

本文引用:张志文,蔡雪,李宇丹.中药内外兼治急性痛风性关节炎并高尿酸血症临床观察[J].湖南中医药大学学报,2017,37(1):58-61.

中药内外兼治急性痛风性关节炎并高尿酸血症临床观察

张志文,蔡雪,李宇丹*

(南昌市中西医结合医院肾内科,江西 南昌 330003)

[摘要] **目的** 观察中药内服、外敷法兼治急性痛风性关节炎并高尿酸血症的临床疗效。**方法** 采用数字表法将急性痛风性关节炎患者随机分为观察组和对照组,两组患者均给予生活调整、饮食控制及碱化尿液等基础治疗。观察组在此基础上加用加味四妙散口服及四黄散加味外敷治疗,对照组予口服秋水仙碱及别嘌醇片等西医常规治疗。观察两组治疗前后血尿酸(UA)、血肌酐(Scr)、尿素氮(BUN)、血清C反应蛋白(CRP)、血沉(ESR)变化及关节红肿疼痛改善情况,治疗观察2周。**结果** 观察组总有效率为90.3%,对照组总有效率为74.2%,差异有统计学意义($P<0.05$);两组治疗前后UA比较,治疗后均较治疗前明显降低($P<0.05$);治疗后组间比较,观察组较对照组降低($P<0.05$);Scr和BUN两组治疗前后差异无统计学意义($P>0.05$);两组治疗前后CRP、ESR比较,治疗后均较治疗前降低($P<0.05$);治疗后组间比较,观察组较对照组降低($P<0.05$)。**结论** 中药内外兼治急性痛风性关节炎和高尿酸血症安全有效,并在降低UA、ESR、CRP方面有一定优势。

[关键词] 痛风性关节炎;高尿酸血症;四妙散;四黄散

[中图分类号]R256.5

[文献标识码]B

[文章编号]doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2017.01.015

Clinical Observation of Combined Internal and External Traditional Chinese Medicine on Treatment of Acute Gouty Arthritis and High Uric Acid Hematic Disease

ZHANG Zhiwen, CAI Xue, LI Yudan*

(Urology Department, Nanchang Combine Traditional Chinese and Western Medicine Hospital, Nanchang, Jiangxi 330003, China)

[Abstract] **Objective** To observe the clinical effect of combined internal and external traditional Chinese medicine on treatment of acute gouty arthritis and high uric acid hematic disease. **Methods** The patients with acute gouty arthritis were randomly divided into the observation group and control group by using digital table method, which were given life adjustment, diet control and alkalize urine therapy. The observation group was treated with oral modified Siwei powder and external modified Sihuang powder. The control group was administrated with oral colchicine and allopurinol tablets. The changes of blood uric acid (UA), serum creatinine (Scr), urea nitrogen (BUN), serum c-reactive protein (CRP) and blood sedimentation (ESR), joint swelling pain improvement were observed in the two groups before and after treatment, treatment for 2 weeks. **Results** The total effective rate of the observation group was for 90.3%, total effective rate of control group was for 74.2%, the difference was statistically significant ($P<0.05$). The UA in the two groups before and after treatment was compared, which was significantly lower after treatment than before treatment ($P<0.05$). Comparison between the two groups after treatment, the observation group was lower than the control group ($P<0.05$). The Scr and BUN in the two groups before and after treatment had no obvious difference ($P>0.05$). The CRP and ESR in the two groups after treatment were significantly lower than that before treatment ($P<0.05$). Comparison between groups after treatment, the observation group was reduced significantly than the control group ($P<0.05$). **Conclusion** The combined internal and external application traditional Chinese medicine is safe and effective in treatment of acute gouty arthritis and high uric acid hematic disease, and shows certain advantages in reducing the UA, ESR and CRP.

