

· 临床报道 ·

清痹活血方联合关节镜下关节清理术治疗痛风性关节炎的临床疗效观察

熊其林 范跟东

【摘要】 目的 探讨清痹活血方联合关节镜下关节清理术治疗痛风性关节炎的疗效。**方法** 将 84 例痛风性关节炎患者分为研究组和对照组,每组 42 例。全部患者采用关节镜下关节清理术治疗。对照组口服秋水仙碱片,每日 2 次,每次 0.5 mg。研究组给予自拟清痹活血汤剂口服。治疗 14 天,对比两组患者的疗效。检测两组实验室指标(C-反应蛋白、血沉、血尿酸)的变化。随访 6 个月,对比两组膝关节功能评分变化(lysholm 评分)。**结果** 研究组的疗效显著优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);两组治疗后 C-反应蛋白、血沉、血尿酸显著降低($P<0.05$);治疗后,研究组的 C-反应蛋白、血沉、血尿酸显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);两组治疗后 6 个月的 lysholm 评分显著升高,差异有统计学意义($P<0.05$);研究组 lysholm 评分升高的程度显著优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 清痹活血方联合关节镜下关节清理术治疗痛风性关节炎的疗效确切,能显著减轻炎症反应,改善膝关节功能。

【关键词】 清痹活血方; 关节清理术; 痛风性关节炎; 膝关节功能

【中图分类号】 R274.9 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2017.06.029

痛风性关节炎的主要临床特征为尿酸的水平显著增高,尿酸盐晶体沉积于各种关节组织,引起滑膜炎或免疫反应,破坏关节软骨或损伤软组织,同时还能阻断关节软骨吸收关节液的营养物质,长期可引起关节畸形,严重影响患者的日常生活^[1]。近年来痛风性关节炎的发病率呈上升趋势,主要发生于中老年男性,其中高嘌呤摄入及过度饮酒是最主要的诱因。目前关节镜下关节清理术是治疗痛风性关节炎液主要的治疗手段之一,具有手术创伤小、术后恢复快、疗效良好、安全可靠等特点^[2]。但手术治疗只是痛风性关节炎的局部治疗方法,要保证后续的治疗效果,术后需持续进行相关的药物治疗。秋水仙碱是临床西医最常用的抗痛风药物,服用剂量与中毒剂量相近,长期服用后会引发较大的毒副作用,临床运用受到了限制^[3]。随着中医药在骨科研究的不断进步,中医药的整体优势逐步得到普遍认可。本研究基于传统中医理论同时结合现代医学理念,寻找一种安全有效的痛风性关节炎治疗方法。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2015 年 6 月~2016 年 7 月湖北省应城市中医医院收治的痛风性关节炎患者 84 例,按照随机数字表法分为研究组和对照组,每组 42 例。研究组男 38 例,女 4 例,年

龄 31~76 岁,平均(57.26 ± 6.19)岁,病程(9.83 ± 2.74)年,急性发作时间(2.53 ± 0.71)天,受累关节 1~7 个,平均(4.03 ± 1.24)个,按照病变部位分为仅左膝 16 例,仅右膝 19 例,双膝 7 例;其中首次发作 9 例。对照组男 39 例,女 3 例,年龄 30~75 岁,平均(57.18 ± 6.22)岁,病程(9.76 ± 2.81)年,急性发作时间(2.49 ± 0.73)天,受累关节 1~7 个,平均(3.95 ± 1.19)个,按照病变部位分为仅左膝 19 例,仅右膝 17 例,双膝 6 例;其中首次发作 11 例。两组男女比、年龄、病程、急性发作时间、受累关节个数、病变部位、首次发作次数对比差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究通过本院伦理委员会审核。

1.2 诊断标准

西医:参照《临床诊疗指南:风湿病分册》中相关标准拟定^[4],(1)滑囊液中有标志性尿酸盐结晶;(2)偏振光显微镜或痛风石检测结果显示有尿酸钠结晶;(3)满足以下项目中其中 6 项,包括痛风性关节炎急性发作次数 ≥ 1 次;临床主要症状 1 天内达到顶点;单个关节炎发作;患肢皮肤呈暗红色;第一跖趾肿胀或疼痛;单侧发作包括第一跖趾;单侧发作包括跗骨关节;有痛风石;高尿酸血症;X 线片显示骨皮质囊肿,但无骨质侵蚀;X 线片显示病变关节呈不对称肿胀;关节液微生物培养为阴性。

