

消痛汤治疗急性痛风性关节炎的临床观察^{*}

胡子毅^{1,2}, 叶菁^{2△}, 蒋小敏²

(1. 南京中医药大学, 江苏 南京 210046; 2. 江西中医药大学附属医院, 江西 南昌 330006)

摘要: **目的** 观察蒋小敏教授消痛汤治疗痛风性关节炎的临床疗效。**方法** 将 80 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 40 例, 治疗组服用消痛汤, 对照组服用双氯芬酸钠缓释片和别嘌醇片, 疗程 4 周。**结果** 治疗组临床痊愈 28 例, 显效 7 例, 有效 3 例, 总有效率 95%; 对照组临床痊愈 17 例, 显效 13 例, 有效 2 例, 总有效率 80%, 2 组总有效率比较有显著性差异 ($P < 0.01$), 2 组治疗后血尿酸、C 反应蛋白、血沉均较治疗前下降 ($P < 0.05$), 且治疗组下降更为显著 ($P < 0.05$)。**结论** 消痛汤治疗急性期痛风临床疗效显著, 且具有较好的降尿酸作用, 值得临床推广。

关键词: 痛风; 关节炎; 消痛汤

中图分类号: R255.6

文献标志码: A

文章编号: 1000-2723(2015)06-0079-03

痛风性关节炎是由于嘌呤代谢紊乱及 (或) 尿酸排泄减少所致, 在高尿酸血症的基础上, 由于尿酸的不断沉积, 形成尿酸盐, 其结晶沉积在关节滑膜、滑囊、软骨, 引起炎症反应, 造成局部关节的疼痛、肿胀。近年来, 痛风的发病年龄逐渐低龄化且发病率呈不断上升趋势^[1], 尿酸酸的增高与高血压、脑卒中、肾衰竭、代谢综合征等疾病也有非常密切的关系^[2]。现代医学对于本病的治疗目前尚无特效方法, 通常在急性期采用抗炎镇痛等对症处理, 慢性缓解期促进尿酸排泄或抑制尿酸合成, 通常能取得一定效果, 但常用的西药毒副作用大且复发率较高^[3], 部分西药作用机制的研究尚不全面, 同时, 西药的生物利用度较低、耐受性差、不良反应较多及价格昂贵等因素, 给痛风患者带来较大的经济负担, 致使其临床运用受到较多限制^[4]。

合理使用中医药可在急性期迅速缓解疼痛, 并能调节失衡的代谢功能, 从根本上解决痛风的病理基础。笔者有幸跟随国家级名中医蒋小敏教授侍诊, 运用自拟消痛汤治疗急性痛风发作, 取得一定疗效。2014 年 1 月-2015 年 1 月本课题组对这一诊疗方案进行了临床研究, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

观察病例为 80 例江西中医药大学附属医院门诊及住院病人, 按随机数字表法, 将其随机分为治疗组和对照组。其中治疗组 40 例, 男性 26 例, 女性 14 例, 年龄 31~66 岁, 平均 45 岁; 对照组 40 例, 男性 29 例, 女 11 例, 年龄 39~70 岁, 平均 42 岁; 2 组临床资料经比较, 无显著性差异, 具有可比性。

1.2 诊断标准

按照中华人民共和国卫生部制定的 1997 年出版的《中药新药治疗痛风的临床研究指导原则》^[5], 参照美国风湿病协会 1977 年制定的有关急性痛风性关节炎诊断标准^[6]。

1.3 纳入标准

①符合痛风的诊断标准; ②年龄 18~75 岁; ③同意并能接受治疗和观察指标检测的患者。

1.4 排除标准

①类风湿性关节炎、化脓性关节炎和创伤性关节炎患者; ②继发性痛风患者; ③合并心、肝、肾功能损害患者。

^{*} 基金项目: 国家中医药管理局第五批名老中医药专家学术经验继承工作项目; 江西省卫生计生委中医药科研计划资助项目 (2014A081)