[Keywords] gouty arthritis; hyperuricemia; Simiao powder; Sihuang powder

[收稿日期]2015-10-12

[作者简介]张志文,男,主治医师,硕士,研究方向:中医药防治肾脏疾病研究。

[通讯作者]*李宇丹,男,主任医师,E-mail:monolyd@sohu.com。

痛风是尿酸盐沉积性炎性疾病。长期异质性嘌呤代谢活跃可导致高尿酸血症,或由此引起反复发作性急性关节炎、痛风石沉积、痛风石性慢性关节炎和关节破坏,或累及肾脏引起慢性间质性肾炎和尿酸结石形成^[1]。高尿酸血症不仅可导致痛风、结石和急性慢性肾衰,而且对肾脏和心血管系统有直接损伤作用,是肾脏疾病和心血管疾病的独立危险因素^[2]。痛风后期可致关节畸形,累及肾脏出现肾功能不全,严重者需要借助透析维持生命,给患者带来了巨大的身心痛苦,也给家庭和社会产生不小的经济负担。目前西医对痛风并无根治措施,且药物不良反应较多,容易反复,故在病变早期寻求有效的中药治疗方法显得尤为重要。本科室在临床上辨证使用中药汤剂口服及中药外敷治疗痛风急性发作,取得一定疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集2012年12月至2014年12月我院肾内科住院的急性痛风性关节炎和高尿酸血症患者62例。采用随机数字表法将患者随机分为观察组和对照组,观察组31例,男28例,女性3例,年龄18~69岁,平均年龄(40.0±4.4)岁,病程1~12年,平均(3.1±0.9)年。对照组31例,男27例,女性4例,年龄20~70岁,平均年龄(40.0±4.7)岁,病程2~11年,平均(3.0±0.7)年。两组患者性别、年龄、病程等一般资料差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准

1.2.1 西医诊断标准 符合1997年美国风湿学会拟定的急性痛风性关节炎诊断标准^[3]以下其中一条:(1)关节滑囊液中有特异性尿酸盐结晶;(2)用化学方法或偏振光显微镜证实痛风石中含尿酸盐结晶;(3)具备以下12项中6项:①急性关节炎发作1次以上;②炎症反应在1天内达高峰;③单关节炎发作;④可见关节皮肤暗红色;⑤第1跖趾关节疼痛肿胀;⑥单侧第1跖趾关节受累;⑦单侧跗骨关节受累;⑧有可疑痛风石;⑨高尿酸血症;⑩X线证实不对称关节肿胀;⑪X线示骨皮质囊肿不伴骨质侵蚀;⑫关节炎发作时关节炎微生物培养阴性。

1.2.2 中医诊断标准 符合国家中医药管理局发布的《中医内科病证诊断疗效标准》,临床表现为湿

热内蕴证者。

1.2.3 其他 患者同意治疗方案,遵医嘱服药,并签署知情同意书。

1.3 排除标准

(1)年龄<18岁或>70岁;(2)合并严重心脑血管、肝肾功能不全、造血系统等疾病者;(3)合并恶性肿瘤、精神障碍不能配合者;(4)对外用药过敏或过敏体质者。

1.4 治疗方法

两组患者均予生活调整(注意休息,保持理想体重,避免暴食酗酒、受凉受潮、过度疲劳、精神紧张等诱发因素)、饮食控制(低嘌呤、低热能膳食,严格戒饮各种酒类、荤汤、动物内脏、海鲜及豆制品,多食各种谷类、水果、蔬菜等碱性食物,多喝水,使每日尿量在2 000 mL以上)及口服碳酸氢钠片2片,1日3次,碱化尿液。

1.4.1 对照组 西医常规治疗口服秋水仙碱1 mg,随后0.5 mg/h或1 mg/2 h,直到症状缓解,或出现恶心呕吐、腹胀腹泻等不适症状;症状缓解后调整为0.5 mg 每天1~2次,维持3 d停药;疼痛明显者加非甾体类抗炎药止痛,急性期过后予别嘌醇片降尿酸。

1.4.2 观察组 中药口服自拟加味四妙散:苍术10 g,黄柏10 g,怀牛膝15 g,薏苡仁15 g,延胡索6 g,泽泻10 g,萆薢15 g,土茯苓30 g,赤芍10 g,威灵仙12 g,鸡血藤15 g。湿甚者,加泽兰10 g,车前子15 g;热甚者,加知母10 g,忍冬藤15 g;肿痛较甚者,加秦艽12 g,乳香9 g,没药9 g;热甚伤津者,加生地黄15 g,玄参12 g,麦冬10 g。每日1剂,水煎2次共400 mL,分早、晚2次口服。疗程2周。中药外敷四黄散加味:大黄、黄芩、黄柏、姜黄、白芷、天南星、赤芍、乳香、没药等各15 g,将药物粉碎成极细末,取适量粉末,加少量蜂蜜、陈醋、50%硫酸镁适量,将药末调成稀糊状,按病变大小,将药膏涂抹在纱布上,再将其外敷在患处,用绷带包扎固定,每天1次。

两组均以7 d为1个疗程,观察2个疗程后评价疗效。

1.5 观察指标

症状、体征、舌苔、脉象;理化指标:血尿酸(UA)、血清C反应蛋白(CRP)、血沉(ESR)、血肌酐

(Scr)、尿素氮(BUN);治疗期间复查血常规、肝功能、血脂、心电图,并详细记录不良反应。

1.6 疗效观察

参照国家中医药管理局《中药新药临床研究指导原则》^[4]:(1)显效:临床症状、体征消失,关节功能基本恢复正常,血尿酸明显下降,男性降至350 μmol/L以下,女性降至300 μmol/L以下,或血尿酸较治疗前下降大于35%,血沉基本恢复至正常水平;(2)有效:临床症状、体征有所好转,关节功能有所改善,男性血尿酸降至350~417 μmol/L,女性血尿酸降至300~357 μmol/L,或血尿酸较治疗前血尿酸下降≥20%,血沉有所下降;(3)无效:临床症状、体征无明显变化或加重,血尿酸无下降或下降<20%,血沉无明显变化或加重。总有效率(%)=(显效例数+有效例数)/总例数×100%。

