

清凉定痛方治疗痛风性关节炎的临床研究※

● 戴跃龙¹ 白慧颖²

摘 要 目的:研究清凉定痛方治疗痛风性关节炎的临床疗效。方法:将 102 例痛风性关节炎患者随机分为清凉定痛方观察组 50 例与对照组 52 例,对照组采用秋水仙碱与美洛昔康治疗,观察组在对照组基础上加用清凉定痛方治疗,对比两组患者临床疗效与相关指标变化情况。结果:治疗 1 周后,两组患者尿酸、C 反应蛋白、VAS 评分较治疗前明显降低,且观察组各指标改善情况优于对照组($P < 0.05$);观察组患者关节红肿消失时间、疼痛缓解时间、总有效率高与对照组($P < 0.05$)。结论:清凉定痛方治疗痛风性关节炎疗效显著,具有一定的临床推广价值。

关键词 痛风;关节炎;中医;清凉定痛方

高尿酸血症迁延不愈是导致痛风性关节炎的发作的直接原因。血尿酸为核酸代谢产物,生理情况下生成与排泄保持平衡状态。《灵枢·营卫生会》云:“人受气于谷,谷入于胃……其清者为营,浊者为卫,营行脉中,卫行脉外”,从中医理论分析,尿酸本为“水谷精微”,不归正化则滞为留饮,久则随偏颇体质从化为痰浊或湿热之邪^[1]。高尿酸血症的高尿酸血症早期多无明显症状,至发展为痛风性关节炎时,“痰浊内生”“湿热内盛”已有较长的时期,从其病位来看显然不在“卫气”而在“营血”。此外,从痛风性关节炎的“烦痛不寐”“状如虎啮”“入夜尤甚”的临床特点来看,当与热毒燔灼经络、筋膜,邪热内炽营阴,扰乱心神有关^[2]。秋水仙碱、非甾体类抗炎药等药物是现代医学常规治疗,但这些药物禁忌症较多,不良反应较多,限制了其临床使用。近年来,笔者采用清凉定痛方治疗痛风性关节炎,临床疗效较好,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 102 例痛风性关节炎患者,均为 2015

年 9 月~2017 年 11 月于武警学院医院、廊坊市中医医院就诊的痛风性关节炎患者,均为男性,年龄 32~56 岁,信封法随机分为观察组 50 例,对照组 52 例。观察组平均年龄(43.0 ± 5.1)岁,高尿酸血症病史(2.5 ± 1.0)年,关节疼痛发作时间(27.3 ± 8.2)小时;对照组平均年龄(41.6 ± 5.8)岁,高尿酸血症病史(2.3 ± 0.9)年,关节疼痛发作时间(28.2 ± 9.5)小时;两组患者平均年龄、高尿酸血症病史、关节疼痛发作时间等方面比较无统计学差异($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准 参照《2015 年美国风湿病学会/欧洲抗风湿联盟痛风分类标准》诊断为痛风性关节炎急性期患者^[3],表现为高尿酸血症病史,第一跖趾关节,或踝、膝等关节发红、肿胀或不能忍受触摸按压,多在 24 小时内发展至疼痛高峰,严重者可影响行走或无法活动。

1.3 中医证候诊断标准 参照中医《中医病证诊断疗效标准》中“痛风”病“湿热蕴结”证^[4]制定。临床表现为关节疼痛或局部灼热红肿,痛不可触,而兼见心烦不安、口渴、溲黄,舌红苔黄腻,脉滑数者。

1.4 纳入标准 ①符合《2015 年美国风湿病学会/欧洲抗风湿联盟痛风分类标准》诊断为痛风性关节炎急性期患者;②符合中医《中医病证诊断疗效标准》中“痛风”病“湿热蕴结”证型诊断者;③年龄 18~60 岁;④急性发作在 48 小时之内;⑤参与研究 1 个月前未接受其

※基金项目 国家自然科学基金项目(No. 81774422);武警学院博士科研创新计划课题(No. BSKY2017002)

• 作者单位 1. 中国人民武装警察部队学院院务部(河北 廊坊 065000) 2. 廊坊市中医医院病理科(河北 廊坊 065000)

他抗痛风药物或激素类药物治疗者;⑥患者本人同意参与研究。

1.5 排除标准^[5] ①继发性痛风患者;②恶性肿瘤、精神障碍或合并严重心脑血管病患者;③妊娠及哺乳期女性;④对治疗药物过敏者。

1.6 治疗方法 研究方案经武警学院伦理委员会批准,所有患者均告知风险与获益,并签署知情同意书。基础治疗:痛风性关节炎患者均低嘌呤饮食、禁酒并保持日饮水量 2000mL 以上,进行统一的健康教育,调整生活方式,卧床休息,保护受累关节。对照组在基础治疗的基础上采用秋水仙碱片口服(西双版纳版纳药业有限责任公司,国药准字 H53021369),每次 0.5mg,每日 2 次,同时口服美洛昔康片(扬子江药业集团有限公司,国药准字 H20010207)治疗,每次 7.5mg,每日 1 次。观察组患者在对照组用药基础上加用清凉定痛方治疗,方药组成:黄柏 15g,牛膝 15g,苍术 15g,薏苡仁 15g,萆薢 10g,连翘 15g,金银花 15g,丹参 15g。水煎服,每次 200mL,每日 2 次。连续治疗 7 天,对比观察两组临床疗效及实验室指标变化。

