

〔文章编号〕 1007-0893(2022)14-0089-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.14.027

雷公藤多苷联合艾拉莫德治疗类风湿关节炎的临床效果

刘志超 龙圣海 邹 琴 廖湘平

(郴州市第一人民医院, 湖南 郴州 423000)

〔摘要〕 目的: 探析雷公藤多苷联合艾拉莫德治疗类风湿关节炎的临床效果。方法: 择取郴州市第一人民医院 2020 年 1 月至 2022 年 1 月期间收治的 54 例类风湿关节炎患者, 采用随机抽样分组法将其分对照组与观察组, 各 27 例。对照组患者给予艾拉莫德单一药物治疗, 观察组患者给予雷公藤多苷联合艾拉莫德方案治疗。比较两组患者的治疗效果。结果: 观察组患者治疗后的 28 处关节疾病活动度评估表 (DAS28) 评分、晨僵时间、类风湿因子均优于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者治疗后的 C 反应蛋白、白细胞介素-1、肿瘤坏死因子均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组患者治疗总有效率为 96.30%, 高于对照组的 70.37%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。两组患者的不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 将雷公藤多苷联合艾拉莫德治疗类风湿关节炎患者, 可缩短患者晨僵时间, 降低类风湿因子水平, 减轻机体炎症状况, 提高治疗效果, 无明显增加不良反应。

〔关键词〕 类风湿关节炎; 雷公藤多苷; 艾拉莫德

〔中图分类号〕 R 593.22 〔文献标识码〕 B

类风湿关节炎是指以侵蚀性关节炎为主要症状的自身免疫病, 病因主要与自身免疫、感染、吸烟、遗传等因素有关^[1-2]。患者患病后一般表现为低热、长时间晨僵、肿胀、疼痛等症状, 如未进行控制治疗, 可出现感染、血管炎、肺间质纤维化等并发症, 严重者失去生命^[3-5]。对于此疾病的治疗以药物治疗较为常用, 不同药物可因患者个体因素和药物成分影响而出现不同的治疗效果^[6]。本研究通过选取郴州市第一人民医院 2020 年 1 月至 2022 年 1 月期间收治的类风湿关节炎患者 54 例, 分析其运用雷公藤多苷联合艾拉莫德治疗的临床效果, 相关研究数据报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

择取郴州市第一人民医院 2020 年 1 月至 2022 年 1 月期间收治的 54 例类风湿关节炎患者, 采用随机抽样分组法将其分对照组与观察组, 各 27 例。对照组男性 11 例, 女性 16 例; 年龄 32~68 岁, 平均年龄 (50.14 ± 3.77) 岁; 体质量 48~80 kg, 平均体质量 (64.11 ± 3.86) kg; 病程 1~6 年, 平均病程 (3.56 ± 1.03) 年。观察组男性 12 例, 女性 15 例; 年龄 33~67 岁, 平均年龄 (49.95 ± 3.78) 岁; 体质量 49~79 kg, 平均体质量 (63.76 ± 3.91) kg; 病程 1~6 年, 平均病程 (3.49 ± 1.05) 年。两组患者一般资料

比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 病例选择

1.2.1 诊断标准 类风湿关节炎诊断标准: (1) 晨僵 1 h 及以上, 存在时间 6 周及以上; (2) ≥ 3 个的关节肿, 存在时间 6 周及以上; (3) 腕、掌指或近端指间关节肿, 存在时间 6 周及以上; (4) 对称性关节肿, 存在时间 6 周及以上; (5) 类风湿结节; (6) 类风湿因子阳性; (7) 手 X 线变化。上述情况出现 4 条及以上者即可确诊。

1.2.2 纳入标准 (1) 符合类风湿性关节炎诊断标准患者; (2) 年龄超过 18 岁患者; (3) 出现晨僵等疾病表现患者; (4) 对本研究知情同意; (5) 临床资料完整。

1.2.3 排除标准 (1) 存在脏腑功能损伤患者; (2) 患有梅毒、艾滋病等疾病患者; (3) 骨代谢异常患者; (4) 凝血功能缺陷患者; (5) 对本研究配合度较差患者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 给予艾拉莫德治疗, 口服艾拉莫德平 (海南先声药业有限公司, 国药准字 H20110084), 每次 25 mg, 每日 2 次, 治疗 3 个月。