1.7 统计学方法

所有数据采用SPSS 15.0统计软件进行处理,计量资料以“ $\bar{x}\pm s$ ”表示,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较

观察组总有效率为90.3%,对照组总有效率为74.2%,差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

表1 两组临床疗效比较 (例)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	31	19	9	3	90.3*
对照组	31	13	10	8	74.2

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

2.2 两组治疗前后UA、Scr、BUN比较

两组治疗前后UA比较,治疗后均较治疗前降低($P<0.05$);治疗后组间比较,观察组较对照组降低($P<0.05$)。Scr和BUN两组治疗前后差异均无统计学意义($P>0.05$),见表2。

表2 两组治疗前后肾功能比较 ($n=31, \bar{x}\pm s$)

项目	观察组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
UA(umol/L)	638.5±57.1	387.2±28.3*#	637.7±56.8	451.3±33.5*
Scr(umol/L)	101.5±21.3	99.6±18.3	100.9±20.8	99.7±18.2
BUN(mmol/L)	6.54±1.43	5.89±1.12	6.47±1.39	6.34±1.30

注:与治疗前相比,* $P<0.05$;与对照组比较,# $P<0.05$ 。

2.3 两组治疗前后CRP、ESR比较

两组治疗前后比较,治疗后CRP、ESR均较治疗前降低($P<0.05$);治疗后组间比较,观察组较对照组降低($P<0.05$),见表3。

表3 两组治疗前后CRP、ESR比较 ($n=31, \bar{x}\pm s$)

项目	观察组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
CRP(mm/h)	33.2±8.6	10.9±4.8*#	33.0±8.3	18.6±7.1*
ESR(mg/L)	35.0±10.7	15.5±6.3*#	34.6±9.9	22.8±8.0*

注:与治疗前相比,* $P<0.05$;与对照组比较,# $P<0.05$ 。

3 讨论

随着人们生活水平不断提高,饮食结构发生变化,痛风的发病率逐年上升,影响了患者日常生活和工作,已经开始受到大家的重视。痛风并发症众多,症状可轻可重,有些患者仅表现为为数不多的急性痛风性关节炎,有些患者痛风反复发作,引发痛风结节、痛风结石、痛风性肾病,导致关节变形和肾功能损害。

《格致余论·痛风论》及《类证治裁》中就有“痛风”病名,本病可归属于中医学之“痹症”范畴。中医学认为本病病因有外因和内因两个方面。内因为先天不足,正气亏虚,腠理不密,卫外失固;外因为风、寒、湿、热之邪,乘虚侵袭人体经络、肌肉、筋脉,致气血运行不畅,不通则痛。此外还有诱因,常为受寒劳累,或饮食不节,酗酒厚味,或遭受外伤等。本病病位在四肢关节,与肝、脾、肾相关,常因正气不足,感受外邪而致病,基本病机为正气不足,外邪侵袭机体,经脉痹阻,不通则痛^[5]。

本病急性期多为湿热(浊毒)蕴结,急则治其标,治以清热燥湿(泄浊解毒)为主,佐以活血通络止痛。痛风急性发作期常表现为湿热火毒型,治疗时宜采用清热利湿解毒^[6]。有研究显示,湿热蕴结型血沉水平显著高于其他证型,提示湿热蕴结型痛风患者急性关节炎较重,为痛风急性期常见证型^[7]。本研究采用中药口服和外敷两种治疗方式,其中口服方由四妙散加味,方中苍术燥湿健脾,黄柏清热燥湿,怀牛膝补肝肾、活血化瘀、引药下行,薏苡仁清热利湿、健脾除痹;萆薢利湿泄浊、祛风除痹,土茯苓解毒除湿、通利关节,赤芍凉血活血止痛,泽泻利水渗湿泻热,鸡血藤补血行血、通经活络,威灵仙祛风湿、通经活

