

清热活血汤治疗急性痛风性关节炎临床观察

Clinical observation on treating acute gouty arthritis with the

Qinre Huoxue decoction

陈海宏 苏培基 伍中庆 李兆青

(广东省中山市中医院, 广东 中山, 528400)

中图分类号: R593.22 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2012) 22-0010-03 证型: IDBG

【摘要】 目的: 观察清热活血汤治疗急性痛风性关节炎的临床疗效。方法: 治疗组 45 例用清热活血汤治疗, 对照组 45 例用秋水仙碱片治疗, 两组均治疗 2 周。结果: 治疗组在改善其临床症状、起效时间、红肿消失时间、疼痛缓解时间及降低血尿酸水平平均优于对照组, 且无不良反应。结论: 在痛风急性期服用清热活血汤, 可缓解症状, 降低血尿酸。

【关键词】 痛风; 中医药疗法; 清热活血汤

【Abstract】 Objective: To investigate the clinical effects of the decoction. Methods: The control group (45) took colchicine, treated group (45) took the decoction, for two weeks. Result: In clinical symptoms, effective time, redness disappear time, the time of pain releasing and serum uric acid the treated group is better and achieve no side effect. Conclusion: During the acute stage of gout application of the Qingre Huoxue decoction can relieve symptoms and reduce blood uric acid.

【Keywords】 Gout; TCM therapy; The Qingre Huoxue decoction

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2012.22.005

痛风是嘌呤代谢紊乱或尿酸排泄减少所引起的血尿酸升高的一种晶体性关节炎。随着人民生活水平的提高, 痛风性关节炎的发病率逐年递增, 且发病年龄呈现低龄化趋势。在急性期患者出现关节剧烈疼痛, 局部红肿, 行动不便, 严重影响生活。我院近 3 年采用清热活血汤治疗急性痛风性关节炎, 取得较好疗效。现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

90 例本院门诊或住院痛风急性发作患者, 中医辨证属瘀热内郁证。随机分为两组。治疗组 45 例, 男 43 例, 女 2 例; 年龄 18~56 岁, 平均年龄 (32.6±3.9) 岁; 病程最短 3 个月, 最长 15 年, 平均病程 (7.3±2.9) 年。对照组 45 例, 男 42 例, 女 3 例; 年龄 19~58 岁, 平均年龄 (37.7±2.6) 岁; 病程最短 3 个月, 最长 11 年, 平均病程 (5.6±2.9) 年。两组上述资料差异无显著性 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

参照 1977 年美国风湿病协会制定的痛风性关节炎诊断标准^[1], 具备下列 9 条中的 4 条以上者就可以诊断为急性痛风性关节炎: ①急性关节炎发作 1 次以上, 并在 1d 内达到高潮; ②急性关节炎局限于个别关节; ③整个关节呈暗红色; ④第 1 跖趾关节肿痛; ⑤单侧跗关节急性发炎; ⑥有可疑或证实的痛风性关节炎结石; ⑦高尿酸血症; ⑧非对称关节肿胀; ⑨发作可自行终止。并排除继发性痛风性关节炎和使用利尿剂、化疗药物和放射治疗等使血尿酸增高等因素。痛风中医辨证分型参照《国家标准应用中医内科疾病诊疗常规》标准^[2]。瘀热内郁: 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, 病灶周围或有硬结, 舌质紫暗或有瘀斑, 苔黄, 脉数涩。

2 治疗与观察方法

2.1 治疗方法

治疗组采用清热活血汤治疗。处方: 黄柏、苍术、川牛膝、薏苡仁、萹藤、赤芍、丹皮、丹参、车前子、防己、土茯苓、秦艽、银花藤、生地等, 每日 1 剂, 水煎服, 连服 2 周。(具有清热除湿, 活血止痛的功能)。对照组口服秋水仙碱片治疗, 首次口服 1mg, 以后 0.5mg/h, 直至疼痛缓解, 或出现恶心腹泻等胃肠道反应时停用, 24h 内不宜超过 6mg。关节疼痛缓解后, 改为 0.5mg, 1 次/d, 连用 2 周。如出现不良反应立即停药。治疗期间均嘱患者限制蛋白质的摄入量, 多喝水, 避免劳累、受凉、严格戒烟、酒, 忌高嘌呤食物, 避免诱发因素。

