

通,为“血中之气药”,具有通达气血的功效;红花、赤芍活血祛瘀止痛;桂枝、川椒、川乌、生艾叶温经通阳,以助川芎、红花、赤芍活血通络、宣痹通阳;草乌、苏木、透骨草温经通络止痛;白芥子、生麻黄、木瓜、白芷祛风通络,又可引诸药直达病所^[5-6]。从总体上来说、以糖痛外洗方进行足浴能够达到温经活血、宣痹通络、缓急止痛的效果。

本研究结果显示,观察组的治疗总有效率明显高于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$;治疗后,观察组的足部 10 g 尼龙丝检查阳性率明显低于对照组, $P<0.05$;治疗后,观察组患者的 ABPI 及 TBPI 均高于对照组,差异均有统计学意义, $P<0.05$ 。说明使用糖痛外洗方相较于单纯使用温开水进行足浴的效果更好。

综上所述,老年糖尿病高危足患者应用糖痛外

洗方进行治疗的临床效果较好,能够有效改善患者的临床症状,且安全性高。

参考文献

[1]姜雨婷,郭海玲,田润溪,等.艾灸治疗糖尿病高危足有效性的系统评价[J].护理研究(上旬版),2017,31(22):2718-2724
[2]吴红英,潘培育,许小娟,等.糖尿病高危足患者自我管理项目的设计与应用[J].齐齐哈尔医学院学报,2016,37(20):2600-2603
[3]赵扬.老年糖尿病高危足应用黄芪桂枝五物汤治疗的疗效分析[J].陕西中医,2015,36(12):1606-1607
[4]岳仁宋,毛黎黎,黄俊莉.糖足煎剂治疗糖尿病高危足近期疗效观察[J].时珍国医国药,2014,25(10):2434-2436
[5]庞国明.糖痛外洗方治疗消渴病痹症(糖尿病周围神经病变)的临床研究[A].中华中医药学会第六次民间医药学术年会暨首批民间特色诊疗项目交流会论文集[C].天津:2013.80-82
[6]马力,吴玉敏,安然,等.糖痛洗剂治疗糖尿病周围神经病变临床观察[J].中国临床医生杂志,2016,44(1):97-100

(收稿日期:2018-06-16)

泄浊除痹汤合小剂量秋水仙碱治疗痛风性关节炎临床研究

王琳

(河南省三门峡市中医院内分泌科 三门峡 472099)

摘要:目的:探讨泄浊除痹汤联合小剂量秋水仙碱在痛风性关节炎中应用效果。方法:选取我院收治的痛风性关节炎患者 67 例,按照随机数字表法分为对照组和观察组,对照组 33 例给予小剂量秋水仙碱治疗,观察组 34 例给予泄浊除痹汤联合小剂量秋水仙碱治疗,比较两组临床治疗效果、不良反应发生率及治疗前后血清 IL-1 β 、IL-6、MMP-3 水平变化情况。结果:观察组治疗总有效率为 91.18%(31/34),高于对照组 69.70%(23/33), $P<0.05$;治疗后,观察组血清 IL-1 β 、IL-6、MMP-3 水平均明显低于对照组($P<0.05$);观察组不良反应发生率为 14.70%(5/34),对照组为 12.12%(4/33),组间比较差异不显著($P>0.05$)。结论:泄浊除痹汤联合小剂量秋水仙碱治疗痛风性关节炎疗效确切,可改善患者血清 IL-1 β 、IL-6、MMP-3 水平,提高临床疗效,且安全性相对较高。

关键词:痛风性关节炎;泄浊除痹汤;秋水仙碱

中图分类号:R589.7

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2018.10.038

痛风性关节炎(Gouty Arthritis, GA)是由痛风引起的风湿性关节病,好发于下肢膝关节,85%~95%的患者以单一性下肢末端关节首发,病发时常伴有骨关节肿胀、疼痛、晨僵、关节活动受限等症状,严重者甚至出现关节坏死,影响患者日常生活及工作^[1]。大剂量秋水仙碱治疗起效快,可迅速缓解患者关节疼痛症状,但患者常因难以耐受腹泻而终止治疗^[2]。小剂量虽可在一定程度上缓解患者临床症状,但仍有部分患者收效不佳。中药在治疗 GA 方面具有独特的优势,不仅疗效确切,且药物毒副作用小,安全性高。本研究将泄浊除痹汤与小剂量秋水仙碱联合应用于 GA 患者中,取得满意疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 研究对象 选取我院 2016 年 3 月~2018 年 1 月收治的 67 例 GA 患者,按照随机数字表法分组。对照组 33 例,女 13 例、男 20 例,年龄 45~70 岁、平

