

[文章编号] 1007-0893(2024)08-0036-05

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2024.08.010

# 扶阳通络法联合前列地尔、血塞通治疗 动脉硬化闭塞症的临床疗效

任青松 任亚飞 郭兴蕊

(北京中医药大学东直门医院洛阳医院, 河南 洛阳 471000)

**[摘要]** 目的: 探讨扶阳通络法联合前列地尔、血塞通治疗动脉硬化闭塞症的效果及对踝肱指数(ABI)和凝血功能的影响。方法: 选取北京中医药大学东直门医院洛阳医院2020年8月到2023年8月收治的90例动脉硬化闭塞症患者, 应用随机数字表法将患者分为观察组与对照组, 各45例。对照组采取前列地尔+血塞通治疗, 观察组采取扶阳通络法+前列地尔+血塞通治疗。比较两组患者临床治疗效果, 治疗前后中医证候积分、ABI、纤维蛋白原(FIB)、血脂水平以及血管内皮功能相关指标变化。结果: 观察组患者治疗总有效率明显高于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ); 治疗后两组患者溃疡、跛行、疼痛、麻木、凉感相关中医证候积分降低, 且观察组低于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ); 治疗后观察组患者ABI高于对照组, FIB水平低与对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ); 治疗后观察组患者血清总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)水平均低于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ); 治疗后观察组患者血清一氧化氮(NO)水平高于对照组, 血清内皮素-1(ET-1)水平低于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论: 扶阳通络法联合前列地尔、血塞通治疗动脉硬化闭塞症疗效显著, 可改善患者临床症状, 提高ABI与改善凝血功能, 降低机体血脂水平, 改善血管内皮功能。

**[关键词]** 动脉硬化闭塞症; 扶阳通络法; 前列地尔; 血塞通; 踝肱指数; 凝血功能

**[中图分类号]** R 543.5 **[文献标识码]** B

## The Effect of Fuyang Tongluo Method Combined with Alprostadil and Xuesaitong in the treatment of Arteriosclerosis Obliterans

REN Qingsong, REN Yafei, GUO Xingrui

(Luoyang Branch of Dongzhimen Hospital Affiliated to Beijing University of Chinese Medicine, Henan Luoyang 471000)

**[Abstract]** **Objective** To evaluate the effect of Fuyang Tongluo method combined with alprostadil and Xuesaitong in the treatment of atherosclerosis obliterans and its effect on ankle brachial index (ABI) and coagulation function. **Methods** Ninety patients admitted to Luoyang Branch of Dongzhimen Hospital Affiliated to Beijing University of Chinese Medicine from August 2020 to August 2023 were selected. The patients were randomly divided into an observation group and a control group using a random number table method, with 45 cases in each group. The control group received treatment with alprostadil and Xuesaitong, while the observation group received treatment with Fuyang Tongluo method, alprostadil and Xuesaitong. The clinical treatment effects, and the traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores, ABI, fibrinogen (FIB), blood lipid levels, and vascular endothelial function related indicators before and after treatment were compared. **Results** The total effective rate of treatment in the observation group was significantly higher than that in the control group, and the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). After treatment, the TCM syndrome scores related to ulcers, claudication, pain, numbness, and coolness decreased in both groups of patients, and the TCM syndrome scores of the observation group were lower than those of the control group, with statistical significances ( $P < 0.05$ ). The ABI of the observation group patients was higher than that of the control group, and the FIB level was lower than that of the control group, with statistical significances ( $P < 0.05$ ). After treatment, the levels of serum total cholesterol (TC) and serum triglyceride (TG) in the observation group were lower than those in the control group, and the differences were statistically significant ( $P < 0.05$ ). The level of serum nitric oxide (NO) in the observation group was higher than that in the control group, and the level of serum endothelin-1 (ET-1) was lower than that in the control group, with statistical significances ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The

**[收稿日期]** 2024-02-24

**[基金项目]** 河南省中医药拔尖人才培养项目(2022ZYBJ27)

**[作者简介]** 任青松, 男, 主任医师, 主要研究方向是中西医防治周围血管病。

curative effect of Fuyang Tongluo method combined with alprostadil and Xuesaitong is remarkable, which can improve the clinical symptoms of patients, improve ABI and coagulation function, reduce the blood lipid levels, and improve vascular endothelial function.