1.7 观察指标 ①对比观察组与对照组患者总体治疗前后疼痛程度积分,疼痛程度积分采用视觉模拟评分法(VAS)进行评价^[5,6],评分范围为 0~10 分,其中 10 分为极度疼痛,0 分为无痛;②对比观察组与对照组患者疼痛持续时间、红肿消失时间;③对比观察组与对照组患者治疗前后血尿酸(UA)、C 反应蛋白(CPR)水平变化。

1.8 疗效标准 参照《中药新药临床指导原则》评价透热转气法治疗痛风性关节炎的临床疗效^[7],将疗效分为治愈、显效、有效及无效 4 个层次。治愈:患者关节疼痛、肿胀等症状消失,关节活动正常;显效:患者关节疼痛、肿胀等症状消失,关节活动不受限;好转:患者关节疼痛、肿胀等症状基本消除,关节活动轻度受限;无效:患者关节疼痛、肿胀等症状无明显减轻与关节活动受限无明显改善。总有效率=(治愈+显效+好转)/例数×100%。

1.9 不良反应发生情况 记录两组患者治疗期间药物不良反应发生情况。

1.10 统计学方法 采用 SPSS16.0 软件进行统计分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,计数资料行 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学差异。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 经治疗后,治疗组患

者总有效率 90.0%,对照组总有效率 80.8%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较(例)

组别	例数	显效	好转	无效	总有效率 (%)
观察组	50	35	10	5	90.0*
对照组	52	30	12	10	80.8

注:与对照组相比,* $P < 0.05$

2.2 疼痛评分及相关指标比较 两组患者治疗前 VAS 评分无统计学差异,治疗后两组患者 VAS 评分均明显降低。观察组疼痛持续时间、红肿持续时间短于对照组、VAS 评分低于对照组($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者疼痛评分及相关指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	VAS 评分		疼痛持续时间 (h)	红肿持续时间 (h)
	入院前	治疗后		
观察组	6.4±0.9	1.4±0.3*	46.4±5.9*	55.2±6.9*
对照组	6.7±1.3	3.3±0.5	58.3±6.2	64.3±7.5

注:与对照组相比,* $P < 0.05$

2.3 两组患者实验室指标变化 两组患者治疗前 UA、CPR 水平无统计学差异。经治疗 1 周后,观察组血 UA 水平低于对照组($P < 0.05$),CPR 水平与对照组相比无统计学差异。见表 3。

表 3 两组患者实验室指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	UA ($\mu\text{mol/L}$)		CPR (mg/L)	
	入院前	治疗后	入院前	治疗后
观察组	553.8±68.3	356.7±48.6	13.5±5.2	4.1±1.2
对照组	562.7±63.5	438.7±53.9*	13.4±5.0	3.8±1.5

注:与对照组相比,* $P < 0.05$

2.4 两组患者不良反应发生情况 治疗过程中,观察组出现 2 例腹泻,对照组出现 4 例腹泻,2 例出现胃部不适,治疗组不良反应发生率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨论

痛风性关节炎属于中医“痹症”“白虎历节”“痛风”范畴,多与素嗜肥甘、谷气过盛,或饮酒过度,湿热内盛相关,因“湿性趋下”,临床中又常以下肢关节受累为常见,正如《素问·生气通天论》所云“膏粱之变,

足生大丁”。高尿酸血症迁延不愈是导致痛风性关节炎的发作的直接原因。血尿酸为核酸代谢产物,生理情况下生成与排泄保持平衡状态。尿酸排泄不良是导致高尿酸血症的主要原因。从中医理论分析,尿酸本为“水谷精微”,不归正化则滞为留饮,久则随体质从化为痰浊或湿热之邪^[1],治疗当采用利湿泄浊之法。《备急千金要方》认为痛风“热毒气从脏腑出,攻于手足,手足则欣热赤肿疼痛也”。热之极谓之“毒”。经云“热甚则肿”,热毒燔灼经络、筋膜,气血沸溢,故而疼痛难忍,“状如虎啮”“烦痛不寐”^[2],当宗《内经》“急则治标”之法,清解热毒、凉血止痛。

基于此,清凉定痛方在四妙散(黄柏、牛膝、苍术、薏苡仁)清热利湿的基础上^[8],加用萆薢通淋、泄浊;加用连翘清热解毒,直折三焦火势;再用丹参凉血解毒清心;更用银花清热解毒透热外达,“搜剔湿热之蕴毒”^[8]。诸药合用,以达到清热解毒、泄浊利湿、凉血止痛之功效。现代药理研究表明,黄柏可显著抑制黄嘌呤氧化酶活性,降低痛风小鼠尿酸水平^[9];牛膝总皂甙、萆薢总皂甙具有较强的抗炎效应^[10]。