收稿日期: 2015-07-08

作者简介: 胡子毅 (1981-), 男, 湖北天门人, 主治医师, 在读博士研究生, 研究方向: 中医内科。

△通信作者: 叶菁, E-mail: 39593872@qq.com

1.5 病例的剔除、脱落及中止观察标准

①临床观察过程中,患者依从性差,可能影响资料有效性和安全性的判定。②发生严重不良反应、并发症或特殊生理变化,不宜继续接受临床研究者。③患者提出或自行退出者。④因各种原因疗程未结束而退出临床观察,如失访、死亡者。

2 治疗方法

基础治疗:低热能膳食,避免高嘌呤食物(如海鲜、蘑菇、豆制品等);严格戒饮各种酒类,每日饮水>2000mL;急性发作应绝对卧床,抬高患肢,冰敷,避免负重。

对照组口服双氯芬酸钠缓释片 75mg,1 次/d。疼痛得到控制则立即停药;症状缓解期服别嘌醇 0.05g,2 次/d,服用 1 周后改为 0.1g/次,3 次/d。

治疗组口服蒋小敏教授经验方:炒杜仲 30g,生地 15 g,百合 25g,防己 10g,金钱草 15g,车前草 15g,威灵仙 20g,粉萆薢 15g,苍术 10g,白术 30g,土茯苓 10g,黄柏 10g,丹皮 10g,伸筋草 15g,忍冬藤 30g,白豆蔻 6g,川牛膝 10g,薏苡仁 10g,生甘草 6g。高热不退者加生石膏、知母;关节肿痛不消者加桑枝、赤芍药;湿盛纳呆者加苍术、砂仁。由江西中医药大学附属医院煎药室统一代煎,每日 1 剂,水煎 2 次,共取药汁 300mL,分早餐和晚餐后 1h 各服 150mL。2 组连续治疗 4 周,在此治疗过程中,患者不服用对治疗痛风性关节炎的其他药物。

3 观察指标

(1)记录治疗前后主要症状、体征评分^[9]

①疼痛:1 分,轻度疼痛,但仍可从事正常工作;2 分,中度疼痛,虽然影响工作,但能生活自理;3 分,疼痛严重,难以忍受,严重影响休息和工作。

②关节压痛:1 分,压之诉痛;2 分,压之诉痛伴皱眉;3 分,压之诉痛伴不自主关节退缩。

③关节急性红肿:1 分,关节淡红,轻度肿胀,皮肤纹理变浅,关节的骨标志仍明显;2 分,关节红,肿胀明显,皮肤纹理基本消失,骨标志不明显;3 分,关节深红,重度肿胀,皮肤紧,骨标志消失。

④活动受限:1 分,关节活动轻度受限,关节活动范围减少<1/3;2 分,关节活动明显受限,关节活动范围减少≥1/3 分;3 分,关节活动严重受限,关节活动范围减少≥2/3。

(2)2 组患者治疗前、后血尿酸、血沉、C 反应蛋白的水平变化

4 疗效标准

疗效判定标准:参照《中药新药临床研究指导原则》^[9]拟定:临床痊愈:症状完全消失、关节功能恢复正常,主要理化检查指标正常;显效:主要症状消失,关节功能基本恢复,主要理化检查指标基本正常;有效:主要症状基本消失,主要关节功能和理化检查指标有所改善;无效:与治疗前相比,各方面均无改善。

5 统计学方法

组间比较采用 χ^2 检验,计量资料用 t 检验,等级资料用 Ridit 检验。

6 结果

6.1 2 组治疗前后临床疗效比较

治疗 4 周后,治疗组总有效率为 95%,对照组总有效率为 80%,治疗组疗效明显优于对照组,经比较有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 2 组治疗前后疗效比较表

组别	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率/%
治疗组	28	7	3	2	95 [▲]
对照组	17	13	2	8	80

