

加味四妙散配合络刺治疗急性痛风性关节炎临床研究

陈奕樑, 叶运慧

潮安县人民医院, 广东 潮安 515644

[摘要] 目的: 观察加味四妙散配合络刺治疗急性痛风性关节炎的临床疗效。方法: 将66例患者分为2组各33例。治疗组予加味四妙散配合络刺治疗, 对照组予芬必得、碳酸氢钠片口服, 疗程均为14天。结果: 治疗组疼痛缓解显效时间短于对照组, 2组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。2组治疗3天后患者临床疼痛缓解显效率治疗组96.97%, 对照组69.70%; 2组临床疼痛缓解情况比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。2组组内治疗前后尿酸均值比较, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$); 提示2种方法都能使尿酸均值降低。2组尿酸治疗前后差值比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$), 提示治疗组尿酸下降幅度大于对照组。结论: 加味四妙散配合络刺治疗急性痛风性关节炎能迅速止痛, 并能降低血尿酸。

[关键词] 急性痛风性关节炎; 中医疗法; 加味四妙散; 络刺

[中图分类号] R589.7 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2013) 12-0145-03

随着人们生活水平的提高, 进食高蛋白、高脂肪、高热量食物的增多, 特别是本地区人群多进食海鲜、动物内脏、火锅、啤酒, 使痛风的发病率逐年上升, 且逐渐年轻化, 严重威胁着人们的健康。目前, 针对痛风急性发作的治疗, 现代医学主要通过秋水仙碱、激素及止痛药等对症治疗, 虽然疗效确切, 但不良反应也多。笔者通过对痛风的中医病因病机研究, 结合临床实践, 总结出加味四妙散配合络刺治疗急性痛风性关节炎, 疼痛缓解时间短, 疗效确切, 值得推广。

1 临床资料

1.1 西医诊断标准 符合1977年美国风湿病协会提出的痛风诊断标准^[1]第3项: 具备下列临床、实验室和X线征象等12项中的6项者: (1)1次以上的急性关节炎发作; (2)炎症表现在一天内达到高峰; (3)单关节炎发作; (4)患病关节皮肤呈暗红色; (5)第1跖趾关节疼痛或肿胀; (6)单侧发作累及第1跖趾关节; (7)单侧发作累及跗骨关节; (8)有可疑的痛风石; (9)高尿酸血症; (10)X线显示关节非对称性肿胀; (11)X线摄片示骨皮质下囊肿不伴骨质侵蚀; (12)关

节炎症发作期间关节液微生物培养阴性。

1.2 中医辨证标准 符合《中医病证诊断疗效标准》^[2]的证候分型, 选取湿热蕴结及瘀热阻滞。湿热蕴结: 下肢小关节卒然红肿热痛、拒按, 触之局部灼热, 得凉则舒。伴发热口渴, 心烦不安, 溲黄。舌红、苔黄腻, 脉滑数。瘀热阻滞: 关节红肿刺痛, 局部肿胀变形, 屈伸不利, 肌肤色紫暗, 按之稍硬, 病灶周围或有块瘰硬结, 肌肤干燥, 皮色暗黯。舌质紫暗或有瘀斑、苔薄黄, 脉细涩或沉弦。

1.3 疼痛程度评价标准 参照11点疼痛程度数字等级量表(NRS-11)数字分级法(用0~10代表不同程度的疼痛, 0为无痛, 10为剧痛。疼痛程度分级标准为: 0: 无痛; 1~3: 轻度疼痛; 4~6: 中度疼痛; 7~10: 重度疼痛。

1.4 纳入标准 符合西医诊断标准、中医辨证标准中属湿热蕴结及瘀热阻滞, 且疼痛指数7~10者。

1.5 排除标准 继发性痛风; 痛风发作间歇期和慢性期; 妊娠或哺乳期妇女; 合并心脑血管、肝、肾等严重原发性疾病、凝血功能障碍、精神病患者; 本次发作以来, 已使用过其他治疗方法或服用过降尿酸药