1.3.2 观察组 在对照组的基础上给予雷公藤多苷治疗, 口服雷公藤多苷 (上海复旦复华药业有限公司, 国药准字 Z31020415), 每次 1 mg, 每日 3 次, 治疗 3 个月。

〔收稿日期〕 2022-05-23

〔作者简介〕 刘志超, 男, 主治医师, 主要从事风湿免疫疾病的临床与科研工作。

1.4 观察指标

(1) 28 处关节疾病活动度评估表 (disease activity score 28, DAS28) 是欧洲抗风湿病联盟制定的疾病活动评分法, 以此评估类风湿性关节炎病情, DAS28 评分 ≤ 2.6 定义为疾病缓解, DAS28 评分 > 2.6 且 ≤ 3.2 定义为轻度活动, DAS28 评分 > 3.2 且 ≤ 5.1 定义为中度活动, DAS28 评分 > 5.1 定义为高度活动。计算公式为 (压痛数 $\times 0.56 +$ 肿胀数 $\times 0.25 +$ 血细胞沉降率 ($\text{mm} \cdot \text{h}^{-1}$) $\times 0.7$) $\times 1.05 + 0.16$ 。(2) 类风湿因子检测方法如下: 告知患者检查前 1 d 的 20:00 之后停止进食进饮, 维持此情况于第 2 日清晨进行静脉血液采集, 样本量为 5 mL, 将其放入离心设备中, 做好配平工作, 以 $3000 \text{ r} \cdot \text{min}^{-1}$ 的速度离心 10 min, 离心后取上层清液待检, 以酶联免疫吸附法对其进行水平检测。(3) 炎症指标含量从 C 反应蛋白、白细胞介素-1、肿瘤坏死因子分析, 检测方法如下: 血样采集和处理方式同前项一致, 利用全自动生化分析仪, 以免疫比浊法检测第一项, 以酶联免疫吸附法检测后两项。(4) 治疗效果中效果显著: 在用药治疗后 DAS28 评分减少 30% 以上, 晨僵症状完全消失 (持续 > 1 个月), 且类风湿因子等水平恢复正常范围; 好转: 在用药治疗后 DAS28 评分减少 15% ~ 30%, 晨僵症状有所减轻, 且类风湿因子等水平有所恢复, 但高于正常范围; 无效: 在用药治疗后 DAS28 评分减少 15% 以下, 晨僵症状未见缓解, 且类风湿因子等水平未见变化。总有效率 = (显著 + 好转) / 总例数 $\times 100\%$ 。(5) 不良反应包括恶心、腹泻、皮疹、白细胞减少。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 21.0 软件进行数据处理, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用 t 检验, 计数资料用百分比表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后的 DAS28 评分、晨僵时间、类风湿因子比较

两组患者治疗前的 DAS28 评分、晨僵时间、类风湿因子比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 观察组患者治疗后的 DAS28 评分、晨僵时间、类风湿因子均优于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。

2.2 两组患者治疗前后的炎症指标比较

两组患者治疗前 C 反应蛋白、白细胞介素-1、肿瘤坏死因子比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 观察组患者治疗后的 C 反应蛋白、白细胞介素-1、肿瘤坏死因子均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 1 两组患者治疗前后的 DAS28 评分、晨僵时间、类风湿因子比较 ($n = 27, \bar{x} \pm s$)

组别	时间	DAS28 评分 / 分	晨僵时间 / min	类风湿因子 / IU $\cdot \text{mL}^{-1}$
对照组	治疗前	3.92 \pm 0.82	155.42 \pm 30.75	89.14 \pm 10.14
	治疗后	2.79 \pm 0.37	68.29 \pm 12.33	37.62 \pm 5.28
观察组	治疗前	3.97 \pm 0.88	155.48 \pm 30.79	88.21 \pm 10.06
	治疗后	2.06 \pm 0.26 ^a	41.07 \pm 10.52 ^a	30.25 \pm 4.23 ^a

注: DAS28 — 28 处关节疾病活动度评估表。与对照组治疗后比较, ^a $P < 0.05$ 。

表 2 两组患者治疗前后的炎症指标比较 ($n = 27, \bar{x} \pm s$)

