

吴茱萸穴位贴敷联合塞来昔布胶囊治疗风寒湿痹型 急性痛风性关节炎的疗效观察

温晓文¹, 余尔慧², 徐俊¹, 张宇³

(1. 浙江大学医学院附属金华医院, 浙江金华 321000; 2. 浙江中医药大学, 浙江杭州 310053;

3. 浙江中医药大学附属第一医院, 浙江杭州 310006)

摘要:【目的】观察吴茱萸穴位贴敷联合塞来昔布胶囊治疗风寒湿痹型急性痛风性关节炎的临床疗效。【方法】将80例风寒湿痹型急性痛风性关节炎患者随机分为治疗组与对照组, 每组各40例。2组均给予常规健康宣教, 对照组在常规治疗的基础上, 给予塞来昔布胶囊口服, 治疗组在对照组的基础上, 给予吴茱萸穴位贴敷治疗。2组均连续治疗14 d。治疗14 d后, 观察2组患者治疗前后血沉、尿酸、超敏C反应蛋白的变化情况, 以及中医证候积分的变化情况, 比较2组患者治疗后疼痛、肿胀完全缓解的时间。并评价2组患者的临床疗效和不良反应的发生情况。【结果】(1)治疗后, 2组患者的血沉、尿酸、超敏C反应蛋白均明显改善($P < 0.05$), 且治疗组在改善血沉、尿酸、超敏C反应蛋白方面均明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。(2)治疗后, 2组患者的疼痛、肿胀缓解时间均明显改善($P < 0.05$), 且治疗组在改善患者疼痛、肿胀缓解时间方面均明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。(3)治疗后, 2组患者的中医证候积分明显改善($P < 0.05$), 且治疗组在改善中医证候积分方面均明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。(4)治疗组总有效率为85.0% (34/40), 对照组为65.0% (26/40)。治疗组疗效优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。(5)治疗过程中, 对照组无不良反应发生, 治疗组不良反应发生率为7.5% (3/40), 2组之间不良反应发生率比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。【结论】吴茱萸穴位贴敷联合塞来昔布胶囊治疗风寒湿痹型急性痛风性关节炎, 能明显缓解患者疼痛和肿胀的症状, 改善患者血沉、尿酸、超敏C反应蛋白的水平, 疗效显著。

关键词: 吴茱萸; 穴位贴敷; 塞来昔布胶囊; 急性痛风性关节炎; 风寒湿痹型; 疗效观察

中图分类号: R246.9

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)02-0330-06

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtem.2021.02.020

Clinical Observation of Acupoint Application with Fructus Evodiae Combined with Celecoxib Capsules in Treating Acute Gouty Arthritis with Wind-Cold-Damp Blockage Syndrome

WEN Xiao-Wen¹, YU Er-Hui², XU Jun¹, ZHANG Yu³

(1. Affiliated Jinhua Hospital, Medicine School of Zhejiang University, Jinhua 321000 Zhejiang, China; 2. Zhejiang University of Traditional Chinese Medicine, Hangzhou 310053 Zhejiang, China; 3. Affiliated First Hospital of Zhejiang University of Traditional Chinese Medicine, Hangzhou 310006 Zhejiang, China)

Abstract: Objective To observe the curative effect of acupoint application with Fructus Evodiae for treatment of acute gouty arthritis with wind-cold-damp blockage syndrome. **Methods** Eighty patients with acute gouty arthritis were randomly divided into treatment group and control group, 40 cases in each group. The two groups received conventional health propaganda and education, additionally, the control group received oral use of celecoxib capsules, and the treatment group received acupoint application with Fructus Evodiae on the basis of the treatment of the control group, the treatment lasting 14 continuous days. After 14-day treatment, the changes in erythrocyte sedimentation rate, uric acid and hypersensitive C-reactive protein and traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores were observed in the two groups before and after treatment. The time to relieving pain and swelling in the two groups were compared, and the efficacy and adverse reactions of the two groups were evaluated.