注:治疗组和对照组比较,▲ $P<0.05$ 。

6.2 2 组治疗前后血沉、血尿酸、C 反应蛋白比较

2 组治疗前后血沉、血尿酸、C 反应蛋白水平均有明显下降,比较有统计学差异($P<0.01$);2 组间比较治疗组治疗后血沉、血尿酸、C 反应蛋白水平下降与对照组相比有显著性差异($P<0.05$)。见表 2。

表 2 2 组治疗前后血沉、血尿酸、C 反应蛋白比较表

组别	时间	血沉	尿酸	C 反应蛋白
治疗组	治疗前	48.8±12.6	533.9±95.7	23.6±7.3
	治疗后	22.5±7.3 [△] *	314.5±43.9 [△] *	9.6±4.6 [△] *
对照组	治疗前	49.2±13.2	531.4±88.9	22.8±6.9
	治疗后	34.6±6.6 [△]	388.7±56.8 [△]	12.4±6.3 [△]

注:2 组与本组治疗前比较,[△] $P<0.01$;治疗组与对照组治疗后比较,* $P<0.05$

7 讨论

近年来,随着人民群众生活水平的不断提高,高尿酸血症及痛风性关节炎的发病不断增多,卢伊健等^[7]通过研究证实高尿酸引起的尿酸盐沉积,以及在此基础上局部白细胞等炎性因子参与下最终形成痛风。目前西医对于痛风性关节炎的发病机制

尚不清楚,非甾类抗炎药已经成为治疗痛风性关节炎的一线药物^[8]。痛风性关节炎属中医学中的“痹症”“脚气”“痛风”“历节”“痰火毒”范畴。此病病因其病因大多数医家认为是因平素饮食不节,过食肥甘厚味,使脏腑经络先有积热,致使湿热瘀滞于肌肉关节,阻碍经络气血运行,血气不痛而致本病的发生。如尤在径《金匱翼》中有云:“脏腑经络,先有蓄热,而复遇风寒湿气客之,热为寒郁,气不得通,久之寒亦化热……”现代医家也大多认为本病的发生与湿热浊毒有关,赵凯^[9]对名老中医奚九一教授治疗痛风的经验进行了总结,提出“脾肾两虚、内湿致痹”的学术观点;孙素平^[10]则主张痛风之病机非外感邪气所致,当责之湿热浊毒流注经络骨节而成,故治疗上大多采用清热祛湿止痛为主治疗急性痛风发作;还有学者认为本病应清热解毒、利尿、排石三者并重。其主方也大多以四妙散为主^[11]。

笔者在前人认识的基础上,认为本病乃因患者先天禀赋不足,脾肾气化功能不足,湿浊失于运化,加之后天膏粱厚味太过,脾肾特别是脾胃功能受损致使气化功能失常,加之外感风寒湿邪,郁久成浊,湿浊痹阻经络,阻滞气机,留滞脏腑,湿浊外注关节,导致关节经络血脉气血不畅,湿浊瘀阻于关节,而产生红肿热痛诸症。由于脾肾气化功能下降,湿浊内生,反过来湿浊又会进一步阻滞正常的气化功能,形成恶性循环。故本病以脏腑功能特别是脾肾功能失调、湿浊流注脏腑为本,以湿热浊为标。现代医家大多集中在利水渗湿药、清热药、补虚药、祛风湿药和活血化瘀药这几大类,主要针对湿、热、痰、虚、瘀^[12]。消痛汤在治疗上不仅重视清热利湿、化痰消浊,而且特别重视恢复脾的运化功能、肾的气化功能,通过利湿、补肾、健脾、化浊等方法达到开通水道。方中重用杜仲、白术、生地,三药同用,可健脾补肾,恢复肾之气化及脾运化水湿之功;有实验表明杜仲可兴奋垂体-肾上腺皮质系统、增强肾上腺皮质功能,能有效地恢复脾肾的气化功能^[13];白术能健脾除湿,其主要成分白术内酯Ⅰ具有较明显的健脾作用^[14]。董海燕等通过实验证实,白术中的多种成分共同作用,能显著抑制急性炎症反应^[15]。金钱草、萆薢、防己、土茯苓清利湿热化浊,四药合伍,可通过促进尿酸的排泄,来降低尿酸的沉积;丹皮、黄柏可养阴清热;威灵仙、伸筋草、忍冬藤共同可祛风除痹止痛;百合养阴清热,《本经》载其虽曰甘平,然古