均(54.60 $\pm$ 8.30)岁,病程 1~9 年、平均(4.20 $\pm$ 1.50)年。观察组 34 例,女 14 例、男 20 例,年龄 44~69 岁、平均(53.10 $\pm$ 8.50)岁,病程 1~8 年、平均(4.08 $\pm$ 1.60)年。对比两组临床资料,差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究经医院伦理委员会审查批准。

1.2 选取标准 (1)纳入标准:均明确诊断为痛风性关节炎;患者知晓同意本研究。(2)排除标准:存在明显膝关节畸形者;合并消化性溃疡者;合并类风湿性关节炎者;出现局部软组织感染者;心、脑、肾等重要脏器功能不全者。

1.3 治疗方法 对照组给予口服秋水仙碱(国药准字 H22024661)治疗,0.5 mg/次,2 次/d,持续治疗 1 周。观察组于对照组基础上加用泄浊除痹汤治疗,组方:草薢 10 g,威灵仙 10 g,山慈菇 10 g,泽兰 10 g,泽泻 15 g,牛膝 10 g,车前子 10 g,土茯苓 10 g,生薏苡仁 30 g,木瓜 10 g,王不留行 10 g,生蒲黄 10 g;血瘀不通者加没药 10 g,乳香 10 g;寒性体质者加独

活 10 g,羌活 6 g。先浸泡 30 min,再煎 30 min,取汁 200 ml 服用,2 次/d,1 剂/d,药渣以毛巾包裹敷于患处 30 min,连续用药 1 周。

1.4 观察指标 比较两组临床治疗效果、不良反应发生率及治疗前后血清 IL-1β、IL-6、MMP-3 水平变化情况。(1)疗效标准:患者症状加重或无改善,难以进行日常生活及工作为无效;症状有所缓解,直腿抬高较治疗前有所改善,可进行部分较轻工作为好转;症状大部分消失,直腿抬高>80°,基本可完成日常生活及工作为显著好转;症状完全消失,直腿抬高≥90°,日常生活及工作恢复正常为临床治愈^[3]。总有效率=(好转+显著好转+临床治愈)/总例数×100%。(2)血清学指标检测:抽取空腹静脉血 4 ml,离心处理,取上清液,采用酶联免疫吸附法测定血清 IL-1β、IL-6 及 MMP-3 水平。

1.5 统计学分析 通过 SPSS19.0 分析数据,以[例(%)]表示计数资料,行 χ² 检验,以($\bar{x} \pm s$)表示计量资料,行 t 检验,P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效比较 观察组治疗总有效率(91.18%)明显高于对照组(69.70%),P<0.05。见表 1。

表 1 两组疗效比较[例(%)]						
组别	n	无效	好转	显著好转	临床治愈	总有效
观察组	34	3(8.82)	9(26.47)	12(35.29)	10(29.41)	31(91.18)
对照组	33	10(30.30)	5(15.15)	8(24.24)	10(30.30)	23(69.70)
χ ²						4.941
P						0.026

2.2 两组血清 IL-1β、IL-6 及 MMP-3 水平 治疗后,观察组血清 IL-1β、IL-6、MMP-3 水平均明显低于对照组,P<0.05。见表 2。

表 2 两组血清 IL-1β、IL-6 及 MMP-3 水平($\bar{x} \pm s$)						
时间	组别	n	IL-1β(pg/ml)	IL-6(ng/L)	MMP-3(ng/ml)	
治疗前	观察组	34	38.30±19.40	70.20±14.10	102.80±26.28	
	对照组	33	37.60±20.60	69.60±15.30	101.60±27.33	
	t		0.143	0.167	0.183	
	P		0.887	0.868	0.855	
治疗后	观察组	34	20.50±10.67	28.20±4.30	60.30±13.14	
	对照组	33	27.80±16.61	40.35±8.66	81.40±20.67	
	t		2.252	7.307	5.002	
	P		0.027	0.000	0.000	

2.3 两组不良反应比较 观察组不良反应发生率(14.71%)与对照组(12.12%)比较,差异无统计学意义,P>0.05。见表 3。

表 3 两组不良反应比较[例(%)]					
组别	n	恶心呕吐	腹泻	头晕	不良反应
观察组	34	2(5.88)	1(2.94)	2(5.88)	5(14.70)
对照组	33	1(3.03)	1(3.03)	2(6.06)	4(12.12)
χ ²					0.002
P					0.962