[收稿日期] 2013-07-15

[作者简介] 陈奕樑 (1981-), 男, 主治医师, 主要从事中医内科临床工作。

者；未按规定用药，无法判断疗效，或资料不全影响疗效和安全性判断者。

1.6 一般资料 观察病例为本院2012年1月~2013年6月的门诊患者，共66例，分为2组。治疗组33例，男24例，女9例；年龄25~62岁，平均44.2岁；本次发作病程12~50h，平均32.6h；初次发病9例，复发病例24例。对照组33例，男23例，女10例；年龄23~64岁，平均43.5岁；本次发作病程13~48h，平均33.6h；初次发病10例，复发病例23例。

2 治疗方法

2.1 治疗组 予加味四妙散配合络刺治疗。①络刺：于疼痛关节处寻找压痛点、络脉(血管)充盈处，常规消毒后用三棱针点刺痛点或络脉，待少量出血后用消毒棉球按压点刺处止血，每天1次，连续治疗3天。②加味四妙散，处方：苍术10g，黄柏、牛膝、牡丹皮、延胡索各15g，薏苡仁、威灵仙、土茯苓、赤芍各20g，车前草、秦艽各10g。每天1剂，3碗半水煎成1碗，复煎1次，早晚分服，连续14天。

2.2 对照组 口服芬必得，每次0.3g，每天2次；碳酸氢钠片，每次0.6g，每天2次，连用14天(治疗期间疼痛停止则停服芬必得)。

2组均治疗14天为1疗程，治疗1疗程后观察疗效。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察2组临床疼痛缓解时间：①以疼痛缓解显效(评分为0~3)为终点指标，在治疗后1h、12h、24h、48h、72h对2组的止痛效果进行生存曲线分析。②比较治疗3天后，2组患者临床疼痛的缓解程度。③比较2组治疗前和治疗14天后尿酸变化情况。

3.2 统计学方法 使用SPSS17.0统计软件包进行统计分析，计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，2组计量资料比较，采用t检验；等级资料采用秩和检验；采用Kaplan-Meier生存曲线法比较2组疼痛缓解显效时间，组间显效率差异比较采用log-rank检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 疼痛缓解程度评价标准。显效：治疗3天后患者疼痛指数0~3；有效：疼痛指数4~6；无效：疼痛指数7~10。

4.2 2组治疗3天间疼痛缓解显效曲线比较 见图

1。治疗组疼痛缓解显效时间短于对照组，2组比较，差异有显著性意义($P < 0.05$)。

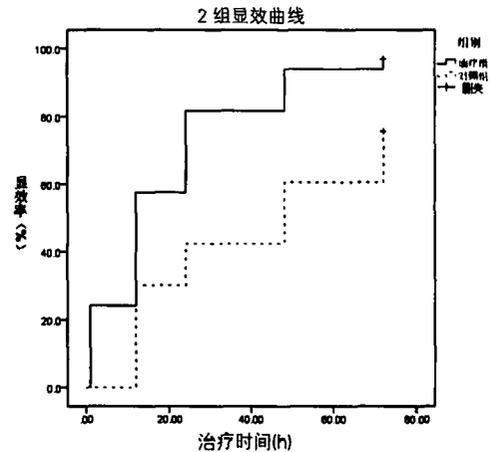


图1 2组治疗3天间疼痛缓解显效曲线

4.3 2组治疗3天后患者临床疼痛缓解情况比较 见表1。显效率治疗组96.97%，对照组69.70%。2组临床疼痛缓解情况比较，经秩和检验，差异有显著性意义($P < 0.05$)。

组别	n	显效	有效	无效
治疗组	33	32(96.97)	1(3.03)	0
对照组	33	23(69.70)	6(18.18)	4(12.12)

4.4 2组治疗前后尿酸比较 见表2。2组组间治疗前尿酸均值比较采用独立样本t检验，差异无显著性意义($P > 0.05$)，具有可比性。2组组内治疗前后尿酸均值比较采用配对t检验，差异均有显著性意义($P < 0.05$)；提示2种方法都能使尿酸均值降低。2组尿酸治疗前后差值比较，采用独立样本t检验，差异有显著性意义($P < 0.05$)，提示治疗组尿酸下降幅度大于对照组。