收稿日期: 2020-07-23

作者简介: 温晓文(1988-), 男, 主治中医师; E-mail: xiaowenax@163.com

通讯作者: 张宇(1982-), 男, 副主任中医师; E-mail: 642237851@qq.com

基金项目: 浙江省自然科学基金资助项目(编号: Y19H270018)

Results (1)After treatment, the levels of erythrocyte sedimentation rate, uric acid and hypersensitive C-reactive protein in the two groups were improved ($P < 0.05$), and the improvement in levels of erythrocyte sedimentation rate, uric acid and hypersensitive C-reactive protein of the treatment group was superior to that of the control group, the differences being significant ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). (2)After treatment, the time to relieving pain and swelling in the two groups were improved ($P < 0.05$), and the improvement in time to relieving pain and swelling of the treatment group was superior to that of the control group, the differences being significant ($P < 0.05$). (3)After treatment, the TCM syndrome scores in the two groups were improved ($P < 0.05$), and the improvement in TCM syndrome scores of the treatment group was superior to that of the control group, the differences being significant ($P < 0.05$). (4)The total effective rate of the observation group was 85.0% (34/40), and that of the control group was 65.0% (26/40). The curative efficacy in the observation group was superior to that of the control group, the difference being statistically significant ($P < 0.05$). (5)During the trial, no adverse reactions occurred in the control group, and the incidence rate of adverse reactions was 7.5% (3/40), but the differences being insignificant in the two groups ($P > 0.05$). **Conclusion** Acupoint application with Fructus Evodiae combined with celecoxib capsules is effective for the treatment of acute gouty arthritis with wind-cold-damp blockage syndrome, and exerts effects on relieving pain and swelling symptoms, improving levels of erythrocyte sedimentation rate, uric acid and hypersensitive C-reactive protein.

Keywords: Fructus Evodiae; acupoint application; celecoxib capsules; acute gouty arthritis; wind-cold-damp blockage syndrome; curative observation

痛风是嘌呤代谢障碍引起的代谢性疾病。痛风除高尿酸血症外可表现为急性关节炎、痛风石、慢性关节炎、关节畸形等。急性痛风性关节炎,多在午夜或清晨突然起病,多呈剧痛,数小时内出现受累关节红、肿、热、痛和功能障碍,常伴有发热、血白细胞增高、血沉增快等全身性表现。在我国,痛风的患病率呈现出上升的趋势,近期针对我国部分城市成年人的研究发现,血液中尿酸升高的成年人占13.19%,被确诊为痛风的占1.14%^[1]。目前,本病的发病原因和发病机制仍未明确,急性痛风性关节炎发作时现代医学以秋水仙碱、非甾体抗炎药、糖皮质激素等药物治疗为主,但这些药物存在严重的肝肾损害及骨髓抑制等毒副作用,限制了其临床应用^[2-4],这为中医药介入提供了机遇。在对痛风的认识和治疗方面,传统中医药有着悠久的历史,现阶段在临床疗效方面也取得了不错的效果^[5-6]。本研究采用吴茱萸穴位贴敷治疗风寒湿痹型急性痛风性关节炎,取得显著疗效,现将研究结果报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象及分组

选取2018年8月至2019年10月浙江大学医学

院附属金华医院病房及门诊收治的80例明确诊断为急性痛风性关节炎的患者为研究对象。按随机数表将患者随机分为治疗组和对照组,每组各40例。本研究获医院伦理委员会审议通过。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

参照美国风湿病协会1990年发布的诊断标准^[7]拟定。①急性关节炎发作1 d以上;②1 d内关节炎症状达到高峰;③单关节炎发作;④关节发红;⑤第一跖趾关节肿胀或疼痛;⑥单侧第一跖趾关节发作;⑦单侧跗骨关节炎发作;⑧可疑或证实的痛风石;⑨高尿酸血症;⑩经影像学证实的痛风石;⑪关节炎的发作可完全缓解。符合以上11项中的6项即可确诊。

