

### 3 讨论

甲状腺功能亢进症属于常见内分泌疾病，病因与遗传、环境、自身免疫病等相关，常见病症表现为甲状腺肿大、心悸、消瘦、怕热、烦躁易怒、排便次数增多等，影响患者生活质量。该病若治疗不及时或治疗不当，极易累及神经、消化系统，加重身心不适感。当前药物治疗是主要疗法，具有价格便宜、操作简单、效果好等优势，易于患者接受。在西药治疗期间，虽有确切成效，但长期使用易出现不良反应。近年来，中医治疗甲状腺功能亢进症确切有效，并彰显了标本兼治、疗效较好、不良反应少等优势，受到了诸多患者、学者的青睐<sup>[5-6]</sup>。

中医认为<sup>[9]</sup>，甲状腺功能亢进症属“瘰疬”范畴，多见于女性，其致病机制为气阴两虚、痰浊内结证，故治疗应以益气养阴、化痰散结为主。甲亢方主要是由太子参、玄参、丹参、熟枣仁、麦冬、五味子、山慈菇、浙贝母、柴胡、枳壳、白芍、炙甘草组成。方中太子参性温味甘，归心、脾、肺三经，具有补益脾肾、益气生津之效；玄参性微寒味苦甘，归脾、胃、肾三经，有滋阴降火、清热凉血、解毒散结之功；丹参性微寒味苦，归心、肝经，具有清心除烦、凉血消痈之功效；熟枣仁有宁心、安神的作用；麦冬性微寒味苦甘，归心、肺、胃经，有养阴生津之效；五味子性温味酸，归心、肺、肾经，具有收敛固涩、益气生津之效；山慈菇性凉味辛甘，归肝、脾经，具有化痰散结、清热解毒之效；浙贝母性寒味苦，归心、肺经，具有开郁散结、清热化痰之效；柴胡性微寒味苦辛，归肝、胆、肺经，有和解表里，疏肝解郁之效；枳壳性微寒味苦辛，归脾、胃经，有行滞消胀、理气宽中之效；炙甘草不仅具有健脾益气和中之功，更有调和药性之效。将上述药物配合使用，可充分发挥益气养阴、化痰散结的作

用。现代药理学结果显示<sup>[7]</sup>，甲亢方不仅能发挥镇静安神的作用，更能有效改善患者甲状腺激素水平，从而明显改善甲状腺功能。本研究中，以西药治疗作参照（对照组），两药+甲亢方治疗（观察组）总有效率、中医证候积分、甲状腺激素水平均优于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。说明在常规西药治疗的基础上，加以甲亢方治疗，具有增强药效的作用，效果显著。

综上所述，甲状腺功能亢进症采取西药加中药甲亢方治疗，可有效改善患者心悸、大便溏稀等症状，恢复体质量，改善患者体质，促进甲状腺激素水平转归，有助于患者病情的好转，缩短治疗疗程。

### 〔参考文献〕

- (1) 牟科媛, 周文生. 五草三子加味汤治疗甲状腺功能亢进症的临床疗效研究 (J). 现代医药卫生, 2020, 36(24): 3936-3938, 3942.
- (2) 张晋媚. 柴胡疏肝散联合甲硫咪唑治疗甲状腺功能亢进症的临床评价 (J). 中医临床研究, 2020, 12(17): 71-73.
- (3) 中华医学会内分泌分会《中国甲状腺疾病诊治指南》编写组. 中国甲状腺疾病诊治指南——甲状腺功能亢进症 (J). 中华内科杂志, 2007, 46(10): 876-882.
- (4) 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 (M). 北京: 中国医药科技出版社, 2002.
- (5) 阿艺思. 蒙西药结合治疗甲状腺功能亢进症的临床疗效 (J). 中国民族医药杂志, 2020, 26(11): 18-19.
- (6) 王迅, 张玉琴. 酸枣仁汤合小柴胡汤治疗甲状腺功能亢进症的效果分析 (J). 中国医药指南, 2020, 18(15): 192-193.
- (7) 李志健. 中药联合他巴唑治疗甲状腺功能亢进患者的临床效果 (J). 慢性病学杂志, 2020, 21(4): 550-551.

