

# 通络除痹汤联合西药治疗类风湿关节炎临床观察

杜转敏, 杨毛吉, 窦娟娟, 胡永鹏, 冯杰

甘肃省第二人民医院风湿免疫科, 甘肃 兰州 730000

**[摘要]** 目的: 观察通络除痹汤联合西药治疗类风湿关节炎(RA)的临床疗效。方法: 将100例活动期RA患者随机分为2组各50例, 对照组给予口服甲氨蝶呤、来氟米特片治疗, 观察组在对照组基础上联合通络除痹汤治疗。治疗3月, 观察2组总有效率以及血沉(ESR)、类风湿因子(RF)、C-反应蛋白(CRP)等实验室检测指标的变化情况。结果: 总有效率观察组为94.0%, 对照组为76.0%, 2组比较, 差异有显著性意义( $P < 0.05$ )。2组治疗后ESR、CRP、RF较前下降( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ )。2组治疗后组间比较, 差异均有显著性意义( $P < 0.05$ )。2组不良反应发生率比较, 差异无显著性意义( $P > 0.05$ )。结论: 通络除痹汤联合西药治疗RA有效、安全, 值得临床推广应用。

**[关键词]** 类风湿关节炎(RA); 通络除痹汤; 中西医结合疗法

**[中图分类号]** R593.22 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2015)02-0097-02

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2015.02.047

类风湿关节炎(rheumatoid arthritis, RA)是一种病因不明的自身免疫性疾病, 主要表现为对称性、慢性、进行性关节滑膜的慢性炎症, 造成关节软骨、骨和关节囊破坏, 最终导致关节畸形和功能丧失。现代医学临床常用抗风湿药物治疗, 虽能够取得一定疗效, 但存在毒副作用大等问题<sup>[1]</sup>。笔者采用通络除痹汤联合西药治疗活动性RA患者, 取得了较好疗效, 现报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 纳入2011年6月—2013年6月本院治疗的RA患者100例, 男34例, 女66例; 年龄22~78岁, 平均49岁; 病程1~30年。按随机化原则分为2组各50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** 诊断符合美国风湿病学会1987年修订的RA诊断标准<sup>[2]</sup>。参考文献[3]制定排除标准: 排除使用免疫抑制剂相关禁忌证者; 排除疾病晚期关节畸形严重、残疾或丧失劳动力者; 排除对本药过敏者; 排除合并有高血压、糖尿病、心血管、肝肾功能损害及胃肠道、造血系统等严重原发或继发疾病者。

## 2 治疗方法

在治疗4~6周内均同时使用非甾体类消炎镇痛药, 或必要时服用小剂量激素, 并辅以补充叶酸、补钙、保护胃肠道等对症治疗。

**2.1 对照组** 给予甲氨蝶呤7.5~12.5 mg, 每周1次, 顿

服; 来氟米特片20 mg, 每天1次, 口服。

**2.2 观察组** 在对照组基础上加服通络除痹汤治疗。处方: 防风、秦艽、徐长卿、羌活、独活、当归、元胡、川牛膝各15 g, 伸筋草、透骨草各20 g, 桑枝25 g, 川芎、地龙各12 g, 白芍10 g。根据患者症状进行加减, 血虚者加熟地黄10 g; 气虚者加党参10 g; 上肢关节疼痛明显者加姜黄12 g、桑枝10 g; 下肢关节疼痛者加牛膝10 g; 全身关节均疼痛者加虎杖12 g。每1剂, 水煎, 早晚分2次服。

2组均连续治疗3月后。

## 3 观察指标与统计学方法

**3.1 观察指标** 监测血沉(ESR)、类风湿因子(RF)、C-反应蛋白(CRP)等相关炎性指标。

**3.2 统计学方法** 采用SPSS13.0统计软件包进行统计分析, 计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示, 采用 $t$ 检验; 计数资料采用 $\chi^2$ 检验。

## 4 疗效标准与治疗结果

**4.1 疗效标准** 参照1985年、1987年全国中西医结合风湿类疾病学术会议讨论2次修订的疗效标准<sup>[4]</sup>。显效: 主要症状、体征的整体改善率51%~75%, 理论指标明显的改善。有效: 主要症状、体征整体的改善率30%~50%, 理化指标有改善或无改善。无效: 主要症状、体征的整体改善 $< 30\%$ , 理化指标无改善。

**4.2 2组临床疗效比较** 见表1。总有效率观察组为94.0%, 对照组为76.0%, 2组比较, 差异有显著性意义( $P < 0.05$ )。

**[收稿日期]** 2014-10-15

**[作者简介]** 杜转敏(1963-), 女, 副主任医师, 研究方向: 风湿免疫科。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	50	21	26	3	94.0 <sup>②</sup>
对照组	50	17	21	12	76.0

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.3 2组治疗前后ESR、CRP、RF变化比较 见表2。2组治疗后ESR、CRP、RF较前下降( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ )。2组治疗后组间比较, 差异均有显著性意义( $P < 0.05$ )。

表2 2组治疗前后ESR、CRP、RF变化比较( $\bar{x} \pm s$ )

项目	组别	n	治疗前	治疗后
ESR(mm/h)	观察组	50	78.36 ± 31.41	31.82 ± 19.67 <sup>②③</sup>
	对照组	50	76.63 ± 30.54	40.35 ± 22.51 <sup>①</sup>
CRP(mg/L)	观察组	50	40.35 ± 23.62	18.42 ± 10.38 <sup>①③</sup>
	对照组	50	38.59 ± 21.43	23.34 ± 12.41 <sup>①</sup>
RF(u/mL)	观察组	50	78.34 ± 39.23	34.83 ± 18.69 <sup>②③</sup>
	对照组	50	79.52 ± 43.55	43.26 ± 23.12 <sup>①</sup>

