

毫火针刺络放血联合常规西药治疗急性痛风性关节炎 30 例临床研究

张金朋 王亚楠 李宏玉 朱路文 唐 强 蔡国锋 师 帅 刘 凯
(黑龙江中医药大学附属第二医院,黑龙江哈尔滨 150001)

摘 要 目的:观察毫火针刺络放血联合双氯芬酸钠肠溶片口服治疗湿热蕴结型急性痛风性关节炎(AGA)患者的临床疗效。方法:60例湿热蕴结型AGA患者随机分为治疗组与对照组,每组30例。对照组予口服双氯芬酸钠肠溶片治疗,治疗组在对照组治疗基础上加用毫火针刺络放血,2组疗程均为12 d。观察并比较2组患者治疗前后疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分、疼痛持续时间和C-反应蛋白(CRP)、尿酸(UA)、红细胞沉降率(ESR)水平及中医证候积分变化情况,并评估临床疗效。结果:治疗后2组患者疼痛VAS评分、疼痛持续时间和CRP、UA、ESR水平及中医证候积分均较治疗前明显改善($P<0.05$),治疗组上述指标改善明显优于对照组($P<0.05$)。治疗组总有效率为96.67%,明显高于对照组的86.67%($P<0.05$)。结论:常规西药治疗基础上加用毫火针刺络放血能显著改善湿热蕴结型AGA患者的临床症状,降低外周血尿酸及炎性因子水平,提高临床疗效。

关键词 痛风性关节炎;双氯芬酸钠肠溶片;火针疗法;放血疗法

中图分类号 R246.9 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2021)03-0054-03

基金项目 黑龙江省中医药科研项目(ZHY19-045)

痛风性关节炎(GA)是常见的关节炎之一,临床表现为关节局部皮肤发红、皮温升高、疼痛肿胀、活动受限等,严重者可导致残疾、畸形以及关节功能障碍,后期可累及肾脏,导致肾功能衰竭^[1]。我国GA患病率为0.03%~10.47%^[2],男性居多,且有年轻化趋势^[3]。GA的病因病机复杂,病程长,且易复发,目前西医缺少明确诊疗方案^[4],多采用非甾体抗炎药、秋水仙碱及糖皮质激素等药物治疗,虽疗效确切,但只能缓解症状,长期服药易出现毒副作用^[5]。中医认为治疗痛风应标本兼治,重在养血舒筋、温经止痛。研究表明,毫火针在治疗各种痛症方面疗效显著,简便易行,安全性高^[6]。本研究在双氯芬酸钠肠溶片治疗基础上加用毫火针刺络放血治疗湿热蕴结型急性痛风性关节炎,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2019年3月至2019年11月黑龙江中医药大学附属第二医院确诊为急性痛风性关节炎(AGA)且符合“湿热蕴结型”证候的患者60例,按照随机数字表法分为治疗组与对照组,每组30例,均为男性患者。治疗组平均年龄(42.07 ± 5.88)岁;平均病程(3.98 ± 1.93)d;疼痛

视觉模拟评分法(VAS)评分(7.56 ± 2.53)分;治疗前疼痛持续时间(10.85 ± 3.53)d。对照组平均年龄(41.97 ± 6.35)岁;平均病程(4.02 ± 1.95)d;疼痛VAS评分(7.64 ± 2.31)分;治疗前疼痛持续时间(10.91 ± 3.47)d。2组患者年龄、病程、疼痛VAS评分等一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参考《2016中国痛风诊疗指南》^[7]中AGA诊断标准。

1.2.2 中医辨证标准 根据《中医病证诊断疗效标准》^[8]中痛风性关节炎“湿热蕴结型”辨证标准。主证:下肢小关节卒然红肿热痛、拒按,触之局部灼热,得凉则舒。次证:发热口渴,心烦不安,溲黄。舌脉:舌红,苔黄腻,脉滑数。主证 ≥ 2 项,次证 ≥ 2 项,结合舌脉即可诊断。

1.3 纳入标准 符合AGA西医诊断标准及湿热蕴结型中医辨证标准;意识清楚且能配合治疗;年龄30~70岁,均为男性;不伴有头痛、高热等全身症状;近1个月未进行任何治疗;自愿参加本研究,并签署知情同意书。

1.4 排除标准 有严重出血障碍的患者;合并严重心脑血管疾病及血液系统相关疾病者;有严重肝肾功能异常者;存在意识障碍、认知障碍、精神类及心理疾病者;局部皮肤瘢痕或破溃感染者;过敏体质者;继发性高尿酸血症者;未按规定进行治疗,无法判断疗效,或患者病情资料不全等影响疗效安全性判断者。