2.2 观察方法

观察并记录患者治疗前后关节红肿、疼痛等症状的缓解程度, 治疗起效及症状消失缓解时间, 检测治疗前后血尿酸浓度。

2.3 统计学处理

采用 SPSS13.0 统计软件, 结果资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 χ^2 检验、 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准

根据《中医病证诊疗常规》标准^[3]: 临床痊愈: 症状完全消失, 关节功能恢复正常, 主要化验指标正常 (主要指急性炎症指标); 显效: 主要症状消失, 关节功能基本恢复正常, 主要化验指标基本正常; 有效: 主要症状基本消失, 主要关节功能及主要化验指标基本正常; 无效: 症状、体征和实验室指标无改善或加重。

3.2 治疗结果

3.2.1 两组治疗后临床疗效比较

治疗组对痛风病人的疗效明显优于对照组，两组间比较有显著性差异 ($P<0.05$)，见表 1。

表 1 治疗组和对照组临床疗效比较

组别	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率 (%)
治疗组	19	20	5	1	97.78 ^a
对照组	10	14	16	5	88.89

注：与对照组比较，a： $P<0.05$ 。

3.2.2 两组治疗起效时间比较

治疗组起效时间较快，明显优于对照组，两组间有显著差异 ($P<0.01$)，见表 2。

表 2 治疗组和对照组起效时间比较 [n (%)]

组别	4d 内	1 周内	1 周以上
治疗组	35 (77.78) ^b	9 (20)	1 (2.22)
对照组	20 (44.40)	22 (48.89)	3 (6.67)

注：与对照组比较，b： $P<0.01$ 。

3.2.3 两组治疗后关节红肿消失及疼痛缓解时间比较

治疗组病人关节红肿消失及疼痛缓解时间较快，两组间有差异。 ($P<0.05$)，见表 3。

表 3 治疗组和对照组关节红肿消失时间及疼痛缓解时间比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	关节红肿消失时间 (d)	关节疼痛缓解时间 (d)
治疗组	6.7±2.75 ^a	6.73±1.72 ^a
对照组	9.8±3.45	10.26±2.18

注：与对照组比较，a： $P<0.05$ 。

3.2.4 两组治疗前后血尿酸值比较

两组治疗后血尿酸值均显著下降 ($P<0.05$)，治疗组下降幅度大于对照组 ($P<0.05$)。见表 4。

表 4 治疗前后血尿酸值比较 (umol/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	治疗前	治疗后
治疗组	546.49±73.10	397.56±66.09 ^{ab}
对照组	537.12±71.61	450.02±72.29 ^a

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

3.2.5 不良反应

对照组有 5 例患者出现恶心、呕吐、腹泻等胃肠道反应，未见其他严重不良反应。治疗组无不良反应的报告，安全性高，患者依从性好。

4 讨论

痛风性关节炎为临床常见的关节炎，急性痛风临床特点为高尿酸血症，表现为关节的剧烈疼痛发作，局部红肿，行动不便。以尿酸生成增多和尿酸排泄减少为其主要病因。现代医学以迅速缓解关节疼痛，降低尿酸作为急性期治疗的主要措施。治疗急性痛风性关节炎一般首选秋水仙碱。秋水仙碱通过减少或终止因白细胞和滑膜内皮细胞吞噬尿酸盐所分泌的化学因子而起抗炎、止痛的作用^[4]。但近年通过大量临床实践发现，因其不影响尿酸盐生成、溶解及排泄，故无降血尿酸作用。且其起效剂量与引发胃肠道反应剂量非常相近，易出现腹痛、腹

