

注射用灯盏花素治疗急性痛风性关节炎 34 例临床观察

刘湘玲

中图分类号: R589.7 文献标识码: B 文章编号: 1004-745X(2009)08-1271-02

【摘要】 目的 观察注射用灯盏花素治疗急性痛风性关节炎的临床疗效。方法 将急性痛风性关节炎患者 68 例随机分为对照组与治疗组各 34 例, 均予常规西医疗, 治疗组加用注射用灯盏花素; 两组均治疗 14d。结果 两组临床疗效比较无显著性差异, 但关节肿胀改善及疼痛缓解时间治疗组短于对照组。结论 在常规治疗基础上加用灯盏花素治疗急性痛风性关节炎疗效满意。

【关键词】 急性痛风性关节炎 注射用灯盏花素

痛风是由于嘌呤代谢紊乱所导致的疾病。随着人们生活水平的提高, 饮食结构的改变, 近年来痛风已成为常见病和多发病。我国痛风患者日趋增加, 其中 95% 为男性, 且痛风患者有年轻化趋势, 严重危害着人们的健康。笔者在常规治疗基础上加用注射用灯盏花素治疗急性痛风性关节炎, 取得满意疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 参照 1977 年美国风湿病协会制定的急性痛风性关节炎诊断标准^[1]。(1)急性关节炎发作 1 次以上, 在 1d 内即达到发作高峰;(2)急性关节炎局限于个别关节;(3)整个关节呈暗红色;(4)第 1 拇趾跖关节肿痛;(5)单侧跗关节炎急性发作;(6)有痛风石;(7)高尿酸血症;(8)非对称性关节肿痛;(9)发作可自行终止。凡具备三项以上即可确诊。纳入标准:符合诊断标准;无血白细胞计数低下及肝、肾功能异常。排除标准:继发于其它疾病, 包括血液系统疾病、慢性肾脏疾病及长期使用利尿剂、阿司匹林、抗结核药物等;痛风明显但尿酸正常;白细胞计数低下及肝、肾功能异常者;糖尿病患者。纳入病例共 68 例, 均为我院住院及门诊患者, 随机分为两组。治疗组 34 例, 男性 33 例, 女性 1 例;年龄 27~70 岁, 平均 42 岁。对照组 34 例, 男性 32 例, 女性 2 例;年龄 30~70 岁, 平均 44 岁。两组一般资料无显著性差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 治疗方法 两组均口服立加利仙 50mg, 每日 1 次;碳酸氢钠 0.5g, 每日 3 次。治疗组另予注射用灯盏花素 (昆明龙津药业有限公司生产) 50mg 兑入 0.9% 氯化钠注射液 250ml 静滴, 每日 1 次。两组均治疗 14d 为 1 疗程, 1 个疗程后评价疗效。

1.3 疗效标准 根据《临床疾病诊断依据治愈好转标准》^[2]拟定。治愈:症状消失, 尿酸含量正常。好转:症状缓解, 尿酸含量下降。无效:症状未缓解, 尿酸含量未下降。

1.4 统计学处理 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验和 χ^2 检验。

2 结果

2.1 两组治疗前后尿酸含量比较 见表 1。与治疗前比较, 两组治疗后尿酸含量明显降低 ($P < 0.05$); 两组治疗后比较无显著差异 ($P > 0.05$)。

表 1 两组治疗前后尿酸含量比较 ($\mu\text{mol/L}$, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	34	492.33 ± 77.99	365.17 ± 93.48*
对照组	34	482.49 ± 93.33	402.46 ± 95.33*

与本组治疗前比较, * $P < 0.05$

2.2 两组临床疗效比较 见表 2。结果示两组临床疗效无显著性差异 ($P > 0.05$)。

表 2 两组临床疗效比较 n(%)

组别	n	治愈	好转	无效	总有效
治疗组	34	23(67.65)	11(32.35)	0(0)	34(100.00)
对照组	34	21(61.76)	13(38.24)	0(0)	34(100.00)

2.3 两组止痛时间比较 见表 3。结果示治疗组患者疼痛缓解时间明显短于对照组 ($P < 0.05$)。

2.4 两组关节肿胀改善时间比较 见表 4。治疗组患者关节肿胀改善时间明显短于对照组 ($P < 0.05$)。

2.5 不良反应 两组均未见明显不良反应, 白细胞计数及肝、肾功能均正常。

3 讨论

表 3 两组止痛时间比较 n(%)

组别	n	治疗第 3 日	治疗第 7 日	治疗第 14 日
治疗组	34	10(29.41) [△]	13(38.24) [△]	11(32.35)
对照组	34	5(14.71)	8(23.53)	21(61.76)

与对照组比较, $\Delta P < 0.05$ 。下同

表 4 两组关节肿胀改善时间比较 n(%)

