

临床多建议强化肠神经系统兴奋性,激活神经末梢 5-HT4 受体,促进乙酰胆碱释放,以改善胃肠道蠕动。因此,5-HT4 受体激动剂在现阶段胃肠道动力障碍性疾病治疗中有较为广泛的应用。普芦卡必利和莫沙必利均为 5-HT4 受体激动剂中两种常用的药物,研究证实二者对于肠神经系统神经元 5-HT4 受体均有特异性、选择性地激动表达,从而诱导肠道高幅推进性收缩,促进胃肠道动力循环^[4]。

本次研究分别对观察组和对照组慢性便秘患者采用普芦卡必利与莫沙必利治疗,结果发现,观察组患者的治疗总有效率高达 97.4%,明显优于对照组的 71.8% ($P<0.05$),这与黄海辉等^[5]报道相符,表明普芦卡必利治疗慢性便秘的疗效更佳。分析认为,普芦卡必利用于老年慢性便秘的治疗效果较莫沙必利更优,其原因主要在于莫沙必利与普芦卡必利两种药物促进结肠蠕动效果存在明显差异性,前者主要促进或改善下食管括约肌张力,对于近端结肠排空也有部分的增益效果,可发挥全胃肠促动力效果^[6]。而普芦卡必利则具有较强的选择性激活效果,可有效激活结肠肌丛 5-HT4 受体,因此普芦卡必利改善结肠蠕动的效果明显优于莫沙必利^[7]。药物临床研究发现,普芦卡必利对于便秘患者的肠道功能具有显著的改善作用,这一效果是持续性的,同时也有利于改善患者其他的相关症状,对于慢性便秘患者的疗效显著,且安全性较高^[8]。这在本次研究结果数

据中得到充分体现:观察组患者用药后排便频度、排便时间、便意等指标均明显优于对照组,差异具有统计学意义 ($P<0.05$),而两组均以胃肠道反应为主要不良反应表现,具有较低的发生率,且程度处于可控范围。不仅如此,用药期间两组未发现西沙必利以及替加色罗等 5-HT4 受体激动药物常见的心血管不良事件,说明本次用药安全性值得肯定。综上所述,普芦卡必利用于慢性便秘治疗的效果确切,可有效改善患者便秘症状,安全性高,值得临床推广应用。

参考文献

[1]刘宝华.慢性便秘手术治疗的适应证和注意事项[J].中华内科杂志,2015,54(7):590-593
[2]宁卉,赵志刚.治疗慢性便秘的新型促动力药普芦卡必利[J].药品评价,2013,10(12):18-21
[3]王诗怡,范一宏,吕宾,等.普芦卡必利对慢性便秘患者结肠动力影响的研究[J].浙江医学,2015,37(7):582-585
[4]邹多武,柯美云,袁耀宗,等.普芦卡必利治疗慢性便秘的中国多中心随机、双盲、安慰剂对照临床研究[J].中华消化杂志,2012,32(12):847-851
[5]黄海辉,张小敏,张燕顺,等.普芦卡必利在功能性便秘患者结肠镜检查前肠道清洁中的作用[J].中华消化内镜杂志,2015,32(5):329-331
[6]帅晓玮,王蔚虹.普芦卡必利对慢性便秘的治疗作用[J].临床药物治疗杂志,2014,28(6):46-49
[7]丁曙晴,袁庆延,周惠芬,等.普芦卡必利治疗难治性便秘的临床疗效[J].中华消化外科杂志,2015,14(10):844-847
[8]黄海辉,张小敏,张燕顺,等.普芦卡必利联合小剂量聚乙二醇治疗难治性功能性便秘 90 例的短期疗效[J].中华消化杂志,2015,35(7):485-488

(收稿日期:2016-03-22)

温针灸合刺络放血对痛风性膝关节炎疼痛及关节活动度的改善研究

朱秀平 陈宝维 梁盛
(广东省中山市古镇人民医院 中山 528421)

摘要:目的:研究温针灸合刺络放血对痛风性膝关节炎疼痛及关节活动度的改善情况。方法:选取我院 2013 年 3 月~2015 年 9 月 80 例痛风性膝关节炎患者为研究对象,随机分为观察组和对照组,每组 40 例。观察组采用温针灸合刺络放血疗法,对照组采用单纯温针灸疗法,比较两组治疗 2 个月后膝关节改善情况(疼痛、活动度、肌力、功能、屈膝畸形、关节稳定性、评定总分)和治疗有效率。结果:观察组治疗 2 个月后的膝关节改善情况评定总分为(85.74±12.43)分,显著高于对照组的(65.83±9.34)分 ($P<0.05$)。观察组的治疗有效率为 92.5%,显著高于对照组的 75.0% ($P<0.05$)。结论:温针灸合刺络放血疗法可以缓解痛风性膝关节炎的疼痛症状,改善关节活动度,安全有效,值得临床应用和推广。

