

益肾蠲痹丸联合加味四妙散治疗急性痛风性关节炎的研究及对炎性因子的影响

钱华春

急性痛风性关节炎主要是尿酸盐结晶沉积所致的一种急性炎症反应^[1-3]。目前,西医对于急性痛风性关节炎尚无特效的治疗药物。随着中医药的不断发展应用于急性痛风性关节炎取得了明显疗效^[4,5]。本次研究旨在分析益肾蠲痹丸联合加味四妙散治疗急性痛风性关节炎的临床研究及对炎性因子的影响。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2014年1月至2015年12月嵊州市中医院收治的急性痛风性关节炎患者112例,其中男性95例、女性17例;年龄40~70岁,平均年龄

(56.49±8.46)岁;急性发作时间1~3 d,平均(2.19±0.52)d;其中累及1个关节者97例,累及2个及以上关节者15例。均依据《临床诊疗指南风湿病分册》^[6]中相关诊断标准,经影像学X线检查及临床表现证实为急性痛风性关节炎。并排除:①关节重度畸形、活动受限者;②合并肺、肾、肝、心等功能严重异常者;③丧失劳动力者;④过敏体质者。所有患者均已经医院伦理委员会批准者,并签订知情同意书。依据随机数字表法随机分为观察组56例与对照组56例。两组一般资料比较见表1。两组比较,差异均无统计学意义均($P>0.05$)。

表1 两组一般资料比较

组别	n	性别(男/女)	平均年龄/岁	平均急性发作时间/d	累及关节数/例	
					1个	2个及以上
观察组	56	47/9	56.29±8.54	2.14±0.54	48	8
对照组	56	48/8	56.75±8.31	2.25±0.47	49	7

1.2 方法 两组患者均避免高嘌呤食物、戒酒、卧床休息、关节尽量制动、避免负重等。对照组给予加味四妙散治疗,方中组成包括薏苡仁30 g、川牛膝15 g、炒苍术15 g、炒黄柏10 g、赤芍10 g、川芎10 g、丹参10 g,水煎服,每日1剂,每次150 ml,分早晚两次温服。观察组在对照组基础上结合益肾蠲痹丸(由广东众生药业股份有限公司生产)8 g口服,每日3次。两组疗程均为10 d。

1.3 观察指标 ①临床疗效:评价标准参考文献[7]。治愈:患者症状、体征消失,以及患者关节功能活动正常;显效:患者症状、体征基本消失,以及患者关节功能活动明显改善;有效:患者症状、体征改善,以及患者关节功能活动明显改善;无效:患者症状、

体征以及关节共功能活动无改善。总有效率=(治愈例数+显效例数+有效例数)/总例数×100%。②治疗前后关节疼痛、关节压痛、关节肿胀评分变化;③治疗前后C反应蛋白(C-reactive protein, CRP)、红细胞沉降率(erythrocyte sedimentation rate, ESR)、白介素-1 β (interleukin-1 β , IL-1 β)炎症因子水平变化;④治疗前后血尿酸水平变化,以及两组药物不良反应发生情况。

1.4 统计学方法 采用SPSS 22.0软件进行数据统计分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示。计量资料比较采用 t 检验;计数资料比较采用 χ^2 检验。设 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者疗效比较见表2

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2016.04.026

作者单位:312400 浙江嵊州,嵊州市中医院康复科

表2 两组患者疗效比较/(%)

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率
观察组	56	18(32.14)	24(42.86)	12(21.43)	2(3.57)	54(96.43)*
对照组	56	14(25.00)	21(37.50)	11(19.64)	10(17.86)	46(82.14)

注:*,与对照组比较, $P<0.05$ 。

由表2可见,观察组总有效率明显高于对照组,差异有统计学意义($\chi^2=5.97, P<0.05$)。

2.2 两组患者关节疼痛、关节压痛、关节肿胀评分比较见表3

表3 两组患者关节疼痛、关节压痛、关节肿胀评分比较/分

组别	n	关节疼痛		关节压痛		关节肿胀	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	56	2.71 ± 0.44	0.32 ± 0.07*#	1.60 ± 0.42	0.39 ± 0.05*#	1.63 ± 0.39	0.37 ± 0.08*#
对照组	56	2.69 ± 0.45	0.61 ± 0.10*	1.58 ± 0.41	0.71 ± 0.17*	1.61 ± 0.41	0.63 ± 0.18*