组别	n	治疗第 3 日	治疗第 7 日	治疗第 14 日
治疗组	34	10(29.41) [△]	15(44.12) [△]	9(26.47)
对照组	34	4(11.76)	8(23.53)	22(64.71)

急性痛风性关节炎是以高尿酸血症及尿酸盐结晶沉积在关节囊、滑囊、皮下而致的特征性急性关节炎。急性痛风性关节炎通常是痛风的首发症状, 炎症反复发作进入慢性阶段, 在慢性病变的基础上仍可有急性炎症反复发作。急性痛风性关节炎属中医学“痹证”、“历节”、“白虎历节”等范畴, 最突出的临床表现为疼痛。“通则不痛, 痛则不通”, 笔者认为痛风在病理上除

了已经认同的病因外, 最重要的原因就是“不通”, 即血瘀, 且临床上此病病程都较长, 迁延数年。中医学有“久病人络”之说, 由此可以得出这样的推论——痛风的病根主要在“血”。药理研究表明, 灯盏花素具有改善微循环、扩张血管、镇静镇痛、抗炎作用, 还可抑制病变组织炎症介质及致痛物质的释放而使炎症消退^[3]。本观察显示, 中西医结合治疗急性痛风性关节炎有较好疗效, 值得临床应用。

参 考 文 献

- 1 廖二元, 超楚生. 内分泌学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 722
- 2 孙传兴. 临床疾病诊断依据治愈好转标准 [S]. 北京: 人民军医出版社, 1998: 130
- 3 张晓莉, 刘四海, 周芳, 等. 灯盏花的药理活性研究 [J]. 四川生理科学杂志, 2008, 30(2): 75 ~ 77

(收稿日期 2009-02-13)

(上接第 1264 页)

果示治疗组肌肉疼痛、发热程度、肌力、CPK、ESR 改善均优于对照组 ($P < 0.05$)。

表 2 两组治疗前后肌肉疼痛、CPK、ESR 情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

项目	治疗组 (n=40)		对照组 (n=40)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
肌肉疼痛(级)	1.99±0.71	1.03±0.64 ^{**△}	1.98±0.73	1.31±0.63 ^{**}
CPK(u/L)	655.13±146.34	312.69±83.34 ^{**△△}	657.22±155.16	413.13±88.69 ^{**}
ESR(mm/h)	78.70±28.60	34.20±19.80 ^{**△}	77.90±31.40	45.70±23.20 ^{**}

与本组治疗前比较, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$, $\Delta\Delta P < 0.01$ 。下同

表 3 两组治疗前后发热、肌力情况比较 (n)

组别		发热程度			肌力分级		
		正常	轻度	中度	5级	4级	3级
治疗组 (n=40)	治疗前	26	12	2	9	25	6
	治疗后	38	2	0 [△]	32	8	0 ^{**△△}
对照组 (n=40)	治疗前	27	11	2	10	26	4
	治疗后	32	6	2	24	13	3 [*]

3 讨 论

多发性肌炎、皮肌炎属于自身免疫性疾病, 病因尚不明了, 目前认为可能与病毒感染有关, 日晒、中毒等亦可成为发病诱因。西医首选激素治疗, 但长期应用会带来副作用, 也不利于肌力的恢复, 甚至引起类固醇肌病, 从而加重肌损害, 并且增加感染机会。本病与中

医学之“肌(肉)痹”类似, 《素问·长节刺论》记载, “病在肌肤, 肌肤尽痛, 名曰肌痹”; 《中藏经》认为: “肉痹者, 饮食不节, 膏粱肥美之所为也。”本病临床表现为皮肤呈紫红色水肿样, 肌肉肿痛无力, 常伴有发热, 大量出汗, 胸闷食少, 吞咽困难, 肝脾肿大, 舌质红绛, 舌苔黄厚, 脉数等。中医学认为系胃热脾湿, 或感受毒邪, 湿热毒邪交蒸, 阻于皮肤肌肉之间, 致使皮红肌肿肉痛发为本病。治宜清热解毒、利湿消肿。加味五味消毒饮即据此而设, 方中野菊花、金银花、蒲公英、紫花地丁、天葵子、忍冬藤、红藤清热解毒; 海桐皮、秦皮清利湿热; 冬瓜皮、茯苓皮利湿消肿; 络石藤、鸡血藤解毒通络。诸药合用, 共奏清热解毒、利湿消肿之功。药理研究发现上述药物具有较强的抗病毒和抑制异常免疫反应的功能, 可起到抗炎保肌作用。本观察显示, 治疗组临床疗效及观察指标的改善均明显优于对照组, 说明中西医结合治疗多发性肌炎、皮肌炎疗效较好, 值得临床推广。

参 考 文 献

- 1 Bohan A, Peter JB. Polymyositis and dermatomyositis (first of two parts) [J]. N Engl J Med, 1975, 292: 344 ~ 347
- 2 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 50

(收稿日期 2009-01-05)