

三黄膏联合精细化护理在痛风性关节炎中的临床研究

姜璐, 王永文*

(吉林省第一荣复军人医院外科, 吉林 长春 136100)

摘要: **目的** 探讨三黄膏联合精细化护理对痛风性关节炎患者疼痛、肿胀程度及尿酸(UA)水平的影响。**方法** 将吉林省第一荣复军人医院2019年5月至2020年8月收治的180例痛风性关节炎患者按照随机数字表法分为两组,各90例。对照组患者采用依托考昔片、秋水仙碱片等治疗,观察组患者在对照组治疗的基础上联合三黄膏外敷治疗,且治疗期间均给予两组患者精细化护理。对比两组患者治疗前与治疗1、3、7 d后视觉模拟疼痛量表(VAS)评分、肿胀程度评分及治疗前后血清炎症因子、尿酸(UA)水平。**结果** 治疗1、3、7 d后两组患者VAS评分、肿胀程度评分均较治疗前呈降低趋势,且治疗3、7 d后观察组患者VAS、肿胀程度评分均显著低于对照组,治疗7 d后两组患者血清C-反应蛋白(CRP)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-6(IL-6)、UA水平均较治疗前显著降低,且观察组均显著低于对照组(均 $P<0.05$)。**结论** 三黄膏联合精细化护理对痛风性关节炎的临床疗效确切,可减轻患者疼痛与肿胀程度,控制UA水平,降低炎症反应。

关键词: 痛风性关节炎;三黄膏;精细化护理;炎症因子;尿酸

中图分类号: R589.7

文献标识码: A

文章编号: 2096-3718.2022.18.0126.03

痛风性关节炎是临床常见的代谢疾病,主要由尿酸(UA)过高引起,好发于中老年男性人群。随着物质生活水平逐渐提高,人们在饮食上摄入了较多嘌呤,导致机体嘌呤代谢紊乱,其代谢产物UA难以正常排出,聚集在体内形成了尿酸盐,并大量沉积于骨质、关节囊腔等组织中,从而引发痛风或痛风性关节炎。目前临床对于常规的痛风性关节炎治疗多采用西药治疗,常用药物有非甾体抗炎药、糖皮质激素等,然而这种治疗方式主要以镇痛为主,疗效有限且治疗后易复发。中医认为,痛风主要由湿邪侵袭、正气不足所致,加之饮食不当、寒温失调,导致机体湿热内蕴,故需以温经通络、活血等为治疗原则^[1]。三黄膏主要由黄柏、黄芩、黄连组成,具有清热解毒、消肿止痛等功效,外敷治疗可用于疮疡初起、红肿热痛、轻度烫伤等^[2]。精细化护理相较于传统常规护理的管理模式更为严格,注重饮食指导与健康宣教,利于痛风性关节炎患者病情恢复。本研究旨在探讨三黄膏联合精细化护理对痛风性关节炎患者的疼痛、肿胀程度评分,以及炎症因子水平的影响,为临床治疗提供参考依据,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将吉林省第一荣复军人医院2019年5月至2020年8月收治的180例痛风性关节炎患者按随机数字表法分为两组,各90例。对照组患者中男、女性分别为53/37例;年龄36~67岁,平均 (51.74 ± 5.25) 岁;病程1~11年,平均 (5.42 ± 1.26) 年。观察组患者中男、女性分别为55/35例;年龄37~68岁,平均 (52.18 ± 4.98)

岁;病程1~10年,平均 (5.29 ± 1.53) 年。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。纳入标准:与西医《痛风的诊断与治疗》^[3]和中医《中医病症诊疗常规》^[4]中的相关诊断标准相符合者;关节骨质未损坏,关节具有正常活动功能者;关节处有肿、痛、热症状,且痛风性关节炎发病急,疼痛时间 <48 h者等。排除标准:关节骨质遭到严重损坏且需手术治疗者;有糖尿病等严重慢性疾病者;肝、肾功能不全或患有慢性肾衰竭等肾脏疾病者等。所有患者均签署知情同意书,且院内医学伦理委员会批准本研究。

