煎30 min),防风8 g;肾气虚寒证,处方:炙黄芪、骨碎补、两面针、生甘草各10 g,炒白术、续断、山药、青风藤各15 g,炒杜仲8 g,川芎、片姜黄各6 g;湿热痹阻证,处方:汉防己、羌活、独活各6 g,土茯苓、蒲公英、草薢、路路通、青风藤各15 g,制附子、生甘草各10 g(先煎40 min);肝肾阴虚证,处方:青风藤、续断、骨碎补、炒杜仲、神曲、茯苓、木香各15 g,当归、生甘草各10 g,川芎、五加皮各6 g。中药每天1剂,水煎服。

2组均连续用药3~4月,明显好转后逐渐减量,停药后继续中药调理及西药治疗。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察2组患者治疗前后各症状和体征,记录2组患者关节疼痛个数、关节肿胀个数(根据患者的主观感受和外观进行确定肿胀的个数)、步行15 m所用时间、握力(采用医用握力器进行握力的测定)、晨僵时间,ESR、RF及CRP。观察2组患者治疗后各症状改善的时间,评价2组疗效,观察不良反应。

3.2 统计学方法 采用SPSS18.0进行数据统计,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料比较采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照相关文献[6]制定,治愈:患者的关节疼痛、肿胀等临床主要症状消失,晨僵时间低于15 min,各项辅助检查也恢复正常;显效:患者的各项临床主要症状明显好转,各项辅助检查基本正常;有效:关节疼痛及关节肿胀等临床症状有改善,各项辅助检查也有一定改善;无效:患者各项临床症状和各项辅助检查无明显变化,甚至出现恶化的趋势。

4.2 2组症状、体征变化比较 见表1。治疗后,2组症状、体征均改善($P<0.05$);观察组治疗后症状、体征改善优于对照组($P<0.05$)。

表1 2组症状、体征变化比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	时间	关节疼痛(个)	关节肿胀(个)	步行15min时间(s)	握力(kpa)	晨僵(min)
观察组	68	治疗前	9.71±4.01	7.01±3.01	27.21±5.19	10.81±3.33	97.23±18.21
	68	治疗后	4.32±3.76 ^{①②}	3.98±2.18 ^{①②}	17.23±2.54 ^{①②}	18.23±5.11 ^{①②}	28.71±11.23 ^{①②}
对照组	68	治疗前	9.68±3.87	7.07±2.98	27.12±4.91	11.01±4.32	96.83±19.21
	68	治疗后	6.69±4.02 ^①	6.11±2.42 ^①	22.13±3.81 ^①	14.21±4.50 ^①	60.23±13.42 ^①

与本组治疗前比较,① $P<0.05$;与对照组治疗后比较,② $P<0.05$

4.3 2组ESR、RF、CRP变化比较 见表2。治疗后,2组ESR、RF、CRP均改善($P<0.05$);观察组治疗后ESR、RF、CRP改善优于对照组($P<0.05$)。

4.4 2组临床疗效比较 见表3。治疗后,总有效率观察组95.59%,对照组67.65%,2组比较,差异有显著性意义($P<0.05$)。

表2 2组ESR、RF、CRP变化比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	时间	ESR(mm/1h)	RF(U/mL)	CRP(mg/L)
观察组	68	治疗前	59.32±17.81	2.01±0.08	4.32±0.89
	68	治疗后	23.32±8.91 ^{①②}	1.22±0.07 ^{①②}	3.22±0.67 ^{①②}
对照组	68	治疗前	59.44±19.32	1.98±0.05	4.38±1.21
	68	治疗后	38.32±12.34 ^①	1.66±0.06 ^①	3.77±1.01 ^①

与本组治疗前比较,① $P<0.05$;与对照组治疗后比较,② $P<0.05$

表3 2组临床疗效比较 例(%)

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	68	36(52.94)	17(25.00)	12(17.65)	3(4.41)	65(95.59) ^①
对照组	68	14(20.59)	22(32.35)	10(14.71)	22(32.35)	46(67.65)

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.5 2组不良反应比较 恶心、呕吐等消化道不良反应观察组2例, 对照组5例, 2组不良反应发生情况比较, 差异无显著性意义($P > 0.05$)。

