

应用药物铺灸疗法辨证治疗痛风病 78 例临床观察

郑新颖

(秦皇岛市中医医院, 秦皇岛, 066000)

摘要 目的:研究应用药物铺灸疗法辨证治疗痛风病的临床疗效。方法:选取 2015 年 1 月至 2016 年 12 月期间秦皇岛市中医医院收治的痛风患者 78 例作为研究对象,根据随机数表法分为对照组、观察组,各 39 例。对照组患者采用秋水仙碱等对症治疗,观察组患者采用药物铺灸疗法辨证治疗,持续治疗 2 周,后给予患者 1~3 个月随访。比较 2 组患者治疗前后疼痛程度变化及治疗后肌酐(Cre)、血尿素氮(BUN)、尿酸(UA)水平、生命质量。结果:治疗后,2 组患者疼痛 VAS 评分均低于治疗前,且观察组低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者的 Cre、BUN、UA 水平均低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者社会功能、生理功能、健康自我认识、心理功能评分均高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:应用药物铺灸疗法辨证治疗痛风病效果显著,能有效减轻患者疼痛程度,调节血清 Cre、BUN、UA 水平,缓解临床症状与体征,改善患者生命质量。

关键词 药物铺灸疗法;痛风;临床疗效

Clinical Observation on 78 Cases of Gout Treated by Drug Assisted Moxibustion Therapy

Zheng Xinying

(Qinhuangdao Traditional Chinese Medicine Hospital, Qinhuangdao 066000, China)

Abstract Objective: To study the clinical efficacy of syndrome differentiation treatment of gout with drug assisted moxibustion therapy. **Methods:** A total of 78 cases of gout patients from January 2015 to December 2016 in our hospital for treatment were selected as the object of study. The patients were divided into control group and study group according to the random number table method, with 39 cases in each group. The patients in the control group were treated with colchicine. The patients in the study group were treated with drug-assisted moxibustion therapy for 2 weeks. The patients were followed up for 1-3 months. The levels of serum creatinine (Cre), blood urea nitrogen (BUN), uric acid (UA) and quality of life were compared between the two groups before and after treatment. **Results:** After treatment, the VAS scores of the two groups were lower than those before treatment, and the study group was lower than the control group. The difference was statistically significant ($P < 0.05$). The levels of Cre, BUN and UA in the study group were lower than those in the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). The scores of social function, physiological function, healthy self-cognition and psychological function of the study group were higher than those of the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion:** Drug-assisted moxibustion therapy based on syndrome differentiation treatment of gout has significant effects, and can effectively reduce the degree of pain in patients with regulation of serum Cre, BUN, UA levels, relieving clinical symptoms and signs and improving patient quality of life.

Key Words Drug assisted moxibustion therapy; Gout; Clinical efficacy

中图分类号:R242 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2017.12.026

痛风作为临床常见疾病,患者多存在慢性关节炎、尿酸升高及肾脏损伤等相关症状表现,对患者身心健康具有严重危害,是医学界关注的重点^[1]。目前,临床医学针对痛风的治疗尚无治愈疗法,故目的在于快速控制急性发作及预防复发,对高尿酸血症进行纠正,避免尿酸盐沉积引起关节破坏、损害肾脏,或是利用手术将痛风石剔除,经矫形手术对毁损关节进行纠正,改善患者生命质量^[2]。目前,临床医学针对痛风多在控制饮食基础上,针对急性痛风关

节炎患者,给予非甾体类抗炎药、糖皮质激素及秋水仙碱等药物治疗为主;针对间歇期及慢性期患者而言,多以碱性药物、抑制尿酸生成药、新型降尿酸药及促尿酸排泄药等药物为主;但疗效存在差异,治疗效果欠佳,无法在长时间内对患者病情进行良好控制^[3]。中医学认为痛风属于“痹症”等范畴,将其分为风湿热痹、气血亏虚、风寒湿痹及痰瘀痹阻 4 类,其中医学治疗主张辨证施治、标本兼治,在治疗痛风方面历史悠久,疗效显著^[4]。基于此,本研究给予

