

引用:赵刚建,蔡中奇,王刚,叶耀东. 西药联合水筋针治疗痛风性关节炎 30 例临床观察[J]. 湖南中医杂志,2020,36(1): 58-60.

西药联合水筋针 治疗痛风性关节炎 30 例临床观察

赵刚建,蔡中奇,王刚,叶耀东
(郑州中医骨伤病医院,河南 郑州,450052)

[摘要] 目的:观察西药联合水筋针治疗痛风性关节炎的临床疗效。方法:将 60 例痛风性关节炎患者随机分为治疗组和对照组,每组各 30 例。对照组给予秋水仙碱片和依托考昔片治疗,治疗组在对照组治疗基础上联合水筋针治疗,10d 为 1 个疗程。观察各组血尿酸(UA)、肌酐(Scr)、尿素氮(BUN)水平,主要症状体征(关节疼痛、肿胀、活动、皮肤潮红)、综合疗效及不良反应。结果:总有效率治疗组为 100.00%(30/30),对照组为 80.00%(24/30),2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗组 UA、Scr、BUN 治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。治疗组关节疼痛、肿胀、活动、皮肤潮红改善情况优于对照组($P < 0.05$)。治疗组不良反应发生率较对照组低($P < 0.05$)。结论:西药联合水筋针治疗痛风性关节炎能控制症状体征,疗效持久,药物不良反应低。

[关键词] 痛风性关节炎;水筋针;依托考昔;秋水仙碱

[中图分类号] R259.932.1, R246.2 **[文献标识码]** A

DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.01.023

痛风性关节炎是一种常见的急慢性关节炎,与年龄、性别、肥胖、遗传、炎症等因素相关。相关流行病学研究表明,其发病率为 1.14%,其中男性为

1.94%,女性为 0.42%,并且发病呈年轻化趋势^[1]。长期的高尿酸可以导致尿酸结晶沉积于关节、皮肤、内脏组织,如不积极治疗,可引起关节破坏,甚至

第一作者:赵刚建,男,主治医师,研究方向:中西医防治风湿免疫疾病

因此,很多学者认为单用认知行为疗法难以起效,故本研究将认知行为疗法与针刺治疗结合,大大提高了患者依从性,仅 3 例脱落。

认知行为疗法相当于中医学的情志疗法,包括情志相胜法、阴阳相胜法、移精变气法及祝由法等。如《内经》中记载:“古之治病,惟其移精变气,可祝由而已。”明代吴崑撰《素问注》将“移精变气”注释为“移易精神,变化脏气”,即治疗机制是通过改变精神和情绪状况,使紊乱的脏腑气机得到调整。“善医者,必先医其心,而后医其身,心身应同治”。因此,认知行为疗法也符合中医治疗理念。

本研究结果显示,治疗组总有效率为 92.6%,对照组为 77.8%,2 组比较,差异有统计学意义。针刺联合认知行为疗法治疗后 PSQI 评分显著下降,与单用针刺比较差异有统计学意义。说明针刺联合认知行为治疗的疗效优于单纯针刺治疗,在常规针刺治疗基础上配合认知疗法能更好地提高疗效,是治疗失眠症的更佳方案。

参考文献

[1] 赵忠新. 临床睡眠障碍学[M]. 上海:第二军医大学出版社,

2003:1.

[2] AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE. The international classification of sleep disorders; diagnostic and coding classification of sleep disorders manual [M]. 2nd ed. Darine, Illinois, America, American Academy of Sleep Medicine, 2005:1-3.

[3] 张蕾,和申,余一旻,等. 原发性失眠人群特征、睡眠质量及危险因素的研究[J]. 上海交通大学学报:医学版,2016,36(5): 689-694.

[4] MORIN CM, HAURI P, ESPIE C, et al. Non-pharmacologic treatment of chronic insomnia[J]. Sleep, 2000, 22(2): 1134-1561.