泻、呕吐及食欲不振等胃肠道反应症状，严重者可出现骨髓抑制及肝、肾损害^[5]。在一定程度上影响患者的依从性。

中医学认为本病属祖国医学“痹证”、“痛风”、“白虎历节风”等范畴。痛风多因平素过食膏粱厚味，以致湿热内蕴，稽留骨髓，气血运行不畅，湿热瘀毒流注经络关节，致关节灼热红肿，功能障碍，痛不可触，甚则痰瘀浊毒附骨，出现痛风结节。因此，治疗上以清热除湿，活血止痛为法，拟清热活血方治疗。方中黄柏、苍术清热燥湿，泻火解毒；萆薢、薏苡仁、车前子通淋利尿，分清泄浊；赤芍、丹皮、丹参、川牛膝活血祛瘀，通络止痛；土茯苓、防己、秦艽、银花藤清热利水，祛风湿止痛；生地以清热凉血止痛。诸药相配，共奏清热除湿，活血止痛之功。现代药理研究表明，黄柏可降低高尿酸血症小鼠血清尿酸水平，抑制小鼠肝脏黄嘌呤氧化酶活性，具有抗痛风作用^[6]；土茯苓能增加尿酸盐排泄，恢复肾功能^[7]；萆薢有增加尿酸排泄，降低血尿酸的作用^[8]；薏苡仁能增加肾血流量而促进血尿酸的排泄^[9]；车前子中含利尿有效成份之一的桃叶珊瑚甙，有促进排泄尿酸作用^[10]；丹皮的抗炎作用不依赖于垂体-肾上腺系统，其机制可能是多方面的，即直接对抗炎症介质，抑制白细胞游走及抑制前列腺素 E2 (PGE2) 的生物合成等^[11]；秦艽具有溶解尿酸结晶并解除疼痛的作用^[12]；牛膝祛风湿，补肝肾，引药下行，牛膝的有效成分牛膝总皂苷能明显减轻急性炎症反应，具有明显的抗炎镇痛及活血作用^[13]；赤芍具有抗炎作用，促进血脂代谢。芍药总苷能显著抑制大鼠佐剂性关节炎的发展，抑制效应与 cAMP 水平及抑制活化的佐剂性关节炎大鼠滑膜细胞释放 IL-1TNF- α 、IL-6 与 PGE-2 等发炎介质^[14]，以及抑制丝裂原活化蛋白激酶 (Mitogen-activated Protein Kinases, MAPKs) 磷酸化，滑膜细胞的基质金属蛋白酶表现。

本方的药物组成，体现了中医清热除湿，活血止痛的治法；而且其主要成份有促进尿酸排泄，降低血尿酸及抗炎止痛作用。从其治疗结果与秋水仙碱比较，清热活血方在改善症状、药物起效时间、关节红肿消失时间、疼痛缓解时间及降低血尿酸值均优于秋水仙碱，且无明显不良反应，值得推广使用。

参考文献：

- [1]中华医学会.临床诊疗指南风湿病分册[M].北京:人民卫生出版社,2005:123
- [2]朱文峰主编.国家标准应用中医内科疾病诊疗常规[M].长沙:湖南科学技术出版社,1999:2
- [3]陈园桃.中医病证诊疗常规[M].南京:东南大学出版社,2008:110
- [4]叶任高主编.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2008:1017
- [5]丁云岗,黄育新.秋水仙碱治疗痛风性关节炎的安全性评价[J].中国基层医药,2006,12(7):1085
- [6]杨澄,朱继孝,王颖,等.盐制对黄柏抗痛风作用的影响[J].中国中药杂志,2005,30(2):145
- [7]王浴生,邓文龙,薛春生主编.中药药理与应用[M].2 版.北京:人民卫生出版社,1998:64-65
- [8]张民庆.现代临床方剂学[M].北京:人民出版社,2001:830,798
- [9]黄胜光,谭宁,周汝云.除湿化痰方防治大鼠高尿酸血症的研究[J].中国中医药信息杂志,2004,11(8):692-694
- [10]宫崎瑞明他.防己黄耆汤加木通车前子治疗痛风[J].日本东洋医学杂志,1997,47(5):813

[11]李方军.牡丹皮化学成份及药理作用研究进展[J].安徽医药,2004,8(1):9
 [12]丁炜,许丽清,许爱兰.提高中医药治疗痛风临床疗效的思路[J].江苏中医药,2007,39(5):26-27
 [13]高昌琨,高建,马如龙,等.牛膝总皂苷抗炎、镇痛和活血作用的研究[J].安徽医药,2003,7(4):482-491

[14]Xu H.M., Wei W., Jia X.Y., Chang Y., Zhang L., Effects and mechanisms of total glucosides of paeony on adjuvant arthritis in rats.[J] Ethnopharmacol., 109: 442-448,2007

编辑:王艳娟 编号:EA-120814138(修回:2012-11-17)