**[Keywords]** Fuyang Tongluo method; Alprostadil; Xuesaitong; Arteriosclerosis obliterans; Ankle brachial index; Coagulation function

动脉硬化闭塞症 (arteriosclerosis obliterans, ASO) 发生后会导致四肢血液循环障碍, 其中以下肢 ASO 最为常见。ASO 发生之后患者多表现为间歇性跛行, 继而出现坏疽、肢体溃疡以及静息痛等症状, 严重者甚至出现瘫痪情况。当前临床上针对 ASO 的治疗多以改善缺血症状, 延缓病情发展为主<sup>[1-2]</sup>。其中前列地尔联合血塞通为当前 ASO 的常用治疗方案, 两者联合可抑制血小板聚集, 产生活血化瘀之效, 继而改善患者临床症状<sup>[3]</sup>。近年来, 随着中医药在 ASO 治疗中的研究加深, 取得了较为理想的成效。中医学认为, ASO 属于“脱疽”范畴, 多由脉络闭塞、气血凝滞导致, 且该病多发于老年患者, 因此以扶阳通络法为治疗原则有望进一步改善 ASO 的治疗效果<sup>[4]</sup>。因此, 本研究探讨扶阳通络法联合前列地尔、血塞通治疗 ASO 的效果。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2020 年 8 月至 2023 年 8 月北京中医药大学东直门医院洛阳医院收治的 ASO 患者 90 例, 应用随机数字表法将患者分为观察组与对照组, 每组 45 例。对照组男性 25 例, 女性 20 例; 年龄为 43~77 岁, 平均 (65.35 ± 3.53) 岁; 病程为 2~10 年, 平均 (6.56 ± 2.15) 年; Fontaine 分期: I 期 8 例, II 期 15 例, III 期 22 例。观察组男性 26 例, 女性 19 例; 年龄为 42~79 岁, 平均 (65.33 ± 3.17) 岁; 病程为 2~13 年, 平均 (6.85 ± 2.34) 年; Fontaine 分期: I 期 6 例, II 期 14 例, III 期 25 例。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。本研究经医院医学伦理委员会审批 [洛中医论 (科) 2024 第 07 号]。

### 1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准 符合 ASO 诊断标准<sup>[5]</sup>, 符合中医关于“脱疽”诊断标准且辨证为血瘀证<sup>[6]</sup>; 下肢 ASO 者; 年龄为 40~80 岁; 临床资料完整; 对本研究知情同意。

1.2.2 排除标准 具有手术适应证, 且需采取手术治疗的; 合并难以控制的糖尿病、高血压者; 合并肝肾功能严重障碍者; 对本研究所用药物过敏者; 半年内合并脑血管意外、急性心肌梗死等心脑血管疾病者; 合并恶性肿瘤及血液系统疾病者; 未按要求服药, 依从性差者; 正在使用其他治疗 ASO 的药物者。

### 1.3 方法

1.3.1 对照组 给予前列地尔注射液 (北京泰德

制药股份有限公司, 国药准字 H10980023) 10 μg 和血塞通注射液 (云南白药集团股份有限公司, 国药准字 Z53021499) 0.4 g, 分别加入 0.9% 氯化钠注射液 250 mL 或 5% 葡萄糖注射液 250 mL 中, 静脉滴注, 每日 1 次, 15 d 为 1 个疗程, 1 个疗程后休息 3~5 d。共治疗 2 个疗程。

1.3.2 观察组 在对照组基础上采取扶阳通络法治疗, 具体方法为: 加服当归四逆汤合阳和汤。组方为: 当归 30 g, 麻黄 6 g, 桂枝 12 g, 细辛 5 g, 熟地黄 30 g, 炮姜 9 g, 升麻 12 g, 肉桂 5 g, 地龙 12 g, 土鳖虫 12 g。每日 1 剂, 水煮取汁 250 mL, 每日 2 次。15 d 为 1 个疗程, 共治疗 2 个疗程。

