

# 环磷酰胺联合泼尼松治疗风湿免疫系统疾病的临床疗效观察

王小芳 王芳芳

西安市阎良区西安 630 医院风湿科 陕西西安 710089

**〔摘要〕**目的 分析对风湿免疫系统疾病患者采用环磷酰胺与泼尼松联合用药方案治疗的临床效果。方法 选择我院 2015 年 1 月至 2018 年 6 月收治风湿免疫系统疾病患者计 116 例，随机分为行泼尼松单药治疗对照组 (n=58) 与并行环磷酰胺治疗实验组 (n=58)，对比临床疗效。结果 实验组治疗总有效率明显高于对照组， $P<0.05$ ，疼痛指数、肿胀指数以及类风湿因子水平低于对照组， $P<0.05$ ，不良反应对比， $P>0.05$ 。结论 采用环磷酰胺与泼尼松联合用药方案治疗风湿免疫系统疾病患者临床疗效理想，可缓解患者关节疼痛及肿胀问题，有助于减少其类风湿因子水平，且用药安全可靠，值得在临床中推广应用。

**〔关键词〕**环磷酰胺；泼尼松；风湿免疫系统疾病

**〔中图分类号〕**R593.2 **〔文献标识码〕**A **〔文章编号〕**2095-7165 (2019) 01-072-02

风湿免疫系统疾病属于临床常见的慢性疾病，病程长，且容易致残，对患者生活有严重不良影响，但其发病机制当前仍然未完全明确，故在临床治疗上多采用探索或对症治疗。泼尼松作为临床常用糖皮质激素，在对风湿免疫系统疾病的治疗上，可较好的控制患者症状，但在长时间服用的情况下，很容易出现不良反应，故需要逐渐减量，但就其总体治疗效果来看，效果仍然不佳<sup>[1]</sup>。研究表明环磷酰胺冲击治疗风湿免疫疾病的临床疗效理想，为探究更为有效的风湿免疫系统疾病治疗方案，本次研究以我院收治患者为研究对象，分析了环磷酰胺与泼尼松联合用药的临床效果，现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

选择我院 2015 年 1 月至 2018 年 6 月收治风湿免疫系统疾病患者计 116 例，随机分为对照组 (n=58) 与实验组 (n=58)。对照组中男 30 例，女 28 例，年龄均数 (53.7±5.1) 岁，病程均数 (5.6±4.3) 年，体重指数均数 (23.8±3.1) kg/m<sup>2</sup>，实验组中男 31 例，女 27 例，年龄均数 (53.8±5.0) 岁，病程均数 (5.7±4.6) 年，体重指数均数 (23.6±3.4) kg/m<sup>2</sup>，两组患者基础资料对比， $P>0.05$ ，可比。且本次研究已经过本院伦理委员会批准。

### 1.2 纳入排除标准

纳入标准：纳入患者知情同意并已经签订同意书，经临床检验确诊为风湿免疫系统疾病，年龄在 20-80 岁区间，类风湿因子检验结果为阳性，乳胶法滴度在 1:160 及其之上。排除标准：排除特殊生理时期女性，风湿性关节炎晚期已经造成肢体功能障碍或原发性肢体功能障碍患者，认知功能异常或合并其他重大脏器疾病患者，环磷酰胺或泼尼松用药禁忌症或近期有使用相关药物治疗患者。

### 1.3 方法

对照组使用泼尼松 (广东台城制药股份有限公司，国药准字 H44021115，5mg) 单药治疗，给药方式为口服，每日一次，首次剂量根据患者体重指数控制在 2mg/kg，待到患者血小板达到正常水平后，逐渐减少剂量 (每个 1-2d 减少 5mg)，用药 4 周后即可停药。实验组在使用泼尼松的基础上，配合使用环磷酰胺 (Orion Corporation, X20010430, 200mg/支)，给药方式为静脉滴注，将 600mg 环磷酰胺配比 200ml 氯化钠

注射液充分混合后滴注，每两周 1 次，4 周后停止用药。

### 1.4 观察指标

(1) 临床疗效，分显效、有效与无效，其中症状完全消失判定为显效，主要症状消失判定为有效，改善不明显或症状更严重判定为无效。(2) 关节疼痛指数、关节肿胀指数以及类风湿因子 (RF)，其中疼痛与肿胀指数分为 0-3 四个级别，指数越高代表疼痛或肿胀越严重<sup>[2]</sup>。(3) 不良反应，常见包括骨髓抑制，胃肠道反应以及神经毒性等。

### 1.5 统计学方法

所有数据资料均在 Excel 预处理的基础上，采用 SPSS21.0 软件包进行处理分析，设定为  $P<0.05$ ，差异具备统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 临床疗效

