

半夏泻心汤合连朴饮加减对慢性胃炎患者幽门螺杆菌根除率与胃蛋白酶原水平的影响

李菊芳, 陈小芳, 徐惠明, 陈娟

[苏州市吴江区中医医院(苏州市吴江区第二人民医院)脾胃病科, 江苏 苏州 215221]

摘要: **目的** 探讨半夏泻心汤合连朴饮加减对慢性胃炎患者幽门螺杆菌(Hp)根除率、胃蛋白酶原水平的影响,为延缓患者病情进展改善预后提供参考。**方法** 选取2018年6月至2021年9月苏州市吴江区中医院收治的61例脾胃湿热型Hp阳性慢性胃炎患者作为研究对象,按随机数字表法分为对照组(30例)与治疗组(31例)。给予对照组患者标准四联疗法进行治疗,治疗组患者在对照组的基础上联合中药半夏泻心汤合连朴饮加减治疗,1周为1个疗程,两组患者均连续治疗2个疗程。比较两组患者治疗后临床疗效与Hp根除率,治疗前后中医证候积分、胃镜黏膜征象积分及胃蛋白酶原水平。**结果** 治疗组患者临床总有效率为93.55%,高于对照组的70.00%;治疗组患者Hp根除率为93.55%,高于对照组的66.67%;两组患者治疗后各项中医证候积分、胃镜黏膜征象积分及血清胃蛋白酶原I(PGI)、胃蛋白酶原II(PGII)均较治疗前下降,且治疗组低于对照组;治疗后两组患者胃蛋白酶原比值(PGR)均上升,且治疗组高于对照组(均 $P<0.05$)。**结论** 半夏泻心汤合连朴饮加减治慢性胃炎疗效确切,可缓解患者临床症状,改善胃镜下黏膜表现,提高Hp根除率,调整血清胃蛋白酶原水平,保护胃黏膜。

关键词: 慢性胃炎;半夏泻心汤;连朴饮;胃蛋白酶原;幽门螺杆菌

中图分类号: R573.3

文献标识码: A

文章编号: 2096-3718.2022.04.0101.05

作者简介: 李菊芳,硕士研究生,主治医师,研究方向:脾胃病。

症或者受刺激情况下,水平会增加,而大便失禁患者该水平明显减小。本研究中,术后3个月观察组患者AMCP、ARP、RRP水平、SF-36各项评分均显著高于对照组,而两组间ALCT水平比较,差异均无统计学意义,提示改良切割挂线疗法治疗高位复杂性肛瘘,不会造成AMCP、ARP及RRP下降,未对静息时肌肉力量和肌肉张力产生较大影响,对患者排便功能无明显影响,从而能够提高患者术后生活质量。分析其原因可能为,与传统挂线疗法相比,改良切割挂线疗法将内括约肌与内口挂紧线挂开,而外括约肌采用挂松线对口引流,不损伤肛环肌层,对肛门括约肌的损伤较轻,在一定程度上保护肛门括约功能,减少肛门变形、肛门功能部分失禁等并发症,安全可靠,从而提高患者术后生活质量^[11]。

综上,改良切割挂线疗法治疗高位复杂性肛瘘可提高临床治疗效果,保护患者肛门功能,改善生活质量,降低并发症发生风险,安全性较高,具有临床推广价值。

参考文献

- [1] 陈虹羽,陈泰宇,刘芳,等.高位复杂性肛瘘手术方法的进展[J]. 川北医学院学报,2016,31(6):934-937.
- [2] 刘肃志,杨巍,李悦.挂线疗法治疗肛肠疾病源流及进展[J]. 西部中医药,2020,33(12):127-131.
- [3] 傅军伟,王明华,朱卫英.虚挂线结合拖线术治疗高位复杂性肛瘘的临床观察[J]. 中医药导报,2016,22(1):67-69.
- [4] 李曰庆. 中医外科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:241-245.
- [5] 李鲁,王红妹,沈毅. SF-36健康调查量表中文版的研制及其性能测试[J]. 中华预防医学杂志,2002,36(2):109-113.
- [6] 郭高正,郑雪平. 基于括约肌间感染机制诊治高位复杂性肛瘘的临床经验[J]. 中国中西医结合外科杂志,2021,27(3):515-517.
- [7] 王兴宝,郑雪平. 基于内口高压原理先实后虚挂线法在高位肛瘘治疗的应用研究[J]. 长春中医药大学学报,2019,35(2):273-276.
- [8] 陈宁,刘思义,耿彪,等. 低位挂线引流加高位挂线切割术对复杂性高位肛瘘病人的治疗作用及对病人术后复发率的影响[J]. 中南医学科学杂志,2018,46(2):160-162.
- [9] 张文兵. 虚实结合挂线法与传统实挂线法治疗高位肛瘘的临床疗效比较[J]. 现代中西医结合杂志,2018,27(34):3842-3845.
- [10] 谭金枝,肖婉晴,詹本龙,等. 松紧结合挂线法治疗高位肛瘘对肛门功能的影响[J]. 中国中西医结合外科杂志,2021,27(2):301-305.
- [11] 白合提尼沙·阿地力,王环,谭星,等. 切开挂线对口引流术对高位复杂性肛瘘患者术后肛门括约肌功能及生活质量的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2019,28(7):776-779.

