

ALB 水平高于对照组,说明与单独采用人工肝血浆置换治疗相比,人工肝血浆置换联合血液透析滤过治疗肝衰竭的临床疗效较好,可以有效改善患者的肝功能,促进患者康复。分析原因在于人工肝血浆置换是在患者体内建立一条静脉通道,引出血液后分离血细胞和血浆,用正常的血浆替代患者自身血浆,可以帮助肝衰竭患者清除体内的有害物质,暂时性的代替肝脏的部分功能,补充机体的必需物质,改善血流动力学,为肝细胞的再生做好准备^[7-8]。但是人工肝血浆置换仅能清除胆红素、内毒素、ALB 结合的芳香族氨基酸等大分子量毒性物质,较难清除小分子量毒素物质^[9-10]。小分子量毒素物质会通过血脑屏障积聚引发脑水肿,且该毒素广泛存在组织中,会导致肝性脑病症状加重。而血液透析滤过可以清除小分子量毒性物质,改善患者脑内能量代谢,调节水电解质平衡,减轻肝性脑病,促进肝功能的恢复。综上所述,人工肝血浆置换联合血液透析滤过治疗肝衰竭的临床疗效较好,可有效改善患者的肝功能,促进患者康复。

参考文献

- [1]陈苑莉,林晓岚,陈菲菲.肝衰竭患者血浆滤过透析过程中心理状况调查及分析[J].现代诊断与治疗,2016,27(13):2478-2479
- [2]谢能文,李小广,涂慧敏.两种不同肝病基础上肝衰竭的临床特点分析[J].实用中西医结合临床,2015,15(10):45-46,49
- [3]侯环荣,尚佳,康谊,等.人工肝血浆置换联合血液滤过治疗肝衰竭并肝性脑病临床观察[J].中国实用神经疾病杂志,2016,19(7):79-80
- [4]余宏宇,周伟平,李淑德,等.临床肝病诊断与治疗[M].北京:人民卫生出版社,2008.261-265
- [5]中华医学会感染病学分会肝衰竭与人工肝学组,中华医学会肝病分会重症肝病与人工肝学组.肝衰竭诊疗指南[J].中华肝脏病杂志,2006,14(9):643-646
- [6]杨晓玲,周强,郑春华,等.血浆置换联合连续性血液净化治疗肝衰竭患者短期疗效观察[J].实用肝病杂志,2018,21(3):469-470
- [7]曹蕴,徐葵花,赵守松.人工肝血浆置换术治疗肝衰竭病人的临床疗效及预后分析[J].蚌埠医学院学报,2018,43(12):1569-1571,1574
- [8]赵海红,何泽宝,蔡妙国,等.连续性肾替代治疗联合血浆置换治疗晚期肝衰竭合并肝肾综合征的疗效观察[J].浙江医学,2016,38(12):915-917,939
- [9]侯环荣,尚佳,康谊,等.血浆置换联合血液滤过治疗抗结核药物所致亚急性肝衰竭的效果分析[J].临床肝胆病杂志,2016,32(2):342-346
- [10]周健,王笑笑,连江山,等.人工肝血浆透析滤过与选择性血浆置换联合连续性血液滤过治疗中晚期肝衰竭疗效及安全性比较[J].中华临床感染病杂志,2018,11(5):369-373

(收稿日期:2019-06-05)

祛风通痹汤治疗类风湿性关节炎疗效观察

李金海

(河南省荥阳市中医院中医内科 荥阳 450100)

摘要:目的:探究祛风通痹汤对类风湿性关节炎患者疼痛程度及关节肿胀指数的影响。方法:选取2017年1月~2019年1月收治的86例类风湿性关节炎患者作为研究对象,按随机数字表法分成对照组与观察组,每组43例。对照组采用西医疗法,观察组在对照组的基础上服用祛风通痹汤,比较两组治疗前后的疼痛程度、关节肿胀指数、血尿酸水平和不良反应发生率。结果:治疗后,观察组疼痛视觉模拟评分和关节肿胀指数均低于对照组,差异有统计学意义, $P < 0.05$;治疗前,两组血尿酸水平相比较,差异无统计学意义, $P > 0.05$;治疗4周和8周后,观察组血尿酸水平均较低于对照组,差异均有统计学意义, $P < 0.05$;观察组不良反应发生率为6.98%,低于对照组的25.58%,差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。结论:采用祛风通痹汤治疗类风湿性关节炎,可缓解患者关节疼痛及肿胀,降低其血尿酸水平,减少不良反应发生。