78 例痛风患者应用药物铺灸疗法辨证治疗,分析其治疗效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 1 月至 2016 年 12 月期间在我院接受诊治的 78 例痛风患者作为研究对象,均符合入选标准。根据随机数表法分为对照组、观察组,各 39 例。对照组中男 23 例,女 16 例,年龄 35 ~ 70 岁,平均年龄(45.6 ± 4.2)岁;病程 5 个月至 8 年,平均病程(5.1 ± 0.5)年;病症类型:9 例风寒湿痹型,8 例痰瘀痹阻型,12 例湿热痹阻型,10 例气血亏虚型。观察组中男 25 例,女 14 例,年龄 35 ~ 70 岁,平均年龄(45.3 ± 4.8)岁;病程 6 个月至 8 年,平均病程(5.3 ± 0.6)年;病症类型:8 例风寒湿痹型,7 例痰瘀痹阻型,13 例湿热痹阻型,11 例气血亏虚型。2 组患者基本资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 1) 国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》中的“痛风的诊断依据、证候分类、疗效评定”标准;2) 多以单个趾关节,卒然红肿疼痛,逐渐痛剧如虎咬,昼轻夜甚,反复发作;3) 反复发作后,可伴有关节周围及耳郭、耳轮和趾、指骨间出现“块”(痛风石)。

1.3 纳入标准 1) 所有入选对象均经检查确诊为痛风;2) 无精神疾病、意识障碍;3) 无药物过敏史,排除易过敏体质;4) 本研究经我院伦理委员会批准;5) 所有患者及其家属对本研究均知情,并签署知情同意书^[5]。

1.4 排除标准 1) 存在严重的心脏、肝、肾等脏器功能疾病^[6];2) 合并有血液系统、精神系统疾病。

1.5 脱落与剔除标准 1) 存在其他并发症者;2) 非自愿参加者;3) 临床资料不完整者。

1.6 治疗方法

1.6.1 对照组 对照组患者接受常规的西医治疗,疼痛急性发作给予患者秋水仙碱(西双版纳版纳药业有限责任公司,国药准字 H53021369)口服治疗,0.5 ~ 1 mg/1 ~ 2 h,直到关节症状缓解,或发生呕吐、腹泻,常规治疗量是 3 ~ 5 mg,且 24 h 内患者用量 ≤ 6 mg,在停药 72 h 后改为 0.5 ~ 1.5 mg/d,分次服用,持续应用 7 d。

1.6.2 观察组 观察组患者采用药物铺灸疗法辨证治疗,先根据患者痛风症状实施分型,方内基本药物包括川芎、防风、补骨脂、海风藤、土鳖甲、追地风、川乌及祖师麻各 50 g,1 g 人工麝香,先对上述药材进行研磨备用;针对风寒湿痹型痛风者,加入 100 g

苍术、100 g 秦艽、100 g 肉桂、500 g 鲜生姜泥、50 mL 鲜姜汁;针对痰瘀痹阻型痛风者,加入 100 g 肉桂、100 g 半夏、500 g 鲜大蒜泥、50 mL 鲜大蒜汁;针对湿热痹阻型痛风者,加入 100 g 忍冬藤、100 g 苍术及 100 g 黄柏;针对气血亏虚型痛风者,加入 100 g 当归、100 g 黄芪,并备用 50 mL 鲜生姜汁。给予患者铺灸治疗时,帮助患者维持舒适体位,根据先主穴、后配穴基本原则实施铺灸治疗,给予铺灸维持常规清洁、消毒,依据不同分型选用相应汁液对铺灸部位进行擦拭,并将铺灸药粉撒于此部位,将厚度为 0.1 cm 为准;将艾绒制成适宜的艾柱状,并放在药饼上,开展多位点燃,让其自然燃烧,在患者无法耐受时更换新艾柱,常规灸 3 ~ 5 壮,再对存在温热的药饼进行固定,在温热散尽后将铺灸材料去除。铺灸 1 次/2 d,7 次为 1 个疗程,持续治疗 2 周。治疗后给予 2 组患者 1 ~ 3 个月随访。

1.7 观察指标 观察并比较 2 组患者治疗前后疼痛程度变化及治疗后血清指标(Cre、BUN、UA)水平、生命质量。1) 疼痛程度:采用视觉模拟评分法(VAS)对患者治疗前后疼痛程度进行评估,由患者根据自身疼痛情况进行判定,总分 0 ~ 10 分,0 分代表无痛感,10 分代表剧烈疼痛、无法忍受,即评分越高代表患者疼痛越严重^[7]。2) Cre、BUN 及 UA:所有患者在治疗后早晨空腹状态下采集 3 ~ 5 mL 肘静脉血,经 2 500 r/min 离心 10 min,留取上清液,放入 -20 °C 冰箱内保存,待测。采用苦味酸速率法检测 Cre,应用质谱法检测血尿酸,应用速率法检测血尿素氮水平^[8]。3) 生命质量:采用痛风患者生命质量量表、结合患者临床特点对患者治疗后生命质量进行评估^[9],包括社会功能、生理功能、健康自我认识、心理功能 4 个维度,30 个条目,每个条目用 1 ~ 5 分 5 级评分法,总分 150 分,评分越高代表患者生命质量越高。

