

清热除痹汤治疗痛风性关节炎急性期疗效 及对 IL-1 β 、TNF- α 的影响

裴冬雪¹ 杨植媛²

1. 吉林省吉林中西医结合医院风湿科, 吉林 吉林 132012;

2. 吉林省吉林中西医结合医院脑病科, 吉林 吉林 132012

【摘要】 目的 研究开展取痛风性关节炎急性期患者为研究对象, 分析实施清热除痹汤治疗的效果。方法 研究开展, 选取 2021 年 1 月—2022 年 2 月时段我院接收的 60 例痛风性关节炎急性期患者为研究对象, 以数字随机列表法分组, 即对照组与观察组, 各 30 例。行常规西药治疗的为对照组, 在此基础上, 行清热除痹汤治疗的为观察组。以炎症因子水平、VAS 评分、关节症状疗效、不良反应发生率为判定指标, 就不同方法治疗后效果进行分析。结果 炎症因子水平分析, 治疗后, 较对照组, 观察组数据结果更低 ($P < 0.05$)。VAS 评分分析, 治疗后, 对照组高于观察组 ($P < 0.05$)。关节症状疗效分析, 相比对照组的 73.33%, 观察组的 93.33% 更高 ($P < 0.05$)。不良反应发生率分析, 对照组的 20.00% 相比观察组的 10.00%, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论 行清热除痹汤治疗痛风性关节炎急性期患者, 效果佳, 有助于患者病情改善, 疼痛感缓解, 机体炎症因子降低, 且有较高的安全性。

【关键词】 痛风性关节炎急性期; 清热除痹汤; TNF- α ; IL-1 β

痛风性关节炎是一种临床常见代谢性疾病, 其发生多因嘌呤代谢紊乱、尿酸排泄障碍所致, 发病后患者往往会出现血尿酸增高等表现, 且以关节热痛红肿为急性期发作最典型症状, 且会有剧烈疼痛感出现^[1]。加之患病人群以中老年者居多, 且病情反复发作, 能严重影响患者正常生活^[2]。对此, 及早开展有效合理治疗改善患者病情对提高生活质量有重要意义。从中医角度分析, 痛风范畴为“历节风、痹症”, 以湿热证为主要证型, 病理基础在于“瘀”与“痰”, 湿热痹阻为病机, 不通则痛^[3]。因此, 在行治疗时, 需以通络除痹、清热利湿为主。中药具有有效安全、副作用小等优势, 而且, 大量中药被证实具有疼痛改善、炎症抑制效果。故而, 本文选取 60 例痛风性关节炎急性期患者为研究对象, 予以清热除痹汤治疗, 探究其效果价值。

1 资料与方法

1.1 患者基础资料 研究开展, 选取 2021 年 1 月—2022 年 2 月时段我院接收的 60 例痛风性关节炎急性期患者为研究对象, 以数字随机列表法分组, 即对照组与观察组, 各 30 例。对照组中, 男 18 例, 女 12 例; 最大年龄 72 岁, 最小年龄 41 岁, 均值 (59.63 ± 1.02) 岁; 最长病程 5

年, 最短病程 0.6 年, 均值 (2.05 ± 0.21) 年。观察组中, 男 19 例, 女 11 例; 最大年龄 72 岁, 最小年龄 41 岁, 均值 (59.76 ± 1.05) 岁; 最长病程 5 年, 最短病程 0.6 年, 均值 (2.04 ± 0.22) 年。两组患者基础资料相近 ($P > 0.05$)。

1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准 ①研究所选病例的临床体征及症状均与诊断痛风性关节炎的标准相符; ②研究患者均伴疼痛、发热和关节肿胀等症状; ③经对选取对象予以 X 线、病理和生化检查, 确诊是痛风性关节炎急性发作期。

1.2.2 排除标准 ①伴消化性溃疡等严重胃肠道病症者; ②伴严重原发性疾病者, 如造血系统、肝脏和肾脏等; ③伴药物禁忌症者。

1.3 方法 行常规西药治疗的为对照组, 包括秋水仙碱 (生产厂家: 昆药集团股份有限公司; 国药准字: H53021534; 规格: 1mg)、依托考昔 (生产厂家: 成都苑东生物制药股份有限公司; 国药准字: H20193303; 规格: 60mg)。行秋水仙碱治疗时, 指导患者口服用药, 用药量为 1 ~ 2 片 / 1 ~ 2h, 直至患者关节症状有所改善, 6 ~ 10 片为每天用药总剂量。在用药期间, 若患者出现呕吐、腹泻等症状需终止用药, 并于 72h 后调整用药剂量, 即 1 ~ 3 片 / d, 分次用药。行依托考昔治疗时, 指导患者口服用药, 每次用药剂量为