### 1.4 观察指标

(1) 分别在治疗前后参照《中药新药临床研究指导原则 (试行)》<sup>[7]</sup> 评价其中医证候积分, 其中包括溃疡、跛行、疼痛、麻木、凉感 5 项症状, 每项为 0~2 分, 分数越低代表症状越轻。(2) 观察并记录两组患者治疗前后踝肱指数 (ankle brachial index, ABI) 与纤维蛋白原 (fibrinogen, FIB) 水平。ABI 检测方法: 应用多普勒血流探测仪 (浙江远翔医疗设备有限公司; 型号 ES 1000 SPM) 将多普勒探头放置在肘动脉位置获得最强信号, 并快速将袖带充气, 听到动脉搏动消失后, 继续充气使压力达到 20 mmHg (1 mmHg ≈ 0.133 kPa), 之后匀速、缓慢放气, 让袖带内的压力平稳下降, 在放气过程中注意血压计数与动脉搏动恢复时第 1 声, 读取该时刻肱动脉收缩压, 并测量双侧前臂血压, 取最高值为肱动脉压。应用相同方法, 测取踝动脉收缩压, 将足背动脉和胫后动脉压之中最高收缩压定位踝动脉压。踝动脉压和肱动脉压比值为 ABI, 均需测量 3 次后取平均值。FIB 检测方法: 在空腹状态下抽取静脉血 5 mL, 应用传统凝血法检测 FIB 水平。(3) 血脂水平: 分别在治疗前后抽取患者清晨空腹静脉血 5 mL, 2500 r·min<sup>-1</sup> 进行离心处理, 检测血清总胆固醇 (total cholesterol, TC)、三酰甘油 (triglyceride, TG) 水平, 仪器为全自动生化分析仪。(4) 血管内皮功能: 分别在治疗前后抽取患者空腹静脉血 5 mL, 离心 15 min 取血清, 应用放射免疫法检测一氧化氮 (nitric oxide, NO) 和内皮素-1 (endothelin-1, ET-1) 水平。

### 1.5 疗效判定标准

痊愈: 中医证候积分减少 ≥ 95%, 体征和症状消失; 显效: 积分减少 60%~94%, 体征和症状改善; 有效: 积分减少 30%~59%, 体征和症状有所好转; 无效:

积分减少 < 30%，体征与症状无改善<sup>[7]</sup>。总有效率 = (痊愈 + 显效 + 有效) / 总例数 × 100%。

### 1.6 统计学方法

采用 SPSS 23.0 软件进行数据处理，计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用  $\chi^2$  检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者临床疗效比较

观察组患者治疗总有效率明显高于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较 [n=45, n(%)]

组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	11(24.44)	15(33.33)	9(20.00)	10(22.22)	35(77.78)
观察组	15(33.33)	16(35.56)	11(24.44)	3(6.67)	42(93.33) <sup>a</sup>

注：与对照组比较，<sup>a</sup>*P* < 0.05。

### 2.2 两组患者治疗前后中医证候积分比较

治疗前两组患者溃疡、跛行、疼痛、麻木、凉感相关中医证候积分比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；治疗后两组患者溃疡、跛行、疼痛、麻木、凉感相关中医证候积分降低，且观察组低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者治疗前后中医证候积分比较

(n=45,  $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	时间	溃疡	跛行	疼痛	麻木	凉感
对照组	治疗前	1.51 ± 0.46	1.29 ± 0.36	1.26 ± 0.41	1.54 ± 0.31	1.56 ± 0.21
	治疗后	0.87 ± 0.13 <sup>b</sup>	0.96 ± 0.16 <sup>b</sup>	1.01 ± 0.05 <sup>b</sup>	1.07 ± 0.13 <sup>b</sup>	1.31 ± 0.16 <sup>b</sup>
观察组	治疗前	1.64 ± 0.31	1.26 ± 0.31	1.36 ± 0.32	1.41 ± 0.46	1.59 ± 0.26
	治疗后	0.56 ± 0.11 <sup>bc</sup>	0.76 ± 0.15 <sup>bc</sup>	0.93 ± 0.03 <sup>bc</sup>	0.46 ± 0.06 <sup>bc</sup>	0.86 ± 0.15 <sup>bc</sup>

