蠲痹历节清方联合针刺治疗急性痛风性关节炎湿热蕴结证31例

邱振南[1],熊　辉[1],陆小龙[2],周钰健[1],唐晓璐[1]
(1. 湖南中医药大学,湖南　长沙,410208;
2. 湖南中医药大学第二附属医院,湖南　长沙,410005)

[摘要]　目的:观察蠲痹历节清方联合针刺治疗急性痛风性关节炎湿热蕴结证的临床疗效。方法:将62例急性痛风性关节炎湿热蕴结证患者随机分成治疗组和对照组,每组各31例。对照组予以常规针刺治疗,治疗组在对照组基础上予以蠲痹历节清方治疗,治疗2周后统计疗效及不良反应,比较2组疼痛视觉模拟评分(VAS)、红细胞沉降率(ESR)和血尿酸(UA)水平。结果:总有效率治疗组为90.33%,对照组为74.19%,组间比较,差异有统计学意义($P<0.05$);2组VAS评分、ESR和UA水平治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论:蠲痹历节清方联合针刺治疗急性痛风性关节炎湿热蕴结证可明显降低患者ESR和UA水平,减轻患处疼痛,无明显不良反应,疗效优于常规针刺治疗。

[关键词]　急性痛风性关节炎;湿热蕴结证;蠲痹历节清方;针刺疗法
[中图分类号]R259.897　[文献标识码]A　DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.11.004

Clinical effect of Juanbi Lijieqing prescription combined with acupuncture in treatment of acute gouty arthritis with damp-heat accumulation: An analysis of 31 cases

QIU Zhennan[1], XIONG Hui[1], LU Xiaolong[2], ZHOU Yujian[1], TANG Xiaolu[1]
(1. Hunan University of Chinese Medicine, Changsha 410208, Hunan, China;
2. The Second Affiliated Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha 410005, Hunan, China)

[**Abstract**]　Objective: To investigate the clinical effect of Juanbi Lijieqing prescription combined with acupuncture in the treatment of acute gouty arthritis with damp-heat accumulation. Methods: A total of 62 patients with acute gouty arthritis with damp-heat accumulation were randomly divided into treatment group and control group, with 31 patients in each group. The patients in the control group were given conventional acupuncture, and those in the treatment group were given Juanbi Lijieqing prescription in addition to the treatment in the control group. After 2 weeks of treatment, clinical outcomes and adverse events were analyzed, and the two groups were compared in terms of Visual Analogue Scale (VAS) score, erythrocyte sedimentation rate (ESR), and serum uric acid (UA). Results: There was a significant difference in overall response rate between the treatment group and the control group (90.33% vs 74.19%, $P<0.05$). Both groups had significant changes in VAS score, ESR, and UA after treatment, and there were significant differences in these indices between the two groups after treatment ($P<0.05$). Conclusion: In the treatment of acute gouty arthritis with damp-heat accumulation, Juanbi Lijieqing prescription combined with acupuncture can significantly reduce ESR and UA and alleviate pain, with little adverse effect, and has a better clinical effect than conventional acupuncture alone.

[**Key words**]　acute gouty arthritis; damp-heat accumulation; Juanbi Lijieqing prescription; acupuncture therapy

痛风是由尿酸盐结晶等物质积淀于关节囊、软骨、骨质等组织并形成关节炎和痛风石的嘌呤代谢性疾病,该病可导致尿酸尿结石和肾病的发生,严重者可引起肾功能不全和关节发育异常[1]。该病若进一步发展,则将导致手指、膝盖、足趾或其他关节的畸形和活动受限[2]。本课题组在前期研究中运用针刺与熊辉教授的经验方蠲痹历节清方治疗急性痛风性关节炎均取得了良好的临床效果[3-5]。

基金项目:国家自然科学基金资助项目(编号:81574005)
第一作者:邱振南,男,2016级硕士研究生,研究方向:中医药防治骨病、筋伤病
通讯作者:熊辉,男,医学博士,教授,主任医师,博士研究生导师,研究方向:中医药防治骨病、筋伤病,E-mail:xh_hn@sina.com

本次观察笔者采用蠲痹历节清方联合针刺治疗急性痛风性关节炎湿热蕴结证 31 例,亦取得了理想疗效,并与单用常规针刺治疗 31 例作对照观察,现报告如下。

1　临床资料

1.1　一般资料　选取 2017 年 1 ~ 12 月于湖南中医药大学第二附属医院住院部、急诊科、门诊部治疗的急性痛风性关节炎湿热蕴结证患者 62 例,将其随机分为 2 组,每组各 31 例。治疗组中,男 18 例,女 13 例;年龄 33 ~ 65 岁,平均(46.6 ± 6.2)岁;病程 3 ~ 13 年,平均(8.6 ± 3.3)年。对照组中,男21 例,女 10 例;年龄 32 ~ 63 岁,平均(47.1 ± 6.5)岁;病程 3 ~ 15 年,平均(8.9 ± 4.1)年。2 组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2　诊断标准