慢性胃炎包括慢性浅表性胃炎和慢性萎缩性胃炎,是由幽门螺杆菌(Hp)、胆汁反流、吸烟、自身免疫、其他感染性因素导致的胃黏膜慢性炎症,胃黏膜内长期炎性细胞浸润,使患者黏膜防御能力及修复能力下降,临床表现为非特异性的消化不良症状,如上腹胀痛、嗝气、反酸、食欲减退等。该病病因以Hp感染较为多见,目前多采用西医治疗,主要以抑酸、抗菌和保护胃黏膜为主,通过根除Hp减轻胃黏膜炎性反应,但存在耐药性高、不良反应多、复发率高等问题,是临床治疗的难点^[1]。中医将慢性胃炎归于“胃痞”“胃脘痛”“痞满”范畴,认为其多由中焦气机阻滞,脾胃升降失常所致,临床以脾胃湿热型较为多见^[2]。半夏泻心汤具有通顺腑气之功效,可使胃气渐复,连朴饮是治疗“湿热蕴伏”“霍乱吐利”的代表方剂,具有清热化湿、理气和中之功^[3]。本研究旨在探讨半夏泻心汤合连朴饮加减对慢性胃炎患者Hp根除率、胃蛋白酶原水平的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2018年6月至2021年9月于苏州市吴江区中医院收治的慢性胃炎患者61例作为研究对象,按随机数字表法分为对照组(30例)与治疗组(31例)。对照组患者中男性16例,女性14例;年龄19~67岁,平均(42.38±15.14)岁;病程1~7年,平均(3.61±1.52)年,内镜下分级^[4]:Ⅰ级6例,Ⅱ级12例,Ⅲ级12例。治疗组患者中男性15例,女性16例;年龄18~69岁,平均(43.12±15.23)岁;病程0.5~6年,平均(3.33±1.41)年;内镜下分级:Ⅰ级8例,Ⅱ级12例,Ⅲ级11例。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),组间具有可比性。诊断标准:西医参照《中国慢性胃炎共识意见(2017年,上海)》^[5]中有关慢性胃炎的诊断标准;中医参照《功能性消化不良中西医结合诊疗共识意见(2017年)》^[6]中“胃痞”的诊断标准。Hp感染标准:参照《第五次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告》^[7]中的相关标准,Hp快速尿素酶试验显示阳性。纳入标准:符合上述中西医诊断标准者;年龄18~70岁者;近2周内未服用相关中西药物治疗者等。排除标准:合并消化道肿瘤、消化道溃疡等器质性疾病者;肝、肾功能不全者;有精神疾病者;妊娠与哺乳期妇女;对本研究用药过敏者等。本研究经苏州市吴江区中医院医学伦理委员会批准,且患者签署知情同意书。

1.2 治疗方法 给予对照组患者标准四联疗法:阿莫西林胶囊(浙江金华康恩贝生物制药有限公司,国药准字H33021381,规格:0.25 g/粒)口服治疗,1 g/次,2次/d;雷贝拉唑钠肠溶胶囊(济川药业集团有限公司,国药准字H20061220,规格:20 mg/粒)口服治疗,20 mg/次,