1.2.2 中医辨证标准

参照2002年《中药新药临床研究指导原则》^[8]和2012年《中医病证诊断疗效标准》^[9]进行拟定。中医辨证属风寒湿痹型,主症:关节肿痛,局部皮下结节、痛风石,关节喜温。次症:肢体重着,麻木不仁,小便清长,大便溏薄。舌质淡红、苔薄白,脉象弦紧或濡缓。

1.3 纳入标准

①符合上述中西医诊断标准;②年龄在18~

65岁之间；③病程在1周以内，且发病后未行其他特殊治疗；④自愿参加本研究并签署知情同意书的患者。

1.4 排除标准

①合并有其他关节炎症、严重疾病的患者；②患有精神类疾病的患者；③依从性差，不能配合治疗的患者；④出现严重不良事件，医学判断不能继续治疗的患者；⑤已接受其他治疗的患者；⑥不能继续治疗或主动要求退出的患者。

1.5 治疗方法

1.5.1 常规处理

给予患者常规的健康宣教，包括如下方面：(1)饮食指导：严格限制嘌呤饮食，嘱患者每日饮水量大于2 000 mL。(2)提倡良好的生活方式：戒烟、不喝酒；生活规律，起居有常；劳逸结合，坚持锻炼，选择适合自己的运动方式、强度和运动量，肥胖者应减轻体质量，减少关节负重，多运动，如爬山、深蹲、爬楼梯等。(3)尿酸控制目标：痛风患者血尿酸水平应下降至 $357\ \mu\text{mol/L}$ ，合并有痛风石形成的患者，需控制在 $297.5\ \mu\text{mol/L}$ 以下。(4)积极治疗原发性疾病：积极治疗糖尿病、高血压病、冠心病、肥胖等可能导致高尿酸血症的原发性疾病。(5)心理指导：医务人员通过病情解释，帮助患者正确了解疾病以及防治策略，让患者积极参与到治疗中来，通过心理安慰，增加患者对疾病康复的信心。

1.5.2 对照组

在常规治疗的基础上，给予塞来昔布胶囊（辉瑞制药有限公司，批准文号：国药准字J20140072）口服，每次100 mg，每日2次。

1.5.3 治疗组

在对照组治疗的基础上，给予吴茱萸穴位贴敷治疗。具体操作如下：吴茱萸饮片于粉碎机中粉碎，过80目筛，备用。将吴茱萸粉与4度白醋按照2:1的比例配制成糊状，并将配置好的吴茱萸密封后放置于冰箱中冷藏，待吴茱萸温度降至 $4\ ^\circ\text{C}$ 后，取穴外敷。穴位选取：主穴为局部阿是穴、足三里、阳陵泉；第一跖趾关节疼痛配太冲（或行间）、大都、太白（或公孙穴）；踝关节疼痛可加用太溪、昆仑、申脉等；膝关节疼痛取膝眼、阳陵泉、梁丘、膝阳关等；腕关节疼痛患者选取合谷、外关、阳溪等；肘关节疼痛患者加曲池、手三里、尺泽等；指关节疼痛，选择大陵、中渚

等。每天治疗2次，每次取2~4个穴位或压痛点。

对受试者严格控制可变因素，由专人负责登记填表，并进行依从性监督。

1.5.4 疗程

2组患者均连续治疗14 d。

1.6 观察指标

1.6.1 理化指标检测

治疗前后分别抽血，观察2组患者治疗前后血沉、尿酸、超敏C反应蛋白的变化情况。

1.6.2 中医证候积分

观察2组患者治疗前后中医证候积分^[8]的变化情况，并给予量化处理。无症状计0分；主症：轻度计2分，中度计4分，重度计6分；次症：轻度计1分，中度计2分，重度计3分；舌苔脉象为必备条件不计分。