关键词:类风湿性关节炎;祛风通痹汤;西医治疗

中图分类号:R593.22

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2019.08.041

类风湿性关节炎为自身免疫性疾病,患者早期常出现关节疼痛、肿胀、僵硬等体征,晚期则可能出现关节畸形或功能丧失,随着病程的延长,可增加致残风险,严重影响患者的生活质量^[1]。西医治疗该病常采用甲氨蝶呤治疗,该药物成分类似于叶酸,可抑制二氢叶酸还原酶,阻断DNA合成,减少骨破坏,延缓病情进展,但单一药物治疗效果欠佳^[2]。中医学认为,类风湿性关节炎属于“骨痹”范畴,患者脾肾亏虚、风邪入侵、寒邪凝滞,导致气血阻滞、经络不通。本研究旨在探讨祛风通痹汤对类风湿性关节炎患者疼痛程度、关节肿胀指数及血尿酸水平的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2017年1月~2019年1月我院收治的86例类风湿性关节炎患者作为研究对象,按随机数字表法分成对照组与观察组,每组43例。对照组男22例,女21例;年龄48~64岁,平均年龄(56.20±3.20)岁;病程1~10年,平均病程(5.63±0.36)年。观察组男20例,女23例;年龄49~65岁,平均年龄(56.18±3.17)岁;病程1~10年,平均病程(5.61±0.37)年。两组患者的一般资料相比较,差异无统计学意义, $P > 0.05$,具有可比性。本研究经我院医学伦理委员会批准,所有患者均签署知情同意书。

1.2 入选标准 (1)纳入标准:西医诊断符合相关

标准^①:晨僵≥1 h 并持续 6 周以上,≥3 个关节肿并持续 6 周以上,皮下结节;中医诊断符合《类风湿关节炎证候诊断标准研究》^②中寒湿痹阻证,主症:关节冷痛而肿,关节屈伸不利,关节畸形,次症:恶风寒,肢体沉重,阴雨天加重,舌质淡、苔白,脉弦紧;血尿酸升高。(2)排除标准:患有全身感染性疾病、免疫缺陷疾病、恶性肿瘤、其他结缔组织疾病;严重关节畸形;严重肝、肾功能不全;对本研究治疗药物过敏。

1.3 治疗方法

1.3.1 对照组 采用西医治疗,服用甲氨蝶呤(国药准字 H20044282),15 mg/次,1 次/周。连续治疗 8 周。

1.3.2 观察组 在对照组的基础上服用祛风通痹汤,组方:黄芪、牛膝各 20 g,苍术、冬凌草、穿山龙、当归各 15 g,羌活、桂枝各 10 g,加水煎煮,去渣留汁 200 ml,分早晚 2 次服用。连续治疗 8 周。

1.4 观察指标 (1)比较两组治疗前与治疗 8 周后疼痛程度和关节肿胀指数。采用视觉模拟评分法(VAS)^③进行评估,满分 10 分,无痛为 0 分;轻微疼痛 1~3 分;中度疼痛 4~6 分;重度疼痛 7~10 分。关节肿胀指数 = 关节肿胀数 × 关节肿胀程度,关节肿胀程度,0 分:无肿胀;1 分:中度肿胀,轮廓微隆起;2 分:中度肿胀,关节周围凹陷消失;3 分:重度肿胀,肿胀高出骨突。(2)比较两组治疗前、治疗 4 周和治疗 8 周后的血尿酸水平,分别在治疗前后采集患者空腹静脉血 2 ml,离心取血清,采用血尿酸测试仪进行测定。(3)比较两组治疗期间的不良反应发生情况,包括胃肠不适、白细胞下降和皮疹等。

1.5 统计学处理 数据处理采用 SPSS20.0 统计学软件,计数资料以%表示,采用 χ^2 检验,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疼痛程度和关节肿胀指数比较 治疗后,观察组 VAS 评分和关节肿胀指数均低于对照组,差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。见表 1。

表 1 两组疼痛程度和关节肿胀指数比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	VAS(分)		关节肿胀指数	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	43	4.63±1.55	2.33±0.63*	9.22±3.20	5.96±1.63*
观察组	43	4.68±1.57	1.68±0.52**	9.24±3.02	4.12±1.35**
t		0.149	5.218	0.030	5.701
P		0.882	0.000	0.976	0.000

注:与同组治疗前相比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗后相比较,** $P < 0.05$ 。

2.2 两组治疗前后血尿酸水平比较 治疗前,两组

血尿酸水平相比较,差异无统计学意义, $P > 0.05$;治疗 4 周和 8 周后,观察组血尿酸水平均较低于对照组,差异均有统计学意义, $P < 0.05$ 。见表 2。

表 2 两组治疗前后血尿酸水平比较 $(\mu\text{mol/L}, \bar{x} \pm s)$

组别	n	治疗前	治疗 4 周	治疗 8 周
对照组	43	589.39±75.98	406.39±45.39	398.06±47.28
观察组	43	591.52±80.37	352.16±46.72	315.84±41.53
t		0.126	5.444	8.568
P		0.900	0.000	0.000