2次/d;克拉霉素缓释片(江苏恒瑞医药股份有限公司,国药准字H20031041,规格:0.5 g/片)口服治疗,0.5 g/次,2次/d;枸橼酸铋钾胶囊(广东香山堂制药有限公司,国药准字H20093149,规格:0.3 g/粒)口服治疗,0.6 g/次,2次/d。治疗组患者在对照组的基础上联合半夏泻心汤合连朴饮加减治疗,药物组方:半夏、黄芩、大枣、香豆豉、焦山栀、芦根各10 g,黄连、干姜、甘草各3 g,厚朴、石菖蒲各6 g,党参15 g。若患者兼有肝气郁结加佛手、柴胡各6 g;若上腹部疼痛严重者加延胡索10 g;若纳差明显加焦六曲10 g,鸡内金6 g;若兼有反酸者加乌贼骨、浙贝母各10 g。若兼有血瘀者加丹参10 g,当归15 g。水煎至400 mL,1剂/d,2次/d,分早晚服。1周为1个疗程,两组患者均连续治疗2个疗程。

1.3 观察指标 ①临床疗效与Hp根除率。参照《慢性胃炎的中西医诊断与治疗》^[8]评估判断两组患者临床疗效,治愈:症状体征消失或基本消失,证候积分减少>95%;显效:症状体征明显改善,证候积分减少70%~95%;有效:症状体征均有好转,证候积分减少30%~69%;无效:症状、体征均无明显改善或加重,证候积分减少<30%。总有效率=(治愈+显效+有效)例数/总例数×100%。②中医证候积分。参照《胃肠疾病中医证候评分表》^[9]判定两组患者胃脘胀满(无:无症状;轻度:偶尔;中度:经常;重度:整日)、胃脘疼痛(无:无症状;轻度:偶尔;中度:经常;重度:整日)、大便稀溏(无:无症状;轻度:每日3次或少于3次;中度:每日4~5次;重度:每日6次及以上)、身体困重(无:无症状;轻度:有困重感,尚不影响活动;中度:肢体沉重,活动费力;重度:沉重如裹,活动困难)、口苦口臭(无:无症状;轻度:偶尔;中度:经常;重度:整日)、食少纳呆(无:无症状;轻度:食量减少1/3以下;中度:食量减少1/3~1/2;重度:食量减少1/2以上)的证候积分,分为无、轻度、中度、重度4级,症状评分分别为0、3、5、7分。③胃镜黏膜征象积分。参考《慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)》^[10]制定胃镜黏膜征象积分标准:黏膜花斑、血管显露、黏膜粗糙、糜烂、出血点、黏膜结节状/颗粒状,按照无、轻、中、重分别计0、1、2、3分。④胃蛋白酶原水平。采集两组患者治疗前后清晨空腹外周静脉血约5 mL,以3 000 r/min的转速离心10 min取血清,采用化学发光微粒子免疫检测法测血清胃蛋白酶原Ⅰ(PGI)、胃蛋白酶原Ⅱ(PGⅡ)水平后,通过PGI/PGⅡ计算胃蛋白酶原比值(PGR)水平。

1.4 统计学方法 采用SPSS 22.0统计软件分析数据,计数资料以[例(%)]表示,采用 χ^2 检验;计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效与 Hp 转阴率 治疗后, 治疗组患者的临床总有效率为 93.55%, 高于对照组的 70.00%; 治疗组患者的 Hp 转阴率为 93.55%, 高于对照组的 66.67%, 差异均有统计学意义 (均 $P < 0.05$), 见表 1。

2.2 中医证候积分 与治疗前比, 治疗后两组患者胃脘胀满、胃脘疼痛、大便稀溏、身体困重、口苦口臭、食少

纳呆证候积分均降低, 且治疗组低于对照组, 差异均有统计学意义 (均 $P < 0.05$), 见表 2。

2.3 胃镜黏膜征象积分 与治疗前比, 治疗后两组患者黏膜花斑、糜烂、粗糙、黏膜结节状 / 颗粒状、血管显露、出血点积分均降低, 且治疗组低于对照组, 差异均有统计学意义 (均 $P < 0.05$), 见表 3。

2.4 胃蛋白酶原水平 治疗后两组患者 PG I、PG II 均较

表 1 两组患者临床疗效与 Hp 转阴率比较 [例 (%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效	Hp 阳性	Hp 阴性	Hp 转阴
对照组	30	1(3.33)	3(10.00)	17(56.67)	9(30.00)	21(70.00)	10(33.33)	20(66.67)	20(66.67)
治疗组	31	4(12.90)	7(22.58)	18(58.06)	2(6.45)	29(93.55)	2(6.45)	29(93.55)	29(93.55)
χ^2 值						5.720			6.972
P 值						<0.05			<0.05

