

火针联合苗药药酒涂擦治疗急性痛风性关节炎 102 例临床研究

石丽香 武少锋 南惠军 韦冠齐 贾文燕
(广西融水苗族自治县人民医院, 广西融水 545300)

摘要 目的:观察火针联合苗药药酒涂擦治疗急性痛风性关节炎的临床疗效。方法:将199例急性痛风性关节炎患者随机分为治疗组102例和对照组97例,对照组采用常规西药治疗,治疗组给予火针联合苗药药酒涂擦治疗。2组均连续治疗7d,随访6个月。比较2组患者治疗前后尿酸(UA)、血沉(ESR)、炎症因子及McGill疼痛评分的变化情况,并评估临床疗效及复发情况。结果:治疗组总有效率为90.20%,优于对照组的78.35% ($P<0.05$)。2组患者治疗后McGill疼痛评分及ESR、UA、炎症因子水平均较治疗前明显降低($P<0.05$),且治疗组治疗后上述指标改善情况均明显优于对照组($P<0.05$)。随访6个月期间,治疗组痛风性关节炎复发率明显低于对照组($P<0.05$)。结论:火针联合苗药药酒涂擦能有效缓解痛风性关节炎急性发作期患者疼痛症状,降低尿酸水平,减轻炎症反应,短期内可降低复发率。

关键词 苗药药酒;火针;急性痛风性关节炎;尿酸;血沉;炎症因子

中图分类号 R589.705 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2019)05-0066-03

基金项目 2017年度应用技术与开发计划项目第一批(20170103)

痛风性关节炎是由于嘌呤代谢障碍,尿酸盐于关节内沉积所致的炎性疾病。急性发作期以关节肿痛、血尿酸增高为主要表现,极大影响患者的工作和生活。目前我国痛风性关节炎发病率为3%左右,且逐年上升^[1]。临床上主要采用秋水仙碱、碳酸氢钠及非甾体类药物治疗,但长期使用会影响患者的肝肾功能,且易产生耐药性。有研究报道,火针通过刺激穴位,配合苗药药酒外擦,可以温通经脉、行气活血、平衡阴阳^[2],迅速缓解急性痛风性关节炎患者局部气血不通的症状。近年来我们采用火针联合苗药药酒涂擦治疗急性痛风性关节炎患者取得较好疗效,现将相关研究结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本研究方案经我院伦理学委员会审核。选取2017年1月至2018年3月我院门诊及病房确诊为急性痛风性关节炎的患者199例,以受试者进入研究的先后顺序随机分为治疗组102例和对照组97例。2组患者性别、年龄、病程等一般资料比较均无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。详见表1。

1.2 诊断标准 参照《原发性痛风诊断和治疗指南》^[3]中痛风性关节炎的诊断标准拟定。

1.3 中医辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[4]中湿热痹阻证的辨证标准拟定。主症:关节红肿疼痛,发病急,伴有发热;次症:汗出不解,口渴喜饮,心烦不安,小便黄;舌质红,胎黄,脉滑数。具备2项主症或主症1项加次症2项,兼见舌脉即可诊断。

1.4 纳入标准 (1)患者为急性发作期,发作时间 $<7d$;(2)发病年龄18~75岁;(3)未自行服用其他药物治疗者。

1.5 排除标准 (1)存在严重骨性关节炎以及关节畸形者;(2)存在严重肝肾功能损害者;(3)X线检查关节分期为IV期,分期标准参考文献[5];(4)对本试验涉及药物过敏者。

2 治疗方法

嘱患者大量饮水,忌高嘌呤饮食,避免饮酒,规律作息,保持良好的睡眠。

2.1 治疗组 采用火针联合苗药药酒涂擦治疗。取穴:阿是穴为主穴,曲池、足三里、阴陵泉、内庭为配穴。具体操作:穴位常规消毒,火针用75%酒精消

表1 治疗组与对照组基线资料比较

组别	例数	年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	性别(例)		病程 ($\bar{x} \pm s$, 年)	BMI ($\bar{x} \pm s$, kg/m ²)	受累关节数 ($\bar{x} \pm s$, 个)
			男	女			
治疗组	102	49.12 $\pm$ 2.23	90	12	6.57 $\pm$ 1.53	27.01 $\pm$ 2.36	3.41 $\pm$ 0.28
对照组	97	48.88 $\pm$ 3.19	88	9	6.43 $\pm$ 1.82	26.68 $\pm$ 2.45	3.36 $\pm$ 0.37

