

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2019.05.008

火罐疗法联合耳穴贴压治疗湿热质高尿酸血症的临床观察

林广锋 彭飞鼎 郭红 李一明[△]

深圳大学附属第一医院深圳市第二人民医院中医科,广东深圳 518000

高尿酸血症(hyperuricemia, HUA)是指嘌呤代谢紊乱或尿酸排泄障碍引起血尿酸超出正常值所致的疾病。随着生活水平的提高和饮食结构的变化, HUA 的发病率越来越高, 并有年轻化的趋势。较多文献^[1-3]应用中医体质学理论探讨原发性 HUA 患者的中医体质类型及特点, 发现湿热质是原发性 HUA 人群的主要偏颇体质类型; 对偏颇体质提前干预, 可降低 HUA 的发病率, 为防治 HUA 提供新的思路和方法。为此, 本研究探讨火罐疗法配合耳穴贴压治疗湿热质原发性 HUA 的临床疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2017 年 11 月—2018 年 12 月于本院中医科及针灸科就诊的、中医体质辨识为湿热体质的 HUA 患者共 116 例, 将其随机分为观察组($n=60$)与对照组($n=56$)。观察组, 其中男 34 例, 女 26 例; 年龄 25~55 岁, 平均年龄(38.65 ± 7.15)岁; 平均身体质量指数(21.95 ± 2.12) $\text{kg} \cdot \text{m}^{-2}$; 既往病史: 高脂血症 18 例, 高血压病 6 例, 糖尿病 3 例。对照组, 其中男 32 例, 女 24 例; 年龄 23~58 岁, 平均年龄(39.11 ± 7.97)岁; 平均身体质量指数(22.11 ± 2.25) $\text{kg} \cdot \text{m}^{-2}$; 既往病史: 高脂血症 16 例, 高血压病 5 例, 糖尿病 2 例。2 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。

1.2 诊断标准

HUA 诊断标准根据第七版《内科学》^[4]中相关诊断标准, 即男性和绝经后女性血尿酸 $>420 \mu\text{mol/L}$, 绝经前女性血尿酸 $>350 \mu\text{mol/L}$ 。

参照中医体质量表^[5]及《中医体质分类与判定》^[6]设计中医体质调查与判定问卷, 湿热体质每一问题按 5 级评分, 计算原始分及转化分, 原始分=各个条目分值相加, 转化分数= $[(\text{原始分}-\text{条目数})/(\text{条目数} \times 4)] \times 100$, 其中转化分 ≥ 40 分, 判定为“湿热质”。

1.3 纳入与排除标准

纳入标准: 符合湿热体质诊断标准的 HUA 患者, 且未接受过 HUA 的系统健康宣教; 能有效沟通, 自愿参加本研究并签署知情同意书。

排除标准: 精神疾患、行为障碍; 伴有其他系统严重疾患; 存在皮肤过敏或破损、传染病、出血倾向等不适合火罐治疗者; 孕妇; 文化程度等原因不能很好地理解调查问卷内容者; 治疗基础疾病所使用的药物影响血尿酸水平者。

1.4 治疗方法

1.4.1 观察组 采用火罐疗法联用耳穴贴压的中医外治法结合湿热质的饮食、运动健康宣教治疗。具体操作方法: ①走罐、定罐法, 在患者后背涂上一层润滑剂, 选用罐口适宜的玻璃罐沿着督脉、膀胱经上下移动罐具以沿线出现红紫痧点为度, 然后采用背部排罐原则留罐 5~8 min。每 3 日 1 次, 5 次为 1 个疗程, 3 个月内治疗 3 个疗程; ②耳穴贴压, 用 75% 酒精局部常规消毒, 取 0.6 cm $\times$ 0.6 cm 的胶布, 将光滑饱满的王不留行籽贴于胶布上, 用血管钳送至耳穴处, 贴紧后施加压力, 以患者感到局部有酸、麻、胀、痛或发热感为宜, 嘱患者每日自行按压 3~5 次, 每次 1~2 min, 每次只贴单侧耳穴, 两耳交替应用, 耳穴取脾、胃、大肠、三焦、内分泌、神门, 每 3 日更换耳贴 1 次, 10 次为 1 个疗程, 3 个月内治疗 2 个疗程; ③湿热质健康宣教: 嘱患者限酒, 忌食或少食羊肉、狗肉、牛肉、荔枝、大枣、桂圆、榴莲、辣椒等偏温补、辛辣燥烈之物, 可适当食用冬瓜、莲藕、薏仁、莲子、赤小豆等清利化湿之物; 适当进行稍大强度的体育锻炼, 如中长跑、游泳、球类运动等, 不宜长期熬夜或过度疲劳。