1.2 治疗与护理方法

1.2.1 治疗方法 两组患者治疗期间均不摄入各种海鲜、豆类及豆制品、动物内脏等高嘌呤食物;禁止饮酒;注意避寒保暖;同时多饮水,加速UA排泄;不过度劳累,不负重,不熬夜。对照组患者采用依托考昔片(Rovi Pharma Industrial Services S.A.,注册证号J20180059,规格:120 mg/片)口服治疗,120 mg/次,1次/d;秋水仙碱片(广东彼迪药业有限公司,国药准字H20113208,规格:0.5 mg/片)口服治疗,首剂量1 mg,其后0.5 mg/h,症状缓解或出现呕吐后停药,若症状加重也停止药物,24 h内服用总剂量不超过6 mg,在症状缓解48 h内停止服药,停药72 h后,按照0.5 mg/次,1~3次/d继续口服。于上述基础上给予观察组患者三黄膏(福州屏山制药有限公司,国药准字Z35020620,规格:40 g/支)外敷治疗,依据患处大小,将三黄膏均匀涂抹于纱布上,贴于患处,

作者简介: 姜璐,大学本科,主管护师,研究方向:外科护理。

通信作者: 王永文,大学本科,主任医师,研究方向:临床外科疾病的诊治。E-mail: 285842282@qq.com

每天换药1次。两组患者均连续治疗7 d。

1.2.2 护理方法 两组患者均进行精细化护理,主要护理措施包括①宣传教育:依据患者疾病情况、学习能力不同、认知水平不同等差异进行针对性教育,医护人员通过宣传手册、视频、音频等多种形式进行宣教,教学内容应在患者理解能力之内,尽量不要使用专业术语,从而使患者能正确认识痛风性关节炎。对饮酒的患者,告知其喝酒对疾病的不良影响,协助其戒酒,以免复发;如对因遗传引起的痛风性关节炎,告知患者提高自我管理意识,保持健康的心态,积极配合治疗,减少复发;②心理护理:痛风性关节炎患者长期忍受疼痛并且治疗进程缓慢,心理压力大,会使患者产生焦虑、抑郁等负面情绪,影响治疗依从性,因此要对其进行积极地心理疏导,细致观察患者心理状态,帮助患者及时调整情绪,鼓励患者,使患者产生信心,具有战胜病魔的勇气。③饮食指导:帮助患者学会辨别低嘌呤、中嘌呤、高嘌呤食物,低盐低嘌呤饮食,并根据患者身体状况、病情情况和喜好制定科学的饮食方案,叮嘱患者多饮水促进UA溶解并排出。

1.3 观察指标 ①视觉模拟疼痛量表(VAS)^[5]评分。采用VAS评分评估两组患者治疗前和治疗1、3、7 d后疼痛程度,满分10分,分值越高说明疼痛越剧烈。②肿胀程度评分。观察两组患者治疗前与治疗1、3、7 d后的关节肿胀情况,评分标准:分值为0~3分,其中0分代表无肿胀;1分为关节骨突、皮纹正常,但具有轻微肿胀;2分为关节皮纹变浅,有较轻骨性标志;3分为皮纹明显,骨标消失^[6]。③炎症因子与UA水平。治疗前与治疗1、3、7 d后采集患者空腹静脉血约3 mL,离心(转速:3 000 r/min,时间:10 min)取血清,采用酶联免疫吸附实验法测定血清C-反应蛋白(CRP)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-6(IL-6)水平,采用高效液相色谱法测定血清UA水平。

1.4 统计学方法 采用SPSS 26.0统计学软件分析数据,计量资料均经S-W法确定符合正态分布,以($\bar{x} \pm s$)表示,两组间比较行独立单因素方差分析或 t 检验,组内不同时间点比较行重复测量方差分析,两两比较行SNK- q 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者VAS评分比较 治疗1、3、7 d后两组患者VAS评分均较治疗前呈降低趋势,且治疗3、7 d后观察组患者VAS评分均显著低于对照组,差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$);治疗1 d后观察组患者VAS评分低于对照组,但组间比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),见表1。

表1 两组患者VAS评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗1 d后	治疗3 d后	治疗7 d后
对照组	90	6.89 \pm 1.48	4.25 \pm 1.29*	3.15 \pm 1.04**	2.36 \pm 0.36** Δ
观察组	90	7.03 \pm 1.36	4.04 \pm 1.27*	2.42 \pm 0.94**	1.64 \pm 0.40** Δ
t 值		0.661	1.101	4.940	12.693
P 值		>0.05	>0.05	<0.05	<0.05

注:与治疗前比,* $P < 0.05$;与治疗1 d后比,** $P < 0.05$;与治疗3 d后比, $\Delta P < 0.05$ 。VAS:视觉模拟疼痛量表。

2.2 两组患者肿胀程度评分比较 治疗1、3、7 d后两组患者肿胀程度评分均较治疗前呈降低趋势,且治疗3、7 d后观察组患者肿胀程度评分均显著低于对照组,差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$);治疗1 d后观察组患者肿胀程度评分低于对照组,但组间比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),见表2。