今主治,皆以清热泄降为义。诸药合用,清热利湿泄浊,补肾健脾止痛,能有效缓解痛风性关节炎的关节疼痛及降低血尿酸水平。通过本实验可见,服用消痛汤可明显减轻痛风性关节炎患者关节疼痛的症状及体征,其疗效优于西药组,同时服用该方后能增加尿量,从而促进尿酸排泄,且不会出现明显的不良反应,其疗效优于单纯使用西药的对照组。由此可知,应用自拟消痛汤治疗痛风性关节炎,可明显增加尿酸排出,降低体内血尿酸含量,可调节机体的嘌呤代谢紊乱,减轻炎症损伤,其临床效果较为理想,值得推广。

参考文献:

- [1] 王林丽,孟德胜,张瑶. 中西药物治疗痛风的研究进展[J]. 中国药业,2009,18(17):79-80.
- [2] 胡大一,丁荣晶. 对无症状高尿酸血症诊断治疗进展的几点思考[J]. 中国心血管杂志,2010,15(6):409-411.
- [3] 王一飞,李伯华,张明,等. 中西医结合分期综合治疗痛风性关节炎的随机对照临床研究[J]. 中西医结合学报,2008,6(6):576-580.
- [4] 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):89-92.
- [5] 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,2002:371.
- [6] 周翠英,孙素平,傅新利. 风湿病中西医诊疗学-痛风[M]. 北京:中国中医药出版社,1998:425-446.
- [7] 卢伊健. 结缔组织病中西医诊疗学[M]. 北京:人民卫生出版社,1992:494.
- [8] 姚祖培,陈建新. 朱良春治疗痛风的经验[J]. 中医杂志,1989,30(3):16.
- [9] 赵凯,张磊,赵兆琳. 奚九一教授治疗痛风经验介绍[J]. 河南中医,2008,28(11):30-31.
- [10] 周青华. 孙素平从浊毒辨治痛风经验总结[J]. 中医学报,2010,25(1):56-57.
- [11] 曾宪章,宋原敏. 四妙散加味治疗急性痛风性关节炎60例总结[J]. 湖南中医杂志,2013,29(2):68-69.
- [12] 佟金秋,马宝东,陈岩秋. 痛风内治法用药规律系统综述[J]. 实用中医内科杂志,2013,27(10):1-2.
- [13] 徐诗伦,黄武光,刘敏,等. 杜仲对体液免疫功能的影响[J]. 中药通报,1986,11(3):54.
- [14] 李伟,文红梅,崔小兵,等. 白术健脾有效成分研究[J]. 南京中医药大学学报,2006,22(6):366-367.
- [15] 董海燕,董亚琳,贺浪冲,等. 白术抗炎活性成分的研究[J]. 中国药理学杂志,2007,42(14):1055-1059.

(编辑:徐建平)

(英文摘要见第85页)