1.4.2 对照组 进行 HUA 的健康知识宣教及饮食、运动指导。嘱患者限酒、戒烟, 鼓励多饮水, 每日饮水 2~3 L; 调整膳食结构, 减少高嘌呤食物的摄入, 避免摄入过多海鲜、动物内脏等, 增加新鲜蔬菜的摄入, 烹调方法多采用炒、氽、蒸法, 避免使用油炸、焖、炖等方

[△]通信作者, Corresponding author, E-mail: lym8888@126.com

法;规律饮食和作息,适量进行有氧运动,如散步、慢跑、游泳等。

1.5 观察指标与疗效判定标准

2 组均干预 3 个月后进行血尿酸测定判定临床疗效。其中临床控制:血尿酸恢复正常;显效:血尿酸接近正常或明显下降,下降超过治疗前的 30%;有效:血尿酸下降 10%~30%;无效:临床表现与上述实验室检查均无明显改善或加重。总有效率=[(临床控制+显效+有效)例数/总例数]×100%。

比较 2 组干预前后中医体质调查与判定问卷中的湿热质评分,评分越低,表示湿热质(偏颇体质)逐渐趋向平和质(正常体质)。

1.6 统计学分析

采用 SPSS 19.0 软件进行数据处理,计量资料以均

数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验;以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组临床总有效率比较

对照组总有效率为 55.36%,观察组总有效率为 78.33%,组间比较,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。

2.2 2 组血尿酸水平及体质分数比较

治疗后,2 组血尿酸水平均较治疗前下降($P < 0.05$),且观察组显著低于对照组($P < 0.05$)。观察组湿热质评分显著低于治疗前及对照组($P < 0.05$),对照组治疗前后湿热质评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 2。

表 1 2 组患者临床总有效率比较(例,%)

组别	<i>n</i>	临床控制	显效	有效	无效	总有效率
对照组	56	11	5	15	25	31(55.36)
观察组	60	23	4	20	13	47(78.33) [△]

与对照组比较[△] $P < 0.05$

表 2 2 组患者血尿酸水平及体质分数比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	时间	血尿酸水平($\mu\text{mol/L}$)	湿热质评分(分)
对照组	56	治疗前	471.1±49.0	53.13±5.46
		治疗后	419.4±46.8*	51.74±5.33
观察组	60	治疗前	470.1±48.6	52.43±6.25
		治疗后	396.9±52.7* [△]	41.39±5.84* [△]

与治疗前比较* $P < 0.05$;与对照组比较[△] $P < 0.05$

3 讨论

尿酸主要由细胞代谢分解的核酸和其他嘌呤类化合物以及食物中的嘌呤经酶的作用分解而来,HUA 的成因主要有尿酸排泄减少和尿酸生成增多两种,其中 80%~90% 的 HUA 患者具有尿酸排泄障碍。HUA 与痛风、高血压、肥胖、血脂异常等代谢性疾病密切相关,研究^[7]表明,HUA 增加了代谢综合征病人心肌梗死、猝死的风险。现代医学主要采取包括健康宣教和别嘌醇、苯溴马隆、非布司他等药物治疗本病,然而长期服用上述西药对肝肾功能损害较大,可出现胃肠道反应、皮疹、白细胞减少等不良反应,且由于现实中较多 HUA 患者不能严格遵守戒烟限酒、低嘌呤饮食及规律运动等生活方式,远期效果不甚理想,因而探寻一种更为安全简便的治疗方式尤为重要。

传统中医并无“原发性高尿酸血症”病名的记载,但早在汉代开始就有关于“痛风”的记载,并有“历

节”、“历节风”、“白虎病”、“白虎历节”等不同病名,后世医家虽对“痛风”有更进一步的认识和阐述,但其病机总不离正虚而复感风寒、湿热邪气,本虚标实,其中标实又以湿热为多,治疗上多以清热利湿、解毒为原则,辅以活血化瘀。临床研究^[8]表明,采用清热利湿方法治疗无症状 HUA 具有较好疗效。