关键词: 痛风; 膝关节; 炎温针灸; 刺络放血

中图分类号:R589.7

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.05.037

痛风性膝关节炎是尿酸盐结晶体沉积在关节和其他组织中,导致的炎症反应性疾病^[1]。现代西医治疗痛风性膝关节炎以“消炎止痛”为主,但易反复发作,且“非甾体类”药胃肠道反复明显。中医在治疗

痛风性膝关节炎有其独特疗效,温针灸和刺络放血都是中医传统疗法,也是治疗痛风性膝关节炎的常用手段,能够控制病情发展,缓解患者疼痛。目前有关温针灸合刺络放血对痛风性膝关节炎疼痛及关节

活动度改善情况的研究较少,因此本文选取我院 80 例痛风性膝关节炎患者为研究对象,采取温针灸合刺络放血治疗,就研究结果探讨温针灸合刺络放血是否对缓解痛风性膝关节炎疼痛及改善关节活动度有积极影响,以期为临床应用和推广提供科学依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院康复科门诊自 2013 年 3 月~2015 年 9 月诊治的痛风性膝关节炎患者为研究对象,共 80 例,男 57 例,女 23 例,年龄 43~59 岁,平均年龄(51.18± 6.43)岁;病程 6~32 个月,平均(19.47± 11.22)个月;单膝 59 例,双膝 21 例。将纳入患者抽签随机分为观察组和对照组,每组 40 例,两组在性别、年龄、病程等基本资料比较无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照 1986 年美国风湿病协会推荐的膝关节骨关节炎诊断标准^[2]: (1)就诊前 1 个月内膝关节疼痛 ≥ 14 d; (2)关节活动时有关节摩擦声; (3)膝关节晨僵时间 ≤ 30 min; (4)年龄 ≥ 40 岁; (5)膝关节广泛压痛,伴有绞锁或肿胀; (6)X 线片显示膝关节关节间隙变窄,骨端边缘有骨赘形成。

1.3 纳入标准 (1)符合上述诊断标准; (2)VAS 评分 <7 分; (3)患者对本次研究知情同意并签署知情同意书。

1.4 排除标准 (1)3 个月内接受过药物、手术、针灸等治疗的患者; (2)合并有严重的心脑血管、肝肾等功能疾病的患者; (3)治疗穴位有严重皮肤病或有明显晕针反应的患者。

1.5 治疗方法 观察组采用温针灸合刺络放血疗法。温针灸疗法:取患者仰卧位膝下垫软枕,用 2% 的碘伏棉枝穴位消毒,取华佗牌一次性针灸针 1.5 寸针快速刺入患膝侧阳陵泉、内、外膝眼,中脘、天枢双等穴,得气后留针,取长约 2 cm 艾条段(国药准字 Z32020034)点燃后套入针柄,点燃端靠近皮肤,注意观察艾条防止烧伤皮肤。用 1 寸针刺入三阴交,用 1.5 寸针刺入内膝眼、血海、阴陵泉,提插捻转,得气,留针 30 min。每周治疗 3 次,治疗 4 周。刺络放血疗法:取三菱针,消毒后在患者的委中、委阳、阴谷、膝关、曲泉、血海、膝阳关、阿是穴等穴位处找青紫怒张的血络处点刺表浅静脉,让血顺流而出,瘀血流尽后拔火罐,时间一般为 5~6 min,起罐后仍有渗血者可再次拔罐。起罐后用生理盐水擦拭并消毒,用纱布敷好放血部位,12 h 内禁止触水。每周治疗 1 次,治疗 4 周。对照组采用单纯温针灸疗法,体位、取穴、手法与观察组同。

1.6 观察指标 分析两组治疗 2 个月后膝关节改善情况(疼痛、活动度、肌力、功能、屈膝畸形、关节稳定性、评定总分)和治疗有效率。评定膝关节改善情况参考 HSS 评分^[3],从疼痛、活动度、肌力、功能、屈膝畸形、关节稳定性 6 个指标进行评价,得分越高改善状况越好。评估治疗有效率根据《中药新药临床研究指导原则》^[4]中疾病疗效评定标准:疼痛消失,功能恢复,为治愈;主要症状基本消失,活动轻微受限,为有效;症状和关节活动无明显改善,为无效。

