

中西医结合治疗类风湿性关节炎疗效观察

杨旭昌 刘 涛

云南省腾冲市人民医院 679100

〔摘 要〕目的 观察并探讨中西医结合治疗类风湿性关节炎的临床疗效。方法 随机选取本院收治的 48 例类风湿性关节炎患者,按数字法分为对照组 24 例与实验组 24 例,对照组实施西医治疗,实验组实施中西医结合治疗,比较两组患者的临床疗效以及治疗前后各项实验指标的变化情况。结果 对照组治疗总有效率是 70.83%,远低于实验组的 91.67%;治疗后,实验组各项实验指标下降幅度明显比对照组大 ($P<0.05$)。结论 对类风湿性关节炎患者实施中西医结合治疗,临床疗效理想,建议推广。

〔关键词〕类风湿性关节炎;中西医结合治疗;临床疗效

〔中图分类号〕R593.22 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2019) 08-016-02

类风湿性关节炎是一种慢性的系统性疾病,任何年龄段都有可能发生此病,其中,发生在 40 至 60 岁间的人数最多,患此病者有时会伴随关节外器官受累或血清类风湿因子阳性,还有可能出现疲乏感、体重减轻等症状^[1]。临床上,针对此病的治疗有中医和西医,本文就是为了探究中西医结合治疗类风湿性关节炎的临床疗效,结果如下。

1 资料与方法

1.1 基本资料

挑选我院 2018 年 1 月至 2019 年 3 月间收治的 48 例类风湿性关节炎患者作为实验对象,将其分为对照组和实验组,两组均为 24 例。实验组男 11 例,女 13 例;年龄为 26 至 67 岁,平均 (44.78 ± 10.12) 岁。对照组男 10 例,女 14 例;年龄为 27 至 68 岁,平均 (44.86 ± 10.15) 岁。两组的基本资料相比,无差异 ($P>0.05$)。

1.2 方法

对照组实施常规的西医治疗:对患者实施甲氨蝶呤 15mg,采取口服方式,每周一次;同时,对患者实施塞来昔布 0.2g,采取口服方式,每天两次。

实验组实施中西医结合治疗,即在对照组基础上实施中药乌头汤加减治疗:基本方剂由鸡血藤 50g、蜂蜜 60g、制草乌 10g、炙甘草 15g、白芍 30g、制川乌 10g、麻黄 10g 和黄芪 30g 组成;若患者上肢疼痛,则添加桑枝;若患者阳气偏虚,

则添加党参和鹿角片;若患者阴血不足,则添加熟地、生地和当归;若患者肿胀,则添加大腹皮和茯苓;若患者出汗多、心率快,需去掉麻黄;先花两小时煎好草乌,再将其他的药一起煎,沸腾后,再煎半小时,把蜂蜜加入 300ml 的药剂中,每天一剂,每剂分成两次服用。

两组的治疗时间都是两个月。

1.3 观察指标

观察两组患者的临床疗效:(1)治愈:关节肿胀等临床症状以及晨僵、活动不利等体征均完全消失;(2)显效:关节肿胀等临床症状以及晨僵、活动不利等体征均明显改善;(3)有效:关节肿胀等临床症状以及晨僵、活动不利等体征均有所改善;(4)无效:关节肿胀等临床症状以及晨僵、活动不利等体征均没有变化^[2]。

对比治疗前后两组患者各项实验指标的变化情况,实验指标包括:C-反应蛋白、红细胞沉降率、类风湿因子。

1.4 统计学指标

用 SPSS.19 分析实验数据,用 $(\bar{x} \pm s)$ 与 (%) 表示计量与计数资料,组间比较由 t 与 χ^2 检验。 $P<0.05$,有意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效的对比

对照组的临床治疗总有效率是 70.83%,远低于实验组的 91.67% ($P<0.05$)。详见表 1。

表 1: 对比两组患者的临床疗效 [n(%)]

组别	例数	无效	有效	显效	治愈	总有效率
实验组	24	2 (8.33)	4 (16.67)	4 (16.67)	14 (58.33)	22 (91.67)
对照组	24	7 (29.17)	3 (12.50)	4 (16.67)	10 (41.67)	17 (70.83)
χ^2 值						4.4188
P 值						0.0445