- study with comparison group and 1-year follow-up[J]. Spine, 2007, 32(18): 2031-2034.
- [4] Koes BW, van Tulder MW, Ostelo R, et al. Clinical guidelines for the management of low back pain in primary care: an international comparison[J]. Spine, 2001, 26(22): 2504-2513.
- [5] 李志新, 郭险峰. 社区骨科康复手册[M]. 北京: 人民军医出版社, 2011: 141-142, 166-173.
- [6] 孙戴, 林德快, 林建强. 推拿结合悬吊运动训练对慢性非特异性腰痛的临床疗效观察[J]. 颈腰痛杂志, 2014, 35(2): 134-136.
- [7] Huskisson EC, Jone J, Scott PJ. Application of visual analogue scales to the measurement of functional capacity[J]. Rheumatology and Rehabilitation, 1976, 15: 185.
- [8] Fairbank JC, Pynsent PB. The Oswestry disability index[J]. Spine, 2000, 25: 2940-2952.
- [9] 师东良, 王予彬. 核心稳定训练对非特异性下背痛的治疗作用[J]. 中国康复医学杂志, 2011, 26(7): 695-698.
- [10] 顾新. 下背痛的物理治疗[J]. 中国康复医学杂志, 2009, 24(1): 86-88.
- [11] Hodges PW, Richardson CA. Contraction of the abdominal muscles associated with movement of the lower limb[J]. Phys Ther, 1997, 77(2): 132-142.
- [12] Hodges PW, Richardson CA. Delayed postural contraction of transversus abdominis in low back pain associated with movement of the lower limb[J]. J Spinal Disord, 1998, 11(1): 46-56.
- [13] 李祖虹, 刘琦, 章志超. 悬吊运动疗法治疗腰椎间盘突出症患者的疗效观察[J]. 中华物理医学杂志, 2013, 35(5): 393-395.
- [14] 刘喆, 郭险峰. 悬吊运动训练对慢性非特异性腰痛的疗效观察[J]. 中国康复理论与实践, 2012, 18(7): 669-670.
- [15] 刘光明, 陈建华. 手术、推拿对腰椎稳定性影响的研究进展[J]. 颈腰痛杂志, 2011, 32(2): 138-140.

(编辑: 徐建平)

Effects of Suspension Training Therapy and Massage on Chronic Nonspecific Low Back Pain

SUN Dai, ZHAN Qiang, SUN Dong, LUO Huasong

(Guangxing Hospital of Zhejiang Chinese Medical University, Hangzhou 310006, China)

ABSTRACT: **Objective** To observe the suspension training combined with Tuina Group and Celecoxib Drug Group on chronic nonspecific low back pain of clinical efficacy. **Methods** Choose 120 patients met the inclusion criteria of chronic nonspecific low back pain patients, using randomly divided into two groups, each group of 60 people. The quantitative comparison of efficacy in the group: two groups of the respective VAS, ODI score before treatment and after treatment respectively. **Results** Suspension training combined with Tuina in patients with chronic nonspecific low back pain is better than celecoxib drug group. **Conclusion** The two groups in improving chronic nonspecific patients' quality of life and clinical symptoms were effective, but suspension training combined with tuina group is better than drug group.

KEY WORDS: chronic nonspecific low back pain; Oswestry disability index; suspension training; core muscles for stabilization; core stabilization training; Tuina; Celecoxib; clinical observation

(原文见第 79 页)

Xiaotong Decoction in Treatment of Acute Gouty Arthritis Clinical Observation

HU Ziyi^{1,2}, YE Jing², JIANG Xiaomin²

(1. Nanjing University of Traditional Chinese Medicine, Nanjing 210046, China;

2. Jiangxi university of Traditional Chinese Medicine Hospital, NanChang 330006, China)

ABSTRACT: **Objective** To observe the clinical curative effect of Xiaotong decoction to the acute gout disease by professor Jiang Xiao Min. **Methods** 80 cases of acute gouty arthritis patients were randomly divided into treatment group and control group, 40 cases in each group, the treatment group take Xiaotong decoction, the control group take ziban diclofenac sodium and allopurinol of 4 weeks. **Results** 28 cases of the treatment group were clinical recovered, 7 cases were markedly improved, 3 cases were effected, the total effective rate is 95%; 17 cases of the control group were clinical recovered, 13 cases were markedly improved, 2 cases were effected, the total effective rate is 80%. The total effective rate of the two group have significant difference ($P < 0.05$). The blood uric acid, c-reactive protein and blood sedimentation of the two groups were lower after treatment than before ($P < 0.01$), and the treatment group decreased more significantly ($P < 0.05$). **Conclusion** Xiaotong decoction has clinical effect of acute gout disease, and has good effect of lowering uric acid which has worthy clinical promotion.

KEY WORDS: gout disease; arthritis; Xiaotong decoction