120mg, 1 次 /d。1 疗程为 5d。

在上述基础上,行清热除痹汤治疗的为观察组,药剂组方包括地龙 15g 和青风藤 30g、土茯苓 15g 和海风藤 15g、泽兰 15g 和防己 15g、桑植 15g 和威灵仙 15g。若患者关节肿胀严重,需加用乳香 15g 和没药 15g;若患者疼痛不耐受,需加用三七 15g、蜈蚣 15g 和延胡索 15g。上述药物为北京康仁堂颗粒剂,水冲服。叮嘱患者用药前后 1h 禁止进食。1 疗程为 5d。

1.4 评价标准

1.4.1 炎症因子水平 治疗前后,观察分析对照组与观察组的 TNF- α (肿瘤坏死因子)、IL-1 β (白细胞介素-1)情况。

1.4.2 VAS 评分 治疗前后,评估患者疼痛情况,选用 VAS (视觉模拟评分法)进行,分值 0 ~ 10 分,评分与疼痛感呈正比^[4]。

1.4.3 关节症状疗效 疗效的判定,结合《中药新药临床研究指导原则》,以对局部肤温和关节压痛、皮肤颜色和活动度及肿胀进行评估,并以显效、好转和无效的标准进行划分,其中,关节情况改善显著,证候积分减少 $\geq 70\%$,满足上述条件即显效;关节情况有所缓解,证候积分减少程度 $\geq 30\%$,但 $<70\%$,满足上述条件即好转;与治疗前相比,关节情况改善不明显,甚至病情有加重趋势,证候积分减少 $<30\%$,满足上述条件即无效^[5]。

1.4.4 不良反应发生率 以治疗后为判定时

间,评估患者不良反应情况,包括皮疹过敏和胃肠道异常、呕吐恶心和肾功能异常

1.5 统计学分析 应用 SPSS27.0,计数资料以“n (%)”表示, χ^2 检验;计量资料以“ $\bar{x} \pm s$ ”表示,t 检验(正态分布变量)。P <0.05 有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组炎症因子水平分析 炎症因子水平分析,治疗前,对照组与观察组数据结果比较,差异无统计学意义(P >0.05);治疗后,较对照组,观察组数据结果更低,差异有统计学意义(P <0.05),见表 1。

2.2 两组 VAS 评分分析 VAS 评分分析,治疗前,对照组与观察组数据结果比较,差异无统计学意义(P >0.05);治疗前后,两组数据结果相比,治疗后更低,差异有统计学意义(P <0.05);治疗后,对照组高于观察组,差异有统计学意义(P <0.05),见表 2。

2.3 两组关节症状疗效分析 关节症状疗效分析,相比对照组的 73.33%,观察组的 93.33% 更高,差异有统计学意义(P <0.05),见表 3。

2.4 两组不良反应发生率分析 不良反应发生率分析,对照组的 20.00% 相比观察组的 10.00%,差异无统计学意义(P >0.05),见表 4。

表 1 两组炎症因子水平分析 ($\bar{x} \pm s, p/ \mu g \cdot mL^{-1}$)

组别	TNF- α		IL-1 β	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组 (n=30)	137.97 \pm 15.30	96.43 \pm 8.40	0.71 \pm 0.20	0.50 \pm 0.18
观察组 (n=30)	138.15 \pm 16.07	82.95 \pm 8.58	0.73 \pm 0.23	0.31 \pm 0.10
t	0.044	6.149	0.359	5.054
P	0.965	0.001	0.721	0.001

表 2 两组 VAS 评分分析 ($\bar{x} \pm s, 分$)

组别	治疗前	治疗后	t	P
对照组 (n=30)	6.94 \pm 1.13	4.41 \pm 1.12	8.184	0.001
观察组 (n=30)	7.16 \pm 1.27	3.63 \pm 0.69	12.638	0.001
t	0.667	3.065	/	/
P	0.508	0.004	/	/

表 3 两组关节症状疗效分析 [n (%)]

组别	显效	好转	无效	总有效率
对照组 (n=30)	12 (40.00)	10 (33.33)	8 (26.67)	22 (73.33)
观察组 (n=30)	17 (56.67)	11 (36.67)	2 (6.67)	28 (93.33)
χ^2				4.320
P				0.038

表 4 两组不良反应发生率分析 [n (%)]

组别	皮疹过敏	胃肠道异常	呕吐恶心	肾功能异常	不良反应发生率
对照组 (n=30)	1 (3.33)	2 (6.67)	2 (6.67)	1 (3.33)	6 (20.00)
观察组 (n=30)	1 (3.33)	1 (3.33)	1 (3.33)	0 (0.00)	3 (10.00)
χ^2					1.177
P					0.278

3 讨 论

痛风性关节炎的发病与尿酸升高息息相关,当机体出现尿酸生成升高、排泄减少时均容易导致痛风发生,能严重影响患者健康安全和生活质量。痛风性关节炎属于一种组织损伤病症,通常由于长期血尿酸增高、嘌呤代谢障碍所致,一旦病情发作,容易导致患者合并一些慢性疾病,包括冠心病、2 型糖尿病和高血压等。伴随近年来人们生活方式、膳食结构的转变,使得急性疼痛的发生不断递增,且发病人群愈发年轻化,加之该疾病具有起病急、病情发作反复等特点,能严重损害患者生理健康^[6]。对此,及早开展有效合理临床治疗非常重要。

