

痛风性关节炎中医治疗研究

刘军仕¹ 谢建祥²

(1 江西医学院 2001 级硕士研究生 南昌 330006; 2 江西医学院第一附属医院 南昌 330006)

关键词 痛风性关节炎 中医药疗法 综述

中图分类号 R 589.7

文献标识码 A

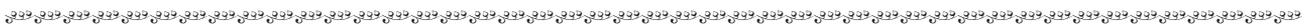
文献编号: 1671-4040(2004)02-0073-04

痛风是嘌呤代谢紊乱及(或)尿酸排泄减少所引起的一组疾病。近年来,随着人们生活水平的提高,饮食结构的变化,其发病率在我国有上升趋势,中医治疗痛风性关节炎的研究取得一定进展。

1 病因病机研究

中医认为痛风属“痹证”范畴,与“历节”、“白虎历节”等病证候相类,认为本病的主要病因是嗜食膏粱厚味,以致湿热内蕴,又兼外感风寒,侵袭经络,气血津液运行受阻,遂

使湿热煎熬成痰,瘀凝络道,致关节红肿灼痛。亦有先天禀赋不足,或年老体虚脏腑功能失调,尤以脾肾功能紊乱,脾失健运,升清降浊无权,肾失气化,升清降浊失司,湿热内生,蕴久化热,聚痰留瘀,而致风湿痰瘀,痹阻经络。王秀莲^[1]认为痛风多发于形体肥胖者,大凡肥胖者脾虚,加之膏粱厚味,脾虚运化不利,代谢失常,聚湿生痰,脾虚不能疏土,湿浊内停,代谢产物蓄积,流注四肢关节。同时痛风亦好发中、老年人,肾气渐虚,易外邪侵袭,加之肾虚水液代谢失调,瘀滞气血不行,



growth factor expression in normally healing human fractures [J].Bone,1994, 15: 203

[8]Homer A, Bord S,Kemp P,et al.Distribution of plate-derived growth factor (PDGF) A chain mRNA,Protein,and PDGF-alpha receptor in rapidly forming human bone [J].Bone,1996,19(4): 353 ~ 362

[9]Nash TJ,Howlett CR,Martion C,et al.Effect of platelet-derived growth factor on tibial osteotomies in rabbits[J].Bone,1994,15: 203

[10]FUjii H,Kitazawa R,Maesas,et al.Sxpression of platelet-derived growth factor proteins and their receptor alpha and beta mRNA during fracture bealing in the normal mouser [J].Histochem cell Bi0l, 1999,112(2): 131 ~ 138

[11]Lind M,Sachumacker B,Saoballe K,et al.Transforming growth factor beta enhances fracture healing in rabbit tibia [J].Acta Orthop Scand,1993, 64: 553 ~ 556

[12]Bononald LF,Mundy GR.Role of transforming growth factor-beta in bone remodeling[J].Clin Orthop,1990,250:216

[13]王立平,党耕町.碱性成纤维细胞生长因子在骨愈合过程中的表达与合成[J].中华骨科杂志,1999,19(8): 488 ~ 490

[14]Shifren TL,Doldi N,FerraraN, et al.In the human fetus vascnlar endothelial growth factor is expressed in epithelial Cells and mvocvtes, but not vasacular endothelium: Implkations for mode of action[J].Clin Endocrinol Melab,1994,79(7):316 ~ 322

[15]郝永强,戴克戎.骨折愈合过程中血管内皮细胞生长因子表达的实验研究[J].中华骨科杂志,1999,19(11): 683 ~ 686

[16]Hill PA,Reyndds JJ,Meidle MC.Osteoblasts mediate insulin-like growth factor-I and- II Stimulation of Osteoblast foribation and function[J].Endocrinology,1995,136(1): 124 ~ 131

[17]Langdahl-BL,Kassem-M,Moller-MK,et al.The effects of IGF-and IGF- II on prolifertion and differention of human osteoblasts and interactions with growth hormone [J].

