

综上所述,在西医保守治疗的基础上给予患者接骨散外敷辅助治疗桡骨远端骨折,疗效显著,明显缩短骨折愈合的时间,不良反应轻微,值得在临床上推广使用。

[参考文献]

- [1] 高伟,吴小峰,王秋根,等.掌侧锁定接骨板治疗骨折块背侧移位的桡骨远端骨折[J].中华创伤骨科杂志,2009,11(1):90-91.
- [2] 姜保国,张殿英,傅忠国,等.桡骨远端粉碎性骨折及关节内骨折的手术治疗[J].中华骨科杂志,2002,22

(2):80-83.

- [3] 陈晓东,王宇仁,王栋梁,等.锁定钢板治疗桡骨远端粉碎性骨折[J].中华手外科杂志,2006,22(1):13-15.
- [4] 姜保国,张殿英,付中国,等.桡骨远端骨折的治疗建议[J].中华创伤骨科杂志,2010,12(11):1053-1056.
- [5] 李大为,秦林林.异黄酮类药 Genistein 对原代培养大鼠成骨细胞增殖、分化、钙含量及矿化功能的影响[J].中国骨质疏松杂志,2002,8(4):307-310,358.
- [6] 高越,胡海翔.复合中药制剂促进大鼠骨折愈合的实验研究[J].科学技术与工程,2007,7(6):1164-1166.

(编辑:吴凌)

清热利湿通络方治疗急性痛风性关节炎 32 例临床观察

黄铮,王一飞,张明

上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院,上海 200437

[摘要] 目的:观察清热利湿通络方治疗急性痛风性关节炎的临床疗效。方法:将 62 例患者随机分为 2 组。治疗组 32 例采用清热利湿通络方加减口服,每天 2 次,连续服用 10 天;对照组 30 例,予口服尼美舒利分散片,每次 0.1g,每天 1 次,连续服用 10 天。结果:2 组疗效经 Ridit 分析,差异无显著性意义 ($P > 0.05$);治疗后治疗组血尿酸(BUA)、谷丙转氨酶(ALT)均低于对照组 ($P < 0.05$)。结论:清热利湿通络方治疗急性痛风性关节炎疗效确切,且有一定降低血尿酸作用,无明显短期毒副反应。

[关键词] 痛风性关节炎;中医疗法;清热利湿通络方

[中图分类号] R589.7 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2013) 12-0085-03

Clinical Observation of Qingre Lishi Tongluo Recipe for Acute Gouty Arthritis: A Report of 32 Cases

HUANG Zheng, WANG Yifei, ZHANG Ming

Abstract: Objective: To evaluate the effect of Qingre Lishi Tongluo Recipe, a Chinese herbal formula with the actions of clearing heat, removing dampness and dredging collaterals, for treatment of acute gouty arthritis. **Methods:** Sixty-two cases of acute gouty arthritis were randomly allocated to the treatment group ($n=32$) and the control group ($n=30$). The treatment group was given oral use of Qingre Lishi Tongluo Recipe twice per day for 10 continuous days, and the control group was given oral use of Nimesulide dispersible tablets 0.1g per time, once per day, lasting 10 continuous days. The clinical symptoms of joints and related hematological indexes were observed. **Results:** The effect of the two groups had no statistical significance ($P > 0.05$). The blood uric acid (BUA) and alanine aminotransferase (ALT) levels of the

[收稿日期] 2013-05-26

[基金项目] 国家中医药管理局“十二五”重点专科建设项目(编号:ZK0901FS013);上海市科委“科技创新行动计划”资助项目(编号:12401902400);上海市中医药发展办公室“海派中医流派传承研究基地(夏氏外科)”建设项目

[作者简介] 黄铮(1970-),男,副主任医师,主要从事中医外科疾病的临床和科研工作。

[通讯作者] 张明, E-mail: drzhangming_sh@163.com.

treatment group were lower than those of the control group ($P < 0.05$). Conclusion: Qingre Lishi Tongluo Recipe has certain therapeutic effect for acute gouty arthritis, showing an effect on decreasing the level of BUA while without short-term adverse reaction.