1.7 统计学分析 采用统计学软件 SPSS19.0 对研究数据进行分析 and 处理,计数资料采取率(%)表示,计量资料($\bar{x} \pm s$)表示,组间对比进行 χ^2 和 t 值检验, $P<0.05$ 为有显著性差异和统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗 2 个月后膝关节改善情况的比较 观察组的疼痛、活动度、肌力、功能、屈膝畸形、关节稳定性、评定总分得分显著高于对照组($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组膝关节改善情况的比较($\bar{x} \pm s$)

指标	观察组		对照组	
	治疗前	治疗 2 个月后	治疗前	治疗 2 个月后
疼痛	8.43± 1.69	18.37± 2.04*	9.21± 1.49	13.55± 2.36**
活动度	5.26± 1.72	17.31± 2.49*	5.39± 2.11	13.63± 1.62**
肌力	2.08± 1.36	8.24± 2.58*	1.93± 1.14	6.23± 1.79**
功能	7.53± 1.99	19.23± 2.14*	7.10± 1.43	15.25± 2.04**
屈膝畸形	3.32± 1.91	18.28± 2.34*	4.25± 1.72	9.02± 1.27**
关节稳定性	2.96± 1.55	9.47± 1.49*	3.27± 1.34	7.13± 1.64**
总分	27.36± 8.24	85.74± 12.43*	28.71± 7.96	65.83± 9.34**

注:与治疗前相比,* $P<0.05$;与观察组治疗 2 个月后相比,** $P<0.05$ 。

2.2 两组治疗有效率的比较 观察组治疗后治愈 23 例,有效 14 例,无效 3 例,总有效率为 92.5%;对照组治疗后治愈 11 例,有效 19 例,无效 10 例,总有效率为 75.0%。观察组的治疗有效率显著高于对照组($\chi^2=4.501, P<0.05$)。

3 讨论

痛风性膝关节炎的临床症状为关节红肿、疼痛、浑身无力、关节活动受限等,痛风性膝关节炎病期长易反复,对患者的身体和心理造成严重影响。温针灸是指针刺和艾灸结合的一种治疗手段,刺络放血是指针刺某些穴位放出少量血液的治疗方法。温针灸合刺络放血治疗痛风性膝关节炎,具有温通经脉、促进代谢的疗效,副作用小,适合中老年人体质。

本研究结果显示,采用温针灸合刺络放血疗法的观察组的关节疼痛、活动度、肌力、功能、屈膝畸形、关节稳定性、评定总分得分显著高于只采用温针灸治疗的对照组。秦云^[5]认为温针灸可以缓解膝关节炎患者的疼痛症状,改善运动机能。张丽华等^[6]探

参考文献

[1]梁慧英,廖琳,何善智,等.中西医结合分期治疗慢性期痛风性关节炎 30 例临床观察[J].中医杂志,2015,56(2):136-139

[2]Altman R,Asch E,Bloch D,et al.Development of criteria for the classification and reporting of osteoarthritis.Classification of osteoarthritis of the knee. Diagnostic and Therapeutic Criteria Committee of the American Rheumatism Association [J].Arthritis Rheum,1986,29(8):1039-1049

[3]Insall JN,Ranawat CS,Aglietti P,et al.A comparison of four models of total knee-replacement prostheses [J].J Bone Joint Surg AM,1976,58(6):734-765

[4]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].中国医药科技出版社,2002.352-353

[5]秦云.温针灸治疗老年膝关节骨性关节炎 40 例[J].中国老年学杂志,2013,33(16):4029-4031

[6]张丽华,张姝.针刺雷火灸及刺络拔罐治疗膝关节骨性关节炎 50 例[J].陕西中医,2013,34(2):222-223

[7]谢炎烽,魏文著,阮永队,等.火针配合中药治疗急性痛风性关节炎疗效观察[J].上海针灸杂志,2015,34(5):444-446

[8]张雪,徐天舒.刺络放血治疗痛风性关节炎的研究进展[J].针灸临床杂志,2014,30(12):68-71

(收稿日期: 2016-05-09)

