

清痹膏联合非布司他 治疗急性痛风性关节炎 35 例临床观察

杨会元, 王 瑛

(湖南省湘潭市中医医院, 湖南 湘潭, 411100)

[摘要] 目的:观察清痹膏联合非布司他治疗急性痛风性关节炎的临床疗效。方法:将 70 例急性痛风性关节炎患者随机分为治疗组和对照组,每组各 35 例。对照组予双氯芬酸钠缓释片合非布司他治疗,治疗组予清痹膏外敷合非布司他治疗。结果:总有效率治疗组为 94.3%,对照组为 85.7%,2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);2 组疼痛视觉模拟评分(VAS)、尿酸(UA)、红细胞沉降率(ESR)、C 反应蛋白(CRP)治疗前后组内比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$),但治疗后组间比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);2 组不良反应发生率比较,治疗组优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:清痹膏可有效缓解急性痛风性关节炎患者的关节疼痛,且不良反应较少,值得临床推广应用。

[关键词] 急性痛风性关节炎;中西医结合疗法;清痹膏;非布司他

[中图分类号] R259.897 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.07.025

痛风为人体内嘌呤代谢紊乱致尿酸(UA)生成增多、排泄减少而引起的以高尿酸血症、反复发作的痛风性关节炎、痛风石沉积和关节畸形为主要临床特征的疾病。其急性期发作时以关节肿胀、发热、疼痛剧烈为主要临床表现,若病情未控,反复发作可导致关节活动受限,甚至畸形。在急性发作期,西医目前首选秋水仙碱、非甾体抗炎药(如吲哚美辛、双氯芬酸钠等)、糖皮质激素(如泼尼松、地塞米松等)以抗炎止痛,配合降尿酸或促进尿酸排泄的药物进行治疗。上述药物在控制关节炎症,缓解关节红、肿、热、痛等症状方面疗效显著,但由于秋水仙碱、糖皮质激素及非甾体抗炎药毒副作用较多,临床应用存在一定的风险^[1]。因此探求一种疗效相当,不良反应小的治疗药物,在临床上有着十分重要的意义。本研究采用清痹膏外敷联合非布司他治疗急性痛风性关节炎 35 例,疗效良好,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2016 年 6 月至 2018 年 6 月我院就诊的门诊及住院患者 70 例,将其随机分为治疗组和对照组,每组各 35 例。治疗组中,男 29 例,女 6 例;平均年龄 50.32 岁;平均病程 4.34 年。对照组中,男 28 例,女 7 例;平均年龄 49.55 岁;平均病程 4.12 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《现代风湿性疾病诊疗手册》^[2] 制定。1) 患者相关关节(多为跖趾关

节)滑囊液中可找到典型的尿酸盐结晶。2) 相关关节痛风石通过偏振光显微镜检查可明确包含尿酸盐结晶。3) 1 次或 1 次以上的第 1 跖趾关节急性疼痛或肿胀,多为单侧发作,或累及跗骨关节,有可疑的痛风石;生化提示高尿酸血症,关节照片提示双侧跖趾关节非对称性肿胀,无骨皮质侵蚀,患病关节腔内关节液微生物培养无明显异常。上述 3 项具备其中 1 项即可诊断。

1.2.2 中医诊断标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[3] 中的痛风诊断标准制定。起病急促,多由外感湿热,劳瘵、纳食不洁,嗜食肥甘厚腻等诱发。以中老年男性患者多见,常有家族史,多为单侧第 1 指趾关节红肿热痛,继而踝、跟、手指等其他小关节亦可发生炎症反应。病情反复,昼轻夜重,逐渐进展,伴口干、烦热,舌红、苔黄腻,脉数等症。若患病关节炎症经久不愈,关节内可出现“块瘰”即痛风石。辅助检查提示血 UA 及炎症指标升高。关节 X 线片示患病关节(多为跖趾关节)周围软组织肿胀,骨质面有圆形或不规则穿孔样缺损。

1.3 纳入标准 1) 符合上述诊断标准;2) 年龄 18~70 岁,性别不限;3) 起病急,本次起病在 2d 之内;4) 在此次治疗前,未经受其他治疗;5) 自愿参加并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1) 不符合中西诊断标准;2) 重度痛风性关节炎;3) 有严重并发症,如晚期痛风性关节炎伴关节严重畸形;4) 妊娠及哺乳期妇女;5) 合并严重心、肺、脑血管疾患,严重肝、肾功能低下及

精神病、智力障碍;6)过敏体质及对研究药物过敏。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用清痹膏合非布司他片治疗。清痹膏药物组成:金银花 30g,知母 10g,防己 10g,石膏 20g,生地黄 15g,泽泻 15g,苍术 10g,黄柏 10g,土茯苓 15g,薏苡仁 20g,忍冬藤 20g,桂枝 6g,威灵仙 15g,秦艽 10g,羌活 6g,独活 6g,丹参 15g,青风藤 30g。将药物粉碎成细末,经过筛除,混合均匀(由湘潭市中医院制剂室提供),配合蜂蜜调成糊样,平摊于换药纱布上,敷于关节患处,并予绷带包扎固定。根据关节面积调整剂量,4h/次,2次/d,于每天上午9时、下午5时敷治,敷药期间注意观察皮肤情况。非布司他片(江苏恒瑞药业股份有限公司,批准文号:国药准字 H20130081,规格:40mg/片),40mg/次,1次/d。

