

蠲痹历节清方联合正清风痛宁经皮透药 治疗急性痛风性关节炎 30 例

方菁¹, 熊辉¹, 陆小龙², 伍浩¹, 罗志强¹, 舒杨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: 观察蠲痹历节清方内服配合正清风痛宁经皮透药治疗急性痛风性关节炎的临床疗效。方法: 将 60 例瘀热阻滞型急性痛风性关节炎患者随机分为 2 组各 30 例。治疗组采用蠲痹历节清方内服联合正清风痛宁经皮透药治疗, 对照组采用塞来昔布胶囊口服联合扶他林乳剂外用治疗, 疗程均为 2 周。观察 2 组治疗后血尿酸和相关炎症因子的变化, 评定 2 组综合疗效, 记录不良反应发生率, 随访 3~6 个月, 比较 2 组复发率。结果: 总有效率治疗组为 90.00%, 对照组为 83.33%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 2 组血尿酸 (UA)、血沉 (ESR)、CRP (C 反应蛋白)、IL-6 (白介素 6) 水平均较治疗前降低, 治疗组下降更明显, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 2 组治疗后不良反应发生率和复发率比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 蠲痹历节清方联合正清风痛宁经皮透药治疗瘀热阻滞型急性痛风性关节炎有较好的临床疗效。

[关键词] 急性痛风性关节炎; 蠲痹历节清方; 正清风痛宁; 经皮透药

[中图分类号] R259.897 **[文献标识码]** A DOI: 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.06.029

随着老龄人口的逐渐增多, 痛风已经演变成居于糖尿病之后的第 2 大代谢性疾病^[1]。目前针对痛风普遍采取西药治疗, 虽然西药能快速地改善患者的临床症状和实验室指标, 但是病情易复发, 并且大多数患者需要长期服用药物, 药物不良反应多。中医药针对风寒湿痹证有自己独特的临床疗效, 且不良反应小^[2-4]。熊辉教授使用经验方蠲痹历节清方治疗急性痛风性关节炎取得了良好的临床疗效^[5-6]。在此基础上, 笔者 (除通讯作者外) 跟

师使用蠲痹历节清方内服配合正清风痛宁经皮透药对 30 例辨证为瘀热阻滞证的急性痛风性关节炎患者进行诊治, 并与采用西医常规治疗的 30 例作对照观察, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2016 年 1 月至 2017 年 6 月于湖南中医药大学第二附属医院治疗的痛风性关节炎急性期患者 60 例, 选取单侧膝关节纳入研究, 其中, 男 51 例, 女 9 例; 年龄 31~70 岁。将其采

生地黄、龟甲清热滋阴; 生石膏煅用敛疮生肌; 炉甘石煅制后可除湿止痒敛创。象皮生肌膏对于分泌物较多的伤口亦有提脓祛腐之效, 可以通过增加每天的换药次数达到更好的祛腐效果, 正符合中医学“祛腐生肌、煨脓长肉”之理。本研究针对象皮生肌膏对 DF 的治疗效果进行为期 4 周的观察, 结果提示象皮生肌膏对于 DF 的创面愈合效果显著, 值得在临床广泛推广使用。

参考文献

- [1] Alavi A, Sibbald RG, Mayer D, et al. Diabetic foot ulcers: Part II. Management[J]. J Am Acad Dermatol, 2014, 70(1): 21.
- [2] Chiu CC, Huang CL, Weng SF, et al. A multidisciplinary diabetic foot ulcer treatment programme significantly improved the outcome in patients with infected diabetic foot ulcers[J]. J Plast Reconstr Aesthet Surg, 2011, 64(7): 867-872.
- [3] 中华医学会糖尿病学分会. 中国 2 型糖尿病防治指南

(2013 年版)[S]. 中华内分泌代谢杂志, 2014, 30(10): 447-498.

- [4] 中国医疗保健国际交流促进会糖尿病足病分会. 中国糖尿病足诊治指南[S]. 中华医学杂志, 2017, 97(4): 251-258.
- [5] 刘立云, 王琳琳, 卢敏. 象皮生肌膏治疗软组织坏死缺损与感染的疗效观察[J]. 实用心脑血管病杂志, 2009, 17(2): 129-130.
- [6] 李仕明. 糖尿病足与相关并发症的诊治[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 158-168.
- [7] Cho CH, Lee CK, Nam MH, et al. A case of diabetic mellitus foot infection by a newly reported Neisseria skkuensis: case report[J]. Ann Clin Lab Sci, 2015, 45(4): 499-451.
- [8] Sun JH, Tasai JS, Huang CH, et al. Risk factors for lower extremity amputation in diabetic foot disease categorized by Wagner classification[J]. Diabetes Res Clin Pract, 2012, 95(3): 358-363.
- [9] 李少霞, 沈为民. 糖尿病足治疗进展[J]. 中国烧伤疮疡杂志, 2017, 29(3): 182-185.