5 讨论

类风湿性关节炎是一种累及多关节, 易导致患者出现关节畸形和功能减退的临床疾病。临床研究显示类风湿性关节炎的发生可能与遗传、感染、性激素等多种因素有关, 其病理机制为滑膜内细胞增生、间质中出现大量炎性细胞浸润, 以及微血管的新生、血管翳的形成及软骨和骨组织的破坏等有关。临床中对于类风湿性关节炎治疗的主要目的在于减轻患者的关节炎症, 抑制病变关节部位病情的进一步发展, 起到保护关节和肌肉的作用^[7]。治疗常用的药物有非甾体抗炎药、免疫抑制剂、抗风湿类药物及生物制剂等。甲氨蝶呤是国内外首选治疗类风湿性关节炎的药物, 甲氨蝶呤可使生物DNA合成受阻, 新血管的生成受到抑制, 关节滑膜小血管处的炎症细胞增殖减弱, 减缓炎症对骨关节的侵蚀作用, 从而进一步抑制风湿病病情的发展, 同时甲氨蝶呤也会对患者免疫系统进行调控, 有明显的体液调节作用, 如患者在使用该药物治疗后体内ESR和CRP值有明显下降, 同时有个别患者会出现腹泻、恶心、呕吐、胃炎等胃肠道不适症状, 易引起肾脏损害、脱发、皮炎、色素沉着等不良反应。研究发现, 单纯采用甲氨蝶呤对相关症状、体征等多种病症的改善效果不佳^[8], 患者仍处于关节炎的状况, 病情仍在继续发展^[9]。类风湿性关节炎归属于中医学痹症范畴, 因此, 尝试采用中医辨证治疗的方法对患者进行治疗。此外, 同时采用西药联合中药汤剂治疗类风湿性关节炎, 效果会更加明显。青风藤能祛风湿, 通经利尿, 常用于风湿痹痛、关节肿胀、麻痹、瘙痒。防己能行水利尿, 泻下焦湿热、手足挛痛、癬疥疮肿。川芎性辛、温, 可祛风通络止痛, 活血化瘀, 能治风湿痹痛。片姜黄则能活血破瘀, 行气止痛, 驱风疗痹。白术可补益中焦脾胃, 甘草补脾益气, 能调和各药。制附子归心、肾、脾经, 有补火助阳, 逐风寒湿邪之功效。在本研究中, 发现采用西药治疗的总有效率仅为67.65%。而同时期

对患者采用中西医结合治疗总有效率提高到95.59%, 明显优于传统的西药治疗, 与上述文献报道相吻合。且在本次研究中, 针对患者术后可能出现的不良反应进行了随访调查, 2组患者的不良反应的发生率无显著性差异, 表明采用中药汤剂联合治疗, 安全性良好。中西医结合治疗类风湿性关节炎可改善患者的各项症状、体征及实验室检查各项指标的水平, 提高临床有效率, 降低不良反应的发生率, 疗效明显优于传统的西药治疗方案。

[参考文献]

- [1] 许瑞平. 中西医结合治疗类风湿性关节炎的疗效观察[J]. 当代医学, 2012, 18(20): 154-155.
- [2] 张庆. 中西医结合治疗类风湿性关节炎68例临床分析[J]. 河北医学, 2012, 18(1): 114-116.
- [3] 黄艺, 金荣疆, 王素珍, 等. 类风湿性关节炎的中西医结合康复进展[J]. 时珍国医国药, 2013, 24(11): 2757-2758.
- [4] 宝音扎布. 中西结合法治疗类风湿性关节炎的临床效果观察[J]. 内蒙古医学杂志, 2013, 45(8): 983-985.
- [5] 孙巍, 孙妍. 中西医结合治疗类风湿性关节炎48例疗效观察[J]. 中国现代医生, 2011, 49(12): 58-59.
- [6] Balsamo S, Diniz LR, dos Santos-Neto LL, et al. Exercise and fatigue in rheumatoid arthritis[J]. Isr Med Assoc J, 2014, 16(1): 57-60.
- [7] Vaz JL, Abreu MM, Levy RA. Changes in anti-citrullinated protein antibody titers following treatment with infliximab for rheumatoid arthritis[J]. Isr Med Assoc J, 2014, 16(1): 17-19.
- [8] Kang KY, Woo JW, Park SH. S100A8/A9 as a biomarker for synovial inflammation and joint damage in patients with rheumatoid arthritis[J]. Korean J Intern Med, 2014, 29(1): 12-19.
- [9] 马金荣, 赵丽, 潘红梅, 等. 类风湿性关节炎伴局灶增生坏死性IgA肾病并文献复习[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2011, 12(12): 1109.

(责任编辑: 骆欢欢, 李海霞)