Eur-J-Clin-Invest,1998,28(3): 176 ~ 183

[18]马文辉.骨修复中骨形态发生蛋白(BMP)成骨机理的研究及其应用现状[J].中国矫形外科杂志,2001,8(2): 167 ~ 170

[19]杜俊杰,罗卓荆,胡蕴玉,等.rhBMP-2 在体内诱导成骨中 I、II 型胶原及碱性磷酸酶的表达 [J]. 第四军医大学学报,2001,22(11): 981 ~ 983

[20]Chen D, Harris MA,et al.BMP-2 enchantes BMP-3、BMP-4 and bone cell differentiation maker genes expression during the induction of miheralizal bone matrix formation in cultures of fetal tat calvarial osteoblasts[C].Calcif Tissue Int(in press),1996

[21]Ghosh-choudhury N,Harris MA,Chen D,et al.Transfection of BMP-2 expression plasmial induces osteoblastic differentiation in a BMP-2 dependent preoste oblast cell line[J].Bone miner Res, 1994,9(sappl 1): 137

[22]胡德志,付刚.骨形态发生蛋白 2 (BLp-2) 的研究进展[J].中医正骨,1998,10(1): 47 ~ 49

[23]Pathis, Rntenberg JB,Johnson RL,et al.Intefaction of Ihh and BMP/Noggin signaling during cartilage iffentiation [J]. Dev Biol, 1999,209(2):239 ~ 253

[24]Gitelman SE,kobrin MS,et al.Recombinant vgr-I/BMP-6 expressing tumors induce fibrosis and endochrondral bone formation in vivo[J].Cell Biol,1994,126:1 595

[25]苏佳灿,王家林,张春才.成骨蛋白-1 促进骨折愈合研究进展[J].中国矫形外科杂志,2001,8(6): 599 ~ 601

[26]Uematsu S,Mogi M,Deguchi T.Interleukin (IL)-1 β ,IL-6,tumor necrosis factor-2,epidermal growth factor,and β 2-microglobulin levels are elevated in gingival Crevicular fluid during human orthodontic tooth movement[J].Dent Res,1996,75(1):562 ~ 567

[27]Onesada JM,Alonso J,Gonzalex J,et al.serumbeta-2 microglobulin is a marker of high bone remodeling in elderly women [J].Mech Ageing Dev,1998,102(2-3):293 ~ 298

(收稿日期:2003-11-03)

脾、肝、肾功能低下,水津输布气血运行失常,生痰生瘀,痰瘀交结,而体内生理病理产物又不能及时排出,造成浊气堆积,蓄积体内,滞结筋骨,凝滞经隧而发痛风。曹祥永^[2]等认为痛风主要由于过食膏粱厚味,脾胃运化功能紊乱,积湿生热,湿热内生而致痹,急性期应辨为湿热痹证,慢性期属于寒湿痹证,若反复发作引起关节畸形,可按尫痹论治,为脾肾亏损,痰瘀阻络。李安民^[3]等认为痛风急性发作,常因疲劳、饮食不节、酗酒、关节损伤、精神紧张、手术或感染等情况下为风寒、湿热等邪侵袭而引发致内伏之寒湿、痰瘀,气血痹阻不能畅行,蕴郁化热,发为痹痛;慢性期症情顽缠,久治难愈,具有久痛多瘀、久痛入络、久痛多虚、久病及脏等特点,但关键在正虚,实在痰、瘀、水,虚在肝、脾、肾。钟世耀^[4]在临床上观察到由于体质不同,痛风的发病、病理变化、预后转归亦不同,认为痛风有宿根,与先天禀赋遗传有关,其舌质多紫黯有瘀点,脉多弦或滑;脏腑积热体质和饮食不节是痛风的主要病理机制,浊、毒淤结日久闭阻经络,突出骨节则痛,或兼痰凝而变生痛风结节,久之痰、浊、瘀腐则溃流脂浊,痰瘀胶固以致僵肿畸形。而曲环汝^[5]等认为痛风与痹证实乃症似而病异,其非风非痰,乃血分伏毒所引发,毒之伤人外而经络、内可脏腑,随着病情发展,血中伏毒,灼津凝痰,枯涩血脉,痰瘀互结,附着留滞骨节筋脉,聚而成石或致使关节肿大变形,僵硬强直,其病本是脾肾双亏,脾失健运,升降悖逆,湿浊热毒热内生,肾气化不利,清浊不分,水液代谢失职,浊毒稽留,浊毒流斥血脉,遂成高尿酸血症,引发痛风。王忆黎等^[6]体会对痛风而言,最终均可归结为“毒”,其毒邪滋生,来源主要有三:一是饮食偏嗜致毒,二是“六淫诸邪”,三是七情化毒。患者往往具有脾肾不足,气虚湿阻或肝郁气滞、气行不化的特点,终致清浊代谢失常,浊毒淤滞于经络血液之中,形成本虚标实,以邪实为主的病理格局,从“毒”论治,兼调脏腑,往往获取良效。田财军^[7]等认为痛风属湿热瘀毒为患,高尿酸血症和痛风间歇期则属血毒、浊毒范畴,其病因病机:一则饮食不节,湿浊内生,郁而化热,湿热毒生;二则脏腑失调,毒邪内生,滞留为实,毒邪内伏,外因引动,毒攻关节,毒的显性表现为关节红肿疼痛,关节局部块瘰、痰浊,久病及肾。