1.8 疗效判定标准 1) 治愈:症状消失,实验室检查正常;2) 好转:关节肿胀消退,疼痛缓解,实验室检查有所改善。3) 无效:症状及实验室检查无变化。

1.9 统计学方法 采用 SPSS 20.0 统计学软件进行数据分析,计数资料以百分数和例数表示,组间比较采用 χ^2 检验;计量资料采用“ $\bar{x} \pm s$ ”表示,组间比较采用 t 检验;以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 疼痛程度 治疗后 2 组患者疼痛 VAS 评分均低于治疗前,且观察组低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者治疗前后疼痛 VAS 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>
对照组(<i>n</i> = 39)	7.6 ± 1.5	5.7 ± 1.2	6.177	0.014
观察组(<i>n</i> = 39)	7.4 ± 2.0	3.5 ± 1.4	9.976	0.009
<i>t</i>	0.500	7.451		
<i>P</i>	0.634	0.011		

2.2 血清指标 治疗后观察组患者的 Cre、BUN、UA 水平均低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 治疗后 2 组患者 Cre、BUN、UA 水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	Cre(mmol/L)	BUN(mol/L)	UA(mmol/L)
对照组(<i>n</i> = 39)	9.6 ± 3.3	124.6 ± 17.3	420.2 ± 44.3
观察组(<i>n</i> = 39)	6.2 ± 2.4	94.7 ± 12.6	354.5 ± 43.3
<i>t</i>	5.204	8.725	6.623
<i>P</i>	0.017	0.004	0.000

2.3 生命质量 治疗后观察组患者社会功能、生理功能、健康自我认识、心理功能评分均高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 治疗后 2 组患者生命质量比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	社会功能	生理功能	健康自我认识	心理功能
对照组(<i>n</i> = 39)	32.1 ± 6.3	37.2 ± 3.1	22.3 ± 1.0	15.6 ± 3.3
观察组(<i>n</i> = 39)	40.6 ± 3.5	42.6 ± 2.1	24.7 ± 1.8	18.2 ± 2.9
<i>t</i>	7.366	9.006	7.279	3.696
<i>P</i>	0.008	0.011	0.015	0.029

3 讨论

痛风作为常见的异质性疾病,是指获得性、遗传性导致的尿酸排泄减少、嘌呤代谢异常情况,临床症状表现为关节炎、高尿酸血症呈急性、慢性的反复发作^[10]。研究发现,随着人们生活水平的改善,饮食结构、生活习惯发生改变,人们蛋白质食物摄入较多,痛风发病率呈显著增长趋势,且越来越趋于年轻化,严重危害人们健康及生命质量^[11]。目前,临床医学针对痛风尚无疗效显著的根治方法,治疗多以对痛风性关节炎的急性发作进行控制,且减少血尿酸表达,避免尿酸盐沉积及肾脏损害、关节破坏等为主,同时为预防痛风发作,需对患者的饮食进行控制,帮助患者养成良好的饮食习惯,并辅以药物治疗,但多数患者仍存在较高的复发风险^[12-13]。

中医学认为痛风属于“痹症”范畴,且与相关典籍内“痛风”“历节”“痰火毒”及“脚气”等相关病症类似。中医学认为因其走注关节,具有剧烈痛势,甚如虎咬,又称“白虎历节”。中医学对痛风的病机、病因进行探讨发现,脾肾亏虚为痛风发作主要病机,与年老体衰、素体禀赋不足等有关^[14];而痰、湿、瘀