表2 两组患者肿胀程度评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗1 d后	治疗3 d后	治疗7 d后
对照组	90	2.24 \pm 0.62	2.01 \pm 0.52*	1.63 \pm 0.62**	1.36 \pm 0.32** Δ
观察组	90	2.31 \pm 0.53	1.78 \pm 0.46*	1.36 \pm 0.42**	0.96 \pm 0.37** Δ
t 值		0.814	3.143	3.420	7.757
P 值		>0.05	>0.05	<0.05	<0.05

注:与治疗前比,* $P < 0.05$;与治疗1 d后比,** $P < 0.05$;与治疗3 d后比, $\Delta P < 0.05$ 。

2.3 两组患者炎症因子与UA水平比较 治疗后两组患者血清CRP、TNF- α 、IL-6、UA水平与治疗前比均显著降低,且观察组均显著低于对照组,差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$),见表3。

3 讨论

痛风性关节炎是受嘌呤代谢紊乱、UA排泄障碍等因素影响,导致大量尿酸盐于骨质、软骨、关节囊及滑囊部位沉积所形成的炎症反应。临床多以消炎镇痛为主,依托

表3 两组患者炎症因子与UA水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	CRP(mg/L)		TNF- α (ng/L)		IL-6(ng/L)		UA(μ mol/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	90	40.52 \pm 11.45	4.73 \pm 1.26*	64.37 \pm 8.83	56.72 \pm 7.37*	71.62 \pm 11.02	48.46 \pm 7.37*	508.78 \pm 44.91	373.25 \pm 40.62*
观察组	90	41.25 \pm 10.73	3.66 \pm 0.98*	63.93 \pm 9.39	51.65 \pm 6.32*	70.46 \pm 10.46	38.62 \pm 6.93*	510.36 \pm 42.63	258.47 \pm 37.73*
t 值		0.441	6.359	0.324	4.954	0.724	9.228	0.242	19.641
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:与治疗前比,* $P < 0.05$ 。CRP: C-反应蛋白;TNF- α : 肿瘤坏死因子- α ; IL-6: 白细胞介素-6; UA: 尿酸。

考昔是高选择性的环氧合酶-2 (COX-2) 抑制剂, 止痛、抗炎效果显著, 具有半衰期长、起效快、不良反应少等优点; 秋水仙碱是临床治疗急性痛风性关节炎的特效药物, 但其易导致患者胃肠道不适, 对患者肝肾功能具有一定损伤, 临床疗效欠佳且停药后病情易反复发作。

中医认为, 痛风性关节炎属“痹症”“热痹”等范畴, 外邪侵袭、饮食不节、脾胃虚弱是引发痛风的主要原因, 痛风患者瘀久化热, 出现关节红肿热痛, 瘀热闭阻不通导致疼痛频发, 为瘀热阻滞型; 急则治其标, 以清热消肿、活血化瘀为目的^[7]。中西医结合治疗痛风性关节炎, 结合了中医“辨证论治”思想, 又将西医“对因治疗”思想进行融合, 可降低西药对机体产生的不良反应, 相对于单纯西医治疗具有一定优势。三黄膏是配置、加工而成的外用膏药, 可清热解毒、消肿, 将三黄膏外敷到病变关节, 可渗透到机体经络, 作用于病变部位; 三黄膏中黄连具有清热凉血、祛瘀止痛之功效; 黄柏与黄芩苦寒, 具有清热泻火、散瘀消肿之功效, 三药相辅可热去瘀化^[8]。本研究结果可见, 治疗 3、7 d 后观察组患者 VAS 与肿胀程度评分均显著低于对照组, 提示三黄膏联合精细化护理治疗痛风性关节炎疗效确切, 可有效减轻患者疼痛与肿胀程度。