2 中医治疗

2.1 专方治疗 乐枫^[8]等以清热除湿祛瘀为主的自拟急痛汤(百合、土茯苓、薏苡仁、蚕砂、露蜂房、桃仁、红花、虎杖、山慈姑、牛膝)加减治疗急性痛风性关节炎 110 例,结果总有效率 95.45%,而秋水仙碱对照组有效率为 67%,相比较有显著差异($P < 0.01$)。高成芬^[9]等以辛温、辛凉并治,采用具有清热利湿通络之功的加减木防己汤(防己、滑石、苡仁、石膏、桂枝、通草、杏仁),随证加减治疗本病,总有效率 96.36%,治疗前后血尿酸变化有显著差异($P < 0.01$)。杨德才^[10]等采用大柴胡汤加减(大黄、柴胡、黄芩、枳实、赤芍、苍术、牛膝、黄柏、山慈姑、姜半夏、甘草、忍冬藤、大枣)治疗本病,在解除疼痛、消除肿胀、恢复功能障碍方面效果明显,治疗前后血白细胞记数、血沉、血尿酸相比较有显著差异($P < 0.01$)。李明星^[11]用清热利湿健脾通络汤(党参、怀牛膝、土茯苓、薏苡仁、防己、秦艽、苍术、黄柏、车前子、海枫皮、忍冬藤)加减治疗本

病,总有效率 97.4%。黄丽萍^[12]采用朱良春泻浊化痰法经验方化裁(土茯苓、生苡仁、萆薢、萹草、威灵仙、泽兰、虎杖、蚕砂、川牛膝、骨碎补、当归、地龙、桃仁、红花),随证加减治疗湿热夹瘀痹阻型痛风,治疗组显效率为 40.62%,有效率 93.75%,而别嘌醇对照组分别为 15.62%、74.94%,2 组治愈率、有效率差异有显著性($P < 0.05$),治疗组优于对照组。

2.2 分型治疗 邓志永^[13]等采用中医辨证施治,以苍术、秦皮、蚕砂、黄柏、牛膝、车前子、徐长卿、连翘、当归为基本方;湿热下注型加竹茹、半夏、川贝母,气滞血瘀型加丹参、赤芍、鸡血藤、川芎,寒湿阻络型去黄柏、连翘,加制川乌、制草乌、薏苡仁,总有效率 91.7%。黄秀珍^[14]等对痛风性关节炎辨证分为湿热蕴结、痰瘀痹阻、久痹正虚 3 型,以土茯苓、车前子、萆薢、黄精、丹参、地龙为基本方,湿热蕴结型加黄柏、苍术、川牛膝、苡仁、忍冬藤、山慈姑、虎杖、威灵仙、甘草,痰瘀痹阻型加当归、川芎、桃仁、红花、威灵仙、白芥子、制南星、白芍、豨莶草、甘草,久痹正虚型加当归、白术、桑寄生、杜仲、枸杞、黄芪、鸡血藤、乌梢蛇,结果治疗组总有效率为 94.6%,对照组总有效率为 78.85%,2 组比较疗效差异有明显性($P < 0.01$),实验指标 UA、ESR 等变化比较,治疗组治疗前后及治疗组与对照相比较均有显著性差异。梁健忠^[15]等对急性痛风性关节炎辨证分为湿热蕴结型和瘀热阻滞型,湿热蕴结型以清热利湿、宣痹通络为法,方以四妙丸加味;瘀热阻滞型以活血祛瘀、清热通络为法,方以活血汤加减,并外敷中药三黄膏,治疗组与对照组疗效比较无显著性差异($P > 0.05$),治疗组疼痛缓解时间快($P < 0.05$),毒副作用小($P < 0.05$),且降低血尿酸效果明显($P < 0.05$)。