[5] 王艳,李萍,文琪琦,等. 针灸治疗原发性失眠症的研究进展[J]. 上海针灸杂志,2016,35(7): 768-772.

[6] 中华医学会神经病学分会睡眠障碍学组. 中国成人失眠诊断与治疗指南[J]. 中华神经科杂志,2012,45(7): 534-540.

[7] 刘贤臣,唐茂芹,胡蕾,等. 匹兹堡睡眠质量指数的信度和效度研究[J]. 中华精神科杂志,1996,29(2): 103-107.

[8] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:109.

[9] 徐胜艳,李帅军,胡响当,等. 中药联合认知-行为疗法治疗肠易激综合征 40 例临床观察[J]. 湖南中医杂志,2017,33(9): 14-16.

[10] 李雁鹏,赵忠新. 认知-行为疗法治疗慢性失眠的研究进展[J]. 重庆医学,2009,38(10): 1148-1150.

威胁生命。临床上主要以非甾体类抗炎药物为主,因其毒副作用限制了临床应用^[2-3]。水筋针作为一种有效的治疗手段,已经广泛应用于治疗各种痛风性关节炎疾病。笔者采用秋水仙碱片、依托考昔片联合水筋针治疗痛风性关节炎30例,并与单用秋水仙碱和依托考昔片治疗的30例作对照观察,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 收集2017年4月至2018年3月我院风湿科急性发作的痛风性关节炎患者60例,随机分为2组,每组各30例。治疗组中,男24例,女6例;年龄22~72岁,平均(40.93±9.89)岁;病程1.5~32.2年,平均(13.77±7.36)年。对照组中,男25例,女5例;年龄24~70岁,平均(41.03±7.49)岁;病程1.7~30.7年,平均(13.49±7.36)年。2组患者性别、年龄、病程等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照美国风湿学会和欧洲抗风湿联盟制定的有关痛风的诊断标准^[4]拟定。1)下肢急性单关节发作(1d内急性发作时关节严重疼痛、肿胀和压痛,尤其是皮肤潮红)。2)用偏振光显微镜观察证实滑液或痛风石抽取物中可检测到尿酸盐结晶。3)第1跖趾关节疼痛或肿胀,单侧发作累及第1跖趾关节,或跗骨关节,有可疑的痛风石,高尿酸血症,X线片检查见关节非对称性肿大、骨皮质下囊肿不伴有骨质糜烂,关节炎症状发作期间,关节液微生物培养阴性。符合以上其中任意1项者,即可明确诊断。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断标准者;2)年龄22~72岁者;3)治疗前2周内及治疗中未使用其他治疗药物者;4)签署知情同意书者。

1.4 排除标准 1)对所用药物过敏者;2)合并心脑血管、肝肾及造血系统等严重原发性疾病者;3)合并有其他风湿免疫性疾病如类风湿关节炎、强直性脊柱炎等患者;4)有消化性溃疡病史者;5)合并有其他非晶体炎症者;6)治疗过程中病情突然加重无法继续接受治疗,中途脱落者。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予秋水仙碱片和依托考昔片治疗。先予秋水仙碱片(西双版纳药业有限责任公司,批准文号:国药准字H53021369,规格:0.5mg/片)口服,首次1.0mg,之后每2.5h服0.5mg,第1天最大剂量不超过5mg,第2天最大剂

量不超过4mg。从第3天起,每天口服依托考昔片(杭州默沙东制药有限公司,批准文号:国药准字J20130133,规格:60mg/片),120mg/次,1次/d。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上联合水筋针治疗。选择体积较大且影响患者功能的痛风石,用龙胆紫标记,常规消毒后行利多卡因局部麻醉,用手术刀尖于定点处切开约0.5cm的手术切口,先将固定好的输液器与水筋针针芯连接,然后将其刺入痛风石囊内,调节出水量对痛风囊进行冲洗剥离分解,后拔出针芯从周围挤压囊腔,尽可能多挤出痛风石结晶,如此反复几次,术后消毒术口并以创可贴敷术口。术后卧床休息2~3h,适当垫高患肢。