2.2 对照组 采用双氯芬酸钠缓释片合非布司他片治疗。双氯芬酸钠缓释片(北京诺华制药有限公司,批准文号:国药准字 H10980297,规格:100mg/片)口服,25mg/次,1次/d。非布司他片口服,药物及服药方法同上。

2组均治疗15d。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)采用视觉模拟评分法(VAS)评估治疗前后2组患者关节疼痛情况。2)检测治疗前后2组患者UA、血沉(ESR)、C反应蛋白(CRP)。3)观察不良反应发生率,如便血、腹痛、血液、肝肾毒性及过敏反应等。

3.2 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[3]及《中药新药临床研究指导原则》^[4]拟定。临床控制:临床症状、体征基本消失,关节功能恢复,理化指标正常,中医证候积分减少 $\geq 90\%$;显效:临床症状、体征明显改善,关节功能基本恢复,实验室指标基本正常,中医证候积分减少 $\geq 70\%$ 、但 $< 90\%$;有效:临床症状、体征好转,主要关节功能及主要实验室指标改善,中医证候积分减少 $\geq 30\%$ 、但 $< 70\%$;无效:临床症状、体征均无改善,甚或加重,关节功能未恢复,主要实验室指标未改善,中医证候积分减少 $< 30\%$ 。

3.3 统计学方法 采用SPSS 17.0软件进行统计分析。计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 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

94.3%,对照组为85.7%,2组比较,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	临床控制	显效	有效	无效	总有效
治疗组	35	4(11.4)	20(57.1)	9(25.7)	2(5.7)	33(94.3) ^a
对照组	35	3(8.6)	12(34.3)	15(42.8)	5(14.3)	30(85.7)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.2 2组治疗前后VAS评分及UA、ESR、CRP比较 2组VAS评分及UA、ESR、CRP治疗前后组内比较,差异均有统计学意义;治疗后组间比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。(见表2)

表2 2组治疗前后VAS评分及UA、ESR、CRP比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间节点	VAS评分(分)	尿酸(IU/ml)	ESR(mm/L)	CRP(mg/L)
治疗组	35	治疗前	7.23 $\pm$ 1.78	545.92 $\pm$ 62.23	55.28 $\pm$ 8.76	64.13 $\pm$ 13.34
		治疗后	1.62 $\pm$ 0.78 ^a	323.20 $\pm$ 33.49 ^a	19.69 $\pm$ 5.43 ^a	10.45 $\pm$ 2.32 ^a
对照组	35	治疗前	7.30 $\pm$ 1.64	539.67 $\pm$ 59.65	57.44 $\pm$ 8.98	67.22 $\pm$ 15.20
		治疗后	1.58 $\pm$ 0.80 ^a	310.66 $\pm$ 34.51 ^a	21.56 $\pm$ 6.47 ^a	12.18 $\pm$ 3.19 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.3 2组不良反应比较 2组治疗前后患者均进行尿尿粪常规、心电图及肝肾功能检测,均未见明显异常。治疗期间,治疗组有2例出现局部皮肤瘙痒伴少许皮疹,经对症处理后,症状缓解,未再发生上述不良反应,完成研究。对照组出现5例反酸呃逆、腹部烧灼不适,2例出现双下肢水肿,经对症处理后,症状缓解,未再发生以上不良反应,完成研究。不良反应发生率治疗组为5.7%,对照组为20.0%,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

4 讨论

急性痛风性关节炎属中医学“痹证”范畴。梁代医书《名医别录》有言:“独活,微温,无毒。主治诸贼风,百节痛风无久新者”,为“痛风”一词的最早记载。金元四大家朱丹溪在《格致余论·痛风论》有言:“彼痛风者,大率因血受热,已自沸腾,其后或涉冷水,或立湿地,或扇取凉,或卧当风,寒凉外搏,热血得寒,汗浊凝涩,所以作痛”,从病因病机上阐述了痛风。中医学之痛风乃广义的痹证,而现代医学之痛风则是指嘌呤代谢紊乱引起高尿酸血症的痛风性关节炎及其相关并发症。

王瑛副主任医师认为,急性痛风性关节炎病机以湿为本,以血瘀为标,从湿化热,治疗宜从利湿、清热、化瘀着手。根据中药“透皮”吸收的理论及药物经“皮部-体表穴位-经络通道-络属脏腑”的传递机制,自制清痹膏治疗急性痛风性关节炎,疗效佳。方中石膏、金银花、生地黄、黄柏、知母等可清热解毒;泽泻、苍术、薏苡仁、秦艽、土茯苓、威灵仙、