毒,其后烧灼至针芒通红发白后快速刺入穴位,深度为2~3mm,留针5~10min。关节局部肿胀者,可在患处散刺2~3针,加速炎性渗出物排出。火针治疗后0.5~1h,再使用苗药药酒涂抹患侧关节,每次揉搓3~8min,3次/d。苗药药酒制备:铺地蜈蚣1.2kg/份、络石藤2.0kg/份、海桐皮1.1kg/份、三叉虎2.1kg/份,将上述药材用高度米酒常温泡制,米酒采用存粮酿造,度数为55°,浸泡周期为27~36d,其中,米酒的配比为铺地蜈蚣、络石藤、海桐皮、三叉虎的6~7倍,其后分离米酒,取出酒液。

2.2 对照组 采用秋水仙碱片(昆明制药集团股份有限公司,药品批号:20113208,规格:0.5mg)1mg/次,2次/d;双氯芬酸钠肠溶胶囊[永信药品工业(昆山)有限公司,药品批号:14200047279,规格:50mg]50mg/次,2次/d;碳酸氢钠片(天津力生制药股份有限公司,药品批号:C12202004268,规格:0.5g)1g/次,3次/d。

2组均治疗7d后观察疗效,并随访6个月。

3 疗效观察

3.1 观察指标

3.1.1 尿酸(UA)、血沉(ESR)水平 治疗前后抽取2组患者外周血,采用Monitor-100全自动血沉仪和TOSHIBA TBA120-FR全自动生化分析仪测定ESR和UA水平。

3.1.2 炎症因子水平 治疗前后采用ELISA法测定2组患者IL-1 β 、IL-6、IL-18及TNF- α 水平,所用ELISA试剂盒购自北京义翘神州生物科技有限公司。

3.1.3 McGill疼痛问卷评分 采用McGill疼痛问卷评估2组患者治疗前后疼痛程度。其中疼痛评级指数(pain rating index, PRI)由11个感觉类和4个情感类对疼痛的描述词组成,采用4级评分法,每项得分0~3分,分别表示“无、轻、中、重”不同程度^[6];视觉模拟评分(visual analogus scale, VAS)即选用10cm的直线,1cm代表1分,患者根据自己疼痛强度在直线上标注,总分10分,分值越高,疼痛感越强;现时疼痛强度(present pain intensity, PPI)采用6级评分法,分为0~5分,患者根据疼痛程度选择1个分级,

分值越高,疼痛强度越高^[7]。

3.1.4 复发情况 治疗后6个月内每月通过门诊和电话方式对2组患者进行随访,详细记录随访期间患者关节疼痛情况及血尿酸水平,主要随访终点事件为痛风性关节炎的复发。

3.2 疗效判定标准 治愈:关节疼痛、红肿、活动受限症状完全消失;显效:关节疼痛、红肿、活动受限症状明显改善或其中某项症状消失;有效:关节疼痛、红肿、活动受限症状略有好转;无效:关节疼痛、红肿、活动受限症状无缓解,甚至加重^[8]。

3.3 统计学方法 采用软件SPSS 25.0和GraphPad Prism 7.0进行数据处理。计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验;计数资料采用例(%)表示,等级变量行秩和检验,分类变量行 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 时认为差异具有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组患者临床疗效比较 见表2。

3.4.2 2组患者治疗前后McGill疼痛问卷评分比较 见表3。

3.4.3 2组患者治疗前后ESR、UA水平比较 见表4。

3.4.4 2组患者治疗前后炎症因子水平比较 见表5。

表2 治疗组与对照组临床疗效比较 例(%)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	102	21(20.59)	46(45.10)	25(24.51)	10(9.80)	90.20 [#]
对照组	97	14(14.43)	39(40.21)	23(23.71)	21(21.65)	78.35