1.6.3 关节疼痛、肿胀完全缓解时间

观察2组患者治疗后关节疼痛、肿胀完全缓解的时间。

1.7 疗效判定标准

参照《中医病证诊断疗效标准》^[10]采用尼莫地平法。疗效指数 = (治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分 $\times 100\%$ 。痊愈： $90\% \leq$ 疗效指数 $\leq 100\%$ ；显效： $70\% \leq$ 疗效指数 $< 90\%$ ；有效： $50\% \leq$ 疗效指数 $< 70\%$ ；无效：疗效指数 $< 50\%$ 。总有效率 = (痊愈例数 + 显效例数 + 有效例数) / 总例数 $\times 100\%$ 。

1.8 不良反应发生情况

治疗过程中，观察2组患者不良反应的发生情况，并给予及时的处理。

1.9 统计方法

采用SPSS 19.0统计软件进行数据的统计分析。计量资料采用均数 \pm 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示，组内比较采用配对 t 检验，组间比较采用独立样本 t 检验；计数资料采用率或构成比表示，组间比较采用卡方检验；等级资料组间比较采用Ridit分析。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者基线资料比较

表1结果显示：2组患者的性别、年龄、病程等一般情况比较，差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)，表明2组患者的基线特征基本一致，具有可比性。

表1 2组风寒湿痹型急性痛风性关节炎患者基线资料比较
Table 1 Comparison of baseline data in the patients with acute gouty arthritis of wind-cold-damp blockage syndrome of the two groups ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数(例)	性别(例)		年龄(岁)	病程(年)
		男	女		
对照组	40	37	3	53.60 ± 10.44	9.90 ± 5.29
治疗组	40	38	2	52.60 ± 11.13	11.15 ± 5.26

表2 2组风寒湿痹型急性痛风性关节炎患者治疗前后血沉、尿酸、超敏C反应蛋白的比较

Table 2 Comparison of the erythrocyte sedimentation rate, uric acid and hypersensitive C-reactive protein levels in the patients with acute gouty arthritis of wind-cold-damp blockage syndrome of the two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数(例)	血沉(mm·h ⁻¹)		尿酸(mmol·L ⁻¹)		超敏C反应蛋白(mg·L ⁻¹)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	49.80 ± 10.19	38.70 ± 8.23 ^①	554.09 ± 33.77	480.29 ± 35.02 ^①	59.73 ± 10.64	35.24 ± 6.47 ^①
治疗组	40	52.35 ± 8.01	28.88 ± 7.99 ^{①②}	561.05 ± 27.04	452.82 ± 22.70 ^{①③}	62.54 ± 7.84	28.90 ± 4.29 ^{①③}

①P < 0.05, 与同组治疗前比较; ②P < 0.05, ③P < 0.01, 与对照组治疗后比较

2.3 2组患者治疗前后疼痛、肿胀缓解时间比较

表3结果显示: 治疗后, 2组患者的疼痛、肿胀缓解时间均明显改善(P < 0.05), 且治疗组在改善患者疼痛、肿胀缓解时间方面均明显优于对照组, 差异有统计学意义(P < 0.05)。

表3 2组风寒湿痹型急性痛风性关节炎患者治疗前后疼痛、肿胀缓解时间比较

Table 3 Comparison of the time to relieving pain and swelling in the patients with acute gouty arthritis of wind-cold-damp blockage syndrome of the two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s, d$)

组别	例数(例)	疼痛缓解时间	肿胀缓解时间
对照组	40	6.05 ± 1.62	12.08 ± 3.38
治疗组	40	3.78 ± 1.05 ^①	7.03 ± 2.18 ^①
t值		8.574	9.174
P值		0.000	0.000

①P < 0.05, 与对照组比较

2.4 2组患者治疗前后中医证候积分比较

表4结果显示: 治疗前, 2组患者中医证候积分比较, 差异无统计学意义(P > 0.05)。治疗后, 2组患者的中医证候积分明显改善(P < 0.05), 且治疗组在改善中医证候积分方面均明显优于对照组, 差异有统计学意义(P < 0.05)。