中医:参照《中医病证诊断疗效标准》中相关标准拟定^[5],关节迅速热痛红肿,疼痛呈进行性加剧,表现为咬噬样、刀割样、撕裂样疼痛,难以忍受,局部灼热,得凉或舒,伴有心烦口渴,烦躁不安,口唇暗红,舌红苔黄腻,脉弦数。

作者单位:432400 湖北省应城市中医医院骨科

作者简介:熊其林(1976-),本科,主治医师。研究方向:骨关节创伤。E-mail:554632031@qq.com

1.3 纳入和排除标准

纳入:(1)满足中医及西医诊断标准;(2)急性发作 1 周内;(3)治疗前将全部疗程及风险告知患者,患者自愿参加本研究,签订知情同意书。

排除:(1)类风湿关节炎、创伤性关节炎、骨性关节炎等其他关节病变;(2)由利尿剂引起的痛风性关节炎,或继发性痛风性关节炎;(3)伴有心脑血管疾病、造血或神经系统疾病,严重肝肾功能不足者;(4)反复发作,无明显间隙期;(5)关节炎晚期无法正常劳动者;(6)依从性差,无法正常完成整个疗程者;(7)手术禁忌症患者。

1.4 治疗方法

全部患者采用关节镜下关节清理术治疗,患者取仰卧位,采用硬膜外麻醉,进行患者常规大腿止血,压力设置为 45~55 kPa,止血时间不超过 90 分钟。选取常规前外侧或前内侧入路,在关节镜下观察软骨、半月板、韧带、滑膜病、尿酸盐沉积状况,主要表现为韧带、半月板、软骨面、滑膜上有不同程度的白色结晶物质,关节液混浊。然后切除附着有白色结晶或增生的滑膜组织,清除其他部位表明附着的白色结晶体;尽可能清除痛风石,采用半月板修整术修复半月板损伤,采用软骨缺损微骨折术修复软骨缺损。彻底清理后,运用大量生理盐水冲洗。术毕,于膝关节前内侧的髌间窝放置硅胶引流管作为入水管,前外侧的髌上囊放置引流管作为出水管,关闭切口,加压包扎。持续冲洗 5~7 天。

对照组:给予常规抗痛风治疗,包括口服秋水仙碱片(西双版纳版纳药业有限责任公司,规格:0.5 mg,生产批号:20150412),每日 2 次,每次 0.5 mg,连续口服 14 天。

研究组:给予清痹活血方,方中组成:萆薢 30 g、苍术 12 g、滑石 30 g、黄柏 9 g、金钱草 24 g、土茯苓 18 g、忍冬藤 30 g、鸡血藤 30 g、丹参 18 g、泽兰 12 g、薏苡仁 30 g、牛膝 30 g、甘草 6 g,随症加减,严重肿痛者,加鬼箭羽 15 g;剧痛无法忍受者,加蜈蚣 9 g、全蝎 9 g;湿重甚者,加益母草 12 g、车前子 15 g;关节瘀块者,加白芥子 18 g、陈胆星 12 g、土鳖虫 9 g;热盛伤阴者,加生地黄 18 g。水煎服,煎 2 次混合和匀,保留汁液约 400 mL,分早晚两次温服,每日 1 剂,连续治疗 14 天。

两组均于治疗 14 天后统计疗效。

1.5 疗效标准^[5]

于患者治疗前后,采用中医症状评分法进行评分,主症包括关节发热、关节疼痛、关节肿胀、关节屈伸不利,按照无、轻、中、重四个等级,分别记为 0、2、4、6 分;次症包括身热、口干咽燥、身困倦怠、口渴、小便短黄,按照无、轻、中、重四个等级,分别记为 0、1、2、3 分;中医症状评分为各临床症状评分之和。按照尼莫地平法,计算出疗效指数=(治疗前评分-治疗后评分)/治疗前评分×100%。根据相关疗效标准拟定,(1)临床治愈:临床症状消失,疗效指数>95%;(2)显效,临床症状显著改善,70%≤疗效指数<95%;(3)有效,临床症状好转,30%≤疗效指数<70%;(4)无效,临床症状无改善,疗效指数<30%。总有效率=(临床治愈例数+显效例数+有

效例数)/总病例数×100%。

1.6 观察指标

于治疗前后,采集患者静脉血 5 mL,采用酶联免疫吸附法检测血清 C-反应蛋白(C-reactive protein, CRP)水平变化,采用魏氏检测法血沉水平变化,采用比色法检测血尿酸水平变化。随访 6 个月,检测治疗前与治疗 6 个月后,采用膝关节功能评分表(lysholm 评分)评估患者膝关节功能变化。