实验组治疗总有效率及显效率均明显高于对照组， $P<0.05$ ，详见表 1。

表 1: 两组患者临床疗效组间对比表 (n, %)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	58	30 (51.72)	18 (31.03)	10 (17.24)	48(82.76)
实验组	58	42 (72.41)	13 (22.41)	3 (5.17)	55(94.83)
$\chi^2$		9.091	1.897	7.321	7.321
P 值		0.003	0.168	0.007	0.007

### 2.2 疼痛、肿胀指数与类风湿因子

治疗后实验组疼痛指数、肿胀指数以及类风湿因子水平低于对照组， $P<0.05$ ，详见表 2。

表 2: 两组患者疼痛、肿胀指数与类风湿因子组间对比表 ( $\bar{x}\pm s$ , 分, IU/mL)

组别	例数	疼痛指数	肿胀指数	类风湿因子
对照组	58	1.65±0.47	1.69±0.44	59.81±11.54
实验组	58	0.73±0.19	0.65±0.18	50.23±12.74
T		13.8209	16.6607	4.2444
P 值		0.0000	0.0000	0.0000

### 2.3 不良反应情况

实验组不良反应包括骨髓抑制 1 例，胃肠道反应 1 例，神经毒性 2 例，发生率为 6.90% (4/58)，对照组不良反应包括骨髓抑制 2 例，胃肠道反应 2 例，神经毒性 1 例，发生率

为 8.62% (5/58), 组间对比无显著差异,  $P>0.05$ , 不具备统计学意义 ( $\chi^2=0.207$ ,  $P=0.649$ )。

### 3 讨论

从现代医学角度看, 在风湿免疫系统疾病进展的过程中, 常并发免疫紊乱或炎症反应, 故在临床治疗上, 需要从抗炎、止痛以及消肿等方面开展资料工作。而糖皮质激素属于控制类药物, 在用于风湿免疫系统疾病治疗上, 可减少患者骨骼的损伤, 长期用药将出现严重的不良反应, 患者耐受性往往不佳, 将会严重影响患者的生活质量, 故在临床用药上, 需要充分协调好用量以及患者病情之间的关系, 尽可能减少用药不良反应, 增强患者的耐受性, 保障用药安全。而在使用环磷酰胺的情况下, 其在机体作用后虽然抗肿瘤的效果难以得到发挥, 但其可在一定程度上抑制细胞的生长, 可明显缓解患者的临床症状, 另外也可通过与糖皮质激素的协调, 减少激素用量, 有助于减少对患者的损伤<sup>[3]</sup>。而在对风湿免疫系统疾病的疗效评价上, 虽然其发病机制仍然未完全明晰, 但有研究指出 HPA 轴可能部分参与颞叶中部以及海马区的病理改变, 而该类改变可引发风湿免疫系统疾病, 故可将类风湿因子纳入疗效评价中, 而环磷酰胺含有氮芥、磷酸氨基, 可充分发挥烷化作用,

使 DNA 损伤, 可有效降低类风湿因子水平<sup>[4]</sup>。本次研究中, 实验组治疗总有效率明显高于对照组,  $P<0.05$ , 代表联合用药疗效理想, 疼痛指数、肿胀指数以及类风湿因子水平低于对照组,  $P<0.05$ , 代表该用药方案可缓解患者疼痛、肿胀问题, 有助于降低其 RF 水平, 不良反应对比,  $P>0.05$ , 代表联合用药不会造成不良反应的增加, 用药安全可靠。综上所述, 采用环磷酰胺与泼尼松联合用药方案治疗风湿免疫系统疾病效果理想, 有效提高临床疗效, 且用药方案安全可靠, 值得推广。

#### [参考文献]

- [1] 王利. 环磷酰胺冲击治疗风湿免疫疾病的疗效探讨 [J]. 中国实用医药, 2016, 11(28):27-28.
- [2] 杨瑞裕, 任建民, 杨承博, 等. 环磷酰胺冲击治疗风湿免疫疾病的疗效分析 [J]. 转化医学电子杂志, 2015, 2(9):117-118.
- [3] 向守宝, 鲁巧云, 张彩云. 环磷酰胺联合泼尼松在系统性红斑狼疮治疗中的疗效及安全性分析 [J]. 标记免疫分析与临床, 2016, 23(4):400-402.
- [4] 姜帆, 周泓屹, 吴广明. 环磷酰胺联合泼尼松治疗老年性 SLE 对患者血清各指标影响及其疗效观察 [J]. 标记免疫分析与临床, 2016, 23(2):132-134.