组别	治疗前	治疗后	治疗前后差值
治疗组	545.8 ± 51.7	393.0 ± 27.1 ^①	152.8 ± 39.9 ^②
对照组	543.6 ± 45.2	426.1 ± 23.7 ^①	117.5 ± 43.9

与治疗前比较，① $P < 0.05$ ；与对照组比较，② $P < 0.05$

5 讨论

急性痛风性关节炎是由尿酸盐结晶沉积引起的炎症反应，以关节红肿热痛和功能障碍为特征的急性炎症性疾病。疼痛常发在拇趾、第1跖趾、踝、膝、腕、指、肘等关节。中医学将急性痛风性关节炎归为

痹证,患者平素多食肥甘厚味之品,久则脾胃受损,脾不运化,中焦痞滞致水湿内停,湿邪留连于关节,痹阻经脉,气血不畅,壅而化热生瘀,故关节红肿热痛明显,病机为湿热瘀阻,留滞关节经络,气血不畅。治则为“急则治其标,缓则治其本”,“实则泻之”,治法为清热利湿,通络化瘀。

急性期重在止痛,迅速缓解患者的临床症状。针刺对急性疼痛可取得满意疗效,《灵枢·九针十二原》有“凡用针者,虚则实之,满则泻之,宛陈则除之,邪胜则虚之”的补泻原则,《素问·血气形志》“凡治病必先去其血”,故采用络刺以泻经脉热毒之邪,使邪随血去。清代吴师机也有“外治之理,即内治之理”的理论,对此类邪实病例,刺络使邪有出路,迅速减轻症状,使经脉气血通畅,疾患自愈。

加味四妙散清热利湿、通络化瘀,使患者邪去经脉通。组方中苍术擅长健脾燥湿,黄柏功善清下焦湿热,牛膝强筋骨,逐瘀通经,薏苡仁、土茯苓、车前草功善渗利水湿,牡丹皮、赤芍凉血化瘀,延胡索行气止痛功强,秦艽、威灵仙通络止痛,诸药合用,共奏清热利湿、化瘀通络之效,切中病机,故临床上

时常桴鼓相应。现代中药药理研究表明,黄柏能降低高尿酸血症小鼠血尿酸水平,抑制小鼠肝脏黄嘌呤氧化酶活性,具有抗痛风作用;苍术能有效提高小鼠对缺氧的耐受作用;薏苡仁可抗炎、解热、镇痛,降低毛细血管通透性,改善局部酸性环境而有利于痛风石的溶解^[9]。诸药合用能加速尿酸的排泄,消除或减轻体内炎症和消肿止痛。

本观察结果显示:加味四妙散配合络刺治疗急性痛风性关节炎可改善患者的临床症状,止痛时间短,提高患者的生活质量,同时有较好的降尿酸作用,可以说是标本兼治,值得推广应用。

[参考文献]

- [1] 何培根. 风湿性疾病的诊断标准[J]. 临床内科杂志, 1995, 12(3): 13-14.
- [2] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 31-32.
- [3] 张成亮, 韩涛. 四妙止痛汤配合熏洗治疗急性痛风性关节炎临床研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2011, 13(6): 176-177.

(编辑: 刘淑婷)

太冲穴注射治疗急性扁桃体炎 689 例疗效观察

柏树祥¹, 柏明曦²

1. 蛟河市新站镇第一社区卫生服务站, 吉林 蛟河 132506

2. 蛟河市新站镇中心卫生院, 吉林 蛟河 132506

[关键词] 急性扁桃体炎; 穴位注射; 太冲

[中图分类号] R766.18

[文献标识码] A

[文章编号] 0256-7415 (2013) 12-0147-02

急性扁桃体炎是临床常见病、多发病,也是一种难以根治的疾病。笔者临床运用穴位注射治疗反复发作、病情较重的急性扁桃体炎,取得良好效果,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《常见疾病的诊断与疗效判定(标准)》^[1]中的诊断标准:①咽痛、吞咽不利、甚至吞咽困难;②双侧扁桃体红肿、表面或有黄白色点状

[收稿日期] 2013-05-29

[作者简介] 柏树祥 (1955-), 男, 主治医师, 主要从事中医临床工作。