〔文章编号〕 1007-0893(2021)08-0063-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.08.028

## 中医针刺治疗痛风性关节炎的疗效分析

杜思爽

(南阳市中心医院, 河南 南阳 473000)

〔摘要〕 **目的:** 探讨针刺治疗湿热(浊)蕴结型痛风性关节炎的临床疗效。**方法:** 选取南阳市中心医院 2018 年 5 月至 2019 年 3 月期间收治的 90 例湿热(浊)蕴结型痛风性关节炎患者, 随机分为两组, 各 45 例。对照组给予常规治疗, 观察组在对照组的基础上采用针刺治疗。随后观察两组患者的临床疗效和治疗前后的生活质量(日常活动、情志状态、精神状态)、疼痛程度等相关情况。**结果:** 观察组患者总有效率为 86.7%, 高于对照组的 57.8%, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗后观察组患者的日常活动、情志状态、精神状态均优于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗后两组患者疼痛均有不同程度的改善, 且观察组患者优于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 在临床治疗过程中应用

〔收稿日期〕 2021-02-14

〔作者简介〕 杜思爽, 女, 住院医师, 主要研究方向是针灸学。

针刺疗法对湿热（浊）蕴结型痛风性关节炎患者进行治疗，临床效果明显，能够明显的改善患者的疼痛、调节患者的情绪以及提高患者的生活质量。

〔关键词〕 痛风性；关节炎；湿热蕴结；针刺

〔中图分类号〕 R 684.3 〔文献标识码〕 B

痛风性关节炎对患者的伤害比较大，严重者疼痛会导致无法行走，影响患者的日常生活。因此应当积极地治疗痛风性关节炎<sup>[1-2]</sup>，在临床中常用消炎、止痛、抑尿酸等药物进行相关的有效治疗，但是西药治疗该类疾病需要长期使用，会产生一定的耐药性，导致治疗的疗效欠佳，同时也会产生较多的不良反应。因而本院2018年5月至2019年3月期间收治了90例湿热（浊）蕴结型痛风性关节炎患者分组对照，观察组的患者在常规基础治疗上采用针刺治疗，对照组的患者采取常规治疗，随后两组患者进行观察分析得出针刺治疗湿热（浊）蕴结型痛风性关节炎的临床疗效十分显著，具体报道如下。

## 1 资料和方法

### 1.1 基线资料

1.1.1 资料来源与分组 选取本院2018年5月至2019年3月期间收治的90例湿热（浊）蕴结型痛风性关节炎患者，随机分为两组，各45例。观察组男28例，女17例；年龄45~68岁，平均年龄（56.83±3.47）岁；病程5~25个月，平均病程（8.5±2.36）月；对照组男26例，女19例，年龄42~65岁，平均年龄（52.35±3.67）岁，病程7~23个月，平均病程（8.2±2.34）月。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。

1.1.2 纳入标准 （1）病程在5~25个月。（2）年龄40~70岁。（3）对本研究知情同意。（4）意识清楚，能够做些简单的肢体运动，病情较轻。

1.1.3 排除标准 （1）有其他并发症，且在服用其他的药物进行治疗。（2）瘫痪在床上无行动能力以及基本的生活能力。

1.1.4 诊断标准 （1）均为湿热（浊）蕴结型，具体表现为：四肢关节或肌肉局部红肿、疼痛、重着，触之灼热，下肢关节尤甚或关节积液，屈伸不利或伴发热，口苦口黏，口渴不欲饮，溲黄，舌质红，苔黄腻，脉滑数。（2）经过临床诊断确诊为痛风性关节炎<sup>[3]</sup>。

### 1.2 方法

1.2.1 对照组 （1）急性期的治疗。消除疾病发生的原因，随后控制关节炎继续发作。常用药物包括：（1）选择美洛昔康（上海勃林格殷格翰药业有限公司，国药准字H20020217）进行治疗，15 mg·次<sup>-1</sup>，1次·d<sup>-1</sup>，根据治疗后反应，剂量可减至7.5 mg·次<sup>-1</sup>，1次·d<sup>-1</sup>。如果患者的症状得到了改善，即停止使用药物，而且服用药物期间给予患者血肌酐水平的监测且详细记录数据<sup>[4]</sup>。（2）如果患