2.3 分期治疗 王秀莲^[16]认为应根据急则治其标、缓则治其本的原则,在痛风病的急性发作期以泄浊化痰解毒为主,兼顾脏腑的调理,基本方可选用四妙散,根据寒、热、湿、痰、瘀的轻重不同进行加减;痛风的缓解期,要突出补肾健脾、养血疏肝,以调整机体代谢,同时兼顾治标,脏腑功能正常,既有利于排出体内的湿浊,又利于制约湿浊痰瘀的产生,同时在内治的基础上还可以配合外治,如局部贴敷药膏或针灸。曹祥永^[2]等认为痛风的治疗应根据痰瘀的发生、发展规律,在分期的基础上辨证治疗,主张分为急性期、间歇期、慢性关节炎期、痛风肾期等 4 期。急性期治宜清热处理利湿消肿,选用四妙散合五味消毒饮加减;间歇期是症状发作后的缓解阶段,此期多辨为脾虚湿困,治宜健脾化湿,常用三仁汤合参苓白术散之类加减;慢性关节炎期辨证为肝肾亏损、痰瘀阻络,治宜活血化痰,补益肝肾,常用独活寄生汤合四妙散加减;痛风肾期辨证宜分阴阳,肝肾阴虚用归芍地黄汤加减,气阴两虚合用参芪地黄汤加减,脾肾阳虚合用保元汤加减,同时应考虑患者由于本虚往往易感邪,不要忘记针对性使用祛邪药。

3 实验研究

3.1 高尿酸血症 陈光亮^[17]等采用酵母膏灌胃给药,磷钨酸法测定不同剂量、时间、年龄、性别及药物小鼠血清尿酸的水平,结果酵母膏灌胃给药,小鼠血尿酸明显升高且存在明显的量数关系,第 7 天可形成稳定的高尿酸血症,停药 3d 后小鼠血尿酸水平仍明显高于对照组,不同性别、年龄正常组及

模型组间尿酸值无明显差异,别嘌呤醇和苯溴马龙均可显著降低高尿酸血症模型小鼠血清尿酸水平,认为酵母膏灌胃可以复制出小鼠高尿酸血症模型。金沈锐^[17]等使用黄嘌呤和乙胺丁醇与次黄嘌呤和烟酸,灌胃给药连续 5 次,结果给药 2 组与正常对照组之间小鼠血尿酸有显著差异性 ($P < 0.05$),以黄嘌呤和乙胺丁醇更为明显,认为该 2 种方法可作为小鼠高尿酸血症动物模型。王海东^[18]等选择化学诱导剂氧嗪酸钾盐作为尿酸酶抑制剂,腹腔给药造成高尿酸血症模型,不同剂量金钱草水提取物,灌胃给药 3d,用磷钼酸还原法测定小鼠血清尿酸水平,结果金钱草水提取物能显著地减少高尿酸血症小鼠血清尿酸水平,而对正常小鼠的血清尿酸水平无显著性影响。