火罐疗法是祖国医学外治法中常用治疗方法,古称“角法”,是以罐为工具,用火烧或抽气等方法排出罐内空气,造成相对负压,使其吸附于施术部位或体表腧穴,并产生温热刺激,使局部皮肤充血,以达到开泄腠理、扶正祛邪、疏通经络、行气活血、祛湿逐瘀、调整机体阴阳平衡等作用。本法给湿邪以出路,三焦气血通畅,湿去则热孤,故湿热质患者在坚持火罐治疗后症状有明显改善。中医学认为耳与脏腑关系密切,有“耳者,宗脉之所聚也”之说;通过按压耳廓上相应的脏腑反射点,可调整脏腑功能紊乱。本研究中观察组选用脾、胃、大肠、三焦、内分泌、神门等耳穴,通过

刺激所选耳穴可达到更好的清热、祛湿、行气的效果；其中以王不留行籽贴压耳穴，既能刺激穴位，且安全无痛，无不良反应。本研究结果表明，观察组总有效率显著高于对照组，血尿酸水平明显降低，湿热体质分数明显低于治疗前及对照组，提示火罐疗法联合耳穴贴压治疗湿热质 HUA 疗效显著，能明显改善患者血尿酸水平和湿热体质。

本研究通过采用中医外治法结合生活指导对 HUA 偏颇体质进行干预，发现 HUA 患者的血尿酸水平和湿热质评分均能得到较为满意的改善，这为临床防治 HUA 提供了新的思路和方法，但在临床中仍需要严格掌握中医外治法的适应证、禁忌证及操作规范，且通过该方法治疗后 HUA 的复发情况还需进一步研究。

参 考 文 献

- [1] 潘嫦娥, 欧阳北江生. 高尿酸血症分型与中医体质类型的相关性研究[J]. 辽宁医学杂志, 2015, 29(4): 216-219.
- [2] 黄慧贤, 陈素珍, 王世强, 等. 中青年高尿酸血症与中医体

质类型相关性研究[J]. 基因组学与应用生物学, 2017, 36(2): 488-493.

- [3] 李显红, 陈刚毅. 原发性高尿酸血症患者中医体质分布及其相关指标研究[J]. 新中医, 2018, 50(4): 96-98.
- [4] 陆再英, 钟南山. 内科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 830-832.
- [5] 王琦. 9 种基本中医体质类型的分类及其诊断表述依据[J]. 北京中医药大学学报, 2005, 28(4): 1-8.
- [6] 中华中医药学会. 中医体质分类与判定[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2009: 3-7.
- [7] Brodov Y, Behar S, Boyko V, et al. Effect of the metabolic syndrome and hyperuricemia on outcome in patients with coronary artery disease (from the Bezafibrate Infarction Prevention Study) [J]. Am J Cardiol, 2010, 106(12): 1717-1720.
- [8] 孙慧, 张莎莎, 连炜炜. 中药清湿热解毒配方颗粒治疗高尿酸血症的临床疗效及安全性评价[J]. 药学实践杂志, 2016, 34(1): 79-82, 92.

(收稿日期: 2019-06-24)

(上接第 250 页)

量显著少于对照组，而 2 组不良反应发生率无显著差异，表明柔肝健脾活血利湿方能够明显改善肝硬化患者的肠道菌群失调，并具有较高的安全性。

综上所述，柔肝健脾活血利湿方能明显改善肝硬化患者的肠道菌群失调情况和肝功能，且安全性较高。然而本研究时间、样本量有限，柔肝健脾活血利湿方治疗肝硬化的长期效果仍有待进一步探讨。

参 考 文 献

- [1] 徐卫华, 吴性江, 黎介寿. 肝硬化和肠道通透性[J]. 肠外与肠内营养, 2001, 8(2): 114-118.
- [2] 郭栗良子, 王立生. 肝硬化患者肠道菌群失衡的研究现状[J]. 中国微生态学杂志, 2018, 30(1): 104-108, 113.
- [3] 朱兰, 韩涛. 茯苓桂枝白术甘草汤治疗肝硬化腹水的临床

研究[J]. 辽宁中医杂志, 2017, 44(7): 1418-1420.

- [4] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 肝硬化中西医结合诊治方案[J]. 现代消化及介入诊疗, 2005, 10(2): 119-121.
- [5] 卜仁梅, 傅石明. 双歧杆菌三联活菌胶囊联合大黄赤芍汤对肝硬化患者内毒素血症及肠黏膜屏障功能的影响[J]. 中国药房, 2016, 27(5): 676-678.
- [6] 解洪银, 杨长青. 肠道菌群与肝病[J]. 肝脏, 2017, 22(3): 195-197.
- [7] 周兵, 柏正平, 朱克俭, 等. 柔肝健脾活血利湿方对肝硬化大鼠肠屏障的影响[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2016, 24(6): 438-441, 445.

(收稿日期: 2019-04-18)