者服用止痛效果不明显，可口服秋水仙碱（西双版纳版纳药业有限责任公司，国药准字H53021369）0.5 mg·h<sup>-1</sup>以及饭前口服阿司匹林（拜耳医药保健有限公司，国药准字J20130078），100 mg·次<sup>-1</sup>，3次·d<sup>-1</sup>。如果患者的病情出现症状好转则停药。同时在治疗时监测患者的不良反应。

（2）缓解期的治疗只要控制患者的血尿酸水平，防止患者病情复发。①选用抑制尿酸生成药物<sup>[5]</sup>，例如别嘌醇片（合肥久联制药有限公司，国药准字H34021248），服用方法：前1周0.05 g·次<sup>-1</sup>，3次·d<sup>-1</sup>，剂量逐渐增加，2周后增至0.2 g·d<sup>-1</sup>，分3次服，每日最大量不超过0.6 g。②使用促进尿酸排泄药物，例如早餐前服用苯溴马隆片（宜昌长江药业有限公司，国药准字H20040348）50 mg·次<sup>-1</sup>，1次·d<sup>-1</sup>。治疗周期为1个月。

### 1.2.2 观察组 在对照组的基础上实施针刺治疗，选择阿是穴作为针刺点，并将其作为中心，选择其上10 cm、

下10 cm、左10 cm、右10 cm作为主要进针部位<sup>[6]</sup>，嘱咐患者选取仰卧位，给予一次性毫针进行消毒，一般针刺0.5~1.0寸，1次·d<sup>-1</sup>，患者有胀感、热感、痛感则说明患者已经得气，然后停针15 min之后取针。治疗周期为1个月。

### 1.3 观察指标

观察两组患者的临床疗效和治疗前后的患者生活质量（日常活动、情志状态、精神状态）、疼痛程度等相关情况。（1）临床疗效，显效：患者的临床症状明显好转，疼痛感消失，血尿酸水平监测结果正常（成年男性237.9~356.9 μmol·L<sup>-1</sup>，女性178.4~297.4 μmol·L<sup>-1</sup>）；有效：患者的临床症状有所改善，疼痛感好转，血尿酸水平监测结果较前好转；无效：患者的临床症状无明显改善，疼痛无好转，血尿酸水平无变化。总有效率=（显效+有效）/总例数×100%。（2）治疗后的患者生活质量（日常活动、情志状态、精神状态）采用百分制进行测评，分数越高越好。（3）疼痛的程度分为5级，用1~5计分表示，分数越高，疼痛越重。

### 1.4 统计学处理

采用SPSS 22.0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 两组患者的临床疗效比较

观察组患者总有效率为86.7%，高于对照组的57.8%，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表1。

表 1 两组患者的临床疗效比较 (n=45, 例)

组别	显效	有效	无效	总有效率/%
对照组	12	14	19	57.8
观察组	21	18	6	86.7 <sup>a</sup>

与对照组比较, <sup>a</sup>P < 0.05

### 2.2 两组患者治疗前后生活质量改善情况比较

治疗后观察组患者的日常活动、情志状态、精神状态均优于对照组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05), 见表 2。

表 2 两组患者治疗前后生活质量改善情况比较 (n=45,  $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	时间	日常活动	情志状态	精神状态
对照组	治疗前	79.27 ± 2.87	78.36 ± 2.04	80.19 ± 2.05
	治疗后	83.53 ± 2.48	85.35 ± 1.37	87.35 ± 1.78
观察组	治疗前	78.98 ± 2.13	79.24 ± 2.76	82.65 ± 2.43
	治疗后	93.56 ± 1.42 <sup>b</sup>	92.21 ± 0.56 <sup>b</sup>	94.28 ± 1.32 <sup>b</sup>

与对照组治疗后比较, <sup>b</sup>P < 0.05

### 2.3 两组患者治疗前后疼痛程度比较

治疗后两组患者疼痛均有不同程度的改善, 且观察组患者优于对照组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05), 见表 3。