参附注射液联合磷酸肌酸钠治疗急性心肌梗死合并心源性休克临床观察

Clinical observation on treating AMI with cardiogenic shock with Shenfu injection combined with creatine phosphate sodium

李媛 王娜 庄康保 曾燕青

(广东省广州市中西医结合医院, 广东 广州, 510800)

中图分类号: R542.2+2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860(2012)22-0012-02 证型: GBD

【摘要】 目的: 观察参附注射液联合磷酸肌酸钠治疗急性心肌梗死合并心源性休克临床疗效。方法: 将 80 例急性心肌梗死患者随机分为治疗组和对照组各 40 例, 两组病例均采用西医综合常规治疗, 治疗组另外给予 5% 葡萄糖 250ml + 参附注射液 40ml 静滴, 1 次/d, 0.9 氯化钠注射液 100ml + 注射用磷酸肌酸钠 1.0g 静滴, 2 次/d, 观察 14d。比较两组治疗前后休克症状的变化及血压、脉搏等指标改善情况, 同时用心脏彩超监测两组治疗前后 EF 变化情况。结果: 治疗组临床疗效优于对照组, 在血压、脉搏、左室摄血分数 (EF) 改善方面亦优于对照组。结论: 参附注射液联合磷酸肌酸钠能明显改善急性心肌梗死合并心源性休克的相关症状、指标, 减少西药的不良反应, 从而提高临床疗效, 值得临床推广应用。

【关键词】 参附注射液; 磷酸肌酸钠; 急性心肌梗死; 心源性休克

【Abstract】 Objective: To investigate clinical effects of Shenfu injection combined with creatine phosphate sodium. Methods: To divide 80 patients into two groups, both took routine western therapy, the treated group took Shenfu injection 40ml IVI/d and 1.0g creatine phosphatase Sodium 2/d for 14 days. Shock symptoms, changes in blood pressure, pulse and EF changes of Echocardiography monitoring before and after treatment. Results: Clinical effects was obvious, factors of BP, pulse and EF was more improved than in control group. Conclusion: Shenfu injection combined with creatine phosphate sodium can improve symptoms in treating AMI with cardiogenic shock, and there was little side effects.

【Keywords】 Shenfu injection; Creatine phosphate sodium; AMI; Cardiogenic shock

doi:10.3969/j.issn.1674-7860.2012.22.006

急性心肌梗死 (AMI) 是临床上常见的心血管疾病之一, AMI 合并心源性休克临床死亡率较高, 同时由于存在休克、低血压, 限制了 ACEI 类、硝酸酯类等改善冠脉供血药物的应用。近年来, 我们应用参附注射液联合磷酸肌酸钠治疗 AMI 合并心源性休克获得较好疗效, 现报导如下。

1 临床资料与方法

1.1 病例选择

选择我院 2007 年 7 月~2012 年 5 月收治的 AMI 合并心源性休克患者 80 例。①西医诊断均符合《实用内科学》(第 12 版)^[1]及 1979 年 WHO 制定的《缺血性心脏病的命名与诊断标准》^[2], 均于发病后数小时至 1 周内, 于疼痛缓解后不同程度的出现烦躁不安, 四肢厥冷, 面色苍白, 大汗淋漓, 脉搏细弱,

神志迟钝或昏迷, 收缩压<80mmHg, 尿量<20ml/h。②除其他原因引起的血压下降外, 如神经源性、感染性、药物性等。③随机分为两组, 治疗组 40 例, 男性 23 例, 女性 17 例, 年龄 38~82 岁, (59.3±18.9) 岁, 梗死部位: 广泛前壁 13 例, 下壁 7 例, 前壁合并下壁 6 例, 前间壁合并高侧壁 3 例, 前间壁并右室 2 例, 下壁并右室 3 例, 下壁并正后壁 1 例, 广泛心内膜下 5 例。对照组 40 例, 男性 24 例, 女性 16 例, 年龄 41~84 岁, (61.5±19.3) 岁, 梗死部位: 广泛前壁 14 例, 下壁 7 例, 前壁合并下壁 5 例, 前间壁合并高侧壁 2 例, 前间壁并右室 3 例, 下壁并右室 3 例, 下壁并正后壁 2 例, 广泛心内膜下 4 例。两组一般资料差异无显著性, ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 治疗方法

两组均采用常规治疗, 绝对卧床、吸氧、心电监护、拜阿