

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2020.12.012

# 脊得舒膏方加减对强直性脊柱炎髋关节强直肝肾不足证患者全髋关节置换术后康复的影响

赵建磊<sup>1</sup>, 孙永强<sup>1,2\*</sup>, 阎亮<sup>2</sup>

1. 河南省洛阳正骨医院 (河南省骨科医院) 郑州院区, 河南省郑州市管城区永平路 100 号, 450016; 2. 河南省中医院

**摘要** 目的 观察脊得舒膏方加减对强直性脊柱炎 (AS) 髋关节强直肝肾不足证患者全髋关节置换术 (THA) 术后康复的影响。方法 将 48 例 AS 晚期髋关节强直患者随机分成治疗组和对照组各 24 例。对照组 THA 术后进行常规治疗; 治疗组在对照组基础上联合口服脊得舒膏方加减进行治疗, 共治疗 1 个月。观察两组患者术前及术后 1、3、6、12 个月红细胞沉降速率 (ESR)、C 反应蛋白 (CRP)、髋关节 Harris 评分、髋关节活动度 (ROM)、视觉模拟评分 (VAS 评分)、中医临床症状评分、生存质量评分, 判定中医证候疗效及安全性分析。结果 术后 12 个月两组患者 ESR、CRP、Harris 评分、髋关节 ROM、VAS 评分及 SF36 质量评分 (包括生理机能、生理职能、躯体疼痛、一般健康状况、精力、情感职能、社会功能、精神健康) 均得到明显改善。治疗组术后第 3、6 个月的 VAS 评分显著优于对照组 ( $P < 0.05$ ); 治疗组术后 12 个月中医证候疗效控显率 (79.17%) 优于对照组 (33.33%); 治疗组在术后 12 个月生存质量各维度评分方面优于对照组 ( $P < 0.05$ )。两组患者治疗前后肝、肾功能均无明显异常变化, 且未发生任何药物不良反应。结论 脊得舒膏方加减在 AS 髋关节强直肝肾不足证患者 THA 术后减轻疼痛、提高疗效及改善患者生存质量方面有明显优势。

**关键词** 强直性脊柱炎; 全髋关节置换术; 脊得舒膏方; 肝肾不足证; 生存质量

强直性脊柱炎 (ankylosing spondylitis, AS) 是一种慢性炎症性疾病, 其侵犯部位以中轴关节为主, 少数以外周关节及四肢躯干症状为表现的一种疾病。病变初期以躯干疼痛和关节肿痛为主要临床表现, 病变进展至终末期以脊柱、关节僵硬为主要表现<sup>[1]</sup>。其发病多与自身遗传因素、内分泌失调、自身免疫功能及外界环境有关<sup>[2]</sup>。其治疗原则主要是早发现、早治疗, 中期控制病情进展, 晚期改善症状及矫正关节畸形<sup>[3]</sup>。全髋关节置换术 (total hip arthroplasty, THA) 作为纠正 AS 晚期髋关节病变的治疗手段已被广大临床骨科医师所认可<sup>[4]</sup>, 但 THA 术后患者往往面临创伤失血、疼痛、胃肠功能紊乱、骨质疏松及炎症反应等术后并发症, 严重影响患者术后康复。因此, 在 AS 晚期 THA 术后, 如何最大限度降低术后并发症, 促进患者快速康复成为临床医师所面临的一大难题。脊得舒为名老中医王宏坤教授治疗 AS 的经验方, 治疗 AS 效

果显著<sup>[5]</sup>。本研究自 2015 年 8 月至 2018 年 6 月对 24 例强直性脊柱炎全髋关节置换术后肝肾不足证患者采用脊得舒加减治疗, 并随访 1 年观察疗效。现报道如下。

## 1 临床资料

### 1.1 诊断标准

西医诊断标准参照《强直性脊柱炎诊断及治疗指南》<sup>[6]</sup> 诊断为强直性脊柱炎, 术前影像学表现为髋关节间隙变窄或强直。

中医证候诊断标准参照《中药新药临床研究指导原则 (试行)》<sup>[7]</sup>: 肝肾不足证: 主症: 腰骶疼痛, 脊背疼痛, 腰脊活动受限, 晨僵, 局部酸痛, 眩晕耳鸣, 腰膝酸软, 足跟痛; 次症: 肌肉瘦削, 盗汗, 手足心热; 舌脉: 舌红, 苔少或有剥脱, 脉沉细或细数。主症 3 项 + 次症 1 项, 并参照舌象、脉象即可辨证。

### 1.2 纳入标准

符合西医诊断标准及中医证候诊断标准者; 年龄 18 ~ 50 岁; 自愿加入本研究并签署知情同意书。

基金项目: 河南省高等学校重点科研项目 (15A360002)