中医学认为,痛风性关节炎急性发作主要是由于脾肾亏虚、先天禀赋不足,加之后天饮食不接,脾胃运化不畅,内有痰湿形成,浊毒、痰瘀和湿热互结,经络闭阻,向关节位置流注,导致郁热化毒而发^[7]。有研究学者指出,痛风性关节炎的急性发作主要是因浊毒滞留、泄利不畅、长时间累积,或是外邪侵袭所致,从而造成经络阻塞、瘀结,容易导致关节处出现无法忍受的疼痛感^[8]。由于急性痛风为本虚标实,其中本因脾肾亏虚所致,标因痰热瘀滞所致,而且标实为急性期主要表现,故而,在行治疗时,治法原则可遵照“急则治其标,缓则治其本”进行。在本次研究中,根据上述所得结果可知,经治疗后,较对照组,观察组的炎症因子水平更低、VAS 评分更低、关节症状疗效更高,差异有统计学意义。对于上述所得结论,考虑原因为,对照组选用的治疗方法为西药疗法,将其用于治疗痛风性关节炎急性期患者,能对炎症细胞予以抑制,实现抗炎功效,而且在急性发作时还能有效抑制疾病存在的粒细胞集群,从而能使患者关节肿痛感改善。观察组选用的治疗方法为中医疗法,由于脾气虚弱为该疾病的主要发病原因,因此,在行治疗时则易是以清热解毒、活血化瘀和清热利湿为主。此次研究选用的中药为清热除痹汤,在药剂组方中,青风藤具有祛风湿、利小便功效,能将治疗水肿、风湿痹痛效果价值充分发挥出来;桑植则能起到利关节、行水气和通经络功效;防己有对行水、湿热脚气防止效果;海风藤能起到理气、通经络效果,对风寒予以防治的同时,还有助于患者关节疼痛症状的改善;威灵仙能将消痰涎作用充分体现出来,治疗痛风有较好的作用价值。将上述药方联合应用,疗效突出,且治疗时间持久,其可靠性及安全性高,有助于患者疼痛感的改善,对整体生活质量的提高有重要

作用。而且,现代药理临床研究证实,药方中,单味药方的作用成效具有显著的镇痛及抗炎效果,部分药物可通过对 NF- κ B 信号途径的抑制,能实现对炎症因子的抑制,有助于急性炎症反应的缓解^[9-10]。不良反应发生率方面,虽然观察组的不良反应发生率低于对照组,但二者比较统计无差异,说明,对于炎症控制、急性痛风治疗方面,清热除痹汤的实施具有一定的可靠性及安全性,有较好的临床应用价值。

综上,清热除痹汤治疗痛风性关节炎急性发作期患者,效果佳,有助于患者病情改善,疼痛感缓解,机体炎症因子降低,且有较高的安全性,可推广。

参考文献

- [1] 薛屿. 清热去湿除痹汤联合非布司他治疗痛风性关节炎的临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2022, 20(1): 129-130.
- [2] 范宏涛, 宁雪梅, 梅坚, 等. 加减清热祛湿通痹汤治疗痛风性关节炎的临床疗效观察[J]. 中国社区医师, 2020, 36(34): 89-90.
- [3] 陈松鹤, 方腾铎. 痛风消浊汤联合塞来昔布胶囊治疗湿热蕴结型急性痛风性关节炎 31 例[J]. 湖南中医杂志, 2020, 36(3): 51-53.
- [4] 李丹丹, 孙墨, 吴珠, 等. 针刺联合解毒除痹汤治疗湿热痹阻型急性痛风性关节炎的临床观察[J]. 广州中医药大学学报, 2021, 38(11): 2397-2403.
- [5] 贾飞宇. 自拟祛湿通络除痹汤辨证治疗痛风性关节炎的临床观察[J]. 中国民间疗法, 2021, 29(21): 64-67.
- [6] 邹荣, 崔燕. 泄浊除痹汤结合肿意膏穴位贴敷治疗痛风性关节炎临床研究[J]. 四川中医, 2020, 38(12): 128-131.
- [7] 和大中, 庞娟, 李勃. 仙藤祛痹汤联合小剂量秋水仙碱片治疗湿热蕴结型急性痛风性关节炎的临床研究[J]. 河北中医, 2021, 43(11): 1854-1857, 1861.
- [8] 范海霞, 刘健, 黄传兵, 等. 黄芩清热除痹胶囊联合西药治疗急性痛风性关节炎的临床效果[J]. 世界中医药, 2021, 16(17): 2600-2604, 2610.
- [9] 陈会胜. 清热除痹汤治疗急性痛风疗效及安全性评价探讨[J]. 饮食保健, 2020, 7(2): 106.
- [10] 李辉. 探讨清热除痹汤治疗急性痛风疗效及安全性[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(9): 154-155.