2.2 2组患者治疗前后血沉、尿酸、超敏C反应蛋白比较

表2结果显示: 治疗前, 2组患者血沉、尿酸、超敏C反应蛋白比较, 差异无统计学意义(P > 0.05)。治疗后, 2组患者的血沉、尿酸、超敏C反应蛋白均明显改善(P < 0.05), 且治疗组在改善血沉、尿酸、超敏C反应蛋白方面均明显优于对照组, 差异有统计学意义(P < 0.05或P < 0.01)。

表4 2组风寒湿痹型急性痛风性关节炎患者治疗前后中医证候积分比较

Table 4 Comparison of TCM syndromes scores in the patients with acute gouty arthritis of wind-cold-damp blockage syndrome of the two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s, 分$)

组别	例数(例)	治疗前	治疗后
对照组	40	24.83 ± 6.81	12.03 ± 3.07 ^①
治疗组	40	26.30 ± 5.74	9.03 ± 2.87 ^{①②}
t值		1.044	2.668
P值		0.300	0.009 8

①P < 0.05, 与同组治疗前比较; ②P < 0.05, 与对照组治疗后比较

2.5 2组患者临床疗效比较

表5结果显示: 治疗组总有效率为85.0%

表5 2组风寒湿痹型急性痛风性关节炎患者临床疗效比较
Table 5 Comparison of clinical curative effect in the patients with acute gouty arthritis of wind-cold-damp blockage syndrome of the two groups [例(%)]

组别	例数(例)	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	40	3(7.5)	7(17.5)	16(40.0)	14(35.0)	26(65.0)
治疗组	40	4(10.0)	18(45.0)	12(30.0)	6(15.0)	34(85.0) ^①

①P < 0.05, 与对照组比较

(34/40), 对照组为65.0%(26/40)。治疗组疗效优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.6 2组患者不良反应发生情况比较

治疗过程中, 对照组无不良反应发生。治疗组有3例出现贴敷部位皮肤红斑的现象, 伴有瘙痒, 给予口服抗过敏药物处理后, 红斑消退, 瘙痒好转, 继续完成了后续的治疗。治疗组不良反应发生率为7.5%(3/40), 2组之间不良反应发生率比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。

3 讨论

随着人们生活水平的提高, 痛风的患病率逐年增加, 痛风常常累及肾脏, 出现痛风性肾病及尿酸性肾石病, 严重危害人民健康, 成为我国卫生资源及卫生经济的重大负担。西医治疗急性痛风性关节炎虽疗效肯定, 但存在肝肾损害及骨髓抑制等毒副作用, 限制了其临床运用。如何快速缓解患者病情, 是目前临床研究的热点, 具有重要的现实意义。

“痛风”始见于南朝陶弘景的《名医别录》, 属于中医学“痹”“历节”“白虎”等病证范畴。中医学认为, 本病的病因病机是饮食不节, 恣食肥甘厚味, 饮酒过度, 滋生湿热, 加之风寒湿邪外侵机体, 痹阻筋骨血脉而为痹证, 症见关节红肿胀痛, 或肢体活动不利; 或素体正气亏虚, 气血不足, 脾气虚弱, 脾失健运, 湿浊内生, 蕴久化热, 痰瘀聚集, 以致湿风痰瘀痹阻经络而发病。临床上对其分型及治疗, 各学者有着不同的体会。本项目组根据文献[11]报道将本病分为湿热痹阻型、风寒湿痹型、痰瘀阻滞型、脾肾阳虚型、肝肾阴虚共5种分型。其中, 风寒湿痹型是由于正气不足, 风寒湿邪乘虚侵入, 阻滞经络, 痹阻不通而致。治宜祛风散寒, 除湿止痛。

穴位贴敷疗法, 历史悠久, 其以中医经络学说为理论依据, 属于中医传统治疗方法。经络是运行气血、联系脏腑和体表及全身各部的通道, 而穴位则是人体脏腑经络之气血输布于体表的特殊部位。各种致病之邪滞留在人体内部, 郁而不通, 气血运行不畅, 则百病生焉。此时, 采取穴位贴敷疗法, 给予体表腧穴相应的皮部刺激, 通过经络的传导和调整作用, 纠正脏腑阴阳的失衡, 改善经络气血的运行, 产生良好的治疗作用。并且穴位敷贴疗法具有使药物直达病所、取