本研究中,笔者发现观察组患者总有效率高于对照组($P < 0.05$);且观察组疼痛持续时间、红肿持续时间均短于对照组($P < 0.05$),此外 VAS 疼痛评分、血尿酸水平亦低于对照组($P < 0.05$),不良反应发生率少于对照组,显示出清凉定痛方较好的临床疗效。《金匱要略》云“夫诸病在脏欲攻之,各随其所得而攻之”。尤在泾注曰“无形之邪,入结于脏,必有所拒,水血痰食皆邪藪,如渴者,水与热得,而热结在水,故与猪苓汤利其水,而热亦除”,即无形邪气与有形之病理

产物结合时,当先去其所附,而使邪有出路。正如邵子曰“火无体,因物为体”。清凉定痛方在四妙散辨病论治的基础上,采用利湿泄浊药物萆薢与清热解毒药物金银花、连翘配合,使湿浊去而热无所附,并借丹参凉血清心止痛之效,以实现快速缓解疼痛、降低尿酸水平的目的,具有一定的临床推广价值。

参考文献

- [1]陈淑娟,李灿东. 男性无症状高尿酸血症和痛风病患者中医体质类型分布及与肥胖关系比较研究[J]. 中华中医药杂志, 2013, 28(11): 3174-3177.
- [2]史鹏博,赵如意,朱琳,等. 从脾肾经筋理论探析痛风性关节炎的综合治疗[J]. 河南中医, 2017, 37(7): 1229-1231.
- [3]张冰清,盛峰,谷俊杰,等. 《2015 年美国风湿病学会/欧洲抗风湿联盟痛风分类标准》摘译[J]. 中华临床免疫和变态反应杂志, 2015, 9(4): 333-336.
- [4]国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 1994: 60-61.
- [5]梁慧英,廖琳,何善智,等. 中西医结合分期治疗慢性期痛风性关节炎 30 例临床观察[J]. 中医杂志, 2015, 56(2): 136-139.
- [6]何英,舒丽娟,杜小清,等. 路径式综合护理对痛风患者疼痛及焦虑抑郁情绪的影响[J]. 中国中医急症, 2017, 26(5): 935-937.
- [7]中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[S]. 1999: 179-183.
- [8]黄飞,马文凤. 加味四妙散内服合金黄膏外敷对急性痛风性关节炎的疗效及镇痛作用[J]. 中国中医急症, 2017, 26(3): 526-529.
- [9]杨澄,朱继孝,王颖,等. 盐制对黄柏抗痛风作用的影响[J]. 中国中药杂志, 2005, 30(2): 144.
- [10]刘光亮,刘海鹏,韩茹. 萆薢总皂甙合用牛膝总皂甙降血尿酸和抗炎作用的组方合理性研究[J]. 中国药理学通报, 2007, 23(11): 1467-1470.

(收稿日期: 2017-12-25)

(本文编辑: 金冠羽)

(上接第 72 页)

- [19]朱珍珍,肖萍妹. 河车滋补汤治疗卵巢早衰闭经疗效及激素水平影响[J]. Strait Pharmaceutical Journal. 2011, 23(9): 149-150.
- [20]黄爱萍,付艳霞. 卵巢早衰的中医辨证分型治疗临床观察[J]. 中医学报, 2011, 26(5): 622-623.
- [21]梁霄雯,苏建芬,王迪华,等. 逍遥助卵煎治疗卵巢早衰 30 例[J]. 上海中医药杂志, 2006, 6(22): 6-6.
- [22]李河. 补肾健脾调肝法治疗卵巢早衰

- 及对 POF 模型大鼠血清 INHB、VEGF 的影响[D]. 广州中医药大学, 2006.
- [23]张文红,赵彦鹏,李果,等. 滋肾益经活血汤治疗卵巢早衰 50 例临床观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2012, 7(8): 670-672.
- [24]秦薇,周梅玲,陈祥云. 中药人工周期疗法治疗卵巢功能早衰 45 例[J]. 国医论坛, 2004, 19(1): 30.
- [25]丁青,尚芬芬. 中西医结合治疗卵巢早衰的 Meta-分析[J]. 湖南中医药大学学报, 2011, 31(9): 71-74.

2011, 31(9): 71-74.

- [26]郭羽. 中西医结合治疗卵巢早衰的疗效及安全性分析[J]. 中国中医药现代远程教育, 2016, 14(13): 94-95.
- [27]程径,程蕾. 高促性腺激素性闭经的中西医结合治疗探讨[J]. 中国中西医结合杂志, 1998, 18(3): 172.
- [28]王榴英,杨帕臣. 卵巢功能早衰中西医结合治疗 11 例分析[J]. 蚌埠医学院学报, 1997, 22(12): 337-337.

(收稿日期: 2017-07-13)

(本文编辑: 金冠羽)