表 3 两组患者治疗前后疼痛程度比较 (n=45,  $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	治疗前	治疗后
对照组	3.89 ± 0.45	2.47 ± 0.35 <sup>c</sup>
观察组	3.12 ± 0.58	1.24 ± 0.13 <sup>cd</sup>

与同组治疗前比较, <sup>c</sup>P < 0.05; 与对照组治疗后比较, <sup>d</sup>P < 0.05

## 3 讨论

在临床上, 采用针刺的方式治疗痛风性关节炎, 可以达到疏通经络、调和气血的作用<sup>[7-9]</sup>。一般湿热型的患者选取曲池、足三里进行治疗, 有清热祛湿的作用; 如果患者的阳气虚弱, 可以加关元等穴位补肾阳。针刺具有控制感染和调和气血运行的功效, 对于治疗痛风性关节炎有一定疗效<sup>[10]</sup>。

本研究探讨的是针刺治疗痛风性关节炎的临床疗效, 其中观察组的患者在常规基础治疗上采用针刺治疗, 对照组的患者采取常规治疗, 本研究结果提示, 观察组患者临床疗效明显优于对照组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05); 治疗后观察组患者生活质量 (日常活动、情志状态、精神状态)、

疼痛程度均好于对照组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05)。表明针刺疗法针对痛风性关节炎患者的症状改善理想, 可达到较好疗效, 同时可调节患者的情绪以及提高患者的生活质量<sup>[11]</sup>。观察组选择针刺最痛点的阿是穴作为针刺中心, 其主要针刺部位为上 10 cm、下 10 cm、左 10 cm、右 10 cm; 选择阿是穴进行针刺治疗部位, 能够起到静脉打通、活动经络、利于血中尿酸加快排泄, 从而起到良好治疗效果。在采取常规治疗痛风性关节炎的同时, 加用针刺治疗方案, 可以稳定病情, 有效达到治疗的目的, 促进患者预后。

综上所述, 在临床治疗过程中应用针刺疗法对患有湿热 (浊) 蕴结型痛风性关节炎的患者进行治疗, 临床效果明显, 能够明显的改善患者的疼痛、调节患者的情绪以及提高患者的生活质量。

### 〔参考文献〕

- 胡君雁. 中医针灸治疗痛风性关节炎的临床价值分析 (J). 中国全科医学, 2018, 21(z1): 491-492.
- 郭艳波. 中医针灸治疗痛风性关节炎的临床治疗效果观察 (J). 中医临床研究, 2018, 10(35): 82-84.
- 吴花香. 美国风湿病学会痛风治疗指南解读 (J). 浙江医学, 2014, 2(2): 92.
- 汤文毅. 刺血加温针灸治疗痛风性关节炎临床研究 (J). 河南中医, 2017, 37(1): 145-146.
- 刘湘玲, 韩德军, 杨锡燕. 针灸治疗急性痛风性关节炎的选穴特点探析 (J). 针刺研究, 2017, 42(6): 561.
- 巫玉童, 姜楠, 王佳慧. 近 5 年针灸治疗痛风性关节炎的临床研究进展 (J). 湖北民族学院学报 (医学版), 2017, 34(3): 73-75.
- 谢鑫, 陈敏. 中药治疗痛风性关节炎的优势 (J). 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(74): 42-43.
- 黄艳丽, 余卫吉, 吕雄. 吕雄从气滞湿热分期辨治痛风性关节炎经验介绍 (J). 新中医, 2017, 49(6): 173-174.
- 周彪, 郭玉星, 陆小龙, 等. 熊辉教授治疗急性痛风性关节炎经验 (J). 风湿病与关节炎, 2017, 6(5): 39-41.
- 李凤凤, 朱英, 甘礼盈, 等. 针灸治疗痛风性关节炎研究进展 (J). 亚太传统医药, 2017, 13(9): 69-71.
- 殷红, 李金磊, 杨景帆. 针灸疗法联合清热利湿汤治疗急性痛风性关节炎的效果探讨 (J). 当代医药论丛, 2019, 17(1): 110-111.