1.2.1　西医诊断标准　参照《痛风的诊断与治疗》[6] 中的有关标准制定。1)影像学表现关节出现肿胀;2)关节出现明显的疼痛;3)病变部位皮肤发红及温度升高;4)发作患处关节积液细菌培养试验为阴性。

1.2.2　中医辨证标准　根据《中医病证诊断疗效标准》[7] 中湿热蕴结证的标准拟定。临床表现:压痛明显,局部皮肤温度变高,遇凉则舒,拒按,活动受限,舌质红、苔黄,脉滑涩。

1.3　纳入标准　1)符合上述西医诊断标准与中医辨证标准;2)处于急性风湿性关节炎活动期;3)近期内未使用痛风相关的治疗药物;4)患者自愿参加并签署知情同意书;5)愿意接受长期随访。

1.4　排除标准　1)合并其他风湿性疾病;2)存在严重的肝肾功能障碍;3)合并继发性痛风;4)合并造血系统等原发疾病;5)可疑存在恶性疾病;6)伴有老年痴呆、精神疾病;7)对本研究应用药物及针灸治疗过敏。

2　治疗方法

2.1　对照组　采用常规针刺治疗。取穴如下:委中、阿是穴、脾俞、神阙、外关、阳陵泉、足三里、三阴交、内关等。膝关节疼痛明显者加中渎、犊鼻、膝眼、阴市;肘关节疼痛明显者加神阙、曲池、肘尖;第 1 跖趾关节疼痛明显者加公孙、太白;踝关节疼痛明显者加申脉、解溪。具体方法:针刺前行常规皮肤消毒,取对应长度毫针在受累关节处进行散刺,对其余穴位进行提插捻转之泻法,留针 15min,1 次/d。

2.2　治疗组　在对照组治疗的基础上加用蠲痹历节清方治疗。方药组成:苍术 20g,土茯苓 15g,黄芩 10g,防己 10g,茵陈 15g,当归 15g,黄柏 10g,白术 10g,泽泻 10g,甘草 6g。水煎,每天 300ml,分早晚 2 次饭后 30min 温服。

嘱 2 组患者每天均饮水 2500ml 以上,避风寒,卧床休息、关节制动,防止外伤,予低嘌呤饮食,治疗期间忌辛辣、厚味及酒[8],并禁止使用药物或食物干预尿酸排泄。2 组患者均于治疗 2 周后统计疗效。

3　疗效观察

3.1　观察指标　1)综合疗效;2)疼痛视觉模拟评分(VAS)[9];3)红细胞沉降率(ESR)、血尿酸(UA)水平;4)不良反应。

3.2　疗效标准　参照《中医病证诊断疗效标准》[7] 拟定。治愈:无阳性症状,实验室指标均提示正常;显效:症状较前明显好转,实验室指标无明显异常;有效:关节红肿热痛稍改善,疼痛稍缓解,实验室指标较前稍改善;无效:症状与实验指标室均无明显改善。

3.3　统计学方法　采用 SPSS 20.0 统计软件进行统计分析。计量资料用均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)描述,计数资料采用 χ^2 检验,组间比较采用 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4　治疗结果

3.4.1　2 组综合疗效比较　总有效率治疗组为 90.33%,对照组为 74.19%,组间比较,差异有统计学意义。(见表 1)

表 1　2 组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	31	0	20(64.52)	8(25.81)	3(9.67)	28(90.33)[a]
对照组	31	0	14(45.16)	9(29.03)	8(25.81)	23(74.19)

注:与对照组比较,[a]$P < 0.05$。

3.4.2　2 组VAS 评分比较　2 组VAS 评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表 2)

表 2　2 组VAS 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	治疗前	第 1 周	第 2 周
治疗组	31	7.51 ± 2.36	3.13 ± 1.24[ab]	1.16 ± 0.63[ab]
对照组	31	7.46 ± 2.21	5.56 ± 2.82[a]	3.87 ± 1.75[a]

注:与本组治疗前比较,[a]$P < 0.05$;与对照组治疗后比较,[b]$P < 0.05$。

3.4.3　2 组ESR、UA 水平比较　2 组ESR、UA 水平

治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表 3)

表 3 2 组ESR、UA 水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	ESR(mm/h)	UA(μmol/L)
治疗组	31	治疗前	45.65 ± 20.45	532.21 ± 101.30
		治疗后	16.87 ± 5.67[ab]	359.92 ± 53.27[ab]
对照组	31	治疗前	46.39 ± 19.87	525.60 ± 98.32
		治疗后	23.41 ± 8.57[a]	387.35 ± 69.32[a]