组别	时间	C 反应蛋白 / $\text{mg} \cdot \text{L}^{-1}$	白细胞介素-1 / $\text{mmol} \cdot \text{L}^{-1}$	肿瘤坏死因子 / $\text{mmol} \cdot \text{L}^{-1}$
对照组	治疗前	15.23 \pm 1.50	56.29 \pm 12.08	35.55 \pm 6.13
	治疗后	2.01 \pm 0.71	46.15 \pm 9.67	30.07 \pm 5.11
观察组	治疗前	15.32 \pm 1.28	57.32 \pm 13.24	36.12 \pm 6.39
	治疗后	1.44 \pm 0.82 ^b	40.03 \pm 8.58 ^b	24.62 \pm 4.25 ^b

注: 与对照组治疗后比较, ^b $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者的治疗总有效率比较

观察组患者治疗总有效率为 96.30%, 高于对照组的 70.37%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组患者的治疗总有效率比较 ($n = 27, n(\%)$)

组别	显著	好转	无效	总有效
对照组	9(33.33)	10(37.04)	8(29.63)	19(70.37)
观察组	14(51.85)	12(44.45)	1(3.70)	26(96.30) ^c

注: 与对照组比较, ^c $P < 0.05$ 。

2.4 两组患者的不良反应发生率比较

两组患者的不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 见表 4。

表 4 两组患者的不良反应发生率比较 ($n = 27, n(\%)$)

组别	恶心	腹泻	皮疹	白细胞减少	总发生
对照组	1(3.70)	1(3.70)	1(3.70)	1(3.70)	4(14.80)
观察组	1(3.70)	1(3.70)	2(7.41)	2(7.41)	6(22.22)

3 讨论

类风湿性关节炎属于风湿免疫科诊治范畴, 具有患病率高、致残率高的特点, 多发生于 20 ~ 55 岁人群^[7]。典型症状有发热、疲劳无力、食欲减退、体质量减轻、关节僵硬、关节疼痛、关节畸形等, 降低患者生存质量^[8-9]。对于此疾病进行有效治疗, 可有效控制病情, 恢复患者正常生活和工作状态。艾拉莫德片是一种常用治疗药物, 具有抗炎、抗风湿的效果, 适用于活动性类风湿性关节炎的症状治疗^[10-11]。此药物的见效机制主要是通过抑制胶原性关节炎的足肿胀, 缓解患者骨和软骨组织的破坏情况, 同时还可抑制免疫球蛋白的生成^[12]。当此药物经口服进入机体后, 可有效抑制体外成纤维细胞释放前列腺素, 并减少足跖肿胀程度, 改善机体炎症反应; 能够

抑制免疫球蛋白和细胞因子生成,同时,还可调节机体促炎因子,激活破骨细胞,促进骨吸收,减少骨质流失的发生,从而促进病情恢复,缩短康复进程。部分患者用药后可出现恶心、头痛、白细胞减少、多汗、呕吐、嗜睡等用药副作用,引起患者不适感,降低治疗效果。雷公藤多苷片也是一种常用药物,属于中成药,具有除湿消肿、舒筋通络、祛风解毒的功效,适用于风湿热痹、毒邪阻滞所致的类风湿性关节炎、肾病综合征、白塞氏三联征、麻风反应、自身免疫性肝炎等疾病^[13]。此药物的见效机制主要是通过药物有效成分(雷公藤)进行作用,抑制细胞免疫和体液免疫,减少体内T淋巴细胞和相关细胞因子的释放,从而达到除湿消肿、舒筋通络的效果^[14-15]。当此药物经口服方式进入机体后,可有效减轻患者机体炎性反应,促进血液循环,改善组织肿胀,利于关节功能恢复,缩短康复时间。使用此药物治疗后,患者耐受性一般较好,少部分可出现口干、恶心、呕吐、腹泻等用药副作用。本研究将雷公藤多苷和艾拉莫德两种药物联合使用治疗,实现协同作用,从多角度调节患者脏腑代谢,改善免疫状况,降低机体炎症反应,减轻骨细胞的破坏,促进骨组织生长,恢复关节功能,缓解疾病症状,且在一定程度上不会增加用药副作用,治疗安全性较好,治疗价值较高。