注：与同组治疗前比较，<sup>b</sup>*P* < 0.05；与对照组治疗后比较，<sup>c</sup>*P* < 0.05。

### 2.3 两组患者治疗前后 ABI、FIB 水平比较

治疗前两组患者 ABI、FIB 水平比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；治疗后两组患者 ABI 升高，FIB 水平降低，且观察组 ABI 高于对照组，FIB 水平低与对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 3。

表 3 两组患者治疗前后 ABI、FIB 水平比较 (n=45,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	ABI	FIB/g · L <sup>-1</sup>
对照组	治疗前	0.73 ± 0.21	4.37 ± 1.21
	治疗后	0.82 ± 0.12 <sup>d</sup>	3.71 ± 0.21 <sup>d</sup>
观察组	治疗前	0.74 ± 0.19	4.75 ± 1.25
	治疗后	0.99 ± 0.24 <sup>de</sup>	3.18 ± 0.32 <sup>de</sup>

注：ABI 一踝肱指数；FIB 一纤维蛋白原。  
与同组治疗前比较，<sup>d</sup>*P* < 0.05；与对照组治疗后比较，<sup>e</sup>*P* < 0.05。

### 2.4 两组患者治疗前后血脂水平比较

治疗前两组患者血清 TC、TG 水平比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；治疗后两组患者血清 TC、TG 水平具均降低，且观察组低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 4。

表 4 两组患者治疗前后血脂水平比较 (n=45,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	TC/U · L <sup>-1</sup>	TG/ng · mL <sup>-1</sup>
对照组	治疗前	6.21 ± 1.37	1.91 ± 0.37
	治疗后	5.42 ± 0.82 <sup>f</sup>	1.52 ± 0.25 <sup>f</sup>
观察组	治疗前	6.47 ± 1.25	1.94 ± 0.31
	治疗后	4.81 ± 0.93 <sup>fg</sup>	1.32 ± 0.22 <sup>fg</sup>

注：TC 一总胆固醇；TG 一三酰甘油。  
与同组治疗前比较，<sup>f</sup>*P* < 0.05；与对照组治疗后比较，<sup>g</sup>*P* < 0.05。

### 2.5 两组患者治疗前后血管内皮功能指标比较

治疗前两组患者血清 NO、ET-1 水平比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；治疗后两组患者血清 NO 水平升高，血清 ET-1 水平降低，且观察组血清 NO 水平高于对照组，血清 ET-1 水平低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 5。

表 5 两组患者治疗前后血管内皮功能指标比较 (n=45,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	NO/μmol · L <sup>-1</sup>	ET-1/ng · mL <sup>-1</sup>
对照组	治疗前	4.37 ± 1.32	75.83 ± 11.56
	治疗后	5.32 ± 1.34 <sup>h</sup>	65.06 ± 9.24 <sup>h</sup>
观察组	治疗前	4.28 ± 1.21	75.87 ± 12.55
	治疗后	6.37 ± 1.26 <sup>hi</sup>	55.41 ± 8.35 <sup>hi</sup>

注：NO 一氧化氮；ET-1 一内皮素-1。  
与同组治疗前比较，<sup>h</sup>*P* < 0.05；与对照组治疗后比较，<sup>i</sup>*P* < 0.05。

## 3 讨论

### 3.1 扶阳通络法联合前列地尔、血塞通对 ASO 的临床疗效分析

ASO 患者受到高血脂、高血糖等刺激，出现血管病变及动脉内膜损伤，血流动力学异常，导致动脉硬化。ASO 治疗需以抗血小板聚集，扩张血管为主要原则。本研究结果表明，采取扶阳通络法联合前列地尔、血塞通治疗 ASO 疗效显著，可改善患者临床症状。这是因为，前列地尔可抑制血小板活化和聚集，促进 TG 水解，降低血脂及血液黏度，改善症状。血塞通注射液可产生扩张血管、活血祛瘀、改善血液循环效果，增强组织代谢能力，改善动静脉血栓情况。中医认为，ASO 的发病内因