1.7 统计学处理

采用 SPSS 18.0 统计处理,计数资料采用百分率表示,组间对比行 χ^2 检验,计量资料采用($\bar{x}\pm s$)表示,组间对比行独立样本 t 检验,组内比较行配对 t 检验,以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者疗效对比

研究组的疗效显著优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组关节清理术治疗的痛风性关节炎患者疗效对比(例,%)

分组	例数	临床治愈	显效	有效	无效	总有效率/%
研究组	42	13	19	7	3	92.86
对照组	42	7	14	10	11	73.81

注:组间对比, $\chi^2=5.486, P<0.05$ 。

2.2 两组患者治疗前后 CRP、血沉、血尿酸的变化

治疗前,两组患者的 CRP、血沉、血尿酸比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,两组患者 CRP、血沉、血尿酸显著降低,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后,研究组的 CRP、血沉、血尿酸显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组痛风性关节炎患者治疗前后 CRP、血沉、血尿酸的变化($\bar{x}\pm s$)

分组	例数	CRP(mg/L)	血沉(mm/h)	血尿酸($\mu\text{mol/L}$)
研究组				
治疗前	42	43.09±10.57	50.97±11.25	518.32±51.87
治疗后	42	14.83±3.29 ^{ab}	20.63±4.29 ^{ab}	369.15±47.24 ^{ab}
对照组				
治疗前	42	42.97±11.02	50.61±10.98	513.48±50.19
治疗后	42	20.16±5.26 ^a	27.02±5.73 ^a	405.23±48.06 ^a

注:与同组治疗前对比,^a $P<0.05$;与对照组治疗后对比,^b $P<0.05$ 。

2.3 两组患者治疗 6 个月 lysholm 评分对比

两组治疗 6 个月后 lysholm 评分显著升高,差异有统计学意义($P<0.05$);研究组 lysholm 评分升高的程度显著优于

对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组痛风性关节炎患者关节清理术后
6 个月 lysholm 评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

分组	例数	治疗前	治疗后 6 个月
研究组	42	63.19 \pm 6.73	91.05 \pm 5.38 ^{ab}
对照组	42	65.02 \pm 6.81	82.74 \pm 6.19 ^a

注:与同组治疗前对比,^a $P<0.05$;与对照组治疗后对比,^b $P<0.05$ 。

3 讨论

痛风属于代谢性病变,主要病因为尿酸盐晶体沉积于各个关节,痛风性关节炎是其中主要的病变之一。关节镜下关节清理术是目前治疗痛风性关节炎最主要的手术方式,能彻底清除关节面上的尿酸盐晶体,阻断引起关节损伤的各种细胞因子的炎症病理过程,防止关节进一步损伤,有助于迅速消肿及减轻关节疼痛^[6]。关节镜手术虽然能有效地减轻痛风性关节炎的临床症状,但要保证后续的治疗效果,术后还需配合有效的药物治疗。

中医理论认为,痛风性关节炎属于“痛风”“痹症”的范畴,其发病机制为患者先天禀赋不足,肝脾功能失司,湿热互结,引起气血运不畅,滞而成瘀,瘀热互结,侵袭经络,关节内蕴,发为此症^[7]。湿热瘀痹为主要病理因素,中医治疗的原则为清热化湿,活血化瘀,通经除痹。方中黄柏、苍术用作君药,黄柏能清热解毒,燥湿泻火;苍术能健脾燥湿,祛风除湿,尤其适用于风湿痹痛^[8]。草薢、鸡血藤、泽兰、薏苡仁、丹参、滑石用作臣药,其中草薢能祛风除湿,适用于风湿痹痛;鸡血藤能舒筋活血,祛风除痹;泽兰能活血化瘀、痛经利水;薏苡仁能健脾益气,利水除痹,消肿渗湿;丹参能调经活血,散瘀止痛,凉血安神;滑石能利水通淋、清热解毒^[9]。土茯苓、厚朴用作佐药,土茯苓能解毒化湿,通利关节;厚朴能健脾益气燥湿^[10]。牛膝用作使药,能强筋壮骨,活血化瘀,补肝益肾。全方合用,共奏清热化湿,活血化瘀,通经除痹的功效。