3 讨论

积极快速缓解患者关节疼痛、改善关节活动度、恢复日常生活能力为 GA 基本治疗原则。秋水仙碱为临床治疗 GA 急性发作的特效药,可抑制中性粒细胞、单核细胞释放白三烯及前列腺素,且可改变细胞膜功能,拮抗中性粒细胞黏附、趋化、吞噬作用,有效缓解患者临床症状。但该药物治疗剂量与中毒剂量十分相近,使用不当极有可能引发中毒,而减小药物剂量又难以起到控制病情及改善患者关节肿胀、疼痛的效果。有学者指出^[4],减少秋水仙碱药物剂量,并结合其他药物治疗,不仅可有效止痛,且可提高用药安全性。

中医学认为^[5],GA 属本虚标实之证,属“胫痹、骨痹”等范畴,主要由脏腑功能亏虚、湿热之邪入侵、脾胃失其健运、失浊内停,致使气血筋脉受阻引起。治以化瘀通络、清热泄浊、消痹止痛为主。泄浊除痹汤是由萆薢、威灵仙、山慈菇、泽兰、泽泻、牛膝、土茯苓、王不留行、生蒲黄等多味中药材组成的中药汤剂,方中萆薢可祛风除痹、利湿泄浊,木瓜、威灵仙可通络止痛,土茯苓可解毒泄浊、通利关节、健胃燥湿;泽兰、牛膝、王不留行、生蒲黄长于推陈致新、祛瘀活血;泽泻、山慈菇、车前草、生薏苡仁可泄浊利尿;全方相须而用,共奏解毒泄浊、祛瘀消肿、通络止痛之效,使瘀结得以清除、浊毒得以泄化。现代药理认为^[6],方中山慈菇可抑制血尿酸形成,萆薢可促进血尿酸排泄,二者结合可防止 GA 发作,且土茯苓等具有抗炎镇痛作用。与小剂量秋水仙碱联合使用可发挥中西医结合之优势,异效互补、同效相增、标本兼治,从而改善患者关节疼痛、肿胀症状。

本研究结果表明,观察组治疗总有效率高于对照组(P<0.05),说明泄浊除痹汤联合小剂量秋水仙碱治疗 GA,效果较佳。有学者认为^[7],GA 作为一种关节炎症性病变,其发生、发展与血清炎症因子水平关系密切。IL-1β 为前炎症网链中一级细胞因子,当 GA 急性发作时,其水平会异常升高,在 GA 发生、发展中起关键作用;IL-6 是由单核巨噬细胞及 T 淋巴细胞分泌的炎症因子,在 GA 滑膜局部炎症反应中具有重要作用,可促进炎症细胞在关节活化、聚集,破坏被炎症浸润的组织,破坏骨质,加重病情;蛋白水解酶 MMP-3 亦参与了 GA 的病理过程,主要通过降解细胞外基质,破坏关节软骨,加速病情进展。故调控血清 IL-1β、IL-6 及 MMP-3 水平可作为临床治疗 GA 的重要靶点。本研究结果显示,观察组治疗后的血清 IL-1β、IL-6 及 MMP-3 水平均明显低

于对照组 ($P<0.05$), 且两组不良反应发生率比较无明显差异。说明泄浊除痹汤与小剂量秋水仙碱联合治疗 GA, 可有效降低炎症因子水平, 且安全性高。综上, 泄浊除痹汤联合小剂量秋水仙碱治疗, 可有效降低痛风性关节炎患者血清 MMP-3、IL-6、IL-1 β 水平, 提高临床疗效, 且安全性较高, 值得推广应用。

参考文献

[1]李怀亮,林石明.急性痛风性关节炎治疗的研究进展[J].实用中西医结合临床,2018,18(1):176-178
[2]蒙龙,李娟,龙锐,等.小剂量与常规剂量秋水仙碱治疗急性痛风性关节炎的系统评价[J].中国临床药理学与治疗学,2014,19(6):656-662