为本虚，痰瘀互结、气滞血瘀为外因，因此治疗需以祛邪为辅，扶正为主。扶阳通络法以扶正驱邪为主要原则，选择当归四逆汤合阳和汤对 ASO 患者进行治疗，与其发病机理相符，可产生扶心、肾阳气为主，活血通络为辅，达到化瘀通络、温经散寒之效，进一步改善 ASO 患者的临床症状，提升治疗性效果<sup>[8-9]</sup>。

### 3.2 扶阳通络法联合前列地尔、血塞通对 ABI、凝血功能影响

凝血功能障碍为 ASO 的主要表现，进而出现动脉硬化阻塞情况。因此，改善 ABI、凝血功能对于治疗 ASO 具有重要价值<sup>[10-11]</sup>。本研究结果表明，治疗后两组患者 ABI 升高，FIB 水平降低，观察组与对照组相比差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，提示在前列地尔、血塞通治疗基础上增加扶阳通络法可改善患者 ABI 和凝血功能。这是因为，扶阳通络法所用药方，即当归四逆汤合阳和汤，当归四逆汤具有养血通脉、温阳散寒之效。阳和汤具有散寒通滞、温阳补血之效。两方合用，以当归养血和血；熟地黄填精益髓、滋补阴血；桂枝、肉桂温经散寒；麻黄、炮姜、细辛、地龙及土鳖虫活血通络，温通血脉，散寒结，引阳气通行周身；升麻益精养血，补助肾阳之效，进一步改善患者疾病严重程度，改善凝血功能<sup>[12]</sup>。

### 3.3 扶阳通络法联合前列地尔、血塞通对血脂水平影响

本研究结果表明，在前列地尔、血塞通治疗基础上增加扶阳通络法可降低患者血脂水平，现代药理学研究发现，桂枝具有扩血管、利尿、调节血液循环等作用；麻黄之中含有的多糖成分可产生抗凝血、降血糖、减压、降血脂作用；当归具有抗血栓、抗凝血效果，同时能够扩张外周血管，降低血压及外周血管阻力，进而产生降血脂作用<sup>[13]</sup>。因此，从上述药理学研究看来，扶阳通络法抑制血小板聚集，抗凝血的同时，可降低血脂水平，辅助改善 ASO 的治疗效果。

### 3.4 扶阳通络法联合前列地尔、血塞通对血管内皮功能影响

本研究结果表明，治疗后两组患者血清 ET-1 水平均降低，且观察组低于对照组，血清 NO 水平升高，且观察组高于对照组 ( $P < 0.05$ )。研究发现<sup>[14]</sup>，NO 对于呼吸疾病、心脑血管疾病预后水平具有重要评价作用。另外有研究发现<sup>[15]</sup>，ASO 患者在发生闭塞症状过程中，会出现内皮功能损伤现象，同时机体内 NO 受体、内皮素与血管内皮生长因子结合形成相互促进作用，加重血管病变程度。因此，本研究提示，在前列地尔、血塞通治疗基础上增加扶阳通络法可改善患者血管内皮功能。这是因为，当归的活血作用能够促进血液循环，增加内

皮细胞的营养供应，有助于修复受损的血管内皮；桂枝等温通药物则可能通过改善微循环，减轻炎症反应，间接促进内皮功能的恢复。肉桂的温热性能促进气血流通，改善血液循环，对抗因寒湿导致的血管收缩。当归四逆汤合阳和汤温阳补血与活血化瘀并举，可以更全面地调节气血，促进内皮依赖性血管舒张功能，增加内皮衍生的活性物质如 NO 的生成，改善血管内环境<sup>[16]</sup>。