2 治疗方法

2.1 对照组 予双氯芬酸钠肠溶片(扶他林,北京诺华制药有限公司,批准文号:国药准字H11021640,规格:25 mg×30片)口服,50 mg/次,3次/d,连续服用12 d。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上加用毫火针刺络放血。具体操作:患者取仰卧位或者坐位,充分暴露施术部位,医者常规手消毒和患处严格消毒后,选用贺氏火针(北京珞亚山川医疗器械有限公司,规格:0.40 mm×35 mm),选取太冲(双)、三阴交(双)、阴陵泉(双)、足三里(双)及阿是穴(多为痛风关节处),将针身置于点燃的酒精灯或酒精棉球外焰,烧至针身通红变白亮,迅速刺入穴位,并快速出针。太冲穴直刺0.5~1.0寸,三阴交穴直刺1.0~1.5寸,阴陵泉穴与足三里穴直刺1.0~2.0寸,阿是穴行刺络放血,进针0.2~0.8寸。治疗后施术部位避免沾水感染,患处覆盖无菌纱布。针刺时间为上午9点,隔日1次,共针刺6次。

嘱患者慎起居,避风寒,忌烟酒,勿过劳,禁食高嘌呤食物,每日饮水需超过2 L。

3 疗效观察

3.1 观察指标

3.1.1 疼痛VAS评分及疼痛持续时间 通过疼痛VAS评分评估2组患者治疗前后疼痛程度^[9],并记录2组患者治疗前后疼痛持续时间。治疗前疼痛持续时间为疼痛出现至正式入组的时间,治疗后疼痛持续时间为入组至感觉疼痛症状完全消失所需的时间。

3.1.2 外周血尿酸及炎症因子水平 检测2组患者治疗前后外周静脉血C-反应蛋白(CRP)、尿酸(UA)及红细胞沉降率(ESR)水平。

3.1.3 中医证候积分 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[10]制定中医证候量化评分表。主证(下肢小关节卒然红肿热痛、拒按,触之局部灼热,得凉则舒)与次证(发热口渴,心烦不安,溲黄)按症状无、轻、中、重分别记0、2、4、6分与0、1、2、3分,舌脉(舌红,苔黄腻,脉滑数)根据有无分别记1、0分。

3.2 疗效判定标准 参照《95个中医优势病种临床路径和诊疗方案发布》^[11]拟定疗效判定标准。疗效指数=[(治疗前中医证候积分-治疗后中医证候积分)/治疗前中医证候积分]×100%。显效:疗效指数≥70%;有效:疗效指数≥20%,<70%;无效:疗效指数<20%。

3.3 统计学方法 采用SPSS 22.0统计软件进行统计学分析。计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示,满足正态性、方差齐性,组内比较采用配对 t 检验,组间比较采用成组 t 检验;若不满足正态性、方差齐性,组内比较采用配对样本秩和检验,组间比较采用两独立样本秩和检验。计数资料以率表示,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组患者治疗前后疼痛VAS评分及疼痛持续时间比较 见表1。

表1 治疗组与对照组治疗前后疼痛VAS评分及疼痛持续时间比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	VAS评分/分	疼痛持续时间/d
治疗组	治疗前	30	7.56±2.53	10.85±3.53
	治疗后	30	2.85±1.19 [△]	5.05±2.53 [△]
对照组	治疗前	30	7.64±2.31	10.91±3.47
	治疗后	30	3.65±2.23 [*]	7.34±1.52 [*]

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

3.4.2 2组患者治疗前后外周血CRP、UA、ESR水平比较 见表2。

表2 治疗组与对照组治疗前后外周血CRP、UA、ESR水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	CRP/(mg/L)	UA/(μ mol/L)	ESR/(mm/h)
治疗组	治疗前	30	28.54±8.81	526.33±58.36	36.53±8.36
	治疗后	30	10.14±5.28 [△]	321.84±49.23 [△]	16.44±2.25 [△]
对照组	治疗前	30	27.98±9.32	525.66±56.73	35.61±7.75
	治疗后	30	13.65±4.23 [*]	380.03±51.38 [*]	19.56±2.34 [*]

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

3.4.3 2组患者治疗前后中医证候积分比较 治疗组与对照组治疗前中医证候积分分别为(24.83±3.16)分、(25.30±2.84)分,治疗后分别为(9.23±3.99)分、(12.27±3.85)分,均明显低于本组治疗前($P<0.05$)。治疗组治疗后中医证候积分明显低于对照组($P<0.05$)。

3.4.4 2组患者中医证候疗效比较 见表3。

表3 治疗组与对照组中医证候疗效比较 单位:例

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率/%
治疗组	30	15	14	1	96.67 [△]
对照组	30	10	16	4	86.67

注:与对照组比较, $\Delta P<0.05$ 。

4 讨论

AGA是痛风性关节炎的急性发作,其典型症状为受累关节及其周围组织的红、肿、热、痛和功能障碍。AGA多在午夜或清晨突然起病,受累关节疼痛剧烈,难以忍受,严重影响患者的日常生活。西医多采用药物镇痛抗炎等治疗,疗效虽确切,但副作用或不良反应较大,且停药后容易复发。