2.2 对比治疗前后两组患者各项实验指标的变化情况

表 2: 对比治疗前后两组患者各项实验指标的变化情况 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	C-反应蛋白 (mg/L)		红细胞沉降率 (mm/h)		类风湿因子 (U/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组	24	25.62 $\pm$ 6.98	10.11 $\pm$ 3.13	52.24 $\pm$ 10.76	17.12 $\pm$ 5.03	255.57 $\pm$ 78.86	149.64 $\pm$ 48.34
对照组	24	25.58 $\pm$ 6.99	13.16 $\pm$ 3.25	51.17 $\pm$ 10.83	24.48 $\pm$ 6.89	255.32 $\pm$ 78.97	189.96 $\pm$ 59.95

两组患者治疗前的各项实验指标相比,无差异 ($P>0.05$);

与治疗前相比,治疗后两组患者的各项实验指标均显著下降,

(下转第 18 页)

表 1: 各组患者 PT、APTT、TT 指标对比

组别	例数	PT > 18s	APTT > 60s	TT > 15s
休克组	13	6 (46.15)	9 (69.23)	10 (76.92)
非休克组	27	8 (29.63)	14 (51.85)	15 (55.56)
χ^2		5.798	6.322	10.201
p		0.016	0.012	0.001
酸中毒组	18	12 (66.67)	15 (83.33)	13 (72.22)
非酸中毒组	23	10 (43.48)	15 (65.22)	11 (47.83)
χ^2		10.868	8.582	12.396
P		0.000	0.003	0.000
低温组	20	15 (75.00)	15 (75.00)	17 (85.00)
非低温组	29	14 (48.28)	15 (51.72)	18 (62.07)
χ^2		15.097	11.673	13.509
p		0.000	0.000	0.000

表 2: 创伤性凝血病的发病相关因素分析

因素	β	OR	95% 可信区间	p
休克	12.241	6.457	1.457 ~ 4.234	0.008
酸中毒	2.632	9.856	2.235 ~ 4.358	0.005
低温	1.475	8.234	1.264 ~ 3.224	0.013

中至少一处可危及生命^[4]。严重创伤是现代社会威胁生命健康的主要因素之一，创后出血难以控制则是导致死亡的首要原因，多发伤患者凝血功能易出现障碍，导致多发伤并发创伤性凝血病。

创伤性凝血病是指在严重创伤或大型手术打击作用下，机体在创伤早期出现凝血功能障碍为临床表现的病症，有多种发病机制^[5]。其发病机制主要有因出血、全身炎症反应诱发血管内皮形成损伤，消耗大量的血小板与凝血因子，低温、酸中毒等抑制凝血因子的活性最终导致凝血机制异常，引发创伤性凝血病，多发伤的患者最易发作凝血病，主要是由于多发伤患者一般出血量较大，无法控制，导致血小板和凝血因子大量消耗，严重影响患者的凝血功能。

有报道称创伤性凝血病患者在创伤早期则存在自身内源凝血功能紊乱，有一半以上的患者在入院时已经存在创伤性凝血病，相比凝血功能正常的患者，患创伤性凝血病患者的死亡率会明显增加。多发伤患者难以控制大量失血，也是严重影响凝血功能的重要原因之一，救治关键在于尽快处理原发损伤，避免继续失血，控制患者出血量。多发伤患者到达

医院时多数处于病理生理功能紊乱的状态，主要有休克、酸中毒、低温等表现。休克容易导致组织低灌注，是创伤性凝血病的主要发病机制之一，在患者休克过程中，活化蛋白 c 会增加血栓调节素的活性，抗凝性加重，导致纤溶亢进。同时，休克能导致患者代谢性酸中毒，从而抑制凝血因子的活性，干扰凝血酶的功能，而低温则会导致凝血因子的活性下降，随着低温时间的延长，患者多器官功能障碍综合征的发生几率越高。