综上所述，扶阳通络法联合前列地尔、血塞通治疗 ASO 疗效显著，提高 ABI 与改善凝血功能，降低机体血脂水平，改善血管内皮功能。

### [参考文献]

- [1] 尉冠丽, 王晓玉, 史云霞. 下肢动脉硬化闭塞症介入术后再狭窄的影响因素 [J]. 河南医学研究, 2023, 32 (2): 268-271.
- [2] 曾彦彰, 袁平, 何强, 等. 复合技术治疗下肢动脉硬化闭塞症合并急性血栓形成的单中心结果分析 [J]. 中国血管外科杂志 (电子版), 2023, 15 (1): 66-68.
- [3] 万惠, 姚伟峰, 钱铁镛, 等. 血塞通对糖尿病动脉粥样硬化患者血脂尿酸代谢及氧化应激的影响 [J]. 山西医药杂志, 2017, 46 (16): 2013-2015.
- [4] 李万胜, 赵斌. 温阳通脉法治疗下肢动脉硬化闭塞症临床观察 [J]. 光明中医, 2023, 38 (7): 1294-1297.
- [5] 沈晨阳, 李伟浩. 《美国血管外科学会无症状性和间歇性跛行下肢动脉硬化闭塞症诊治指南》解读 [J]. 中华外科杂志, 2016, 54 (2): 81-83.
- [6] 高怀林, 吴以岭, 贾振华, 等. 基于熵的复杂系统分划方法在动脉硬化闭塞症中医证候量化诊断标准研究中的应用 [J]. 中华中医药学刊, 2007, 25 (11): 2254-2257.
- [7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 (试行) [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 11-13.
- [8] 郑新杰, 郑丹丹, 张保朝, 等. 脂微球化前列腺素 E1 联合血塞通静滴治疗下肢动脉硬化闭塞症 46 例 [J]. 山东医药, 2016, 56 (15): 77-78.
- [9] 程坚. 扶阳通络法治疗早期下肢动脉硬化闭塞症临床观察 [J]. 光明中医, 2013, 28 (11): 2291-2293.
- [10] 李见, 王玉涛, 王世信. 下肢动脉硬化闭塞症膝下病变潜在机制的加权基因共表达网络和免疫浸润分析 [J]. 中国动脉硬化杂志, 2023, 31 (8): 677-686.
- [11] 付佳娜, 贾林龙, 陈闾鹰, 等. 郑学军教授基于络病学说治疗下肢动脉硬化闭塞症经验总结 [J]. 广西中医药, 2023, 46 (4): 53-56.
- [12] 贾新能, 宣俊毅, 金佳琪. 益气活血化瘀方治疗血脉瘀阻型下肢动脉硬化闭塞症 49 例 [J]. 浙江中医杂志, 2023, 58 (4): 266-267.
- [13] 张四明, 陈木养, 张国超, 等. 下肢动脉硬化闭塞症诊疗中应用彩色多普勒超声的分析与研究 [J]. 现代医用影像学, 2023, 32 (1): 161-163.
- [14] 赵朝宇, 奉水华, 周忠志. 中药联合贝前列素钠治疗下肢

动脉硬化闭塞症临床效果及安全性的 meta 分析 [J]. 中国医药科学, 2023, 13 (11): 104-107.

[15] 张棋鑫, 彭栋, 陈旭, 等. 中西医结合治疗下肢动脉硬化闭塞症临床疗效的 meta 分析 [J]. 中国当代医药, 2023,

30 (17): 9-15.

[16] 徐洪涛, 梁新雨, 祝艳丹, 等. 1990-2020 年中医药治疗下肢动脉硬化闭塞症的用药规律分析 [J]. 重庆医学, 2023, 52 (6): 897-901.