注: #与对照组比较, $P < 0.05$ 。

表3 治疗组与对照组治疗前后McGill疼痛问卷评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	例数	PRI 评分		VAS 评分		PPI 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	102	32.26 $\pm$ 12.39	24.62 $\pm$ 5.31 [#]	7.26 $\pm$ 1.39	3.28 $\pm$ 0.91 [#]	4.02 $\pm$ 0.81	1.23 $\pm$ 0.89 [#]
对照组	97	33.35 $\pm$ 11.27	26.78 $\pm$ 5.41 [*]	7.12 $\pm$ 1.23	3.69 $\pm$ 1.03 [*]	3.98 $\pm$ 0.96	2.02 $\pm$ 0.81 [*]

注: *与本组治疗前比较, $P < 0.05$; #与对照组治疗后比较, $P < 0.05$ 。

表4 治疗组与对照组治疗前后ESR、UA水平比较($\bar{x} \pm s$) μ mol/L

组别	例数	ESR		UA	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	102	39.13 $\pm$ 8.34	18.72 $\pm$ 5.30 [#]	479.81 $\pm$ 68.16	400.02 $\pm$ 62.31 [#]
对照组	97	40.12 $\pm$ 7.26	20.76 $\pm$ 5.26 [*]	485.52 $\pm$ 79.33	429.36 $\pm$ 62.26 [*]

注: *与本组治疗前比较, $P < 0.05$; #与对照组治疗后比较, $P < 0.05$ 。

表5 治疗组与对照组治疗前后炎症因子水平比较($\bar{x} \pm s$) ng/L

组别	例数	IL-1 β		IL-6		IL-18		TNF- α	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	102	62.26 $\pm$ 12.39	24.62 $\pm$ 5.31 [#]	48.26 $\pm$ 19.39	37.28 $\pm$ 17.31 [#]	198.72 $\pm$ 21.30	126.45 $\pm$ 23.23 [#]	523.11 $\pm$ 215.08	406.22 $\pm$ 145.23 [#]
对照组	97	62.35 $\pm$ 13.27	26.78 $\pm$ 5.41 [*]	49.22 $\pm$ 18.23	43.12 $\pm$ 16.23 [*]	197.06 $\pm$ 20.96	141.82 $\pm$ 23.21 [*]	519.22 $\pm$ 213.88	458.82 $\pm$ 141.21 [*]

注: *与本组治疗前比较, $P < 0.05$; #与对照组治疗后比较, $P < 0.05$ 。

3.4.5 2组患者复发情况比较 随访6个月中,治疗组复发12例,最早于治疗后第97天复发,对照组复发23例,最早于治疗后第10天复发,治疗组复发率明显低于对照组($\chi^2=4.809, P=0.028$)。

4 讨论

痛风性关节炎可归属于中医学“痹症”“历节风”范畴。湿热痹阻型痛风性关节炎急性发作期,风寒湿热之邪侵袭机体,使经络、气血运行不畅,邪热瘀滞于关节肌肉,不通则痛,当以清热解毒、活血通络为治疗原则。火针具有针、灸双重作用,在关节红肿疼痛之际,将加热至针体发白的火针快速刺入相应腧穴,开天窗,散邪火,借火针之热力,引动体内热邪外泄,并可温通经脉助气血运行,迅速消除和改善局部组织的水肿,激发机体对坏死组织的吸收,达到行气活血、清热化湿、理气通滞的作用^[9]。阿是穴按照“以痛为腧”的定位原则,为患者直接疼痛点,内庭穴和阴陵泉分别对应足背和膝关节疼痛点,通过火针针刺治疗,直达病变部位,可疏通局部经气,祛除病邪,达到除风湿止痹痛的目的。曲池穴配合足三里,具有健脾利湿气、生发胃气的作用,在止痛的同时,可以达到健脾养胃的效果。现代研究表明,火针针刺关节周围穴位可以刺激下丘脑-垂体-肾上腺轴,促进糖皮质激素的分泌,有效抑制炎症反应,降低炎症因子的水平^[10]。且火针的高温可以将小范围病变组织直接炭化,疏通松解粘连的组织,进一步改善血液循环,避免局部炎症因子以及尿酸盐的沉积^[11-12]。