注: Hp: 幽门螺杆菌。

表 2 两组患者中医证候积分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	胃脘胀满		胃脘疼痛		大便稀溏	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	5.07 ± 1.62	3.10 ± 0.75*	5.10 ± 1.75	2.33 ± 0.52*	4.73 ± 1.28	2.50 ± 0.83*
治疗组	31	5.19 ± 1.58	1.68 ± 0.27*	4.45 ± 1.63	1.52 ± 0.33*	4.23 ± 1.15	1.39 ± 0.21*
t 值		0.293	9.902	1.502	7.289	1.606	7.213
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

组别	例数	身体困重		口苦口臭		食少纳呆	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	5.17 ± 0.86	3.30 ± 0.34*	4.33 ± 1.42	2.70 ± 0.38*	4.87 ± 1.66	3.00 ± 0.76*
治疗组	31	5.48 ± 0.65	1.84 ± 0.29*	4.81 ± 1.40	1.62 ± 0.11*	4.29 ± 1.51	1.71 ± 0.12*
t 值		1.592	18.065	1.329	15.184	1.428	9.334
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注: 与治疗前比, * $P < 0.05$ 。

表 3 两组患者胃镜黏膜征象积分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	黏膜花斑		糜烂		粗糙	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	1.73 ± 0.51	0.90 ± 0.07*	2.03 ± 0.26	1.23 ± 0.37*	2.03 ± 0.22	1.13 ± 0.05*
治疗组	31	1.97 ± 0.49	0.55 ± 0.05*	2.10 ± 0.33	0.90 ± 0.04*	1.97 ± 0.37	0.71 ± 0.09*
t 值		1.874	22.529	0.918	4.937	0.767	22.426
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

组别	例数	黏膜结节状 / 颗粒状		血管显露		出血点	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	2.10 ± 0.44	1.30 ± 0.03*	2.13 ± 0.29	1.13 ± 0.12*	1.57 ± 0.22	0.93 ± 0.08*
治疗组	31	2.00 ± 0.46	0.87 ± 0.07*	2.03 ± 0.34	0.61 ± 0.04*	1.65 ± 0.25	0.52 ± 0.01*
t 值		0.867	30.997	1.234	22.856	1.325	28.315
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注: 与治疗前比, * $P < 0.05$ 。

治疗前下降,且治疗组低于对照组;两组患者 PGR 均较治疗前上升,且治疗组高于对照组,差异均有统计学意义(均 $P<0.05$),见表 4。

3 讨论

慢性胃炎是消化系统常见病,发病诱因较多,易反复发作,严重者可导致癌变的发生, Hp 感染是该病的常见病因之一,其主要通过消化道传播感染,是慢性胃炎的主要致病菌。目前,临床通常采用四联疗法对该病进行治疗,通过阿莫西林、雷贝拉唑、克拉霉素等药物达到抗感染、消灭致病菌、保护胃黏膜等目的,从而根除 Hp 感染,控制病情,但治疗存在一定局限性且对根除失败的患者补救效果差,影响患者疗效与预后^[11]。

祖国传统医学遵循辨证论治与随症加减的治疗原则,在慢性胃炎的治疗中已取得一定疗效。半夏泻心汤出自张仲景的《伤寒论》,是辛开苦降的代表方,方中以半夏为君药,行消痞散结之功效;干姜、黄连、黄芩为臣药,行温中散寒之功效;党参、大枣为佐药,行补益脾胃气虚之功效;治疗寒热错杂、升降失常的脾胃病;连朴饮出自王孟英《霍乱论》,是治湿热中阻的常用方,方中以黄连、厚朴为君药,石菖蒲、半夏为臣药,行降逆燥湿化浊、清热化湿、畅利升降气机之功效;香豆豉、焦山栀为佐药,行生津清热除烦之功效;甘草调和诸药,全方温寒并用,攻补兼施,辛开苦降,达调升降、和阴阳、理虚实之功效,是和解消痞的妙方,可有效改善 Hp 感染相关性慢性胃炎患者不欲饮食、胃中嘈杂、口干口苦、腹部满胀等胃脘不适症状^[12]。本研究结果显示,治疗后治疗组患者临床总有效率、Hp 转阴率及各项中医证候积分、胃镜黏膜征象积分均较对照组升高,提示半夏泻心汤合连朴饮加减治疗慢性胃炎可有效提高临床疗效,根除 Hp,缓解患者临床症状,改善胃镜下黏膜表现。