2.3 两组不良反应发生情况比较 观察组不良反应发生率为 6.98%,低于对照组的 25.58%,差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。见表 3。

表 3 两组不良反应发生情况比较[例(%)]

组别	n	胃肠不适	白细胞下降	皮疹	总发生
对照组	43	4(9.30)	3(6.98)	4(9.30)	11(25.58)
观察组	43	2(4.65)	1(2.33)	0(0.00)	3(6.98)
χ^2					5.460
P					0.020

3 讨论

类风湿性关节炎的发病机制较为复杂,与感染、遗传、性激素异常等因素有密切关系,常于关节软骨、滑膜、肌腱、韧带等部位发病。西医治疗类风湿性关节炎以甲氨蝶呤为常用药,该药可阻碍嘧啶核苷酸和嘌呤核苷酸的生物合成,抑制胸腺嘧啶合成,并可减少炎性因子释放,延缓骨破坏进程,促进关节功能改善。但在临床应用过程中发现,单用甲氨蝶呤疗程较长,且远期疗效不甚理想,因此,目前临床上亟待探寻一种更为有效的治疗方案。

传统中医认为,类风湿性关节炎归属于“骨痹、鹤膝风”等范畴,其病机为本虚邪实,本以肾脏不足、气血两虚为主,风痰湿邪为诱,致使气血壅滞,阻痹脉络,治疗应以祛风、补肾、通痹为法^④。本研究结果显示,治疗后,观察组 VAS 评分、关节肿胀指数、血尿酸水平和不良反应发生率均低于对照组,差异均有统计学意义, $P < 0.05$ 。表明与单用甲氨蝶呤相比,联合祛风通痹汤治疗类风湿性关节炎能更明显地减轻关节疼痛及肿胀,降低血尿酸水平,减少不良反应发生。祛风通痹汤方剂中黄芪具有升阳通痹、益气固表的功效;穿山龙具有养血活血、祛风除湿等作用;牛膝具有强筋壮骨、通经活络之效;冬凌草可散寒除湿、活血祛瘀;苍术可达健脾渗湿、温补阳气之功;当归可消肿止痛、活血通络;羌活具有益气活血、祛风通络的作用;桂枝具有通阳化气、散寒止痛、发汗解表的作用。诸药配伍,标本兼治,共奏通络止痛、祛风除湿、固本升阳等功效^⑤。现代药理研究证实,祛风除痹汤可降低中心粒细胞趋化作用,(下转第 121 页)

表 1 两组手术相关指标对比($\bar{x} \pm s$)

组别	n	手术时间(min)	术中出血量(ml)	住院时间(d)
对照组	78	70.53±10.24	63.45±4.87	7.63±1.45
观察组	78	33.54±9.69	60.31±3.52	5.12±1.13
t		23.173	4.615	12.059
P		0.000	0.000	0.000

2.2 两组并发症及复发情况对比 观察组并发症总发生率、复发率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组并发症及复发情况对比[例(%)]

组别	n	并发症				复发
		皮下血肿	肢体感觉异常	深静脉血栓形成	并发症总发生	
对照组	78	3(3.85)	4(5.13)	1(1.28)	8(10.26)	8(10.26)
观察组	78	1(1.28)	1(1.28)	0(0.00)	2(2.56)	1(1.28)
χ^2					3.847	4.245
P					0.050	0.016

3 讨论

下肢静脉曲张主要是指下肢浅静脉出现弯曲、不规则性膨出、扩张等现象,病变范围包括大、小隐静脉及其分支,其中大隐静脉发病率较高^[9]。目前,下肢静脉曲张的发生机制尚不明确,临床多认为长时间站立、重体力劳动、肥胖等均可诱发。曲张的静脉可造成下肢血液回流减慢,甚至出现血液倒流现象,继而导致下肢淤血^[9]。传统手术主要将大隐静脉高位结扎与抽剥主干联合,具有较广的适用范围,且治疗较为彻底,但存在一定的复发情况,加之该种术式对血管床损伤较大,切口较大,手术时间较长,出血量相对较多,住院费用较高,患者治疗满意度较差。

TriVex 系统微创创吸术是一种新型的微创手术方式,采用的 TriVex II 旋切去除系统是一种静脉管腔外治疗技术,工作原理是在液体环境中,直视下以旋切的方式将局部下肢曲张静脉团切除,具有较好的安全性,且手术切口较小,数量较少,降低了术中出血量,且对患者术区皮肤影响较小^[7-8]。与传统手术相比, TriVex 系统微创创吸术不仅可避免在色素沉着与出现静脉炎的区域作切口,还可将曲张的