Keywords: Gouty arthritis; TCM therapy; Qingre Lishi Tongluo Recipe

痛风性关节炎是一种代谢性疾病,是由于体内尿酸盐蓄积并沉积于关节及其周围组织而引起的关节炎反应性疾病^[1],临床多表现为四肢小关节卒然红、肿、热、剧痛以及功能障碍,后期则可以出现痛风结节以及痛风性肾病。笔者自拟清热利湿通络方治疗急性痛风性关节炎,收到较好的疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 西医诊断标准参照美国风湿病协会(ARA)制定的痛风性关节炎的诊断标准^[2];中医辨证标准参考《中医病证诊断疗效标准》^[3]中有关痛风项下湿热蕴结型的标准。

1.2 一般资料 本次研究的患者均来源于上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院2009年3月~2012年6月有完整记录的门诊病例,共62例。采用随机数字表法,按照就诊顺序随机分为2组。治疗组32例,男28例,女4例;年龄28~63岁,平均54.6岁;病程3天~6年;初次发作者7例,复发者25例;第1跖趾关节27例,踝关节4例,膝关节1例。对照组30例,男29例,女1例;年龄26~67岁,平均55.8岁;病程3天~10年;初次发作者11例,复发者19例;第1跖趾关节23例,踝关节3例,膝关节2例,多关节累及2例。2组性别、年龄、病程以及累及关节部位经统计学处理,差异均无显著性意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.3 纳入标准 年龄18~70周岁;性别不限;符合西医诊断标准及中医辨证标准;本次发作在48h内。

1.4 排除标准 不符合纳入标准者;合并有严重的心脑血管、肝、肾及造血系统疾病者;对本次研究用药过敏者;有活动性消化性溃疡者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 自拟清热利湿通络方为基本方:苍术、黄柏、牛膝、泽泻、土茯苓各15g,薏苡仁30g,萆薢、独活、赤芍、桃仁各12g。疼痛剧烈者加延胡索

15g,乳香、没药各9g;灼热、肿胀痛甚者加生栀子9g,生石膏30g;关节肿大畸形者加莪术15g,地龙9g。每天1剂,水煎2次混合共取汁约400mL,早、晚2次分服,连续服用10天。

2.2 对照组 予口服尼美舒利分散片(商品名:瑞普乐,每粒0.1g,海南中瑞康芝制药有限公司生产,批准文号:国药准字H20052324),每次1粒,每天1次,连续服用10天。

2组患者均予相同的基础治疗:卧床休息,抬高患肢,避免过度劳累、紧张、受冷、潮湿及关节损伤等诱发因素;保证充足的饮水,低嘌呤饮食,禁止饮酒,停用水杨酸类制剂、利尿剂及糖皮质激素等干扰疗效判定的药物。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 治疗前后分别检查血尿酸(BUA)、血肌酐(SCr)、谷丙转氨酶(ALT)。

3.2 统计学方法 运用SPSS15.0统计软件进行统计学处理。计量资料组间比较用两样本 t 检验,组内比较用配对 t 检验,等级资料采用Ridit分析。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[3]。临床痊愈:症状消失,无疼痛,关节红肿消失,局部无任何反应,活动如常,主要理化检查指标正常;显效:疼痛较前明显减轻,能正常生活、饮食及睡眠,轻度肿胀,皮纹略有变化,而周径无明显变化,主要理化检查指标基本正常;有效:疼痛减轻,但仍不能忍受,日常生活、饮食及睡眠受到一定影响,关节红肿有明显变化,周径大于健侧,主要理化检查指标有所改善;无效:疼痛无减轻,肿胀无变化。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。经Ridit分析,2组疗效比较,差异无显著性意义($P > 0.05$)。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	例(%)			
		临床痊愈	显效	有效	无效
治疗组	32	4(12.5)	19(59.4)	5(15.6)	4(12.5)
对照组	30	5(16.7)	16(53.3)	6(20.0)	3(10.0)