血清胃蛋白酶原主要以 PG I 和 PG II 的形式存在于机体,可反映胃黏膜状态,PG I 多由胃底腺主细胞分泌,PG II 多由十二指肠 Brunner 腺体及幽门腺体分泌,胃黏膜腺体病变会导致血清中 PG I 与 PG II 含量发生改变。Hp 感染与胃蛋白酶原有密切关系, Hp 感染后会促使胃蛋

白酶原合成,导致 PG I 增加、PG II 减少,且后期易引发萎缩性胃炎,从而导致 PG I 减少、PG II 增加,故而 PGR 也随之降低,同时加快患者病情发展^[13]。现代药理学研究表明,半夏中的多种氨基酸、胆碱等成分具有抗癌、抑制腺体分泌等作用;黄芩中的黄芩素、黄芩苷等成分具有抗病毒、增强免疫等作用;黄连中的小檗碱、黄连碱等成分具有抗菌、降压、降糖等作用^[14]。本研究结果显示,治疗后治疗组患者 PGI、PG II 水平低于对照组,而 PGR 高于对照组,提示半夏泻心汤合连朴饮加减可提高慢性胃炎患者胃蛋白酶原水平,改善胃黏膜组织,调节胃黏膜免疫平衡,减轻胃黏膜炎症,促进其功能修复。

综上,半夏泻心汤合连朴饮加减治疗慢性胃炎疗效确切,可有效缓解患者临床症状,改善胃镜下黏膜表现,提高 Hp 根除率与胃蛋白酶原水平,值得临床推广与运用。

参考文献

- [1] 王丽红. 香砂六君子丸协同“四联疗法”治疗脾胃虚弱合 Hp 型慢性胃炎的疗效分析[J]. 中医药信息, 2018, 35(5): 86-89.
- [2] 顾巍杰,徐玮斐,刘国萍. 慢性胃炎的中医证候演变规律研究概述[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(12): 5471-5473.
- [3] 李小梅,李雯. 连朴饮合半夏泻心汤加减治疗脾胃湿热证慢性浅表性胃炎疗效及对血清 SOD 的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(1): 54-56.
- [4] 李楠,张磊,胡咏梅,等. 慢性胃炎内镜表现与胃癌前病变检出能力分析[J]. 安徽医科大学学报, 2016, 51(3): 403-405.
- [5] 中华医学会消化病学分会. 中国慢性胃炎共识意见(2017年,上海)[J]. 中华消化杂志, 2017, 37(11): 721-738.
- [6] 李军祥,陈諒,李岩. 功能性消化不良中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2017, 25(12): 889-894.
- [7] 中华医学会消化病学分会幽门螺杆菌和消化性溃疡学组,全国幽门螺杆菌研究协作组,刘文忠,等. 第五次全国幽门螺杆菌感染处理共识报告[J]. 胃肠病学, 2017, 22(6): 346-360.
- [8] 柯新桥,管业伟. 慢性胃炎的中西医诊断与治疗[M]. 北京:中

表 4 两组患者胃蛋白酶原水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	PG I ($\mu\text{g/L}$)		PG II ($\mu\text{g/L}$)		PGR	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	207.54 \pm 17.35	172.36 \pm 10.24*	24.95 \pm 3.47	16.22 \pm 1.28*	8.43 \pm 1.01	10.67 \pm 0.80*
治疗组	31	212.68 \pm 24.01	157.76 \pm 18.03*	23.38 \pm 3.01	13.99 \pm 1.32*	8.24 \pm 1.63	11.32 \pm 1.37*
t 值		0.956	3.871	1.890	6.695	0.545	2.253
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:与治疗前比,* $P<0.05$ 。PG I:胃蛋白酶原 I;PG II:胃蛋白酶原 II;PGR:蛋白酶原比值。

活血祛瘀汤对膝关节镜术后膝关节炎患者骨代谢与关节功能的影响

陈敬杰

(北京中医药大学房山医院骨伤二科, 北京 102400)