苗药药酒主要由铺地蜈蚣、络石藤、海桐皮、三叉虎配置而成。铺地蜈蚣性平,具有祛风湿、舒筋络、活血的功效;络石藤性微寒,可以祛风通络,凉血消肿;海桐皮可以疏通经络,具有镇痛镇静作用,并可以抗菌消炎;三叉虎性寒,可以清热解毒,祛风除湿。药酒具有活血、疏通经络的功效,可以促进血液循环,排除关节内的湿浊,从而有效缓解急性痛风性关节炎患者因热毒、湿浊排泄不畅引起的疼痛,在火针治疗后涂擦可以进一步促进血液循环,避免尿酸晶体及炎症因子聚积。此外,痛风患者长期饮食油腻,会造成脾胃功能失调,肝肾功能受损,引起湿浊排泄功能障碍,而苗药药酒可以促进机体内浊物的排泄,并通过降低尿酸水平,保护患者肝肾功能。火针联合苗药药酒,可以起到双重通经活血、清热解毒之效。

本研究结果显示治疗组总有效率为90.20%,优于对照组的78.35% ($P<0.05$)。2组患者治疗后PRI、VAS、PPI评分,ESR、UA及炎症因子IL-1 β 、IL-6、IL-18、TNF- α 水平均较治疗前降低 ($P<0.05$),且治疗组治疗后上述指标改善情况均优于对照组 ($P<0.05$)。后

期短期随访中治疗组痛风性关节炎的复发率明显低于对照组,可能是由于苗药药酒以及火针舒经通络、排浊祛湿的功效,有效改善了患者的血液循环,减少炎症因子的聚积。同时,有研究发现,火针对于穴位形成的慢性刺激,可以负反馈体内的嘌呤代谢,减少尿酸的合成,控制体内尿酸水平,从而更好地改善患者的肝肾功能^[13],形成一个良性循环,使治疗效果维持更久。下一步将继续对患者进行随访,探讨本疗法对痛风性关节炎远期复发的影响,以及近远期疗效差异。

参考文献

- [1] 于一云,薛愉,朱小霞,等.急性痛风性关节炎的药物治疗及选择[J].上海医药,2015(11):14.
- [2] 曹雯,孙洪平,褚晓秋,等.痛风性关节炎的中医传统特色疗法[J].长春中医药大学学报,2014,30(3):433.
- [3] 中华医学会风湿病学分会.原发性痛风诊断和治疗指南[J].中华风湿病学杂志,2011,15(6):412.
- [4] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:181.
- [5] TAUSCHE A K, ARINGER M. Gouty arthritis[J]. Z Rheumatol, 2016, 75(9):890.
- [6] MAIN C J. Pain assessment in context: A state of the science review of the McGill pain questionnaire 40 years on[J]. Pain, 2016, 157(7):1388.
- [7] 赵利华,李雅彦,黄瑜,等.不同进针法针刺内关穴对简式McGill疼痛问卷表评分及心血管功能的影响[J].上海针灸杂志,2016,35(5):626.
- [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,1994:31.
- [9] WILSON L, SASEEN J J. Gouty arthritis: A review of acute management and prevention[J]. Pharmacotherapy, 2016, 36(8):918.
- [10] 朱艳,俞红五,潘喻珍,等.刺血加艾灸治疗急性痛风性关节炎临床疗效观察[J].中国针灸,2015,35(9):887.
- [11] 张力仁,曲华,王培利,等.养阴清热活血通络方治疗痰瘀痹阻型类风湿性关节炎57例疗效观察[J].中华中医药杂志,2017,32(3):1370.
- [12] JOOSTEN L A, CRIŞAN T O, AZAM T, et al. Alpha-1-anti-trypsin-Fc fusion protein ameliorates gouty arthritis by reducing release and extracellular processing of IL-1 β and by the induction of endogenous IL-1Ra[J]. Ann Rheum Dis, 2016, 75(6):1222.
- [13] NONAKA F, MIGITA K, HARAMURA T, et al. Colchicine-responsive protracted gouty arthritis with systemic inflammatory reactions[J]. Mod Rheumatol, 2014, 24(3):542.

第一作者:石丽香(1970—),女,苗族,本科学历,副主任护师,研究方向为中医护理。sxlpshyslly@163.com

收稿日期:2018-11-12

编辑:强雨叶