\* 通讯作者: joint99@126.com, 13803869052

### 1.3 排除标准

妊娠或哺乳期妇女; 对本药耐受程度较差, 或有肝、肾、心脑血管和造血系统等严重原发性疾病及精神病者; 其他风湿病者。

### 1.4 一般资料

本研究入选病例 48 例 (87 髌), 其中男 36 例 (68 髌), 女 12 例 (19 髌); 年龄 18 ~ 49 岁, 病程 5 ~ 28 年。按照随机数字表法分为治疗组和对照组各 24 例。治疗组中男 16 例 (29 髌), 女 8 例 (14 髌); 年龄 18 ~ 49 岁, 平均 (30.42 ± 8.92) 岁; 病程 5 ~ 25 年, 平均 (13.58 ± 5.35) 年。对照组中男 20 例 (39 髌), 女 4 例 (5 髌); 年龄 18 ~ 47 岁, 平均 (31.33 ± 8.24) 岁; 病程 8 ~ 27 年, 平均 (15.33 ± 4.92) 年。两组患者一般资料比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

## 2 方法

### 2.1 治疗方法

所有手术均由同一位主任医师及其团队实施, 所有患者均采用全身麻醉, 患者侧卧。采用髌关节后外侧切口行全髌关节置换。术后嘱患者去枕平卧并适度垫高患侧肢体。术后当日开始进行间歇充气加压装置气压治疗, 每日 2 次, 早晚各 1 次, 持续使用 14 天。术后第一天开始进行患肢主动活动锻炼。术后第二天拔除负压引流装置后在主管医师的指导下进行床边功能锻炼, 第三天开始在助行器的辅助下下地活动, 行走时健侧先行。

对照组: 常规治疗基础上, 术后第一天开始予低分子肝素钙注射液 (4100 IU/支, 葛兰素史克公司生产, 批号 120451465124) 4100 IU 皮下注射, 每日 1 次, 共 2 周。术后 8 h 给予塞来昔布 (西乐葆, 美国辉瑞, 国药准字 J20030098) 200 mg, 每日 2 次。

治疗组: 常规治疗基础上, 口服中药育得舒膏方, 组成: 北柴胡 20 g, 杜仲 20 g, 狗脊 20 g, 川牛膝 20 g, 木瓜 20 g, 当归 20 g, 鸡血藤 20 g, 川芎 15 g, 醋乳香 15 g, 醋没药 15 g, 黄芩 15 g, 白芍 15 g, 五味子 15 g, 白芷 15 g, 生地黄 10 g, 三七 10 g, 小茴香 10 g, 全蝎 10 g, 姜半夏 12 g, 炙甘草 6 g。在此基础上针对 THA 术后便秘、不思饮食的特点, 辅以火麻仁、山楂、神曲、麦芽各 15 g, 以上汤药均由河南省中医院中药房加工制成膏方, 放凉后加盖放入冷藏柜内贮藏。每日 3 次,

每次 20 g, 温水冲服。

两组均治疗 1 个月。

### 2.2 观察指标和方法

2.2.1 实验室观察指标 分别于术前及术后 1、3、6、12 个月采用魏氏法检测红细胞沉降速率 (ESR), 并采用全自动生化分析仪检测 C 反应蛋白 (CRP)。

2.2.2 临床观察指标 分别于术前及术后 1、3、6、12 个月对髌关节功能采用 Harris 评分<sup>[8]</sup>、髌关节活动度 (ROM, 屈伸 + 内收外展 + 内外旋) 进行评价; 各时间点疼痛评定采用视觉模拟评分法 (VAS 评分)<sup>[9]</sup>。

2.2.3 生存质量 分别于术前及术后 1、3、6、12 个月运用 SF-36 表<sup>[10]</sup>对生存质量进行量化评分, 包括生理机能、生理职能、躯体疼痛、一般健康状况、精力、情感职能、社会功能、精神健康等。

2.2.4 临床症状评分 参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[11]</sup>有关标准进行评分, 包括腰骶疼痛、脊背疼痛、活动受限、晨僵、局部酸痛、眩晕耳鸣、腰膝酸软、盗汗。分值为 0 ~ 6 分, 分值越高症状越重。

2.2.5 安全性观察 治疗前后检测患者肝、肾功能, 同时记录药物不良反应。

### 2.3 疗效标准

2.3.1 中医证候疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则 (试行)》<sup>[12]</sup>中有关标准, 临床控制: 中医临床症状、体征消失或基本消失, 证候积分减少  $\geq 95\%$ ; 显效: 中医临床症状、体征明显改善, 证候积分减少  $\geq 70\%$  但  $< 95\%$ ; 有效: 中医临床症状、体征均有好转, 证候积分减少  $\geq 30\%$  但  $< 70\%$ ; 无效: 中医临床症状、体征均无明显改善, 甚或加重, 证候积分减少  $< 30\%$ 。计算公式 (尼莫地平法): 证候积分 (治疗前分值 - 治疗后分值) / 治疗前分值  $\times 100\%$ 。