讨论刺络疗法对膝关节炎的作用,认为刺络放血疗法有止痛活血的功效。中医认为,痛风性膝关节炎是由于风寒湿邪入体,导致气血瘀滞,脉络痹阻,引发关节的肿痛。研究表明,温针灸合刺络放血作用于特定穴位,可以补益气血、温经散寒、活血通络,促进血管扩张,改善炎性物质循环代谢,减轻炎症反应,缓解患者关节僵硬、疼痛等症状,促进关节功能的恢复。本研究显示,采用温针灸合刺络放血疗法的观察组的治疗有效率显著高于只采用温针灸治疗的对照组。谢炎烽等^[7]观察温针灸治疗痛风性关节炎的疗效,认为温针灸副作用小,安全性高,是治疗痛风性关节炎的有效方法。张雪等^[8]认为刺络放血疗法疗效快、不良反应少,值得应用和推广。研究表明温针灸合刺络放血疗法操作简便,安全可靠,无明显不良反应,是治疗痛风性膝关节炎的有效手段。综上所述,温针灸合刺络放血疗法可以有效缓解痛风性膝关节炎患者的关节疼痛,提升关节活动度,改善患者的健康水平。

(上接第 58 页)红、口苦、口腻,内热明显,予连翘、蒲公英、龙葵、虎杖、蜀羊泉、龙须草清热解毒;病久患者情致抑郁,予柴胡、白芍疏肝、柔肝;予小剂量的麻黄和白芷、葛根、升麻升发阳气;黑大豆健脾、补肾。由于辨证施治正确,故而有效。

5 体会

六安七味煎源于古方“六安煎”,《景岳全书》中的六安煎由陈皮、半夏、茯苓、甘草、杏仁、白芥子组成。六安七味煎是姚师在六安煎的基础上加浙贝母、黄芩、桔梗、鱼腥草、草河车、开金锁、前胡,从药物组成上看,具有宣肺清肺、健脾化痰、清肝理气之功效。姚师认为“痰湿”是内伤杂病中重要的致病因素。《古今医鉴》云:“痰属湿,乃津液所化,以致气逆液浊,变为痰饮。或吐咯上出,或凝滞胸膈,或留聚肠间,或流注经络四肢,随气升降,遍身无处不到。其为病也,为喘为咳,为恶心呕吐,为痞膈壅塞,关格异病,为泄利,为眩晕,为嘈杂,为怔忡惊悸,为癫狂,为寒热,为痛,为胸膈辘辘有声,或脊背一点常冷,或四肢麻痹不仁,皆痰所致,百病中多有兼痰者”。六安七味煎中半夏辛散温燥,主入脾胃兼入肺,行水湿、降逆气,为燥湿化痰、降逆止呕、消痞散结之良药;陈皮理气调中,燥湿化痰;茯苓性味甘淡平,淡能利窍,甘以助阳,为除湿之圣药也;杏仁降肺金之气,疏利开通,破壅降逆,善于开闭而止喘;浙贝母味大苦,性寒,解毒利痰,开宣肺气,凡肺家夹风火有痰者宜此;

白芥子味辛、温,盖辛能入肺,温能散表,痰在胁下皮里膜外,得此辛温以为搜剔,则内外宣通,而无阻隔窠囊留滞之患矣;桔梗辛散苦泄,宣肺泄邪以利咽开音,利肺气以排壅肺之脓痰,无论寒热皆可应用;前胡性微寒,味苦、辛,疏散风热、降气化痰。上述诸药共助化痰之力,可使气顺痰消。

肺的宣发、肃降是肺所有功能的基础,无论是肺的呼吸功能,还是肺的主行水、主治节无不依靠肺的宣发、肃降来完成。经云:肺金制肝木之旺,理也。而肝中火盛,则金受火炎肺,失清肃之令矣。肝木之火愈旺,势必横行无忌,侵伐脾胃之土,肺之母家受敌,奚能顾金子之困穷。水无金生则水不能制火,三焦火炽。方中黄芩泄肺中火邪上逆于隔上,补膀胱之寒水不足,乃滋其化源;开金锁清热解毒、健脾利湿;草河车清热利湿、凉血止血;鱼腥草清热解毒、排脓消痈;甘草补脾胃,坐镇中州。诸药合用清降肺金,金降水生,肾有生化之源,五行循环不止,诸病得以改善。《医宗必读》言:“治病必求于本,本之为言根也,源也。世未有无源之流、无本之木,澄其源而自清,灌其根而叶乃茂,故善诊者,必责根本”。姚师在此方基础上加减,适应范围广泛,灵活治疗多种疾病。

参考文献

[1]崔媛,代华平.特发性肺纤维化诊治进展:从“专家共识”到以循证医学证据为基础的“诊治指南”[J].中国医学前沿杂志,2012,4(1):51-54

[2]李燕.干燥综合征的临床治疗体会[J].四川中医,2007,25(10):17-18

(收稿日期: 2016-04-12)