痛风性关节炎可归属于中医学“痹证”“白虎历节”范畴,属本虚标实,本虚为气血亏虚、肝脾肾不足,标实为痰浊、瘀血、湿毒,病位在脾、肝、肾,治疗原则为清热泄浊、活血化瘀、温补脾肾。火针是针刺和灸疗的有机结合,具备双重作用,且成本低、见效快、疗程短、安全性高。《圣济总录》云“肿内热气被火夺之,随火而出也”,火针通过开门祛邪、以热引热、消肿止痛等作用治疗痛风性关节炎^[12]。研究表明,火针刺络放血治疗AGA可快速降低血管张力,加快炎症消散,能有效控制病情加重,疗效显著且持久,安全性好^[13-14]。本研究以局部取穴及循经取穴为主,选取太冲、三阴交、阴陵泉、足三里及阿是穴,体现了“经脉所过,主治所及”的理论规律。太冲为肝经之输穴、原穴,输穴可治疗关节痛,原穴有调解脏腑经络虚实各证的功能,肝主疏泄,针刺太冲穴可清肝泄热;三阴交为肝、脾、肾三经交会穴,可健脾补肝肾;阴陵泉、足三里分别为脾经、胃经之合穴,脾胃为后天之本,气血生化之源,两穴合用可补益气血,健脾祛湿;阿是穴充分体现“以痛为腧”“腧穴所在,主治所在”的特点,具有调畅气机、通络止痛的功效。现代研究表明,针刺疗法能有效降低GA患者血尿酸及炎症指标,改善临床症状,且能有效抑制AGA模型大鼠嗜中性粒细胞碱性磷酸酶-3炎症性体的表达以及白介素-1 β 成熟和分泌,控制炎症的发生发展^[15-16]。

UA是人体内嘌呤类化合物分解代谢的最终产物,能直接反映GA的预后与转归。CRP、ESR为评价炎症程度的非特异性指标,其中CRP与炎症因子趋化及激活的病理过程密切相关,ESR则反映炎症因子的活跃程度,两者在急性炎症性疾病时,血液中的含量会显著升高^[17]。

本研究结果表明,在常规西药治疗基础上加用毫火针刺络放血能显著改善湿热蕴结型急性痛风性关节炎患者的临床症状,降低外周血尿酸及炎症因子水平,提高临床疗效。下一步拟进行多中心大样本量研究,检测疼痛介质等相关指标,评估患者生活质量,完善安全性评价及不良事件记录,并进行定期随访,进一步证实本治疗方案的可行性。

参考文献

- [1] 郭韵,王晓非.痛风的诊治现状及展望[J].中国实用内科杂志,2018,38(12):1127.
- [2] 杨丽华,刘晓丽,蒋雅琼,等.我国痛风的患病率及危险因素[J].医学研究杂志,2019,48(12):4.
- [3] 高小娟,陈仁利,宋一凡.原发性痛风的临床特点和流行病学研究[J].中国卫生标准管理,2018,9(14):17.
- [4] NAM J S, JAGGA S, SHARMA A R, et al. Anti-inflammatory effects of traditional mixed extract of medicinal herbs (MEMH) on monosodium urate crystal-induced gouty arthritis[J]. Chin J Nat Med, 2017, 15(8): 561.
- [5] 陈新华,王洪峰,王维正,等.痛风性关节炎中医外治法的研究进展[J].中国老年学杂志,2019,39(3):730.
- [6] 庄娟娜,方灿途,白伟杰,等.毫火针治疗痛症的临床研究进展及其在癌性疼痛方面应用的可能性[J].浙江中医药大学学报,2017,41(12):1016.
- [7] 中华医学会风湿病学分会.2016中国痛风诊疗指南[J].中华内科杂志,2016,55(11):894.
- [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,1994:32.
- [9] CHAPMAN C R, CASEY K L, DUBNER R, et al. Pain measurement: an overview[J]. Pain, 1985, 22(1): 1.
- [10] 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,2002:372.
- [11] 葛伟韬.95个中医优势病种临床路径和诊疗方案发布[J].中医药管理杂志,2019,27(3):230.
- [12] 黄海胜,康健,黄锦才.火针不同刺血量治疗足部急性痛风性关节炎观察[J].中外医学研究,2014,12(33):132.
- [13] 刘维,赵文甲,吴沅峰.刺络放血治疗痛风性关节炎疗效及安全性Meta分析[J].辽宁中医药大学学报,2017,19(12):5.
- [14] 丁德良.火针刺络放血治疗急性痛风性关节炎的效果观察[J].世界最新医学信息文摘,2017,17(78):135.
- [15] 孙忠人,徐思禹,尹洪娜,等.近10年针刺治疗痛风性关节炎研究进展[J].中国中医药信息杂志,2020,27(1):133.
- [16] 卢翠娜,谢丽琴,李丽霞,等.火针对急性痛风性关节炎大鼠NALP3、IL-1 β 表达的影响[J].上海中医药杂志,2018,52(3):81.
- [17] 韩馨悦,刘健,张颖,等.痛风性关节炎患者凝血指标变化及相关性分析[J].风湿病与关节炎,2020,9(11):10.

第一作者:张金朋(1987—),男,博士研究生在读,主治医师,研究方向:针灸防治脑脊髓疾病及镇痛。

通讯作者:刘凯,医学硕士,副主任医师。
183533491@qq.com

收稿日期:2020-10-21

编辑:蔡强