4.3 2组患者治疗前后 BUA、SCr 及 ALT 比较 见表 2。2 组治疗前后, SCr、BUA 水平比较, 差异均

有显著性意义($P < 0.05$); 治疗后, 治疗组 BUA、ALT 均低于对照组($P < 0.05$)。

表 2 2 组患者治疗前后 BUA、SCr 及 ALT 比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	BUA($\mu\text{mol/L}$)		SCr($\mu\text{mol/L}$)		ALT(U/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	32	477.16 ± 97.33	430.65 ± 88.97 ^{①②}	87.14 ± 19.82	80.67 ± 16.41 ^①	31.49 ± 16.23	30.46 ± 13.32 ^{①②}
对照组	30	465.52 ± 90.13	451.91 ± 89.48	84.63 ± 20.32	85.97 ± 18.25	33.28 ± 14.91	37.26 ± 17.68

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

5 讨论

关于痛风性关节炎的治疗, 在不同的阶段有不同的侧重点: 急性发作期当迅速控制症状、缓解肿痛以改善患者的生活质量, 间歇期应当促进尿酸排泄, 保护肾脏, 预防再次发作^[4]。目前, 西医治疗急性痛风性关节炎主要采用非甾体类抗炎药物、秋水仙碱或糖皮质激素治疗^[5]。此类药物多具有胃肠道刺激、肝肾功能损害等诸多不良反应。由于痛风目前来说是根治性疾病, 有可能终生都反复发作, 因此本病的防治是一个长期乃至终身性的过程, 对于治疗药物的安全性有着比较高的要求, 而上述药物的缺点都限制了其在临床上的长期应用。

痛风属于中医学痹证的范畴, 而我国中医学治疗关节肿痛、痹着有着悠久的历史。历代古籍中有关类似痛风性关节炎的论述常在“历节”、“脚气”、“痛风”、“痰火毒”等章节中出现。如元代朱丹溪的《格致余论·痛风论》载: “痛风者, 四肢百节走痛, 方书谓之白虎历节风证也……” 现认为, 湿热痰瘀内蕴是痛风病的主要病理基础^[6], 湿浊郁久, 蕴热化毒, 流注关节、阻滞筋脉骨节是急性痛风性关节炎的发病原因, 亦是痛风性关节炎反复发作的根源。概而言之, 痛风急性期病性为浊、瘀、湿热外注为患, 治宜清热利湿解毒, 并佐以活血通络为法, 笔者以四妙丸加味, 自拟清热利湿通络方, 临床收效显著。方中苍术内燥脾湿, 外散湿浊; 黄柏清热燥湿, 泻火解毒, 主入下焦, 二药相伍为君, 为治疗湿热痹证之要药。土茯苓解毒除湿、通利关节; 草薢祛风湿、利关

节、分清浊, 二药伍用为臣, 祛风除湿, 分清别浊。佐以薏苡仁、泽泻健脾利水渗湿, 桃仁、赤芍活血祛瘀、凉血消肿, 独活祛风渗湿, 通络止痛; 使以牛膝引药下行, 直达病所, 诸药和合, 共奏清热利湿通络之效。本临床研究证实, 以此方加减治疗急性痛风性关节炎, 临床愈显率达 71.9%, 与非甾体类抗炎药物尼美舒利相比, 疗效相当($P > 0.05$), 且有一定程度的降低尿酸作用。同时, 较之尼美舒利, 采用清热利湿通络法治疗后患者 SCr 无明显变化, 而 ALT 低于对照组($P < 0.05$), 因此有理由认为, 清热利湿通络方在疗效确切的同时无明显肝肾毒性, 值得深入研究、开发。

[参考文献]

- [1] 苗志敏. 痛风病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 198.
- [2] 叶任高, 陆再英, 胡大一, 等. 内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 866.
- [3] 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.
- [4] 王一飞, 耿琳, 王金锋. 张明辨治痛风性关节炎经验[J]. 辽宁中医杂志, 2009, 36(3): 336-338.
- [5] 薛耀明, 李晨钟. 痛风的诊断与治疗[M]. 北京: 人民军医出版社, 2008: 74.
- [6] 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.

(编辑: 马力)