2.3.2 髌关节功能疗效标准 参照文献<sup>[8]</sup>, Harris 评分优:  $\geq 90$  分, 良: 80 ~ 89 分; 可: 70 ~ 79 分; 差:  $< 70$  分。

### 2.4 统计学方法

应用 SPSS 22.0 统计学软件进行分析。计量资料均符合正态分布, 以均数  $\pm$  标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 采用  $t$  检验; 计数资料采用卡方检验。多次检测的计量资料组内对比用重复测量方差分析。以

$P < 0.05$  为差异有统计学意义。

### 3 结果

#### 3.1 两组患者治疗前后 ESR、CRP、髌关节 Harris 评分、髌关节 ROM 及 VAS 评分比较

表 1 示, 两组患者 ESR、CRP、髌关节 Harris 评分、ROM 组间同时间点比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。整体采用重复测量分析, 时间效应, 组内各时间点间差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 时间组别交互效应差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。髌关节 VAS 评分: 组间比较: 术后 3 个月、术后 6 个月, 治疗组小于对照组 ( $P < 0.05$ )。整体采用重复测量分析, 时间效应  $P < 0.05$ , 组内各时间点间差异有统计学意义; 时间组别交互效应差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

#### 3.2 两组患者治疗后 12 个月髌关节功能疗效比较

治疗组 24 例中优 5 例, 良 12 例, 可 5 例, 差 2 例; 对照组 24 例中分别为 5 例、14 例、3 例及 2 例。两组患者比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。

#### 3.3 两组患者中医证候疗效比较

治疗组 24 例中临床控制 5 例, 显效 14 例, 有效 4 例, 无效 1 例, 控显率 79.17%, 总有效率 95.83%。对照组 24 例中分别为 1 例、7 例、12 例、4 例、33.33% 及 83.33%。治疗组的控显率优于对照组 ( $P < 0.01$ )。

#### 3.4 两组患者术前及术后 12 个月临床症状评分比较

表 2 示, 两组治疗前各症状评分比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。与术前比较, 治疗组和对照组 (除眩晕耳鸣) 术后 12 个月各症状评分均明显降低 ( $P < 0.05$  或  $P < 0.01$ )。两组术后 12 个月比较, 治疗组各症状评分均明显低于对照组 ( $P < 0.05$  或  $P < 0.01$ )。

#### 3.5 两组患者治疗前后不同时间生存质量各维度评分比较

表 3 示, 两组患者术后 1、3、6、12 个月各维度与术前比较均明显升高 ( $P < 0.05$ ); 时间效应上, 组内各时间点间差异有统计学意义 ( $P < 0.05$  或  $P < 0.01$ ), 且治疗组术后 12 个月各维度评分明

表 1 两组强直性脊柱炎髌关节强直肝肾不足证患者全髌关节置换术术前及术后不同时间 ESR、CRP、髌关节 Harris 评分、髌关节 ROM、VAS 评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 时间       | 例数 | ESR (mm/h)         | CRP (mg/L)        | 髌关节 Harris 评分 (分)      | 髌关节 ROM ( $^{\circ}$ )   | VAS 评分 (分)                |
|-----|----------|----|--------------------|-------------------|------------------------|--------------------------|---------------------------|
| 治疗组 | 术前       | 24 | 53.44 $\pm$ 21.67  | 44.38 $\pm$ 10.06 | 29.13 $\pm$ 9.54 (43)  | 9.75 $\pm$ 17.55 (43)    | 7.00 $\pm$ 1.62           |
|     | 术后 1 个月  | 24 | 40.57 $\pm$ 16.36* | 37.36 $\pm$ 8.02* | 67.54 $\pm$ 7.58* (43) | 133.46 $\pm$ 10.17* (43) | 4.08 $\pm$ 0.88*          |
|     | 术后 3 个月  | 24 | 31.52 $\pm$ 10.93* | 26.78 $\pm$ 5.72* | 73.96 $\pm$ 9.63* (43) | 159.92 $\pm$ 13.35* (43) | 2.25 $\pm$ 0.84* $\Delta$ |
|     | 术后 6 个月  | 24 | 21.72 $\pm$ 6.30*  | 14.77 $\pm$ 2.75* | 83.29 $\pm$ 4.46* (43) | 185.13 $\pm$ 15.92* (43) | 0.96 $\pm$ 0.75* $\Delta$ |
|     | 术后 12 个月 | 24 | 12.31 $\pm$ 3.94*  | 5.70 $\pm$ 2.18*  | 85.46 $\pm$ 5.75* (43) | 206.08 $\pm$ 17.94* (43) | 0.54 $\pm$ 0.59*          |
| 对照组 | 术前       | 24 | 53.34 $\pm$ 17.72  | 42.53 $\pm$ 7.06  | 28.58 $\pm$ 11.32 (44) | 10.63 $\pm$ 20.72 (44)   | 6.79 $\pm$ 1.50           |
|     | 术后 1 个月  | 24 | 42.34 $\pm$ 12.94* | 35.70 $\pm$ 7.56* | 66.50 $\pm$ 7.64* (44) | 139.63 $\pm$ 21.90* (44) | 4.33 $\pm$ 0.92*          |
|     | 术后 3 个月  | 24 | 33.42 $\pm$ 10.94* | 26.33 $\pm$ 6.87* | 74.71 $\pm$ 8.38* (44) | 166.08 $\pm$ 17.23* (44) | 3.17 $\pm$ 0.82*          |
|     | 术后 6 个月  | 24 | 23.91 $\pm$ 6.95*  | 15.31 $\pm$ 2.94* | 82.17 $\pm$ 6.51* (44) | 179.92 $\pm$ 16.84* (44) | 1.58 $\pm$ 0.72*          |
|     | 术后 12 个月 | 24 | 11.83 $\pm$ 2.91*  | 6.83 $\pm$ 2.79*  | 84.92 $\pm$ 6.67* (44) | 199.00 $\pm$ 21.78* (44) | 0.63 $\pm$ 0.71*          |