[文章编号] 1007-0893(2024)08-0040-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2024.08.011

## 涤浊汤联合揸针治疗湿热蕴结证急性痛风性关节炎的临床研究

陈喜凤<sup>1</sup> 周淑娟<sup>2</sup> 楚洪涛<sup>1</sup> 董树平<sup>1</sup> 石文忠<sup>1</sup>

(1. 郑州中医骨伤病医院, 河南 郑州 450016; 2. 河南中医药大学第三附属医院, 河南 郑州 450003)

**[摘要]** 目的: 观察涤浊汤联合揸针治疗湿热蕴结证急性痛风性关节炎 (AGA) 的临床疗效。方法: 选择 2019 年 12 月至 2022 年 4 月期间在郑州中医骨伤病医院就诊的湿热蕴结证 AGA 患者 82 例, 随机分为观察组和对照组, 各 41 例。对照组患者给予依托考昔片治疗, 观察组患者给予涤浊汤联合揸针治疗。观察两组患者治疗前后的症状积分、疼痛视觉模拟评分法 (VAS) 评分、血尿酸 (BUA)、红细胞沉降率 (ESR)、血清 C 反应蛋白 (CRP)、白细胞介素-6 (IL-6) 和肿瘤坏死因子- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ) 水平, 比较两组患者疗效及复发率情况。结果: 观察组患者治疗总有效率为 95.12% (39/41), 高于对照组的 82.93% (34/41), 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗 3 d、7 d 后两组患者 VAS 评分均有不同程度下降, 且治疗 3 d、7 d 观察组患者 VAS 评分均低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗后两组患者 BUA、ESR、血清 CRP、血清 IL-6、血清 TNF- $\alpha$  水平均有不同程度下降, 且治疗后观察组患者 BUA、ESR、血清 CRP、血清 IL-6、血清 TNF- $\alpha$  水平均低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 为期 1 年的随访观察组患者总复发率为 12.82%, 低于对照组的 55.88%, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 两组患者均未发生明显不良反应。结论: 涤浊汤联合揸针治疗湿热蕴结证 AGA 疗效较好, 可有效改善临床症状, 缓解疼痛, 降低血尿酸和机体炎症因子水平, 降低复发率。

**[关键词]** 急性痛风性关节炎; 湿热蕴结证; 涤浊汤; 揸针

**[中图分类号]** R 684.3 **[文献标识码]** B

急性痛风性关节炎 (acute gouty arthritis, AGA) 是由于嘌呤代谢异常或尿酸排泄异常致使尿酸增高, 尿酸盐结晶并沉积在相关部位而形成的一种急性炎症反应。该病发病急骤, 以关节红肿、关节剧烈疼痛和关节活动受限为主要特征。近年来随着人民饮食结构改变, 导致痛风的发病率不断上升, 且发病群体趋向年轻化。据流行病学调查显示, 中国男性 AGA 发病率为 0.84%~2.1%<sup>[1]</sup>。若急性痛风失治误治, 病情反复进一步发展为慢性痛风, 导致痛风石形成, 骨质破坏, 关节畸形, 同时还可损伤肾脏, 甚至形成痛风性肾病, 严重威胁患者的生活质量。目前西医临床以秋水仙碱、非甾体抗炎药物作为治疗 AGA 的一线药物, 虽短时间有一定的疗效, 但长期用药

存在较大不良反应, 且停药后易复发。中医药在治疗痛风方面历史悠久, 临证颇多, 积累丰富经验, 中医强调整体观念、辨证论治, 中药所含有效成分可从多靶点调理人体脏腑功能。笔者根据国医大师张磊教授之涤浊汤治疗痛风的经验, 并结合 AGA 临床发病特点和病机创建了涤浊汤, 通过临床实践发现涤浊汤在治疗痛风方面收到较为理想的效果<sup>[2]</sup>。林媛媛等<sup>[3]</sup>研究表明, 针灸可缓解 AGA 患者的关节红肿热痛症状, 降低尿酸含量, 改善关节功能障碍。但目前尚未见涤浊汤联合揸针疗法对 AGA 方面的相关报道, 基于此, 笔者采用涤浊汤联合揸针疗法治疗湿热蕴结证 AGA 患者, 旨在为中医综合方案治疗 AGA 提供更多临床参考。

**[收稿日期]** 2024-01-25

**[基金项目]** 河南省中医药科学研究专项课题 (2018ZY2057)

**[作者简介]** 陈喜凤, 女, 主治医师, 主要研究方向是中西医结合治疗风湿骨病代谢性疾病及骨病康复。