3.2 炎症 周珂^[19]等通过观察痛风克冲剂对痛风大鼠前列腺素 (PGE_2) 及其踝关节肿胀程度的改善情况,结果痛风克组与秋水仙碱组可明显降低大鼠 PGE_2 及其踝关节肿胀程度 ($P < 0.05$),且 2 组疗效相近,并优于别嘌呤组和丙磺舒组。陈文照^[20]等观察痛风宁对尿酸钠致大鼠关节炎模型 PGE_2 的影响,中药组受试关节周围软组织 PGE_2 明显低于模型组 ($P < 0.01$),认为痛风宁通过降低 PGE_2 起抗炎作用。张春^[21]等研究了痛风灵方对尿酸钠大鼠模型关节细胞间粘附分子 -1 (ICAM-1) 表达的影响,结果模型组同各治疗组及阴性对照组比较有极显著性差异 ($P < 0.01$),认为 ICAM-1 参与了急性痛风性关节炎的发病过程,抑制 ICAM-1 的表达是痛风灵方发挥作用的环节之一。李可大^[22]等采用活血化瘀和清热解方药干预,观察急性痛风性膝关节炎模型 IL-8 的变化,中药干预组的 IL-8 水平显著低于模型组,差异显著 ($P < 0.05$),认为活血化瘀和清热解方药能较好地防治急性痛风性关节炎。黄蔚霞^[23]观察中药对痛风性关节炎模型白介素 -1、白介素 -6 的影响,结果中药组关节软组织白介素 -1、白介素 -6 含量与正常组不相上下 ($P > 0.05$),但明显低于模型组 ($P < 0.05$)。张治宇^[24-26]等观察清热祛湿中药对兔膝关节急性痛风性关节炎的关节液中白介素 -1 β 、白介素 -8、肿瘤坏死因子 α (TNF- α)、一氧化氮 (NO) 水平的影响,结果空白对照组未能测出 IL-1 β 、IL-8、TNF- α 、NO,造模组 IL-1 β 、IL-8、TNF- α 、NO 的水平明显高于中药组和西药组,有显著性差异,中药组低于西药组,有统计学差异 ($P < 0.05$),认为清热祛湿中药能有效降低实验性痛风关节液 L-1 β 、IL-8、TNF- α 、NO 的水平,且其效果优于西药组。

3.3 镇痛消肿 陈文照^[27]等评估痛风宁对急性痛风的抗炎镇痛药效,结果中药组和西药组受试关节周径增大值明显比模型组小 ($P < 0.01$),中药组和西药组受试关节周围软组织水肿、毛细血管充血、痛行为步态均得到明显改善 ($P < 0.01$)。李涓^[28]等探讨痛风宁口服液的疗效机理,发现其能抑制尿酸钠结晶引起的大鼠足趾肿胀,能显著抑制角叉菜胶引起大鼠足趾肿胀与二甲苯致小鼠肿胀,能显著抑制大鼠肉芽肿的形成,对小鼠因化学刺激与热刺激的痛反应有抑制作用。朱莹莹^[29]等以热痹消治疗急性痛风性关节炎的实验研究,观察到可明显减轻角叉菜胶致大鼠足趾肿胀度,起效快,维持时间长,降低二甲苯致小鼠耳廓肿胀度,能明显延长小鼠痛阈,作

用温和持久。高铁祥^[30]等以痛风康片治疗痛风的实验研究,结果有抑制尿酸钠诱导大鼠足趾肿胀作用,形态学研究能减轻水肿程度,对醋酸所致小鼠致痛有明显抑制作用。

4 结语

综上所述,近年来中医药对痛风性关节炎的治疗有了较大的进展。中医学认为本病多由于脾肾不足,湿浊内生,生痰成瘀,郁而发热,痹阻经络,滞留肌肉关节,引起关节红肿疼痛,甚至关节畸形;也有人结合现代医学认为本病血中伏毒,外邪引发而成。在中医学临床上和实验上对痛风性关节炎进行了疗效与机理的探讨,阐明中医药治疗痛风性关节炎的优越性,并取得了一定的成绩。但纵观文献,临床研究有的病例数太少,缺乏大样本、多中心的研究,实验也仅局限于在急性期关于镇痛消肿抗炎方面,研究未进一步深入,且缺乏慢性期和远期疗效的研究,各方面研究有待进一步开展,以明确中医药治疗痛风性关节炎的确切机理和优越性。