[3]范海霞,刘健,黄传兵,等.中西医结合治疗急性痛风性关节炎临床疗效观察[J].世界中西医结合杂志,2016,11(7):987-989
[4]陆世凯.不同剂量秋水仙碱治疗痛风性关节炎患者的临床效果比较[J].中华全科医学,2017,15(10):1700-1703
[5]郑志辉,关可立,李晓武,等.泄浊逐痹汤联合依托考昔治疗急性痛风性关节炎的临床研究[J].广州中医药大学学报,2017,34(3):7
[6]陈睿,赵萌,朱利利.中药泄浊除痹汤治疗痛风性关节炎疗效及安全性分析和抗炎作用机制[J].世界中医药,2017,12(9):2101-2104
[7]李学峰,霍艳蕊,尹磊,等.依托考昔联合祛湿化痰解毒定痛汤治疗急性痛风性关节炎疗效观察及对炎性因子的影响[J].河北医药,2017,39(3):353-357

(收稿日期: 2018-07-02)

腓骨截骨术对 KOA 患者的短中期疗效观察 *

熊亮 任慧娟 毛波 李德平 潘伟明 李军 姜冰 张大保
(广东省佛山市第五人民医院外一科 佛山 528221)

摘要:目的:探讨腓骨截骨术对膝骨性关节炎患者的短中期疗效。方法:选取 2015 年 4 月~2017 年 8 月在我院接受治疗的 KOA 患者 120 例,按照随机数字表法分为观察组和对照组,各 60 例。观察组行腓骨截骨术治疗,对照组行人工单髁关节置换术治疗。比较两组相关临床指标,术前及术后 6 个月美国西部 Ontario 和 McMaster 大学骨性关节炎指数(WOMAC)评分和疼痛视觉模拟(Visual Analogue Scale,VAS)评分。结果:观察组的手术用时、术中出血量、住院时间和住院费用均明显少于对照组(均 $P<0.05$)。两组术后 6 个月 WOMAC 评分和 VAS 评分均明显低于术前(均 $P<0.05$),但术后 6 个月两组的 WOMAC 评分和 VAS 评分比较,差异无统计学意义(均 $P>0.05$)。结论:腓骨截骨术与人工单髁关节置换术治疗 KOA 均具有良好疗效,但前者具有手术时间短、创伤小、患者恢复快且费用低等优势。

关键词:膝骨性关节炎;腓骨截骨术;人工单髁关节置换术

中图分类号:R684.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2018.10.039

膝骨性关节炎(Knee Joint Osteoarthritis, KOA)多发于老年人,患者可表现为膝关节疼痛或屈曲困难,严重情况下可发生膝关节畸形,临床治疗费用较高,严重影响患者的生活质量和身心健康^[1]。临床上治疗该类患者多采用人工单髁关节置换术,可以有效缓解病情,但存在手术时间长、患者预后较差等问题。腓骨截骨术由于具有操作简易、患者康复快等优势,近年来被广泛应用于临床且取得了良好效果^[2]。本研究探讨腓骨截骨术对 KOA 患者的短中期疗效。现报道如下:

1 材料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 4 月~2017 年 8 月在我院接受治疗的 KOA 患者 120 例,按照随机数字表法分为观察组和对照组,各 60 例。本研究已经我院伦理委员会批准。入选标准:(1)均为内侧间室 KOA 患者;(2)意识清醒,且对本研究知情同意者;(3)无重要脏器或神经系统疾病者;(4)非系统性疾病来源的 KOA 患者。对照组男 17 例,女 43 例;平均年龄(62.10 $\pm$ 6.02)岁;膝关节分级 1 级 26 例,2 级 22 例,3 级 9 例,4 级 3 例。观察组男 15 例,女 45

例;平均年龄(61.98 $\pm$ 6.12)岁;膝关节分级 1 级 28 例,2 级 18 例,3 级 10 例,4 级 4 例。两组患者一般资料比较,差异无显著统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 所有患者均进行常规检查,向患者详细讲解研究中所用的各项评分表和治疗的注意事项,完成围手术期的准备后进行手术。两组麻醉方式均为腰硬联合麻醉。对照组行人工单髁关节置换术治疗:患者体位摆放完成后选取髌旁内侧位置,做小切口从此入路沿斜行方向将患者皮肤和皮下组织切开使得膝关节暴露,将关节囊打开完成对增生滑膜和骨赘的清理,然后切除内侧半月板,接着在进行定位、截骨和试模的一系列操作后进行假体安装,骨水泥固化完成则进行伤口冲洗,最后缝合、包扎,手术完成。观察组行腓骨截骨术治疗:患者仰卧位躺好后,选取患膝腓骨小头下方 6 cm 处位置,以此为中

* 基金项目:广东省佛山市科学技术局自筹经费类科技计划项目(编号:2015AB00421)