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$ , ② $P < 0.01$ ; 与对照组治疗后比较, ③ $P < 0.05$

4.4 不良反应 观察组不良反应5例, 其中3例为胃、肠道不适症状(食欲减退、恶心、腹泻), 1例为肝酶异常, 1例为白细胞减少。对照组不良反应7例, 其中4例为恶心、腹胀、腹泻, 1例为肝酶异常, 2例为白细胞减少。以上12例中有10例在继续研究过程中缓解, 1例肝酶升高达正常值的2倍, 同时给予保肝药治疗后, 恢复正常。1例白细胞减少的病例在减少药物剂量后, 恢复正常。2组不良反应发生率比较, 差异无显著性意义( $P > 0.05$ )。

## 5 讨论

RA为自身免疫性病变, 病情进展较快, 治疗不及时, 患者可在1~2年内出现关节功能不可逆性损害<sup>④</sup>。现今多主张RA确诊后早期即采用不同的DMARDs药物联合治疗, 甲氨蝶呤联合来氟米特片是目前临床最常用的方案之一, 甲氨蝶呤可竞争性抑制二氢叶酸还原酶, 阻止二氢叶酸还原为活泼的四氢叶酸, 发挥抑制细胞免疫和体液免疫的作用, 早期应用甲氨蝶呤能控制RA病程进展, 改善骨侵蚀, 使关节功能得到一定的恢复<sup>⑤</sup>。不良反应有恶心、呕吐、黏膜炎、腹泻、皮疹、脱发、肝酶升高、骨髓抑制、药物性间质性肺炎。来氟米特片是一种新型的免疫调节剂, 属异恶唑类衍生化合物, 临床实践证明其主要疗效包括: 能有效减轻患者的症状和体征, 延缓关节骨质破坏和改善躯体活动功能<sup>⑥</sup>。不良反应有恶心、腹泻、消化不良、口腔溃疡、脱发、头晕、头痛、血压升高、感染、白细胞、血小板减少、肝酶升高、间质性肺炎等。甲氨蝶呤有与来氟米特相似机制的免疫抑制作用, 同时可通过减少前列腺素等炎性介质的合成, 降低中性粒细胞趋化性发挥抗炎作用, 能减轻和预防关节破坏, 保留关节的完整性和功能, 二者联合在

机制上有协同作用, 同时不良反应略高于单独用药。

中医学认为RA属于顽痹范畴, 患者气血亏虚、阴阳失调, 寒湿邪气入侵机体, 进而引起机体关节发生疼痛、肿胀、变形等临床症状。中医药治疗RA具有独特的优势, 既有抗炎、镇痛作用, 又具备免疫调节效应, 多层次、多环节的效应是西药所不具备的。目前中医药治疗主要采用祛风除湿、益气养血等药物治疗以取散湿止痛、消肿祛寒等功效。本研究中所用方即根据中医治疗RA原则研制而成, 通络除痹汤中防风、秦艽、徐长卿、羌活、独活健脾燥湿; 伸筋草、透骨草、地龙祛风散寒, 除湿消肿; 川芎、当归、元胡活血行气止痛<sup>⑦</sup>; 白芍中含有白芍总苷, 临床研究表明, 白芍总苷可通过对白三烯B<sub>4</sub>、前列腺素E<sub>2</sub>和一氧化氮的抑制而发挥抗炎作用<sup>⑧</sup>, 在治疗RA中具有安全性高、疗效可靠的优点。本研究结果显示, 观察组疗效优于对照组( $P < 0.05$ ); 2组治疗后均能降低ESR、RF、CRP水平, 观察组优于对照组( $P < 0.05$ ), 通络除痹汤联合西药治疗RA有效、安全, 值得临床推广应用。

## [参考文献]

- [1] 蔡辉, 姚茹冰, 郭郡浩. 新编风湿病学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2007: 265.
- [2] Arnett PC, Erdworthys, Block DA, et al. The 1987 revised ARA criteria for rheumatoid arthritis[J]. Arthritis Rheum, 1987(30): 17.
- [3] 汪东涛, 沈鹰. 中药熏蒸治疗类风湿性关节炎临床观察[J]. 中国中医急诊, 2009, 18(1): 38.
- [4] 戚艳, 杨锐. 温中医外治法配合药物治疗急性类风湿性关节炎[J]. 中国针灸, 2009, 25(11): 40-41.
- [5] 李晓强, 辛宁, 孙海庆. 中西医结合治疗类风湿性关节炎临床研究[J]. 中国实用医药, 2010, 5(4): 177-178.
- [6] 林子朔, 郑良成, 戴益琛, 等. 祖师麻宁联合西药治疗类风湿性关节炎的临床观察[J]. 海南医学, 2008, 19(5): 26.
- [7] Sharp JT, Strand V, Leung H, et al. Treatment with leflunomide slows radiographic progression of rheumatoid arthritis: results from thress randomized controlled trials of leflunomide in patients with active rheumatoid arthritis leflunomide Rheumatoid Arthritis Investigators Group[J]. Arthritis Rheum, 2000, 43(3): 495-505.
- [8] 蒙坚. 活血通络治疗风湿关节炎40例疗效观察[J]. 山西中医, 2008, 24(24): 16.
- [9] 周强, 栗占国. 白芍总苷的药理作用及其在自身免疫性疾病中的应用[J]. 中国新药与临床杂志, 2003, 22(9): 526.

(责任编辑: 骆欢欢, 李海霞)