注: () 内为髌关节数; ESR, 红细胞沉降率; CRP, C 反应蛋白; 髌关节 ROM, 髌关节活动度; VAS, 视觉模拟评分法; 与本组术前比较, \*  $P < 0.05$ ; 与对照组术后同时间比较,  $\Delta$   $P < 0.05$

表 2 两组强直性脊柱炎髌关节强直肝肾不足证患者全髌关节置换术术前及术后 12 个月临床症状评分比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 时间       | 腰骶疼痛                             | 脊背疼痛                             | 活动受限                             | 晨僵                               |
|-----|----------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 治疗组 | 术前       | 3.47 $\pm$ 1.44 (23)             | 2.93 $\pm$ 1.11 (14)             | 3.25 $\pm$ 1.49 (18)             | 3.03 $\pm$ 1.81 (24)             |
|     | 术后 12 个月 | 2.26 $\pm$ 1.09 (23) ** $\Delta$ | 1.28 $\pm$ 0.91 (14) ** $\Delta$ | 1.22 $\pm$ 0.64 (18) ** $\Delta$ | 1.75 $\pm$ 1.22 (24) ** $\Delta$ |
| 对照组 | 术前       | 3.94 $\pm$ 1.46 (22)             | 3.45 $\pm$ 0.78 (13)             | 3.43 $\pm$ 1.48 (16)             | 3.54 $\pm$ 1.73 (24)             |
|     | 术后 12 个月 | 2.85 $\pm$ 1.50 (22) *           | 2.09 $\pm$ 1.26 (13) **          | 2.83 $\pm$ 1.69 (16) *           | 3.05 $\pm$ 1.50 (24) *           |

  

| 组别  | 时间       | 局部酸痛                             | 眩晕耳鸣                             | 腰膝酸软                             | 盗汗                              |
|-----|----------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| 治疗组 | 术前       | 4.33 $\pm$ 1.13 (16)             | 3.93 $\pm$ 1.37 (12)             | 1.86 $\pm$ 0.34 (13)             | 1.83 $\pm$ 0.29 (6)             |
|     | 术后 12 个月 | 1.92 $\pm$ 1.07 (16) ** $\Delta$ | 1.12 $\pm$ 0.73 (12) ** $\Delta$ | 0.39 $\pm$ 0.20 (13) ** $\Delta$ | 0.37 $\pm$ 0.15 (6) ** $\Delta$ |
| 对照组 | 术前       | 4.66 $\pm$ 0.95 (17)             | 3.40 $\pm$ 1.29 (12)             | 2.06 $\pm$ 0.63 (14)             | 1.60 $\pm$ 0.46 (7)             |
|     | 术后 12 个月 | 3.27 $\pm$ 1.57 (17) *           | 2.91 $\pm$ 1.48 (12)             | 1.31 $\pm$ 0.72 (14) *           | 0.76 $\pm$ 0.43 (7) **          |

注: () 内为例数; 与本组术前比较, \*  $P < 0.05$ , \*\*  $P < 0.01$ ; 与对照组术后 12 个月比较,  $\Delta$   $P < 0.05$ ,  $\Delta\Delta$   $P < 0.01$