(收稿日期: 2017-09-11)

第一作者: 方菁, 男, 2015 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, 主任医师, 教授, 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

取随机数字表法分为2组。治疗组30例中,男24例,女6例;年龄36~70岁,平均年龄 (55.10 ± 6.20) 岁;急性发作平均病程 (24.62 ± 12.45) h。对照组中,男27例,女3例;年龄31~67岁,平均 (54.30 ± 7.20) 岁;急性发作平均病程 (22.50 ± 13.01) h。2组性别、年龄、发作平均病程比较,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 依照《痛风的诊断与治疗》^[7]中美国风湿病学会/欧洲抗风湿联盟痛风分类标准(2015年)制定:(1)关节出现明显的疼痛感及肿胀感;(2)影像学资料表现为关节单侧出现肿胀;(3)炎症发作期间关节滑液细菌培养呈阴性;(4)病变关节周围皮肤发红、皮肤温度较健侧升高。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[8]拟定瘀热阻滞证的辨证标准。临床表现:压痛明显,局部皮肤温度变高,屈伸受限,舌苔暗紫或有斑点、苔薄黄,脉涩。

1.3 纳入标准 (1)符合上述西医诊断标准及中医辨证标准;(2)痛风性关节炎急性发作期;(3)自愿接受治疗,签订知情同意书;(4)愿意接受长期随访。

1.4 排除标准 (1)未按本研究方案执行,依从性差;(2)合并心、肝、肾等原发性疾病和精神病;(3)病情恶化时终止观察,计入不良反应事件,不予进入临床疗效分析;(4)未按规定用药或资料不全影响观察结果。

2 治疗方法

2.1 对照组 予西医常规治疗。选用塞来昔布胶囊(辉瑞制药有限公司生产,批准文号:国药准字J20120063,规格:0.2g×6粒/盒)口服,0.2g/次,2次/d。适量扶他林乳胶剂(北京诺华制药有限公司生产)涂抹于患处,轻轻搓揉至药物吸收,每6h涂1次,每天3次。

2.2 治疗组 予蠲痹历节清方内服配合正清风痛宁经皮透药治疗。蠲痹历节清方药物组成:苍术20g,土茯苓15g,茵陈15g,当归15g,黄柏10g,黄芩10g,防己10g,白术10g,泽泻10g,甘草6g。用法:每天1剂,每剂煎成2袋(每袋200mL),早晚各服1袋。中药汤剂统一由湖南中医药大学第二附属医院药剂科煎制。将正清风痛宁注射液(50~100mL)和氯化钠注射液(20~40mL)混合,再将定向透药所用的2块纱布充分浸泡于混合液中,以纱布湿润无药液滴下为宜,稍加热后置于治疗部位,用定向透药治疗仪电极片固定并开启设置治疗,治疗时间

为30min,脉冲电的大小和磁疗温度以患者舒适为宜。每天2次,1周为1个疗程,治疗2个疗程。

2组治疗期间均予以低嘌呤饮食,不使用其他治疗痛风的药物,治疗2周后观察比较疗效。

3 疗效观察

3.1 观察指标 (1)分别于治疗前后抽血查ESR、UA、CRP、IL-6的表达水平;(2)记录治疗期间的不良反应;(3)观察随访3~6个月后的复发情况。

3.2 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[8]拟定。治愈:症状消失,实验室检测正常;显效:症状消失,实验室检测趋向正常;好转:关节肿痛稍减,疼痛缓解,实验室指标有所改善;无效:症状未见缓解,实验指标室仍异常。

3.3 统计学方法 采用SPSS 19.0统计学软件进行处理,计量资料用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,若达到正态性及方差齐性,运用 t 检验;若不满足,则可采用秩和检验。计数资料用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

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90.00%,优于对照组的83.33%,差异有统计学意义。(见表1)

表1 2组综合疗效比较(n)

组别	n	治愈	显效	好转	无效	总有效率(%)
治疗组	30	0	20	7	3	90.00 ^a
对照组	30	0	16	9	5	83.33

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.2 2组血清ESR、UA、CRP、IL-6水平比较 治疗后,2组患者血清中ESR、UA、CRP、IL-6含量均较治疗前显著下降,且治疗组下降优于对照组,差异具有统计学意义。(见表2)

表2 2组血清UA、ESR、CRP、IL-6水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	UA($\mu\text{mol/L}$)	ESR(mm/h)	CRP(mg/L)	IL-6(ng/L)
治疗组	30	治疗前	503.10±89.32	39.10±7.26	36.72±9.21	59.46±13.72
		治疗后	372.30±91.45 ^{ab}	18.08±6.24 ^{ab}	9.41±3.70 ^{ab}	29.43±4.89 ^{ab}
对照组	30	治疗前	497.40±91.17	40.83±7.04	37.64±7.12	60.31±11.27
		治疗后	391.20±93.78 ^a	20.13±6.44 ^a	10.34±3.26 ^a	35.41±5.87 ^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 2组不良反应发生率和复发率比较 治疗组出现1例肠道不适反应,不良反应发生率为3.33%;对照组出现不同程度的胃肠道不适反应14例,不良反应发生率为46.67%,2组不良反应发生率比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。随访3~6个月后,治疗组显效+好转患者中复发9例,复发率为33.33%,