参考文献

- [1]王秀莲.痛风病本虚标实论探讨[J].山东中医杂志,2001,20(4):199~200
- [2]曹祥永,张圣华,陈小红.痛风病中医证治体会[J].实用中医药杂志,2003,19(4):210~211
- [3]李安民,邓建功.痛风病证治探讨[J].浙江中医杂志,2000,7(6):299~300
- [4]钟世耀.痛风辨治[J].山东中医杂志,2002,21(11):646~647
- [5]曲环汝,史玉香,苏励.痛风论治探析[J].辽宁中医杂志,2002,29(7):394
- [6]王忆黎,严余明.痛风从毒论治的体会[J].中国中医药学报,2002,17(6):364
- [7]田财军,刘莹,陈宪海.谈毒与痛风[J].山东中医杂志,2001,20(3):135~136
- [8]乐枫,钱耀明,顾宝妹.急痛汤治疗急性痛风 110 例疗效观察[J].河北中医,2003,25(2):108
- [9]高成芬,刘咏梅.加减木防己汤治疗急性痛风性关节炎 55 例[J].四川中医,2003,21(2):42~43
- [10]杨德才,刘红娟.大柴胡汤治疗痛风性关节炎 36 例[J].中国现代应用药学杂志,2002,19(2):159~161
- [11]李明星.清热利湿健脾通络汤治疗急性痛风性关节炎 46 例[J].新中医,2003,35(1):56~57
- [12]黄丽萍.朱氏经验方化裁治疗湿热夹瘀痹阻型痛风 32 例[J].安徽中医临床杂志,2003,15(2):114~115
- [13]郑志永,齐雨.中医辨证治疗急性痛风性关节炎 72 例[J].吉林中医药,2003,23(3):21
- [14]黄秀珍,陶雨药.辨证治疗痛风性关节炎 56 例临床观察[J].湖南中医杂志,2003,19(2):23~24
- [15]梁健忠,劳国平.中药治疗急性痛风性关节炎临床观察[J].广西中医药,2002,25(6):10~11
- [16]陈光亮,张清林,马晓芹,等.酵母致小鼠高尿酸血症模型[J].中国药理学通报,2003,19(4):467~469
- [17]金沈锐,邓军,刘绍唐.小鼠高尿酸血症模型初探[J].成都中医药大学学报,1999,22(1):49~50
- [18]王海东,葛飞,郭玉松,等.金钱草提取物对高尿酸血症小鼠的影响[J].中国中药杂志,2002,22(12):939~944

功能性便秘中西医治疗近况

何凌¹ 崔英¹ 姜国平²

(1 江西中医学院 2002 级研究生 南昌 330006; 2 江西中医学院附属医院 南昌 330006)

关键词 功能性便秘; 药物治疗; 中医疗法; 综述

中图分类号 R 574.4

文献标识码 A

文献编号: 1671-4040(2004)02-0076-03

便秘是消化道最常见的症状,其中结直肠及肛门功能异常导致的便秘,我们称之为功能性便秘(FC),在临床上把它视为一个独立的疾病^[1],又称为习惯性便秘、特发性便秘、单纯性便秘。美国 Sterwart 等^[2]通过电话问卷调查 10 018 人,其便秘患病率为 14.7%,其中 FC 占 24.4%,且患病率随年龄增长而上升,65 岁以上老年人患病率达 40.2%。国内戴菲等^[3]用自评问卷方式对 1 525 名健康人群进行调查,FC 人群总患病率为 9.18%,60 岁以上者为 14.84%。

1 诊断标准

目前功能性便秘的诊断标准采用罗马-II 标准,即除外肠道或全身器质性病因以及药物因素所致的便秘,具备在过去 12 个月中至少 12 周连续或间断出现以下 2 个或 2 个以上症状:(1)>1/4 的时间有排便费力;(2)>1/4 的时间有粪便呈团块或硬结;(3)>1/4 的时间有排便不尽感;(4)>1/4 的时间有排便时肛门阻塞感或肛门直肠梗阻;(5)>1/4 的时间有排便需用手法协助;(6)>1/4 的时间有每周排便 <3 次。不存在稀便。同时,也不符合 IBS(肠易激综合征)的诊断标准。

2 病因及分型

目前 FC 的病因学并不十分明了,肠神经元病变、平滑肌变性、中枢神经病变、胃肠激素异常等都只能作出部分解释。国际上多采用根据结肠动力学特点来分型,分为慢传输型便秘(STC)、出口梗阻型便秘(OOC)、混合型便秘(CSOC)。其中以 STC 最为常见,占便秘发病率的 45.5%。中医认为,便秘的直接原因不外热、实、冷、虚 4 种;又以虚实为纲,实者病机在于邪滞胃肠,壅塞不通,可分为肠胃积热型、气机郁滞型、阴寒积滞型,虚者病机在于肠失温润,推动无力,包括气