注:*,与同组治疗前比较, $P<0.05$;#:与对照组治疗后比较, $P<0.05$ 。

由表3可见,两组患者治疗前的关节疼痛、关节压痛、关节肿胀评分比较,差异均无统计学意义(t 分别=0.24、0.26、0.26, P 均 >0.05);两组患者关节疼痛、关节压痛、关节肿胀评分治疗后均较治疗前下降,差异均有统计学意义(t 分别=40.14、21.41、

23.68、33.77、14.67、16.38, P 均 <0.05);观察组治疗后的关节疼痛、关节压痛、关节肿胀评分低于对照组治疗后,差异有统计学意义(t 分别=17.78、13.52、9.88, P 均 <0.05)。

2.3 两组患者血清炎症因子水平比较见表4

表4 两组患者血清炎症因子水平比较

组别	n	CRP/mg/L		ESR/mm/h		IL-1 β /pg/mL	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	56	14.29 ± 3.42	4.21 ± 0.89*#	41.28 ± 6.49	17.34 ± 3.67*#	70.31 ± 8.43	23.54 ± 3.56*#
对照组	56	13.78 ± 3.51	5.87 ± 1.25*	43.02 ± 6.13	29.80 ± 4.87*	72.04 ± 9.17	48.98 ± 6.13*

注:*,与同组治疗前比较, $P<0.05$;#:与对照组治疗后比较, $P<0.05$ 。

由表4可见,两组患者治疗前血清CRP、ESR、IL-1 β 水平比较,差异均无统计学意义(t 分别=0.78、1.46、1.04, P 均 >0.05)。两组患者治疗后的血清CRP、ESR、IL-1 β 水平均较治疗前下降,差异均有统计学意义(t 分别=21.35、24.03、38.25、15.89、12.64、15.65, P 均 <0.05);观察组治疗后的血清CRP、ESR、IL-1 β 水平低于对照组治疗后,差异均有统计学意义(t 分别=8.10、15.29、26.86, $P<0.05$)。

2.4 两组患者尿酸水平比较见表5

表5 两组患者尿酸水平比较/ $\mu\text{mol/L}$

组别	n	治疗前	治疗后
观察组	56	503.28 ± 59.83	413.29 ± 34.14*#
对照组	56	512.43 ± 63.17	469.82 ± 43.28*

注:*,与同组治疗前比较, $P<0.05$;#:与对照组治疗后比较, $P<0.05$ 。

由表5可见,两组患者治疗前血尿酸水平比较差异无统计学意义($t=0.79, P>0.05$)。两组患者治疗后的血尿酸水平均较治疗前下降,差异均有统计学意义(t 分别=9.78、4.16, P 均 <0.05),观察组治疗后的血尿酸水平低于对照组治疗后,差异有统计学意义($t=7.67, P<0.05$)。

2.5 不良反应 两组患者治疗后均未见严重不良反应。

3 讨论

中医学认为痛风基本病机主要为人体正气不足、阴阳失调、湿热痰瘀,造成病理产物停于体内,留滞经络,又由于饮食劳倦,房室不节,感受外邪,气血凝结不通而发病^[8-10]。本次研究采用益肾蠲痹丸联合加味四妙散治疗。益肾蠲痹丸主要组成为骨碎补、当归、熟地黄、土鳖虫、徐长卿等,具有益肾壮督,搜风剔邪,蠲痹通络功效,主要用于关节疼痛、