注:与本组治疗前比较,[a]$P < 0.05$;与对照组治疗后比较,[b]$P < 0.05$。

3.5 不良反应 治疗组患者治疗期间未出现明显不良反应;对照组患者于治疗中出现 1 例晕针、1 例恶心;2 组不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

4 讨 论

急性痛风性关节炎在中医学中属“痹证”范畴,其主要病机为先天性脾肾失调,痰浊内聚,当外感风、寒、湿、热,或七情损伤,或饮食不当,或关节损伤时,可使关节、肌肉、骨骼、气血等痰浊流注而发此病。本病通常表现为关节病变部位的肿胀、发热、疼痛、活动受限、拒按压,伴有热、渴、舌红、苔黄等湿热证表现[10]。中药内服结合外用法治疗本病,不仅注重了全身的整体调控,弥补了局部疗效不足的缺点,还可避免胃肠道反应、降低肝脏代谢和药效学压力、减少不良反应的发生,充分体现了中医“标本平衡、内外融合”的治疗理念。蠲痹历节清方的主要功效为健脾、清热利湿。方中苍术燥湿健脾,黄柏清热利湿除骨蒸,为君药;黄芩清热解毒,土茯苓除湿通利关节,茵陈清热利胆,为臣药;佐以防己利水渗湿,泽泻泄热,白术燥湿健脾、下气除满,当归活血通络;以甘草为使,起到调和诸药的作用。而针刺治疗中,阴陵泉穴属足太阴脾经,有健脾止痛的功效;足三里属足阳明胃经,能够促进胃肠蠕动,起到祛风湿、止痹痛之功;曲池属手阳明大肠经,可除骨蒸、排毒;太冲属足厥阴肝经,可疏肝解郁;且针刺有退热、清热利湿、止痛等功效,配合服用蠲痹历节清方有理想的临床疗效。

综上所述,蠲痹历节清方配合针刺治疗对急性痛风性关节炎湿热蕴结证的患者有显著疗效,能降低患者血清中 ESR 和 UA 水平,起到止痛作用,且无明显不良反应,值得临床推广应用。

参考文献

[1] 丁健. 痛风性肾病的形成机制[J]. 现代实用医学,2013,25(8):846 - 847.

[2] 罗曼,费洪新,刘旭,等. 急性痛风性关节炎的发病机制[J]. 黑龙江科学,2017,8(8):90 - 91.

[3] 李悦芳. 针灸治疗急性痛风性关节炎的效果观察[J]. 临床医药文献电子杂志,2018,5(15):59 - 60.

[4] 齐新宇,董大立,熊辉,等. 蠲痹历节清方治疗急性痛风性关节炎湿热证疗效观察[J]. 湖南中医药大学学报,2014,34(5):42 - 44.

[5] 郭玉星,熊辉,陆小龙,等. 蠲痹历节清方治疗急性痛风性关节炎的临床研究[J]. 云南中医学院学报,2016,39(1):81 - 84.

[6] 薛耀明,李晨钟. 痛风的诊断与治疗[M]. 北京:人民军医出版社,2006:102.

[7] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京:南京大学出版社,1994:204 - 205.

[8] 凯玥,曹文富. 中医及中西医结合治疗急性痛风性关节炎研究现状[J]. 实用中医药杂志,2018,34(4):503 - 505.

[9] 徐金华,路聊东,王东伟,等. 壮骨汤治疗老年骨质疏松性胸腰椎压缩性骨折的临床疗效[J]. 当代医药论丛,2014,12(2):142 - 143.

[10] 熊辉,姜国勇,胡楠,等. 痛风性关节炎中医证素及证型的聚类研究[J]. 中医正骨,2011,23(11):26 - 28.

(收稿日期:2018 - 11 - 29)

皮肤病用药五大误区(一)

症状消除立即停药 长期使用皮质激素类外用药的患者,可产生习惯依赖性或成瘾,久用后不能突然停药。因久用皮质激素类药膏后,机体肾上腺皮质的正常功能受到抑制,一旦突然停药便可因机体激素分泌量不足而引起病情加重。因此,长时间使用皮质激素类药膏后,倘若需要停药,应逐步减少用药剂量,直至完全停药。不同皮肤病的发生、发展和转归各不相同,治疗时间也有长有短。有些皮肤病患者不注意疾病的发展过程,忽视了药物治疗疾病需要一定的时间。如足癣经治疗不痒了,许多患者就停止涂药,这样做不仅不利于巩固治疗效果,还容易复发。所以,皮肤病用药不可自作主张减少或停止用药,应由医师根据病情和治疗效果而定,以免导致用药的疗程不足。(http://www.cntcm.com.cn/2019 - 11/04/content_67470.htm)