表 3 两组强直性脊柱炎髋关节强直肝肾不足证患者全髋关节置换术术前及术后不同时间生存质量各维度评分变化比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 时间       | 例数 | 生理机能             | 生理职能             | 躯体疼痛            | 一般健康状况           |
|-----|----------|----|------------------|------------------|-----------------|------------------|
| 治疗组 | 术前       | 24 | 32.73 ± 7.83     | 18.50 ± 9.63     | 24.21 ± 8.29    | 31.57 ± 6.24     |
|     | 术后 1 个月  | 24 | 42.99 ± 8.16*    | 38.34 ± 12.79*   | 44.35 ± 9.34*   | 41.34 ± 5.17*    |
|     | 术后 3 个月  | 24 | 53.68 ± 9.47*    | 54.18 ± 14.81*   | 55.65 ± 9.36*   | 55.35 ± 9.96*    |
|     | 术后 6 个月  | 24 | 69.12 ± 11.42*   | 75.21 ± 19.73*   | 71.66 ± 10.22*  | 72.66 ± 12.07*   |
|     | 术后 12 个月 | 24 | 71.45 ± 6.26**△  | 78.06 ± 12.06**△ | 71.83 ± 7.14**△ | 73.81 ± 11.04**△ |
| 对照组 | 术前       | 24 | 34.80 ± 4.22     | 22.11 ± 6.54     | 22.67 ± 9.88    | 32.63 ± 5.78     |
|     | 术后 1 个月  | 24 | 40.83 ± 4.45*    | 28.00 ± 6.57*    | 35.33 ± 7.39*   | 39.00 ± 5.78*    |
|     | 术后 3 个月  | 24 | 48.66 ± 5.72*    | 39.27 ± 12.61*   | 46.66 ± 8.03*   | 49.84 ± 8.36*    |
|     | 术后 6 个月  | 24 | 56.65 ± 8.18**   | 48.34 ± 14.57*   | 54.68 ± 9.74*   | 58.34 ± 11.18*   |
|     | 术后 12 个月 | 24 | 63.17 ± 9.33*    | 61.16 ± 11.91*   | 66.05 ± 9.45*   | 61.32 ± 9.82*    |
| 组别  | 时间       | 例数 | 精力               | 情感职能             | 社会功能            | 精神健康             |
| 治疗组 | 术前       | 24 | 25.47 ± 5.75     | 25.36 ± 12.52    | 15.75 ± 9.09    | 29.21 ± 2.97     |
|     | 术后 1 个月  | 24 | 39.83 ± 6.75*    | 34.34 ± 8.76*    | 35.52 ± 9.66*   | 47.21 ± 4.38*    |
|     | 术后 3 个月  | 24 | 55.82 ± 8.22*    | 54.46 ± 16.37*   | 52.51 ± 9.52*   | 57.72 ± 6.77*    |
|     | 术后 6 个月  | 24 | 69.34 ± 8.89*    | 73.15 ± 20.45*   | 66.36 ± 11.07*  | 70.38 ± 8.02*    |
|     | 术后 12 个月 | 24 | 72.01 ± 10.83**△ | 72.84 ± 12.48**△ | 72.72 ± 8.50**△ | 72.22 ± 11.07**△ |
| 对照组 | 术前       | 24 | 26.22 ± 5.85     | 26.27 ± 6.24     | 17.78 ± 9.83    | 28.87 ± 2.40     |
|     | 术后 1 个月  | 24 | 36.78 ± 7.53*    | 35.67 ± 9.28*    | 28.78 ± 8.53*   | 38.27 ± 3.25*    |
|     | 术后 3 个月  | 24 | 44.94 ± 8.98*    | 44.33 ± 14.65*   | 39.28 ± 8.75*   | 48.39 ± 7.35*    |
|     | 术后 6 个月  | 24 | 51.83 ± 11.13*   | 58.78 ± 14.34*   | 48.45 ± 10.35*  | 56.18 ± 8.79*    |
|     | 术后 12 个月 | 24 | 61.75 ± 12.82**  | 62.14 ± 12.60*   | 65.21 ± 6.69*   | 60.55 ± 9.93*    |

注: 与本组术前比较, \*  $P < 0.05$ , \*\*  $P < 0.01$ ; 与对照组术后同时间比较, △  $P < 0.05$

显高于对照组 ( $P < 0.05$ )。

### 3.6 安全性观察

两组患者治疗前后比较肝功能、肾功能均无明显异常变化, 且未发生任何药物不良反应。

## 4 讨论

THA 可以重建病变关节, 恢复关节功能, 从而提高患者的生活质量。但 THA 创伤大, 术中脱位、牵拉及扭曲患肢会导致血管损伤, 尤其术中对挛缩的肌肉软组织进行广泛的松解, 再加上严重并发症给患者术后康复锻炼造成严重影响。因此, 为保证 AS 患者术后的康复锻炼效果, 需常规口服非甾体类抗炎镇痛药 (NSAIDs), 其作用主要体现在抗炎、缓解疼痛, 提高患病关节活动度, 长期服用还可抑制病变的影像学进展<sup>[1]</sup>。但国内指南<sup>[2]</sup>提出, 应用 NSAIDs 药物的同时应重视其副反应, 主要表现为胃肠不适、食欲减退, 少数可引发溃疡, 更有甚者危及生命。因此, 如何最大限度降低术后并发症, 促进患者快速康复, 成为临床工作中的一大难点。