2组均以10d为1个疗程。治疗期间低嘌呤饮食,避免挤压患部,避免过于劳累。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)治疗前后的血尿酸(UA)、肌酐(Scr)、尿素氮(BUN)水平。2)治疗前后临床体征,包括关节疼痛、肿胀、活动、皮肤潮红。3)治疗后的不良反应,统计不良反应发生率。4)综合疗效。

3.2 疗效标准 参照《风湿病经筋微创诊疗学》^[5]中的有关标准拟定。痊愈:痛风石完全消失,临床症状体征消失,主要实验室指标正常;显效:痛风囊腔较前缩小1/2,临床症状体征有明显改善,主要实验室指标基本正常;有效:痛风囊腔较前缩小1/3,临床症状体征有所改善,主要实验室指标较前有所降低;无效:未达上述标准。

3.3 统计学方法 采用SPSS 20.0统计软件进行统计分析,计量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组内比较采用配对样本 t 检验,组间比较采用两独立样本 t 检验;计数资料用率(%)表示,采用非参数方法检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组综合疗效比较 总有效率治疗组为100.00%,对照组为80.00%,2组比较,差异有统计学意义。(见表1)

表1 2组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	30	25(83.34)	4(13.33)	1(3.33)	0	30(100.00) ^a
对照组	30	15(50.00)	7(23.33)	2(6.67)	6(20.00)	24(80.00)

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

3.4.2 2组治疗前后实验室指标比较 UA、Scr、BUN治疗组治疗前后组内比较及治疗后与对照组比较,差异均有统计学意义。(见表2)

表2 2组治疗前后UA、Scr、BUN比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	UA($\mu\text{mol/L}$)	Scr($\mu\text{mol/L}$)	BUN(mmol/L)
治疗组	30	治疗前	522.10 \pm 96.82	79.77 \pm 13.53	5.91 \pm 1.39
		治疗后	350.43 \pm 66.71 ^{ab}	65.73 \pm 10.75 ^{ab}	3.32 \pm 0.43 ^{ab}
对照组	30	治疗前	501.10 \pm 119.69	76.13 \pm 15.57	5.64 \pm 1.28
		治疗后	477.73 \pm 115.81	73.26 \pm 12.88	5.41 \pm 0.93

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

3.4.3 2组治疗后主要症状体征改善情况比较
治疗后治疗组主要症状体征改善情况优于对照组,差异均有统计学意义。(见表3)

表3 2组治疗后主要症状体征改善情况比较[例(%)]

组别	例数	关节疼痛	关节肿胀	关节活动	皮肤潮红
治疗组	30	28(93.33) ^a	28(93.33) ^a	27(90.00) ^a	26(86.67) ^a
对照组	30	19(63.33)	16(53.33)	13(43.33)	12(40.00)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.5 不良反应 不良反应发生率治疗组为20.00%,低于对照组的50.00%,2组比较,差异有统计学意义。(见表4)

表4 2组不良反应发生率比较[例(%)]

组别	例数	胃肠道症状	肝肾功能异常	总发生
治疗组	30	6(20.00)	0	6(20.00) ^a
对照组	30	10(33.33)	5(16.67)	15(50.00)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