络止痛,延胡索活血行气、散瘀止痛,全方共奏清热利湿、通络止痛之效。外敷方由四黄散加味,大黄味苦、性寒,清热利湿、泻火解毒消肿,并能逐瘀通经,黄芩、黄柏清热燥湿、泻火解毒,三黄共奏清热利湿、泻火解毒消肿之效,为方中主药;白芷祛风燥湿、消肿止痛,天南星燥湿化痰、消肿散结,二药燥湿散结消肿,助主要祛湿消肿止痛;姜黄行气破瘀、通经止痛,乳香、没药活血行气、消肿止痛,赤芍活血祛瘀止痛,上三药行气活血、通络止痛,使气血运行通畅,通则不通。食醋调和,祛风散瘀、消肿止痛;蜂蜜补中润燥、止痛、解毒;硫酸镁可改善局部组织循环,起到消炎、消肿、止痛的作用,三药共为调和剂,使中药粉末调匀成稀糊状,保护病变部位,促进皮肤黏膜的吸收,充分发挥药效。内外兼治,相辅相成,迅速缓解局部炎性反应,达到消肿止痛的目的。有研究证实加味四妙散可显著改善痛风患者急性关节炎,可降低血尿酸及C反应蛋白^[8]。另有研究显示四妙散加味治疗痛风在改善关节红肿热痛症状、降低血尿酸、安全性均明显优于秋水仙碱^[9]。四黄散中大黄能降低UA、Scr、BUN,减少尿酸盐在肾小管中沉积及炎性细胞浸润等机制达到保护肾功能的作用^[10];能增加纤维蛋白原,降低血管通透性。黄芩具有抗菌抑制炎症的作用^[11]。黄柏、苍术、萆薢、土茯苓能够促进尿酸排泄,降低血尿酸^[12-14]。

痛风性关节炎急性发作期常用的药物有非甾体类抗炎药、秋水仙碱和糖皮质激素,其中秋水仙碱对缓解急性发作有特效,如在痛风发作最初几个小时内即使用,有效率为90%,发作12~24 h内使用有效率为75%,如超过24 h效果难测^[1]。本研究中部分患者痛风急性发作时间超过12 h,故秋水仙碱治疗未获得满意疗效。秋水仙碱治疗剂量与中毒剂量接近,常易出现恶心呕吐、腹痛腹泻等胃肠道不适以及白细胞减少、肝肾功能损害等。另外,长期服用秋水仙碱可引起神经病变或肌病,且不能阻止痛风石造成的进行性关节破坏^[2]。本研究中观察组患者未

出现皮疹、皮肤瘙痒等不适,对照组中有少数患者出现恶心呕吐、腹泻等消化道症状,停药后缓解。本研究结果表明,采用中药内服外敷的方法治疗急性痛风性关节炎安全有效,既能缓解关节红肿疼痛、活动不利等症状,又能明显降低血尿酸及机体炎性指标,对预防痛风性关节炎的再次发作有一定作用,充分体现了中医药在治疗急性痛风性关节炎的优势。

参考文献:

- [1] 陈灏珠,林果为,王吉耀.实用内科学·下册[M].北京:人民卫生出版社,2013:2663-2670.
- [2] 王海燕.肾脏病学[M].北京:人民卫生出版社,2012:1435-1449.
- [3] 范冠杰,邓兆智.内分泌科专病与风湿病中医临床诊治[M].北京:人民卫生出版社,2013:139.
- [4] 郑晓黄.中药新药临床研究指导原则[S].北京:中国医药科技出版社,2002:158.
- [5] 周仲瑛.中医内科学[M].北京:中国医药科技出版社,2003:481-488.
- [6] 钱玉中,苏于纳,李娜,等.论高尿酸血症的中医治疗思路[J].湖南中医药大学学报,2012,32(12):21-22.
- [7] 陈慕芝,王伟.痛风患者中医证型及相关指标分析[J].长春中医药大学学报,2015,31(5):1000-1003.
- [8] Qiu R, Shen R, Lin D, et al. Treatment of 60 cases of gouty arthritis with modified Simiao Tang[J]. J Tradit Chin Med, 2008, 28(2):94-97.
- [9] 贾金进.四妙散加味与秋水仙碱治疗痛风疗效比较[J].中国中医急症,2010,19(1):47-48.
- [10] 李俊,胡家才.大黄对尿酸性肾病大鼠肾脏CTGF和HGF的影响[J].中国中西医结合肾病杂志,2010,11(9):761-764.
- [11] 何宇峰.中药内服外敷治疗痛风性关节炎40例疗效观察[J].河北中医,2012,34(9):1307-1308.
- [12] 潘志,段富津,魏雄辉,等.黄柏与苍术提取物对高尿酸血症小鼠血尿酸的影响[J].时珍国医国药,2008,19(1):112-113.
- [13] 丁炜,许丽清,许爱兰.提高中医药治疗痛风的临床疗效的思路[J].江苏中医药,2007,39(5):26-27.
- [14] 郭淑云,张薇,杨蒙蒙,等.土茯苓对高尿酸小鼠作用的研究[J].海南医学院学报,2012,18(2):165-167.

(本文编辑 李杰)