UA 是人体内嘌呤类化合物分解代谢的最终产物, 其含量与体内核酸分解的代谢速度、肾脏的排泄功能和食物当中的核酸含量有关, 当机体 UA 生成增多或排泄减少时, 血液中的 UA 浓度将升高, 机体尿酸钠浓度达到饱和状态则会出现结晶沉淀, 形成尿酸盐晶体; 尿酸盐结晶会刺激机体的炎症因子, 并持续刺激关节液中巨噬细胞与单核细胞, 产生 TNF- α 、IL-6 等细胞因子, 使机体出现免疫反应, 导致关节出现多种炎症反应; CRP 是临床常用的炎症标志物, 可反映机体存在的非特异性的炎症反应, 痛风性关节炎急性发作期可导致其水平明显升高^[9]。三黄膏外敷可清热泻火、消肿止痛, 对炎症因子的释放具有拮抗作用, 可加速机体炎症因子的吸收。黄连与黄柏中均含小檗碱、黄连碱等多种生物碱, 两者药理作用大体相似, 具有抗菌、抗炎等作用, 可治疗急性结膜炎、溃疡性结肠炎等病症^[10]; 黄芩根含黄芩素、汉黄芩素等黄酮类化合物, 具有抗病毒、抗炎抗变态反应等作用, 抗菌性优于黄连, 且不产生抗药性^[11]。上述研究结果可见, 治疗后与对照组相比, 观察组患者炎症因子、UA 水平均显著降低, 提示三黄膏联合精细化护理可有效降低痛风性关节炎患者 UA 与炎症因子水平, 利于患者预后恢复。

精细化护理是目前临床较为常用的一种护理方案, 以人为本, 遵循国家精细化管理理念, 可根据患者身体状况、病情等差异性因素优化护理方案, 最大化体现护理价值^[12]。常规的护理干预较为笼统, 没有细致化、精细

化的护理措施, 精细化护理能针对患者的具体情况进行开展, 有效控制痛风发作。对痛风性关节炎患者实施精细化护理, 根据患者病情、身体情况进行优化, 为患者提供舒适服务, 有效缓解疼痛; 宣传教育可使患者正确认识痛风性关节炎, 对饮食、生活加强重视, 提高依从性; 心理护理可帮助患者调整情绪, 产生治疗信心, 具有良好的心理状态。三黄膏外敷操作简单, 药物持续时间较长, 可加快关节恢复, 便于临床护理, 因此在传统临床的基础上, 结合中医外治, 可有效控制痛风病情, 改善患者机体 UA 水平, 减少疼痛与肿胀程度, 有助于促进尿酸盐结晶在关节部位析出的减少, 对炎症因子释放有一定拮抗作用。

综上, 三黄膏联合精细化护理可减轻痛风患者关节炎疼痛反应、消除肿胀感, 减轻机体炎症反应, 降低 UA 水平, 利于控制患者病情, 提升生活质量。

参考文献

- [1] 朱君, 谭立夫, 林扬. 中西医结合治疗急性痛风性关节炎疗效观察 [J]. 实用中医药杂志, 2016, 32(1): 42-43.
- [2] 郭亮, 刘红艳. 针推结合三黄膏外敷治疗急性痛风性关节炎的疗效观察 [J]. 中国中医急症, 2020, 29(9): 1637-1639.
- [3] 薛耀明, 李晨钟. 痛风的诊断与治疗 [M]. 北京: 人民军医出版社, 2004: 89.
- [4] 陈园桃. 中医病证诊疗常规 [M]. 南京: 东南大学出版社, 2008, 109.
- [5] 严广斌. 视觉模拟评分法 [J/CD]. 中华关节外科杂志 (电子版), 2014, 8(2): 273.
- [6] 黄阳, 董文霞. 中西医结合治疗急性痛风性关节炎临床疗效及对血清炎症因子的影响 [J]. 中国中医急症, 2017, 26(11): 2025-2027.
- [7] 王晓敏, 周敏, 王一飞. 中医治疗急性痛风性关节炎研究近况 [J]. 四川中医, 2016, 34(6): 221-223.
- [8] 姚志城, 徐培青, 扈自然. 苓薤威薏汤内服联合三黄膏外敷对痛风性关节炎患者血尿酸水平与炎症指标的影响 [J]. 内蒙古中医药, 2021, 40(4): 3-5.
- [9] 王士朋, 李春雷. 中西医结合治疗急性痛风性关节炎及其对炎症因子的影响 [J]. 长春中医药大学学报, 2018, 34(4): 743-746.
- [10] 张立宏, 张声生, 谭海成, 等. 基于网络药理学研究黄连-黄柏药对治疗溃疡性结肠炎的作用机制 [J]. 世界中医药, 2022, 17(2): 147-151, 157.
- [11] 文学平, 刘德俊, 裴忆雪, 等. 黄芩苷抗急性痛风性关节炎的实验研究 [J]. 中药材, 2017, 40(8): 1952-1955.
- [12] 夏永娣, 林环, 谢向群. 精细护理对痛风性关节炎的影响 [J]. 护理实践与研究, 2017, 14(11): 38-39.