中医学将 AS 归属于“痹证”范畴, 目前国内学者大多将本病病机归为本虚标实之证, 以肾督亏虚为本, 外邪侵袭为标, 正虚邪侵发为本病<sup>[3]</sup>。

我们认为, AS 多由先天遗传或外感邪气所致, 久病累及肝、肾致肝肾亏虚, 发为骨质疏松筋脉挛缩。加之 THA 术后气血亏虚, 致脾胃运化无力, 大肠传导失司发为腹胀便秘; 脉络受损导致络破血溢脉外, 发为气血亏虚; 经脉瘀阻, 发为瘀血; 脉道受损, 不通则痛, 发为疼痛; 术后气血两虚, 发为低热。本研究根据名老中医王宏坤教授以补益为主、佐以祛瘀为治疗原则指导下所创之脊得舒汤<sup>[4]</sup>基础上加減, 方中狗脊、杜仲补肝肾、强筋骨; 当归、川芎、川牛膝、鸡血藤、三七、全蝎活血通络; 山楂、神曲、麦芽健脾消食; 火麻仁润肠通便; 乳香、没药行气止痛; 柴胡、黄芩、生地黄、白芍、五味子透热养血敛阴; 半夏、木瓜、小茴香舒筋活络、和胃化湿, 防止滋补太过; 甘草调和诸药, 同时与白芷、白芍相伍而缓急止痛。诸药合用, 共奏补肾强骨、活血祛瘀通络之功。

研究表明, 狗脊可以延缓骨矿物质丢失, 保持骨的生物力学特性<sup>[4]</sup>; 杜仲所含杜仲总黄酮可促进体外成骨细胞中所含钙素 mRNA 的正常表达<sup>[5]</sup>; 牛膝总皂苷能有效提高细胞活力<sup>[6]</sup>, 对 AS 所导致的骨质疏松及软骨破坏可起到一定程度改善。THA 术后脉道受损, 瘀滞不通, 易发为瘀血及血栓, 而当归、鸡血藤、乳香、没药等含挥发油, 在改善血

液循环同时,抑制血小板聚集,修复血管缺陷,促进血管增粗<sup>[17-20]</sup>,从而实现活血化瘀通络功效。AS 的发病机制为免疫系统过分激活,从而恢复其正常生理功能。同时,柴胡、白芍、黄芩还具有镇痛、抗炎、抗抑郁及解热作用<sup>[21-24]</sup>,其中木瓜与白芍配伍抗炎效果明显<sup>[25]</sup>。上药配伍共奏解热镇痛抗炎及调节免疫之效。针对手术及麻醉刺激引发的术后短期内胃肠道反应,半夏可以抑制胃蛋白酶活性,加热炮制或加明矾、姜汁炮制可以抑制呕吐中枢并激活迷走神经传出活动,从而起到镇吐作用<sup>[26]</sup>。焦三仙能增强胃肠蠕动功能<sup>[27]</sup>,对 THA 术后患者的胃肠蠕动功能可起到一定程度调节作用。秦川等<sup>[28]</sup>研究显示火麻仁火麻仁在润肠通便的同时,免疫调节效果显著。

本研究结果显示,AS 患者在 THA 术后口服脊得舒膏方在降低炎症指标、改善患者髋关节功能的同时,显著改善患者术后疼痛、晨僵、盗汗、腰膝酸软、眩晕耳鸣等症状。但本研究样本量小,未能将单双髋病变患者分别进行比较,有待将来进一步完善。