本研究表明,两组治疗后 CRP、血沉、尿酸的水平显著下降,而研究组下降的程度显著优于对照组,结果提示,清痹活血方具有一定的抗炎作用,能抑制血清炎症因子的释放,发挥抗炎镇痛的效果。现代药理研究表明,黄柏具有抗炎、抗菌、解热的作用^[11];鸡血藤能增加机体免疫功能,抑制 IL-6、TNF- α 等炎症因子的释放,减轻炎症反应^[12];薏苡仁具有解热、镇痛、镇静的功效^[13];丹参能降低 TNF- α 的水平,减轻机体氧化自由基损伤^[14];土茯苓能选择性抑制细胞免疫反应,减轻炎症反应,还具有明显的镇痛作用^[15];厚朴具有显著的抗炎、镇痛作用,还能减轻氧自由基损伤^[16];牛膝具有良好的抗炎、抗菌作用^[17]。本研究表明,两组治疗后 lysholm 评分的水平显著升高,而研究组升高的程度显著优于对照组。结果提示,清痹活血方能明显提高痛风性关节炎关节镜手术后的膝关节功能。现代药理研究表明,苍术能有效促进胃消化,促进机体营养物质吸收,同时还能促进骨组织钙化,促进

关节损伤愈合^[18];泽兰能抗血栓形成。清痹活血方还能改善血液流变学水平,抑制尿酸形成及促进尿酸排出,从多靶点减轻关节的炎症反应,促进膝关节功能的显著改善^[19]。

综上所述,清痹活血方联合关节镜下关节清理术治疗痛风性关节炎的疗效确切,能显著减轻炎症反应,改善膝关节功能。

参 考 文 献

- [1] 袁艳平,李长贵.急性痛风性关节炎的规范化治疗[J].医学综述,2014,20(21):3902-3905.
- [2] 龚时国,沈鑫,廖建平,等.关节镜治疗痛风性关节炎有效性的系统评价[J].中华腔镜外科杂志电子版,2016,11(1):44-47.
- [3] 李爱平,王振青.秋水仙碱联合别嘌醇治疗急性痛风性关节炎疗效分析[J].河北医学,2014,12(11):1912-1913.
- [4] 中华医学会.临床诊疗指南:风湿病分册[J].北京:人民卫生出版社,2005:123.
- [5] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:182-183.
- [6] 周明倩,李海昌,温成平.急性痛风性关节炎中西医结合治疗浅析[J].中国中医急症,2015,24(3):450-452.
- [7] 董伟光,赵娇娇,董玉山.中医药治疗痛风性关节炎研究进展[J].陕西中医,2015,36(4):505-508.
- [8] 徐伟,孙维峰,李威,等.清热除痹汤治疗急性痛风性关节炎的临床研究[J].中国中医急症,2014,23(12):2159-2160.
- [9] 魏合伟,黄梓基,郑维蓬.清热凉血方治疗痛风性关节炎的疗效观察[J].广州中医药大学学报,2014,4(6):895-898.
- [10] 黄桂琼,陈洪,刘庆荣,等.清热利湿通络止痛方治疗急性痛风性关节炎的疗效观察[J].陕西中医,2016,37(11):78-79.
- [11] 陈阳峰,钟晓红.黄柏的药理作用及其活性成分提取[J].作物研究,2015,2(5):564-568.
- [12] 秦建群,黄锁义.鸡血藤药理作用的研究进展[J].时珍国医国药,2014,18(1):180-183.
- [13] 张明发,沈雅琴.薏苡仁抗代谢综合征的药理作用研究进展[J].药物评价研究,2014,37(2):178-183.
- [14] 马丙祥,董宠凯.丹参的药理作用研究新进展[J].中国药房,2014,13(7):663-665.
- [15] 照日格图·其乐木格.蒙药土茯苓七味汤散的研究进展[J].世界中医药,2015,7(A01):475-475.
- [16] 贺平,马一凤,宁玉静,等.三仁汤药理研究进展[J].中医学报,2014:44-45.
- [17] 田硕,苗明三.牛膝的化学、药理及应用特点探讨[J].中医学报,2014,29(8):1186-1188.
- [18] 杨光义,叶方,刘斌,等.苍术多糖的研究进展[J].中国药师,2014,17(8):1393-1395.
- [19] 宋艳芳,刘东阳.除痹定痛方治疗急性痛风性关节炎疗效观察[J].陕西中医,2014,12(4):448-449.

(收稿日期:2017-02-26)

(本文编辑:王馨瑶)