摘要: **目的** 探讨活血祛瘀汤对膝关节镜术后膝关节炎(KOA)患者血清基质金属蛋白酶-3(MMP-3)、软骨寡聚基质蛋白(COMP)、I型胶原交联C末端肽(CTX-I)、II型胶原交联C末端肽(CTX-II)水平及关节功能的影响,以期为临床治疗该疾病提供参考依据。**方法** 按照随机数字表法将北京中医药大学房山医院2019年9月至2021年5月收治的102例膝关节镜术后KOA患者分为对照组与观察组,各51例。两组患者均实施关节镜清除术,术后予以对照组患者玻璃酸钠注射液治疗,观察组患者在对照组的基础上予以活血祛瘀汤进行联合治疗,两组患者均连续治疗2周,并于治疗后随访3个月。比较两组患者治疗2周后的临床疗效,治疗前与治疗2周后的骨代谢指标与炎症因子水平,以及治疗前与治疗3个月的日本骨科协会评估量表(JOA)评分、视觉模拟疼痛量表(VAS)评分、关节肿胀值。**结果** 治疗2周后,观察组患者的临床总有效率高于对照组;与治疗前比,治疗2周后两组患者血清MMP-3、COMP、CTX-I、CTX-II、白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-1(IL-1)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)水平均降低,且观察组低于对照组;治疗后3个月,两组患者VAS评分、关节肿胀值与治疗前比均降低,且观察组低于对照组;JOA评分与治疗前比均升高,且观察组高于对照组(均 $P<0.05$)。**结论** 活血祛瘀汤治疗膝关节镜术后KOA患者,可有效提升其临床治疗效果,调节患者机体骨代谢,减轻炎症反应,同时改善患肢疼痛、肿胀等临床症状,促进关节功能的恢复。

关键词: 膝关节炎;膝关节镜;活血祛瘀汤;骨代谢;炎症因子;关节功能

中图分类号: R684.3

文献标识码: A

文章编号: 2096-3718.2022.04.0105.04

膝关节炎(knee osteoarthritis, KOA)属于一种慢性关节退化性疾病,其临床主要表现为关节变形、关节疼痛等,严重影响患者的日常生活与工作。临床上对于KOA的治疗以微创关节镜清除术为主,并于术后采用常规玻璃酸钠注射液保护关节组织,该药物具有一定的镇痛、消肿效果,但其耐药性较高,对于患者临床症状的缓解作用较低,不利于机体的恢复^[1]。中医认为,KOA属于“筋痹”“骨痹”等范畴,主要因筋骨养分不足,肝肾亏虚,致寒风侵入,体感风寒,湿邪入体所致,应以祛湿消肿、活血止痛、滋肝补肾为主要治疗原则。活血祛瘀汤中含有丹参、薏苡仁、茯苓等多种中药,有消肿活血、补肾益肝之功效,且中药药性温和,安全性更高^[2]。故本研究主要

探讨活血祛瘀汤对膝关节镜术后KOA患者血清基质金属蛋白酶-3(MMP-3)、软骨寡聚基质蛋白(COMP)、I型胶原交联C末端肽(CTX-I)、II型胶原交联C末端肽(CTX-II)水平及关节功能的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 按照随机数字表法将北京中医药大学房山医院2019年9月至2021年5月收治的102例膝关节镜术后KOA患者分为对照组与观察组,各51例。对照组患者中男性26例,女性25例;年龄51~64岁,平均(58.44 \pm 3.21)岁;病程1~4年,平均(2.01 \pm 0.83)年。观察组患者中男性27例,女性24例;年龄52~66岁,平均(58.47 \pm 3.19)岁;病程1~4年,平均(2.12 \pm 0.71)

作者简介: 陈敬杰,大学本科,主治医师,研究方向:中医骨伤。

国医药科技出版社,2001:328.

[9] 危北海,陈治水,张万岱.胃肠疾病中医证候评分表[J].世界华人消化杂志,2004,12(11):2701-2703.

[10] 张声生,唐旭东,黄穗平,等.慢性胃炎中医诊疗专家共识意见(2017)[J].中华中医药杂志,2017,32(7):3060-3064.

[11] 汪楠,王垂杰,李玉锋.抗幽门杆菌联合四联疗法治疗慢性胃炎合并幽门螺杆菌阳性患者25例临床观察[J].中医杂志,2016,57(2):136-139.

[12] 区志军.连朴饮合半夏泻心汤加减治疗脾胃湿热证慢性浅表性胃炎的疗效观察[J].现代诊断与治疗,2016,27(5):823-824,825.

[13] 孙怡,唐毅,刘天宇,等.胃蛋白酶原I、II水平与幽门螺杆菌感染相关性胃病的关系[J].医学综述,2016,22(12):2431-2433,2437.

[14] 张彧,吴东升,徐寅,等.基于网络药理学分析半夏-黄芩-黄连治疗幽门螺杆菌相关性胃炎的作用机制[J].天然产物研究与开发,2020,32(4):592-599.