效快、疗效肯定、简便易行等优点^[12-14], 以其独特的给药优势而成为目前研究的热点之一。

吴茱萸性辛苦热, 具有散寒止痛、降逆止呕、燥湿止泻的功效, 常用于治疗肝胃虚寒、阴浊上逆所致的头痛或胃脘痛等症。在临床上此药除了煎药内服之外, 在穴位贴敷疗法中也应用广泛。吴茱萸穴位贴敷治疗难治性高血压、心律失常、复发性口腔溃疡、化疗后不良反应、失眠、痛经、咳嗽等都有显著疗效^[15]。现代药理研究表明, 吴茱萸中的吴茱萸碱对肿瘤细胞、心脏、内分泌系统、支气管平滑肌及胃肠道等均具有较强的药理作用^[16-18], 且具有显著的降血尿酸、抗炎、镇痛作用^[19-20]。以醋调制吴茱萸, 取醋解毒止痛之功效。

综上所述, 本研究将吴茱萸穴位贴敷运用于治疗风寒湿痹型急性痛风性关节炎, 从临床症状、理化指标、中医证候积分等方面综合判定患者的疗效以及安全性, 结果表明, 给予吴茱萸穴位贴敷的治疗组较对照组, 能更好地改善患者症状、降低尿酸及炎症指标, 这为临床上防治急性痛风性关节炎提供了更加科学、客观的手段与方法。然而, 本研究样本例数少, 研究局限在疗效的观察, 而缺乏具体机制的研究, 因此, 在此基础上, 进一步深入研究, 具有一定的社会意义及临床意义。

参考文献:

- [1] 张兰芝, 周玉秀. 唐山市社区中青年痛风及高尿酸血症的流行病学调查[J]. 山东大学学报·医学版, 2010, 48(5): 163-164.
- [2] MOHAMED L, JAMES L M, ALBERTO C V, et al. Glyburide inhibits the Cryopyrin/Nalp3 inflammasome[J]. J Cell Biol, 2009, 187(1): 67-70.
- [3] TERELTAU B R, SUNDY J S, SCHUMACHER H R, et al. The interleukin 1 inhibitor rilonacept in treatment of chronic gouty arthritis: results of a placebo-controlled, monosequence crossover, non-randomized, single-blind pilot study[J]. Ann Rheum Dis, 2009, 68(10): 1613-1617.
- [4] SMITH H S, BRACEKN D, SMITH J M. Current insight and future perspectives[J]. J Pain, 2011, 12(11): 1113-1129.
- [5] 唐英, 徐潇蓉, 赵洁, 等. 中医药治疗痛风的研究现状[J]. 世界中医药, 2016, 11(2): 372-375.
- [6] 董伟光, 赵娇娇. 中医药治疗痛风性关节炎研究进展[J]. 陕西中医, 2015, 36(4): 505-508.
- [7] 刘湘源. 表格式临床系列丛书·风湿病分册[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2001: 202.
- [8] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[S]. 北京: 中国医