本研究通过对比休克组与非休克组、酸中毒组与非酸中毒组、低温组与非低温组的凝血指标异常率，结果显示，休克组患者发生 PT、APTT、TT 指标异常的概率显著高于非休克组患者 ($p < 0.05$)，酸中毒组患者发生 PT、APTT、TT 指标异常的概率显著高于非酸中毒组 ($p < 0.05$)，低温组患者发生 PT、APTT、TT 指标异常的概率显著高于非低温组，($p < 0.05$)。此外，通过创伤性凝血病的发病相关因素分析得出休克、酸中毒、低温是导致创伤性凝血病的危险因素。证实了低温、酸中毒与休克可增加多发伤患者并发创伤性凝血病风险性。徐杰的报道中^[5]提出了急诊多发伤患者容易出现创伤性凝血病，低温，酸中毒以及休克是引发患者发生创伤性凝血病的危险因素，与本研究一致。

综上，急诊车祸多发伤容易并发创伤性凝血病，创伤性凝血病与全身损伤严重程度、体温低、酸中毒、休克有关，创伤性凝血病明显增加多发伤患者死亡率。及时采取救治措施，延缓创伤性凝血病病程，能有效提高抢救成功率。

【参考文献】

- [1] 宋秀梅, 刘志成. 急诊多发伤患者的急诊护理措施体会 [J]. 现代医药卫生, 2017(B12):84-85.
- [2] 王建柏, 高劲谋, 胡平, 等. 严重肝脏损伤并发凝血病 32 例救治分析 [J]. 创伤外科杂志, 2017, 19(12):897-899.
- [3] 张红, 谢跃文, 夏洁, 等. 多发伤并发创伤性凝血病等比例成分输血治疗效果研究 [J]. 中国妇幼保健研究, 2017, 28(S1):101.
- [4] 梅程清, 叶正龙, 邹晖, 等. 多发伤患者创伤性凝血病影响因素分析 [J]. 中国医刊, 2017(12):85-88.
- [5] 徐杰. 多发伤患者发生创伤性凝血病的危险因素及预后分析 [J]. 中国基层医药, 2018, 25(9):1188-1192.

(上接第 16 页)

且实验组的下降幅度明显要比对照组的大 ($P < 0.05$)。详见表 2。

3 结论

目前，引发类风湿性关节炎的发病因素与性激素、感染以及遗传等有关。实际临床中，此病有引发心包炎、干燥综合征、贫血和坏死性脉管炎等并发症的可能，若没及时治疗，不仅会影响患者的呼吸、心脏等系统，还会影响患者的运动系统，给患者的工作和生活带来困扰^[3]。有研究显示，一般用抗风湿药、抗炎药和激素等西药来治疗类风湿性关节炎，尽管此法能一定程度改善疼痛、缓解炎症，但难以治愈疾病。杨欣悦^[4]的研究结果和本文一致，她研究了中西医结合治疗类风湿性关节炎的疗效及 CRP、RF 的影响，结果发现，观察组有效率 89.47%，明显高于对照组 68.42% ($P < 0.05$)；治疗后，观察组 CRP、RF 较对照组显著降低 ($P < 0.05$)。而本次实验表明：对照组的总有效率是 70.83%，远低于实验组的 91.67% ($P < 0.05$)。两组患者治疗前的各项实验指标相比，

无差异 ($P > 0.05$)；与治疗前相比，治疗后两组患者的各项实验指标均显著下降，且实验组的下降幅度明显要比对照组的大 ($P < 0.05$)。

综上所述，和实施常规的西药治疗相比，对类风湿性关节炎患者实施中西医结合治疗，临床疗效更理想，建议推广。

【参考文献】

- [1] 刘欢. 中西医结合治疗在类风湿性关节炎患者中的疗效及对症状体征的影响观察 [J]. 世界中西医结合杂志, 2018, 13(02):262-265.
- [2] 张懿. 手腕部磁共振成像对中西医结合治疗类风湿性关节炎的疗效分析 [J]. 中国医疗器械信息, 2019, 25(03):55-56.
- [3] 宋志勇. 中西医结合治疗类风湿性关节炎继发骨质疏松的临床疗效 [J]. 深圳中西医结合杂志, 2018, 28(20):34-35.
- [4] 杨欣悦. 中西医结合治疗类风湿性关节炎的疗效及 CRP、RF 的影响研究 [J]. 云南中医中药杂志, 2017, 38(02):24-25.