肿大、屈伸不利、红肿疼痛、肌肉疼痛等。现代药理研究表明,益肾蠲痹丸具有调节机体体液免疫功能和细胞免疫功能作用,抗炎,改善循环与血液流变学作用以及降低纤维沉着及修复软骨细胞增生等作用^[11,12]。四妙散原方由苍术、黄柏、牛膝、薏苡仁4味药组成,笔者在此基础上加味治疗。方中黄柏具有清热燥湿功效,苍术具有燥湿健脾、祛风散寒功效,川牛膝具有通经散瘀、强筋健骨、活血痛经、补肝肾功效,薏苡仁具有祛风湿、强筋骨、补正气功效,赤芍具有清热凉血、散瘀止痛功效,川芎、丹参具有活血止痛、行气祛风功效。现代药理研究表明,四妙散具有抗炎、解热、提高细胞免疫功能作用^[13]。本次研究结果显示,观察组总有效率高于对照组($P<0.05$),提示益肾蠲痹丸联合加味四妙散治疗可明显提高治疗疗效;两组关节疼痛、关节压痛、关节肿胀评分治疗后下降,观察组关节疼痛、关节压痛、关节肿胀评分治疗后低于对照组(P 均 <0.05),提示益肾蠲痹丸联合加味四妙散治疗可明显减轻关节疼痛、肿胀和压痛;两组血尿酸水平治疗后下降,观察组血尿酸水平治疗后低于对照组(P 均 <0.05),提示益肾蠲痹丸联合加味四妙散治疗可明显降低患者血尿酸水平,从而减轻患者症状。近年来临床报道显示炎症因子与急性痛风性关节炎发生、发展密切相关,且研究表明IL-1 β 、CRP、TNF- α 等细胞因子在急性痛风性关节炎发病以及病情进展具有重要作用^[14,15]。笔者本研究结果,两组血清CRP、ESR、IL-1 β 水平治疗后下降,观察组血清CRP、ESR、IL-1 β 水平治疗后低于对照组(P 均 <0.05),提示益肾蠲痹丸联合加味四妙散治疗可明显降低血清CRP、ESR、IL-1 β 水平,减轻微炎症状态。

综上所述,益肾蠲痹丸联合加味四妙散治疗急性痛风性关节炎的临床疗效显著,可减轻患者微炎症状态,值得研究。但本次研究相对还存在一些不足之处,研究样本量相对较少,研究疗程相对较少,研究影响指标相对较少,故而笔者还需在后续研究中做进一步多中心、多样本深入研究,提供可靠的

临床参考价值。

参考文献

- 1 李迎春,徐建华.急性痛风性关节炎的发病机制及研究进展[J].安徽医学,2013,34(1):96-98.
- 2 丑小月,周忠光,费洪新,等.急性痛风性关节炎的发病机制研究[J].中国医学装备,2014,17(1):31-32.
- 3 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.
- 4 牛宝华,孙旸圆,王会侠,等.中西医结合治疗急性痛风性关节炎的临床观察[J].中医药导报,2014(12):81-83.
- 5 韦雄.中西医结合治疗急性痛风性关节炎44例[J].河南中医,2014,34(8):1537-1538.
- 6 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.
- 7 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:163-168.
- 8 温敬东.中西医结合治疗急性痛风性关节炎40例临床观察[J].河南中医,2014,17(11):80-80.
- 9 朱君,谭立夫,林扬.中西医结合治疗急性痛风性关节炎疗效观察[J].实用中医药杂志,2016,23(1):42-43.
- 10 梁莹,卢红玲,蒋含芳,等.中西医结合治疗痛风性关节炎33例[J].中医外治杂志,2014,23(2):15-16.
- 11 万琦兵,杨惠琴.益肾蠲痹丸治疗急性痛风性关节炎30例[J].中医药导报,2012,18(6):96-97.
- 12 池卫明.益肾蠲痹丸内服配合双柏散外敷治疗急性痛风性关节炎的临床观察[J].中药药理与临床,2015,17(2):20-22.
- 13 张驰,邹波,李翔宇,等.四妙散加减联合水调散外用治疗急性痛风性关节炎临床观察[J].辽宁中医药大学学报,2015,15(10):176-177.
- 14 罗进林,罗红彤,罗利飞.当归拈痛汤对急性痛风性关节炎患者血浆炎症细胞因子的影响[J].福建中医药,2012,43(5):17-18.
- 15 周丽雅,李欣,姜春霞.痛风通络方对尿酸钠诱导急性痛风性关节炎的抗炎镇痛研究[J].辽宁中医杂志,2014,23(10):2237-2239.

(收稿日期 2016-05-02)

(本文编辑 蔡华波)