静脉彻底去除,降低手术造成的创伤与创口不愈合的风险。此外,该种术式在直视下操作,可有效避免曲张静脉遗漏现象,对于激光与射频无法处理的曲张小腿分支静脉、浅静脉血栓等治疗效果更为理想,手术适应证更为广泛^[9]。王国胜等^[10]的研究中,A 组采用 TriVex 透光旋切术治疗,B 组予以传统手术,结果显示 A 组住院时间较短,切口总长度较短,皮下硬结发生率、复发率较低,随访 6~15 个月 A 组未出现复发情况,B 组 6 例复发,表明 TriVex 透光旋切术治疗下肢静脉曲张效果更为显著。

本次研究结果显示,与对照组相比,观察组手术、住院时间更短,术中出血量更少,并发症发生率更低,表明采用 TriVex 系统微创创吸术治疗下肢静脉曲张患者可有效减少术中出血量,减少并发症发生,加速患者术后恢复速度。综上所述, TriVex 系统微创创吸术治疗下肢静脉曲张效果优于传统手术,可有效降低下肢静脉曲张患者手术及住院时间,减少术中出血量和并发症的发生,有利于患者康复。

参考文献

- [1]朱学鹏,阿依都·阿不都热依木,施伟肖,等.3 种方法治疗下肢静脉曲张的临床效果比较[J].新疆医科大学学报,2015,38(3):332-334
- [2]王祖辉,李涛,余文水.腔内激光手术治疗对下肢静脉曲张患者疼痛程度及复发的影响[J].现代诊断与治疗,2017,28(11):1978-1979,1989
- [3]林树森,李喜春,杨钰杰.TriVex 微创旋切术联合泡沫硬化剂注射治疗下肢静脉曲张的效果[J].中国老年学杂志,2015,35(12):3351-3352
- [4]吴阶平,裘法祖,黄家驷.外科学[J].第 6 版.北京:人民卫生出版社,2003.880-890
- [5]席力森,牛志鹏,杨会锋.激光腔内闭合术联合高位结扎治疗下肢静脉曲张的临床效果[J].实用中西医结合临床,2018,18(9):42-44
- [6]邓昌林,张书平,黄超红,等.大隐静脉高位结扎联合腔内微波或传统剥脱治疗下肢静脉曲张的疗效评价[J].中国微创外科杂志,2018,18(12):1112-1114,1124
- [7]卢军峰,马艳红,段友良,等.TriVex 系统静脉微创旋切术联合三黄散外敷法治疗下肢静脉曲张性皮肤溃疡疗效观察[J].山东医药,2015,55(27):85-86
- [8]罗庚,王国胜,晏妮,等.TriVex 系统微创创吸术治疗下肢静脉曲张的疗效分析[J].心血管康复医学杂志,2018,27(1):37-41
- [9]牛启兵,陈泉,李安强,等.TriVex 微创旋切术治疗下肢静脉曲张合并急性血栓性浅表静脉炎[J].中国微创外科杂志,2014,14(11):1008-1010
- [10]王国胜,罗庚,江宏,等.TriVex 透光旋切术与传统手术方法治疗下肢静脉曲张的对比研究[J].新医学,2018,49(2):109-112

(收稿日期:2019-06-03)

(上接第 84 页)阻碍炎性因子释放,促进血液循环,调节机体免疫力,加快关节组织修复,缓解临床症状^[8]。综上所述,采用祛风通痹汤治疗类风湿性关节炎,可缓解患者关节疼痛及肿胀,降低其血尿酸水平,减少不良反应发生。

参考文献

- [1]卢伟伟,于笑霞,章鹏,等.通痹胶囊联合甲氨蝶呤治疗类风湿性关节炎的疗效和安全性比较[J].内蒙古中医药,2017,36(12):82-83
- [2]韦南山,杨继波,牙廷艺.类风湿性关节炎中医药治疗研究进展[J].亚太传统医药,2015,11(12):46-47

- [3]李玉翠,范文强,陈海英,等.2012 年早期类风湿关节炎分类标准的国内多中心临床验证[J].中华风湿病学杂志,2017,21(12):807-811
- [4]白云静,陈竹,申洪波,等.类风湿关节炎证候诊断标准研究[J].世界中医药,2017,12(3):677-679
- [5]张春华.甲氨蝶呤与来氟米特治疗类风湿性关节炎的临床疗效和安全性研究[J].重庆医学,2015,44(4):511-513
- [6]钱鑫,孙志岭,魏刚,等.自拟中药汤剂联合西药治疗类风湿性关节炎临床疗效及安全性观察[J].辽宁中医杂志,2015,42(12):2371-2373
- [7]缪心朗.祛湿通痹汤联合 MTX 治疗类风湿性关节炎患者血清中 IL-1 及 TNF- α 表达的影响[J].中华中医药学刊,2016,34(4):1015-1016
- [8]付小刚,邹卫兵,赵崑,等.自拟通痹汤治疗类风湿性关节炎的临床观察[J].实用中西医结合临床,2015,15(5):27-28

(收稿日期:2019-04-19)