## 参考文献

- [1] 冯新哲,徐卫东. 自噬和内质网应激与强直性脊柱炎发病关系的研究进展 [J]. 中华风湿病学杂志, 2018, 22(2): 138-141.
- [2] 刘鸿春,时建国. HLA-B27 对强直性脊柱炎的诊断意义 [J]. 中国优生与遗传杂志, 2013, 21(12): 50, 55.
- [3] 冯方,孙永强. 强直性脊柱炎的研究进展 [J]. 风湿病与关节炎, 2015, 4(5): 77-80.
- [4] 朱勋兵,袁伶俐,韩冠生,等. 直接前入路全髋关节置换术治疗强直性脊柱炎髋关节屈曲畸形的短期疗效观察 [J]. 中国骨伤, 2019, 32(2): 141-145.
- [5] 孟庆良,周子朋,郑福增. 整脊疗法配合脊得舒治疗强直性脊柱炎 46 例临床观察 [J]. 辽宁中医杂志, 2010, 37(2): 271-272.
- [6] 中华医学会风湿病学分会. 强直性脊柱炎诊断及治疗指南 [J]. 中华风湿病学杂志, 2010, 14(8): 557-559.
- [7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行) [J]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 129-133.
- [8] HARRIS WH. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: treatment by mold arthroplasty. An end-result study using a new method of result evaluation [J]. J Bone Joint Surg Am, 1969, 51(4): 737-755.
- [9] FERREIRA-VALENTE MA, JOSÉ LUÍS PR, JENSEN MP. Validity of four pain intensity rating scales [J]. Pain, 2011, 152(10): 2399-2404.
- [10] KELLER SD, MAJKUT TC, KOSINSKI M, et al. Monitoring health outcomes among patients with arthritis using the SF-36 health survey: overview [J]. Medical Care, 1999, 37(5 Suppl): 1-9.
- [11] 潘彩彬,刘献祥. 强直性脊柱炎病因及其动物模型研究进展 [J]. 风湿病与关节炎, 2014, 3(7): 74-76, 80.
- [12] 中华医学会风湿病学分会. 强直性脊柱炎诊治指南(草案) [J]. 中华风湿病学杂志, 2003, 7(10): 641-644.
- [13] 赫军,诸葛天谕,李冬冬,等. 四联疗法治疗强直性脊柱炎 [J]. 中医正骨, 2016, 28(6): 50-52.
- [14] 时圣明,袁永兵,兰新新,等. 狗脊的化学成分及药理作用研究进展 [J]. 药物评价研究, 2016, 39(3): 489-492.
- [15] 李三华,刘坤祥,莫宁萍,等. RT-PCR 法检测杜仲总黄酮对大鼠成骨细胞骨钙素表达的影响 [J]. 遵义医学院学报, 2011, 34(3): 223-225.
- [16] 马笃军,彭力平,余阆,等. 牛膝总皂苷对骨关节炎模型兔软骨修复及低氧诱导因子 1 信号通路的影响 [J]. 中国组织工程研究, 2019, 23(27): 4332-4337.
- [17] 董培良,李慧,韩华. 当归及其药对的研究进展 [J]. 中医药信息, 2019, 36(2): 127-130.
- [18] 秦双双,朱艳霞,韦坤华,等. 鸡血藤的本草沿革与黄酮类成分及其药理学研究进展 [J]. 中国中药杂志, 2018, 43(11): 2216-2223.
- [19] 阮文宪,何娟,汤小虎. 中药治疗类风湿关节炎用药特点初探 [J]. 风湿病与关节炎, 2019, 8(3): 22-27.
- [20] 朱小芳,罗晶,管咏梅,等. 乳香没药挥发油对川芎体外透皮吸收的影响及其皮肤血流促透机制研究 [J]. 中国中药杂志, 2017, 42(4): 680-685.
- [21] 付长龙,梅阳阳,林洁,等. 川芎嗪干预类风湿关节炎的机制探讨 [J]. 风湿病与关节炎, 2016, 5(9): 45-47.
- [22] 辛国,赵昕彤,黄晓巍. 柴胡化学成分及药理作用研究进展 [J]. 吉林中医药, 2018, 38(10): 86-88.
- [23] 陈永财,钱江辉,王彬辉,等. 桂枝-白芍药对不同比例配伍对芍药苷在大鼠体内药动学的影响 [J]. 中国临床药理学与治疗学, 2017, 22(11): 1237-1243.
- [24] 严亚锋,张恩户,侯建平. 清热药抗炎作用的文献再评价 [J]. 中药药理与临床, 2013, 29(1): 162-164.
- [25] 姜祯祯,杨青月,杨欣菊. 木瓜白芍配伍的现代临床应用及药理分析 [J]. 饮食保健, 2018, 5(28): 94-95.
- [26] 姚军强. 半夏的药理作用及其临床配伍运用 [J]. 中医研究, 2013, 26(2): 3-5.
- [27] 李建华,胡金林. 山楂的药理作用与临床应用 [J]. 中国药物滥用防治杂志, 2011, 17(6): 334-336.
- [28] 秦川,陈纪东. 中药火麻仁的研究进展 [J]. 世界临床医学, 2016, 10(8): 173-174.