4 讨论

高尿酸血症是引起痛风性关节炎发作的重要病理基础,好发于中青年,发病与年龄、性激素水平、肥胖、代谢等相关因素有关^[6],还与炎症、遗传、环境等因素相关。相关研究表明,痛风患者急性发作时血尿酸可增高。因此,保持血尿酸水平的长期稳定是治疗痛风性关节炎的核心^[7]。血尿酸的生成增多或排泄减少均可造成血尿酸水平增高,持续升高的血尿酸使尿素盐单钠晶体沉积于关节、皮肤、内脏等部位,可引起痛风急性发作,因此,降尿酸是治疗痛风的关键^[8]。临床上常用的降尿酸药物有抑制生成药物,如嘌呤醇和非布司他,促进尿酸排泄的主要药物,如苯溴马隆和丙磺舒。但是对于痛风性关节炎的急性发作,指南中不建议加用降尿酸或排泄尿酸药物,常用的有非甾体类抗炎药、秋水仙碱、糖皮质激素等^[9]。由于糖皮质激素的毒副作用较多,因此,临床常用药物为非甾体类抗炎药和秋水仙碱。非甾体类抗炎药主要通过抑制环氧化酶(COX)来达到抗炎、镇痛、解热作用,依托考昔是COX-2抑制剂药物,对COX-1影响较小,产生的不良反应较少,是最常用于治疗痛风性关节炎急性发作的药物^[10-11]。

水筋针融合了现代医学的微创技术和传统医学的小针刀技术,可不破坏整体结构,仅对微细组织结构进行松解、疏通。该技术微创、灵活、安全、易操作,因其具有减少或消除痛风石、减少痛风的再发作、改善关节活动度、减少关节破坏等特点,被广泛应用于痛风性关节炎患者的治疗中^[12-13]。

本次研究结果表明,治疗组不仅可以降低血尿酸、肌酐、尿素氮水平,还可改善痛风患者临床症状体征如关节疼痛、肿胀、活动等,由此表明水筋针联合西药组可明显降低痛风患者的临床症状及复发次数,并且在保护肾功能方面优于单一西药。然而本次临床研究治疗时间仅为10d,在反映痛风性患者急性发作与缓解期的症状特征等方面仍存在局限性。同时,由于本次研究样本量较少,希望以后可以进行多中心、大样本、前瞻性的随机对照研究来观察长期疗效与不良反应。

参考文献

- [1] YONG TIANQIAO. Hypouricemic effects of extracts from *agroclybe aegerita* on hyperuricemia mice and virtual prediction of bioactives by molecular docking[J]. *Frontiers in Pharmacology*, 2018(9):1-10.
- [2] 高丽霞. 2017年风湿免疫病主要临床进展[J]. *临床荟萃*, 2018,33(1):54-65.
- [3] 张红阳,王洪玲,史亚夫. 用于治疗痛风类中药方剂对比别嘌醇治疗痛风疗效和安全性的系统评价[J]. *中国药房*, 2018,29(3):401-404.
- [4] LOUTHRENOO WORAWIT. performance of the 2015 american college of rheumatology/european league against rheumatism gout classification criteria in thai patients[J]. *Rheumatology International*, 2017,37(5):705-711.
- [5] 韦嵩. 风湿病经筋微创诊疗学[M]. 北京:人民军医出版社, 2015:143.
- [6] 张明峰. 高尿酸血症对代谢综合征和心血管病的影响与防治[J]. *临床荟萃*, 2016,31(5):496-500.
- [7] 汪学良,刘念,秦天楠,等. 痛风研究现状及展望[J]. *风湿病与关节炎*, 2018,7(6):68-70.
- [8] 李丽丽. 痛风发病机制及其诊断治疗分析[J]. *青春岁月*, 2018(9):233-235.
- [9] 熊逸凡. 《美国医师协会临床实践指南:急性和复发性痛风管理》解读[J]. *中国全科医学*, 2018,21(14):1645-1647.
- [10] 张涛. 依托考昔与美洛昔康治疗急性痛风的效果对比[J]. *世界最新医学信息文摘*, 2018,18(25):84-86.
- [11] 张晓莹. 180例类风湿关节炎非甾体抗炎药物应用合理性和安全性评价[J]. *药学与临床研究*, 2018,26(4):75-77.
- [12] 刘明岭. 微创针刀镜在痛风治疗中的应用价值[J]. *实用中医内科杂志*, 2015,29(2):181-183.
- [13] 袁建. 滋阴软坚通络方配合小针刀治疗痛风30例临床观察[J]. *湖南中医杂志*, 2017,33(8):61-63.

(收稿日期:2019-01-28)