虚、血虚、阴虚、阳虚 4 证。

3 治疗

3.1 现代医学治疗 目前我国制订出了“慢性便秘诊治流程”,在治疗方面主张分层(经验治疗/检查后治疗)、分类(病因治疗/经验或检查后治疗)、分级(一般治疗/药物治疗/非药物治疗/手术治疗)治疗,迈出了规范化治疗的第 1 步^[4]。

3.1.1 一般治疗 加强排便的生理教育,建立合理的饮食习惯(如增加膳食纤维含量,增加饮水量)及坚持良好的排便习惯,同时应增加活动。

3.1.2 药物治疗 通过一般治疗无效可考虑药物治疗。(1)由于 STC 发病占 FC 的 45.5%,故目前国内外对促动力药研究较多,首选西沙必利或莫沙必利。在诊断便秘方面,国外多采用结肠转运时间(CTT)检查技术,并证实西沙必利能通过缩短 CTT 治疗 STC。国内袁耀宗等^[5]研究了西沙必利对慢性 FC 患者结肠转运时间的作用,结果证实,经西沙必利治疗后便秘患者的全结肠及各节段结肠转运时间均明显缩短。但吴君平等^[6]研究表明,应用西沙必利复发率高达 54.2%,且有稀便、腹痛、肠鸣音亢进等不良反应。国外现试图采用普卡必利和莫沙必利,但其疗效尚不肯定。(2)用泻剂:①容量性泻药有硫酸镁、硫酸钠、甲基纤维素、琼脂等;②刺激性泻药有双苯甲烷衍生物(酚酞、比沙可啶)和蓖麻油等;③粪便软化剂有液体石蜡、乳果糖等;④直肠内给药有甘油栓、开塞露等;⑤渗透性泻药有聚乙二醇等。应避免长期滥用泻剂而导致泻剂性肠病。(3)膨松剂:如麦麸、欧车前等,可以抑制胃排空,促进结肠蠕动,并能软化粪便、润滑肠道,是治疗功能性便秘最有效的药物。

[19]周珂,旷惠桃,高小锋.痛风克冲剂对痛风大鼠前列腺素 E₂ 的影响[J].中国中医药信息杂志,2003,10(1):21~22

[20]陈文照,金策,林坚,等.痛风宁对尿酸钠致大鼠关节炎模型前列腺素的影响[J].中国医药学报,2000,15(2):24~26

[21]张春,唐怡,刘军,等.痛风灵对尿酸钠致大鼠模型关节软组织 ICAM-1 表达的影响[J].重庆医学,2002,31(12):121~123

[22]李可大,刘元禄.活血化瘀和清热解毒方药对家兔膝关节 IL-8 的影响[J].辽宁中医杂志,2002,29(4):24~25

[23]黄蔚霞.药物对痛风性关节炎模型胶原酶的影响[J].中国药物与临床,2003,3(1):53~54

[24]张治宇,李力卓,杨英昕,等.清热祛湿法对兔痛风性关节炎细胞因子的影响[J].辽宁中医杂志,2001,28(12):764~765

[25]王秀华,张治宇,候斌,等.清热祛湿法对兔关节急性痛风性关节炎

炎细胞因子 IL-1 β 和 NO 的影响[J].中医正骨,2001,13(4):3~5

[26]方策,刘元禄,张治宇.清热祛湿法对实验性痛风兔膝关节液 IL-1 β 、TNF- α 水平的影响[J].中医正骨,2002,14(4):6~8

[27]陈文照,姜宏,刘延龄,等.痛风宁消炎镇痛实验研究[J].中国中医骨伤科杂志,1999,7(4):1~3

[28]李涓,易明娟,郭蓉晓,等.痛风宁口服液治疗急性痛风性关节炎实验研究[J].华西药学杂志,1998,13(3):159~162

[29]朱萱萱,陈震,纪伟,等.热痹消治疗急性痛风性关节炎的实验研究[J].中国药品标准,2002,3(1):57~60

[30]高铁祥,赵婷秀,游秋云,等.痛风康片治疗痛风的实验研究[J].中国中医药科技,2002,9(1):17~18

(收稿日期:2003-11-24)