## Effects of Modified *Jideshu Ointment Formula* (脊得舒膏方) in the Rehabilitation After Total Hip Arthroplasty for Ankylosing Spondylitis Patients with Hip Ankylosis of Liver and Kidney Deficiency Syndrome

ZHAO Jianlei<sup>1</sup>, SUN Yongqiang<sup>1,2</sup>, YAN Liang<sup>2</sup>

1. Zhengzhou Branch of Luoyang Orthopedic-Traumatological Hospital ( Henan Provincial Orthopedic Hospital ), Zhengzhou, 450016;  
2 Henan Hospital of Traditional Chinese Medicine

**ABSTRACT Objective** To observe the effect of *Jideshu Ointment Formula* (脊得舒膏方) on rehabilitation after total hip arthroplasty (THA) for ankylosing spondylitis (AS) patients with hip ankylosis of liver and kidney deficiency syndrome. **Methods** A total of 48 patients were randomly divided into a treatment group and a control group with 24 in each group. The control group was treated with routine treatment after THA; the treatment group was treated with *Jideshu Ointment Formula* on the basis of the control group for one month. Erythrocyte sedimentation rate (ESR), C-reactive protein (CRP), Harris score of hip joint, range of motion (ROM), visual analogue scale (VAS), traditional Chinese medicine (TCM) syndrome score, and quality of life score were compared and observed before and 1, 3, 6, 12 months after operation, to evaluate the curative effects of TCM syndromes and the safety. **Results** After 12 months of the surgery, the ESR, CRP, Harris scores, hip joint ROM, VAS and SF36 scores including physiological function (PF), physiological function (RP), physical pain (BP), general health status (GH), energy (VT), emotional function (RE), social function (SF), mental health (MH) were significantly improved. VAS of the treatment group was significantly lower than that of the control group at the 3rd and 6th month after operation ( $P < 0.05$ ); 12 months after the surgery, the curative effects of TCM syndrome in the treatment group was significant (79.17%), which was superior to that in the control group (33.33%); 12 months after the surgery, SF scores of all dimensions of the treatment group was superior to that of the control group ( $P < 0.05$ ). There was no significant abnormal change of liver and kidney functions and no adverse drug reactions in both groups after treatment. **Conclusion** Modified *Jideshu Ointment Formula* has obvious advantages in reducing pain, improving curative effect and improving the quality of life of patients with AS hip joint ankylosis and liver kidney deficiency after THA. **Keywords** ankylosing spondylitis; total hip arthroplasty; *Jideshu Ointment Formula* (脊得舒膏方); syndrome of liver and kidney deficiency; quality of life

(收稿日期: 2019-08-10; 修回日期: 2019-11-12)  
编辑: 叶 晨

(上接第 1064 页)

## Systematic Review of the Quality of Community Acquired Pneumonia Guidelines in China

LI Xuanlin<sup>1,2</sup>, YU Xueqing<sup>1,2</sup>, XIE Yang<sup>1,2</sup>, LI Jiansheng<sup>1,2</sup>

1. Collaborative Innovation Center for Respiratory Disease Diagnosis and Treatment of Chinese Medicine, Henan University of Chinese Medicine/Key Laboratory of Chinese Medicine Prevention and Treatment for Respiratory Disease of Henan Province, Zhengzhou, 450046; 2. The First Affiliated Hospital of Henan University of Chinese Medicine

**ABSTRACT Objective** To systematically evaluate the methodological quality of guidelines and expert consensus of community acquired pneumonia (CAP) in China. **Methods** China National Knowledge Infrastructure (CNKI), Weipu Chinese journal database (VIP), Wanfang digital journal full text database (WANFANG DATA), CBM, the Medical Pulse Guide Network, and the related association websites were retrieved by computer to collect domestically published CAP guidelines and expert consensus. AGREE-China tool was used to evaluate the quality of the included guidelines and expert consensus. **Results** A total of 9 CAP guidelines and expert consensus were included, 4 guidelines for Chinese medicine/consensus, and 5 guidelines for Western medicine/consensus. The average scores of the 9 guides/consensus in areas “scientific/rigorous”, “effectiveness/safety”, “economic”, “availability/feasibility” and “interest conflict” were 40.8%, 19.6%, 34.8%, 70.1% and 68.9% respectively. Three guidelines with higher scores and better overall impressions in all fields were *Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Acquired Pneumonia in Adults in China* (2016 Edition), *Guidelines for the TCM Treatment of Community Acquired Pneumonia* (2018 Revision), and *Clinical Practice Guidelines for Common Infectious Diseases Treated by TCM/Combined Antibiotics Community Acquired Pneumonia*. **Conclusion** The methodological quality of domestic CAP guidelines and expert consensus has gradually improved, but further improvements are needed in the fields of effectiveness/safety and economy.

**Keywords** community acquired pneumonia; guidelines; expert consensus; AGREE China

(收稿日期: 2019-09-15; 修回日期: 2020-02-10)  
编辑: 焦 爽