扶正口服液治疗 脾肾亏虚型肺癌骨转移 30 例疗效观察

唐敏莉¹, 郭忠聪², 曾柏荣²

(1. 湖南中医药大学, 湖南 长沙, 410208;

2. 湖南中医药大学第一附属医院, 湖南 长沙, 410007)

[摘要] 目的: 观察扶正口服液治疗脾肾亏虚型肺癌骨转移的临床疗效。方法: 将 60 例脾肾亏虚型肺癌骨转移患者随机分为 2 组各 30 例。治疗组予扶正口服液加唑来膦酸治疗, 对照组单用唑来膦酸治疗。治疗周期为 3 个月, 观察 2 组中医证候疗效、疼痛疗效及不良反应。结果: 中医证候疗效总有效率治疗组为 83.33%, 对照组为 53.33%, 组间比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 疼痛疗效总有效率治疗组为 86.67%, 对照组为 50.00%, 组间比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 扶正口服液治疗脾肾亏虚型肺癌骨转移有较好的临床疗效。

[关键词] 肺癌骨转移; 脾肾亏虚型; 中西医结合疗法; 扶正口服液

[中图分类号] R273.42 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.06.030

肺癌目前已成为危害患者健康的第一位恶性肿瘤^[1], 肺癌患者中有 50% ~ 70% 并发骨转移^[2]。在中医辨证中最常见的证型是脾肾亏虚型。扶正

口服液具有补气养血、益精填髓之效, 笔者临床上用其治疗肺癌骨转移属脾肾亏虚证者 30 例, 取得较好疗效, 现报告如下。

对照组显效 + 好转患者中复发 13 例, 复发率为 52.00%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

4 讨论

痛风性关节炎属于中医学“痹证”范畴,《素问·痹论》载:“风寒湿三气杂至, 合而为痹也”, 历代医家均认为本病的发生与饮食、遗传等因素有相关性, 多为食肥甘厚腻导致脾失健运, 不能运化水谷, 湿热内生; 或素体禀赋不足, 复感风寒湿邪, 由表及里, 则气滞血瘀, 筋脉拘挛, 日久郁而化热, 从而导致湿热毒邪内聚于肢体关节而发为本病^[9]。急性期痛风通常表现为病变关节出现红肿热痛, 屈伸不利, 疼痛拒按, 同时伴有烦热口渴、舌红、苔黄腻等一系列湿热证候^[10]。

蠲痹历节清方主要用苍术、黄柏、黄芩、茵陈、当归、土茯苓、防己、泽泻、白术、甘草组成, 其中苍术燥湿健脾, 黄柏清热利湿, 共为君药; 黄芩清热燥湿, 土茯苓除湿利关节, 茵陈清热利湿, 为臣药; 佐以防己祛湿通络, 泽泻与白术利水渗湿, 当归活血通经; 甘草为使, 调和诸药。全方共奏清热利湿健脾之功。正清风痛宁主要成分为盐酸青藤碱, 而盐酸青藤碱为中药材青风藤的提取物, 具有祛风除湿、活血通络之功^[11]。

综上所述, 蠲痹历节清方内服配合正清风痛宁外用对急性痛风性关节炎患者疗效确切, 能有效缓

解关节疼痛, 显著降低患者血清中炎症因子和尿酸表达水平。这种内外合治的方法, 具有安全性高、毒副作用小、简单经济等优点, 可以作为临床上治疗急性痛风性关节炎的一种好方法。

参考文献

- [1] 旷惠桃. 中医药治疗痛风研究概述[J]. 湖南中医杂志, 2005, 21(2): 79-80.
- [2] 薛耀明. 痛风的诊断与治疗[M]. 北京: 人民军医出版社, 2004: 21-22.
- [3] 杨雪芳, 王永昌, 王苗慧, 等. 痛风的发病机制与药物治疗研究进展[J]. 中医药导报, 2014, 20(6): 89-91.
- [4] 承良凤, 陆进明. 痛风药物治疗新进展[J]. 中国临床药理学与治疗学, 2015, 10(12): 1066-1071.
- [5] 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.
- [6] 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.
- [7] 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.
- [8] 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: 204-205.
- [9] 周腊梅, 陶娟. 痛风中医文献解析[J]. 风湿病与关节炎, 2012, 1(5): 45-47.
- [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.
- [11] 谢广松. 中西医结合内服外敷治疗急性痛风性关节炎的临床疗效[J]. 深圳中西医结合杂志, 2016, 23(9): 19-20.

(收稿日期: 2017-11-22)