三黄膏外敷治疗混合痔术后24例疗效观察

郑超^{1,2}, 徐基平², 徐伟兵^{1,2}, 李璐^{1,2}, 罗志林²

(1. 湖南中医药大学, 湖南 长沙, 410208;

2. 湖南省衡阳市中医医院, 湖南 衡阳, 421001)

[摘要] 目的: 观察三黄膏外敷治疗混合痔术后的临床疗效。方法: 将48例混合痔术后患者随机分成治疗组和对照组, 每组各24例。2组患者均于术后第2天排便后以温水坐浴, 并用碘酊灭菌棉球消毒创面及肛管直肠下端; 治疗组采用三黄膏无菌油纱条引流, 对照组采用凡士林油纱条引流。2组均每天换药1次, 严重者1d换药2次, 共观察4周。比较2组综合疗效。结果: 总有效率治疗组为95.8%, 对照组为66.7%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 三黄膏对混合痔术后疼痛、出血、渗出、瘢痕形成及预防感染有明显疗效。

[关键词] 混合痔; 术后; 中医药疗法; 三黄膏

[中图分类号] R269.571+.8 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.07.026

混合痔是肛门直肠疾病的常见病, 混合痔患者往往需要手术治疗, 传统的混合痔内扎外剥术(Mil-lan-Morgan术)是目前临床上治疗混合痔最常用的术式^[1]。该术的术后创面多采取开放处理, 且因

受肛门特殊部位的影响, 其创面愈合缓慢且易受感染, 使患者承受极大的痛苦。因此, 促进术后创面愈合成为目前肛肠领域的研究重点。三黄膏对肛门术后减轻疼痛, 减少出血及瘢痕形成, 减少渗出和

第一作者: 郑超, 男, 2017级硕士研究生, 研究方向: 中医外治法的研究

通讯作者: 徐基平, 男, 主任医师, 硕士研究生导师, 研究方向: 中医外科学及中医外治法研究, E-mail: 1825279241@qq.com

羌活、独活、防己、忍冬藤、青风藤以祛风胜湿; 配合丹参、桂枝活血通络止痛, 共奏清热利湿、通络止痛之功。现代药理研究表明, 上述药物具有解热、抗炎、镇痛及降UA作用, 如青风藤中的青藤碱有抗炎、镇痛作用^[5]; 羌活中的水提醇具有解热、镇痛之效^[6]; 威灵仙提取物甾醇、酚类可以提高痛阈, 止痛效果良好; 土茯苓可通过抑制尿酸盐转运蛋白的表达而增加UA排泄, 达到降UA的作用^[7]。黄柏中提取的小檗红碱通过上调小鼠环磷酸腺苷(cAMP)、cAMP/环磷酸鸟苷(cGMP), 下调小鼠cGMP, 改善小鼠关节局部炎症、肿胀, 从而达到抗痛风的作用^[8]。

本研究结果表明, 治疗后治疗组患者关节红肿热痛等症状较对照组明显减轻, 提示清痹膏联合非布司他在改善症状方面要优于双氯芬酸钠联合非布司他。治疗组VAS评分、UA、ESR、CRP等指标较治疗前降低明显, 且与对照组下降幅度相当, 提示清痹膏联合非布司他治疗急性痛风性关节炎在改善疼痛、降UA及改善炎症的疗效与双氯芬酸钠联合非布司他相当。安全性评价方面, 治疗组不良反应发生率明显较对照组低, 提示此法不良反应

少, 安全性更高。综上所述, 清痹膏可显著缓解急性痛风性关节炎患者关节红肿热痛不适, 其机制可能在于清痹膏局部外敷使药力经皮直接透入深部组织, 促进局部血液循环及体内尿酸代谢, 提高痛阈, 抑制局部炎症反应, 加快炎症消散, 从而缓解关节红、肿、热、痛等症状, 值得临床进一步研究及推广。

参考文献

- [1] 武东, 刘湘源. 痛风的治疗进展[J]. 临床荟萃, 2015, 30(12): 1344-1346.
- [2] 于孟学. 现代风湿性疾病诊疗手册[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2000: 362-363.
- [3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 50-51.
- [4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 117-119.
- [5] 刘微微, 朱尧, 汪悦. 青风藤生物碱的活性成分及药理作用研究进展[J]. 辽宁中医杂志, 2016, 43(8): 1765-1769.
- [6] 赵民生. 羌活与独活功效异同[N]. 中国中医药报, 2010-07-30(005).
- [7] 孙红, 王少明, 庄捷. 土茯苓等中药抑制URAT1表达及降尿酸作用筛选研究[J]. 中国临床药理学与治疗学, 2012, 4(8): 403-407.
- [8] 林彬. 黄柏生品与各种炮制品滋阴及抗痛风作用比较[J]. 医学理论与实践, 2016, 29(19): 3304-3305.

(收稿日期: 2018-09-23)