- 药科技出版社, 2002: 125-129.
- [9] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2012: 50-51.
- [10] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 20.
- [11] 崔晓军. 浅谈痛风病临床诊治[J]. 陕西中医, 2012, 33(2): 199-200.
- [12] 丁杰. 穴位贴敷联合中医护理在治疗痛风患者中的临床疗效分析[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(3): 125.
- [13] 程征, 王琴, 石岩. 如意金黄散穴位贴敷治疗急性痛风性关节炎临床效果 Meta 分析[J]. 亚太传统医学, 2016, 12(10): 115-116.
- [14] 张利芳, 郑承红. 如意金黄散穴位贴敷治疗急性痛风性关节炎的临床疗效观察[J]. 中西医结合杂志, 2015, 7(2): 95-97.
- [15] 陈伊莉. 吴茱萸穴位贴敷的临床应用近况[J]. 中医外治杂志, 2016, 25(4): 52-53.
- [16] 张志仙, 蒋美玲, 王欣慧, 等. 吴茱萸碱的药理学研究进展[J]. 现代生物医学进展, 2014, 14(21): 4189-4191.
- [17] 裘杨溢, 徐盛涛, 徐进宜. 吴茱萸碱类衍生物的生物活性研究进展[J]. 药学与临床研究, 2017, 25(3): 221-226.
- [18] 徐俊杰, 杨然, 杨芳景, 等. 吴茱萸碱抗肿瘤机制的研究进展[J]. 上海交通大学学报(医学版), 2018, 38(5): 578-583.
- [19] 宋英, 盛蓉, 李涓, 等. 吴茱萸碱治疗痛风的药效学研究[J]. 中药药理与临床, 2011, 27(6): 17.
- [20] 陶兆燕, 李涓, 盛蓉, 等. 吴茱萸碱分散片降尿酸及抗炎、镇痛的实验研究[J]. 时珍国医国药, 2013, 24(5): 1147-1148.

【责任编辑: 宋威】

基于现代穴位贴敷治疗腹泻选穴及贴敷用药规律分析

李欣源^{1,2,3}, 贺雅琪^{1,2,3}, 陈洁^{2,3,4}, 王陵军^{2,3,4}, 杨忠奇^{2,3,4}, 袁天慧^{2,3,4}, 冼绍祥^{2,3,4}

(1. 广州中医药大学第一临床医学院, 广东广州 510405; 2. 广州中医药大学岭南医学研究中心, 广东广州 510405;
3. 广东省普通高校慢性心力衰竭中医药防治重点实验室, 广东广州 510405;
4. 广州中医药大学第一附属医院, 广东广州 510405)

摘要:【目的】探讨穴位贴敷治疗腹泻选穴及所用中药的性、味、归经等规律特点, 为腹泻的临床配伍及穴位贴敷用药处方提供理论依据。【方法】通过计算机检索中国知网期刊全文数据库(CNKI)、维普数据库(VIP)、万方数据知识服务平台(Wanfang)。限定检索时限为2009年1月至2019年12月。检索有关穴位贴敷治疗腹泻的临床文献, 采用数据挖掘中的频次分析方法, 分析穴位贴敷治疗腹泻的选穴及用药规律。【结果】最终共纳入文献64篇, 包括27个穴位、80味药物。通过统计分析发现, 在所属经脉穴位选择上, 以神阙、天枢、中脘、足三里等穴为主穴, 以任脉、胃经、膀胱经穴为主; 用药上, 以吴茱萸、肉桂、丁香、白术、干姜为多, 其功效以散寒止痛为主, 药性多呈辛、温、热, 归经多属脾、胃经。【结论】穴位贴敷治疗腹泻常用单穴为神阙, 常用配穴为天枢、中脘、足三里, 多使用温阳散寒药物, 总体体现了散寒止痛的治则。

关键词: 穴位贴敷; 腹泻; 选穴; 用药规律; 文献研究; 温阳散寒; 散寒止痛; 神阙穴; 天枢穴; 中脘穴; 足三里穴

中图分类号: R246.9

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)02-0335-06

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2021.02.021

收稿日期: 2020-07-23

作者简介: 李欣源(1995-), 女, 在读硕士研究生; E-mail: 315460288@qq.com

通讯作者: 冼绍祥, 男, 主任医师, 博士研究生导师; E-mail: shaoliangx@hotmail.com

基金项目: 国家自然科学基金资助项目(编号: 81373570, 81673920, 81473621, 81673796, 81704036); 广东省自然科学基金重点项目(编号: 2016A030311030); 广州市慢性心衰中医药防治重点实验室项目(编号: 201705030006); 国家重点研发计划“中医药现代化”(编号: 2017YFC1700304); 国家中医临床研究基地建设项目(编号: 国中医药科技函[2018]131号); 国家重点研发计划安全关键技术研发和中医药现代化研究重点专项(编号: 2017YFC1700304)