(上接第 70 页)

率明显降低; 第二, 标本兼治。按照临床效果分析发现,  $\beta$  受体阻滞剂具有标本兼治的效果, 其是  $\beta$  受体阻滞剂在临床上的典型特点。针对伴随心力衰竭或其他心律失常者, 出现心脏猝死的几率高于健康人群<sup>[3-4]</sup>。实验研究显示:  $\beta$  受体阻滞剂可使患者的病情显著改善, 使心力衰竭恶化明显降低, 使其住院时间明显缩短, 减少其他风险的出现。和常规药物相比, 其可使患者的心功能显著改善, 延缓病情发展, 使患者的生活质量显著提高; 第三, 特殊性。被  $\beta$  受体阻滞剂在临床上应用, 在对过度交感神经特殊性方面具有抑制作用。其还可人体内环境显著改善, 对过度兴奋有拮抗作用使内环境比较稳定。因此,  $\beta$  受体阻滞剂在临床上的应用, 可将自身优势充分发挥出来, 安全性较好, 达到标本同治的目的, 促使患者的临床效果进一步提高<sup>[5]</sup>。本研究结果显示: 观察组治疗总有效率 95.12%, 高于对照组的 75.61%; 观察组患者在室性心律失常发作次数、QRS 波时限、PR 间期以及 QTc 方

面明显优于对照组, 与相关研究结果一致。

总而言之, 心律失常采用  $\beta$  受体阻滞剂治疗, 可改善其临床症状, 提高患者的治疗效果。

#### [参考文献]

- [1] 童丹丹.  $\beta$  受体阻滞剂治疗心律失常的特殊机制及其应用价值 [J]. 中国医药指南, 2016, 14(29):290.
- [2] 杨晓庆, 李丽.  $\beta$  受体阻滞剂在心律失常患者治疗中的应用 [J]. 医疗装备, 2017, 30(9):119-120.
- [3] 高波, 许红阳. 胺碘酮联合  $\beta$  受体阻滞剂治疗急性心肌梗死并发快速心律失常的疗效观察 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2016, 14(8):882-884.
- [4] 高彦.  $\beta$  受体阻滞剂治疗心律失常的效果分析 [J]. 中国实用医药, 2016, 11(24):153-154.
- [5] 刘艳群, 黄晶, 万翔.  $\beta$  受体阻滞剂治疗老年室上性心律失常临床观察 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2016, 14(24):2966-2968.

(上接第 71 页)

无显著差异 ( $P>0.05$ )。

### 3 讨论

随着人们生活习惯的改变, 胃溃疡的发病率逐渐呈上升的趋势, 该病一般春秋季节易发作, 且病程缓慢, 反复性高, 患者早期会感到上腹部疼痛, 餐后出现呕血黑便等症状, 病程时间过长会发生穿孔、癌变等并发症, 不但对患者的生活造成了极大地影响, 而且会危及到生命, 所以采取有效的治疗至关重要。胃溃疡的病因主要与幽门螺杆菌感染、胃酸分泌过多、药物、饮食、遗传因素等有关, 因此根除幽门螺杆菌、抑制胃酸分泌是治疗的关键。活动期胃溃疡患者一般采用药物治疗, 康复新液能够促进肉芽组织增长, 修复溃疡面积, 对治疗消化性胃溃疡具有良好的效果。泮托拉唑钠是一种质子泵抑制剂, 对抑制胃酸分泌的作用强, 且时间长, 可以改善胃黏膜的酸性环境, 减少胃酸分泌<sup>[4]</sup>。临床将康复新液与泮托拉唑两种药物结合使用, 有效提高了胃溃疡的治疗效果。本

文两组患者经过比较, 发现观察组的总有效率为 95.38%, 复发率为 9.23%; 对照组的总有效率为 76.92%, 复发率为 20%, 结果说明观察组治疗效果更显著。

综上所述, 活动期胃溃疡患者采用康复新液联合泮托拉唑进行治疗, 不仅可以改善临床症状, 降低复发率, 而且能够增强治疗的效果, 对患者的预后具有重要作用。

#### [参考文献]

- [1] 赵淑玲. 活动期胃溃疡应用康复新液与泮托拉唑治疗的效果研究 [J]. 大家健康 (中旬版), 2017, 11(1):73-73.
- [2] 李亚民. 康复新液与泮托拉唑治疗活动期胃溃疡的疗效研究 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2016, 3(25):5100, 5102.
- [3] 田萍, 贺艰. 康复新液联合泮托拉唑在活动期胃溃疡治疗中的疗效分析 [J]. 中国现代药物应用, 2015, 9(15):129-130.
- [4] 张建敏. 泮托拉唑联合康复新液治疗胃溃疡的临床效果 [J]. 北方药学, 2015, 12(08):57-58.