为痛风发作重要病机,痛风性关节炎患者在急性发作期,其受累的关节出现痛、红、热及肿等情况,且存在关节受限,病机表现为湿热邪毒,郁于关节,阻碍气血运行,造成关节发病,多发于夜半时间;提示痛风病在血,除与湿热有关之外,存在瘀血,关节疼痛日久,引起关节漫肿畸形,属于痰瘀胶固导致^[15]。同时饮食不节、情志不畅及寒湿为痛风发作促进因素,且浊毒贯穿整个痛风过程。中医治疗痛风病主张辨证治疗、分期治疗、标本兼治,并采用经验方加减治疗^[16]。近年来,随着药物辅灸疗法辨证治疗技术的发展与改进,在治疗痛风病方面发挥重要作用,其以防风、祛风治疗为首选,主张针对不同病症类型实施相应药物辅灸治疗;而方内祖师麻及川芎具有活血化瘀等作用^[17];《日华子本草》记载:“川芎治一切风,一切气,一切劳损,一切血,补五劳,壮筋骨,调众脉,破症结宿血,养新血,长肉,鼻洪,吐血及溺血,痔瘻,脑痛发背,瘰病癭赘,疮疥,及排脓消瘀血”;《陕西中草药》指出:“祖师麻祛风除湿,温中散寒。治感冒,风湿疼痛,中风麻木,半身不遂,皮肤痒疹”^[18];黄芪可补益气血,苍术及忍冬藤能清热利湿,辅以蒲公英、大蒜等相关灸材,可对痛风病进行较好的控制,控制病情进一步发作。本研究结果显示,治疗后观察组患者疼痛、血清 Cre、BUN、UA 水平及生命质量改善效果均优于对照组;提示应用药物辅灸辨证治疗痛风病效果显著,能有效调节患者血清指标,减轻疼痛感,对患者康复治疗具有促进作用。但本研究存在一定不足,未对患者用药安全性及远期疗效进行分析,后面可增加样本量进行深入性分析。

综上所述,应用药物辅灸疗法辨证治疗痛风病效果显著,能有效减轻患者疼痛程度,调节血清 Cre、BUN、UA 等指标水平,缓解临床症状与体征,改善患者生命质量,促进患者康复,值得临床推广。

参考文献

[1] 廖光惠. 痛风的发病机制与治疗研究进展[J]. 中外医学研究, 2017, 15(8): 161-163.

[2] 陈光亮, 周媛凤, 张颖. 治疗痛风和高尿酸血症药物研究进展[J]. 中国临床药理学与治疗学, 2017, 22(1): 104-109.

[3] 袁建丽, 彭梦仙, 孙敏, 等. 痛风发病机理及其药物治疗现状和展望[J]. 中国药事, 2014, 28(1): 86-90.

[4] Hira D, Chisaki Y, Noda S, et al. Population Pharmacokinetics and Therapeutic Efficacy of Febuxostat in Patients with Severe Renal Impairment[J]. Pharmacology, 2015, 96(2): 90-98.

[5] 江顺奎, 侯敏, 杨瑞宇, 等. 金藤痛风饮治疗原发性痛风急性期湿热蕴结证 50 例疗效观察[J]. 内蒙古中医药, 2016, 35(16): 2-3.

(下接第 2974 页)

- ract Surgery: A Randomized Controlled Trial[J]. *Am J Ophthalmol*, 2016, 163(25):122-131.
- [7] Mojzis P, Studeny P, Werner L, et al. Late opacification of a hydrophilic acrylic intraocular lens in Europe[J]. *Eur J Ophthalmol*, 2016, 26(2):24-26.
- [8] Higuchi A, Oonishi E, Kawakita T, et al. Evaluation of treatment for dry eye with 2-hydroxyestradiol using a dry eye rat model[J]. *Mol Vis*, 2016, 22(25):446-453.
- [9] White CJ, DiPasquale SA, Byrne ME. Controlled Release of Multiple Therapeutics from Silicone Hydrogel Contact Lenses[J]. *Optom Vis Sci*, 2016, 93(4):377-386.
- [10] Symes RJ, Forooghian F. Topical difluprednate monotherapy for uveitic macular edema[J]. *Can J Ophthalmol*, 2016, 51(1):47-49.
- [11] Lee JS, Kim YH, Park YM. The Toxicity of Nonsteroidal Anti-inflammatory Eye Drops against Human Corneal Epithelial Cells in Vitro[J]. *J Korean Med Sci*, 2015, 30(12):1856-1864.
- [12] Colligris B, Crooke A, Huete-Toral F, et al. An update on dry eye disease molecular treatment; advances in drug pipelines[J]. *Expert Opin Pharmacother*, 2014, 15(10):1371-1390.
- [13] Gadaria-Rathod N, Lee KI, Asbell PA. Emerging drugs for the treatment of dry eye disease[J]. *Expert Opin Emerg Drugs*, 2013, 18(2):121-136.
- [14] Skaliky SE, Petsoglou C, Gurbaxani A, et al. New agents for treating dry eye syndrome[J]. *Curr Allergy Asthma Rep*, 2013, 13(3):322-328.
- [15] Hoerster R, Stanzel TP, Bachmann BO, et al. Intensified Topical Steroids as Prophylaxis for Macular Edema After Posterior Lamellar Keratoplasty Combined With Cataract Surgery[J]. *Am J Ophthalmol*, 2016, 163(86):174-179.
- [16] Hall JQ, Ridder WH, Nguyen AL, et al. Visual effect and residence time of artificial tears in dry eye subjects[J]. *Optom Vis Sci*, 2011, 88(7):872-880.
- [17] Sharma N, Thenarasun SA, Kaur M, et al. Adjuvant Role of Amniotic Membrane Transplantation in Acute Ocular Stevens-Johnson Syndrome: A Randomized Control Trial[J]. *Ophthalmology*, 2016, 123(3):484-491.
- [18] Kim YH, Jung JC, Jung SY, et al. Comparison of the Efficacy of Fluorometholone With and Without Benzalkonium Chloride in Ocular Surface Disease[J]. *Cornea*, 2016, 35(2):234-242.
- [19] Razali N, Agarwal R, Agarwal P, et al. Topical trans-resveratrol ameliorates steroid-induced anterior and posterior segment changes in rats[J]. *Exp Eye Res*, 2016, 143(237):9-16.
- [20] Kawahara A, Utsunomiya T, Kato Y, et al. Comparison of effect of nepafenac and diclofenac ophthalmic solutions on cornea, tear film, and ocular surface after cataract surgery: the results of a randomized trial[J]. *Clin Ophthalmol*, 2016, 10(35):385-391.
- (2017-02-22 收稿 责任编辑:杨觉雄)