表1数据显示,两组患者治疗后的DAS28评分、晨僵时间、类风湿因子均低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。说明运用雷公藤多苷加艾拉莫德方案治疗能够缩短晨僵时间,降低类风湿因子水平,利于患者病情恢复。表2数据显示,观察组患者治疗后的C反应蛋白、白细胞介素-1、肿瘤坏死因子均低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。说明运用雷公藤多苷加艾拉莫德方案治疗能够降低炎症指标含量,减轻机体炎症状况,缩短康复进程。表3数据显示,观察组患者治疗后的治疗效果为96.30%,高于对照组的70.37%,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。说明运用雷公藤多苷加艾拉莫德方案治疗能够减轻疾病症状,增强治疗效果,促进患者恢复健康状况。表4数据显示,观察组患者不良反应发生率为22.22%,与对照组的14.80%比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。说明雷公藤多苷联合艾拉莫德是一种效果较好的治疗方式,可稳定患者病情状况,且在一定程度上不会增加用药副作用,患者接受程度较高。

综上所述,将雷公藤多苷联合艾拉莫德治疗类风湿关节炎患者,可缩短患者晨僵时间,降低类风湿因子水平,

减轻机体炎症状况,提高治疗效果,无明显增加不良反应。

〔参考文献〕

- (1) 金剑. 雷公藤多苷联合艾拉莫德治疗类风湿性关节炎的临床效果观察(J). 中国现代药物应用, 2022, 16(6): 165-167.
- (2) 田继男. 阿达木单抗与雷公藤多苷对甲氨蝶呤治疗反应不佳活动性类风湿关节炎患者的临床疗效与安全性(J). 中国药物经济学, 2022, 17(3): 45-47, 54.
- (3) 于晶晶, 马瑞瑞, 吴天进, 等. 艾拉莫德联合甲氨蝶呤和羟氯喹对女性类风湿关节炎患者骨密度影响的临床研究(J). 浙江医学, 2022, 44(5): 497-501.
- (4) 张娜, 唐华燕. 生地苦参汤联合艾拉莫德对类风湿性关节炎患者血清抗CCP抗体及炎症因子的影响(J). 陕西中医, 2022, 43(3): 318-320, 341.
- (5) 李云, 高文昌. 雷公藤多苷联合氨甲蝶呤对类风湿性关节炎患者的临床观察(J). 中国医药指南, 2022, 20(6): 61-64, 68.
- (6) 戴仪, 邓硕, 邹三保, 等. 甲氨蝶呤联合艾拉莫德治疗类风湿性关节炎的疗效观察(J). 现代实用医学, 2022, 34(1): 114-116.
- (7) 孙佩翠, 李瑞丽. 艾拉莫德联合甲氨蝶呤治疗类风湿性关节炎的临床疗效及对患者骨代谢的影响(J). 临床医学工程, 2022, 29(1): 41-42.
- (8) 尹聪, 程静, 李娟. 雷公藤多苷联合来氟米特治疗类风湿关节炎的系统评价(J). 世界中医药, 2022, 17(3): 369-378.
- (9) 吴影懿, 费晶, 宋冬明, 等. 艾拉莫德片联合雷公藤多苷片在非绝经期类风湿关节炎女性患者中的安全性和有效性(J). 实用临床医药杂志, 2021, 25(20): 115-118.
- (10) 夏楠楠, 陈忠锋, 张伟峰. 艾拉莫德与雷公藤多苷片治疗类风湿性关节炎的效果观察(J). 实用中西医结合临床, 2020, 20(11): 76-77.
- (11) 栗洪波, 聂大庆, 刘娣. 比较雷公藤和艾拉莫德治疗活动性类风湿性关节炎的临床研究(J). 中国社区医师, 2020, 36(18): 13-14, 16.
- (12) 吴佳, 梁翼, 李敏, 等. 艾拉莫德联合甲氨蝶呤、雷公藤多苷对类风湿关节炎关节软骨细胞损伤的修复作用及安全性分析(J). 安徽医药, 2022, 26(1): 183-187.
- (13) 王泽凤, 霍光强, 王一丹, 等. 雷公藤多苷联合来氟米特治疗类风湿性关节炎疗效观察(J). 实用中医药杂志, 2021, 37(1): 53-54.
- (14) 陆婷, 饶艳婷, 张瑾, 等. 雷公藤多苷片治疗类风湿性关节炎的疗效及作用机制(J). 中药材, 2021, 44(9): 2214-2218.
- (15) 沈萍, 何龙, 丁建革, 等. 雷公藤多苷片联合氨甲蝶呤治疗类风湿关节炎合并骨质疏松患者的效果(J). 中国民康医学, 2021, 33(10): 88-90.