(上接第 2970 页)

- [6] 康钦凌. 中西医结合分期综合防治对痛风患者生命质量影响研究[J]. *亚太传统医药*, 2015, 11(22):74-75.
- [7] Becker M A, Mac Donald P A, Hunt B J, et al. Diabetes and gout: efficacy and safety of febuxostat and allopurinol[J]. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 2013, 15(11):1049-1055.
- [8] 栗明, 杨珊珊, 杨可, 等. 痛风的中医治疗进展[J]. *中医药学报*, 2016, 44(6):92-95.
- [9] 张睿, 刘帅辉, 于珮. 痛风合并慢性肾脏疾病的药物治疗[J]. *国际内分泌代谢杂志*, 2016, 36(2):82-88.
- [10] Xu S, Liu X, Ming J, et al. A phase 3, multicenter, randomized, allopurinol-controlled study assessing the safety and efficacy of oral febuxostat in Chinese gout patients with hyperuricemia[J]. *International journal of rheumatic diseases*, 2015, 18(6):669-678.
- [11] 黄敬群, 张军勇, 李伟中, 等. 槲皮素对痛风性关节炎大鼠的治疗作用及肾功能的影响[J]. *天津医药*, 2016, 44(2):188-192.
- [12] 刘淑平, 姚勇, 叶锦棠, 等. 儿童原发性痛风可能致病基因分析[J]. *临床儿科杂志*, 2014, 32(06):574-578.
- [13] Huang X, Du H, Gu J, et al. An allopurinol-controlled, multicenter, randomized, double-blind, parallel between-group, comparative study of febuxostat in Chinese patients with gout and hyperuricemia[J]. *International journal of rheumatic diseases*, 2014, 17(06):679-686.
- [14] 车妙琳, 刘上, 哪化, 等. 血清尿酸水平与咕脏手术后急性肾损伤的关系研究[J]. *上海交通大学学报:医学版*, 2012, 32(3):312-316.
- [15] 王新贤, 殷海波, 陈亚光, 等. 从伏气学说探讨痛风的发病特点及临床辨治[J]. *中医杂志*, 2016, 57(13):1168-1170.
- [16] 任传路, 蒋天如, 高纯, 等. 血清化抑素 C、超敏 CRP 和尿微量白蛋白联合诊断痛风患者早期肾功能损伤[J]. *第二军医大学学报*, 2010, 31(11):1198-1200.
- [17] 李文华, 李东野, 徐通达, 等. 血对冠沁病患者冠状动脉介入治疗术后急性造影剂肾损伤的影响[J]. *中华临床医师杂志:连续型电子期刊*, 2011, 5(20):6033-6038.
- [18] 倪妮, 王代红, 王沂芹, 等. 主动脉夹层术后急性肾损伤行肾脏替代治疗 1 例[J]. *第三军医大学学报*, 2014, 36(12):1344.
- (2017-11-10 收稿 责任编辑:徐颖)