

痛风康合剂治疗高尿酸血症和痛风的临床疗效观察

陈云峰¹, 戴芳芳², 葛亮¹, 顾万建¹ (江苏省中医院: 1. 检验科; 2. 内分泌科, 南京 210029)

【摘要】 目的 观察痛风康合剂治疗高尿酸血症的临床疗效。**方法** 将患者随机分为 2 组, 治疗组 20 例, 口服痛风康合剂, 对照组 20 例, 口服秋水仙碱片、苯溴马隆片, 疗程 3 周; 比较两组治疗后血尿酸、红细胞沉降率、C 反应蛋白的变化及临床疗效。**结果** 两组治疗后血尿酸、红细胞沉降率、白细胞计数均明显降低 ($P < 0.01$), 两组疗效比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 中药治疗组无明显不良反应。**结论** 痛风康合剂对痛风及高尿酸血症有确切治疗效果, 使用安全。

【关键词】 高尿酸血症; 痛风; 清热泄浊

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2011.16.024 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2011)16-1965-02

Observation of the clinical curative effect of Tongfengkang mixture on gout and hyperuricemia CHEN Yun-feng¹, DAI Fang-fang², GE Liang¹, GU Wan-jian¹ (1. Department of Clinical Laboratory; 2. Department of Endocrinology, Jiangsu Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Nanjing 210029, China)

【Abstract】 Objective To observe the clinical curative effect of Tongfengkang mixture on gout and hyperuricemia. **Methods** 40 patients with hyperuricemia were randomly divided into two groups, 20 in the treatment group and 20 in the control group. The treatment group took the Tongfengkang mixture orally and the control group used Colchicine and Benzbromaron. The duration was 3 weeks. Then we compared the index of uric acid, erythrocyte sedimentation rate and C reactive protein in the blood and clinical curative effects after treatment. **Results** The index of uric acid, erythrocyte sedimentation rate and C reactive protein in the blood of the two groups all decreased after treatment ($P < 0.01$). There was no significant difference of the clinical curative effects between two groups ($P > 0.05$). There was no obvious side-effect in Tongfengkang mixture treated group. **Conclusion** Tongfengkang mixture is effective in the treatment of hyperuricemia and gout, with no obvious side-effect.

【Key words】 hyperuricemia; gout; clear heat and remove turbidity

随着人们生活水平提高, 饮食结构改变, 痛风发病率明显提高, 并随社会老龄化, 原发性痛风有逐年增长趋势。痛风的发病机制既有脾失健运之内因, 又有饮食不节之外因, 终致湿浊内蕴、湿热互结、流注关节而发病。

中药复方制剂以其独特的疗效、绿色安全, 越来越受到广泛的关注。本院专家通过对痛风患者的发病机制进行深入分析, 并结合临床使用效果, 经过多年的不懈努力, 成功研制出中药复方痛风康合剂。该制剂主要含有黄柏、苍术、苡仁、川牛膝、虎杖、秦艽、玉米须、丝瓜络、车前子、益母草、蒲公英、粉萆薢, 无任何西药成分。在本院长期临床使用中发现, 此制剂具有迅速缓解关节疼痛、复发率低、不良反应少的特点, 备受广大痛风患者的青睐, 具有很大的临床推广和新药研发价值。现将治疗结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 来院门诊或住院患者 40 例, 其中男 24 例, 女 16 例, 年龄 24~60 岁, 平均 44.5 岁。凡有药物过敏史, 肝、肾功能不全, 依从性差者, 均不纳入研究对象。随机分为中药组 20 例与对照组 20 例。两组年龄、性别、病程、病情、体型等方面差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断参照美国风湿病协会制定的痛风关节炎诊断标准^[1], 中医辨证采用国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》^[2]。

1.3 中医辨证, 风湿热痹 多个关节疼痛, 活动不便, 局部灼热红肿, 痛不可触, 得冷则舒, 可有皮下结节或红斑, 常伴有发热、恶风、汗出、口渴、烦躁不安等全身症状, 舌质红, 苔黄或黄腻, 脉滑数或浮数。

1.4 治疗方法 两组患者服药期间停用其他治疗痛风的药物, 对照组给予秋水仙碱 (每片 0.5 mg), 首次口服 1 片, 隔 1 h 口服 1 片组, 有腹泻症状即停药; 1~2 d 症状缓解后口服。同时口服苯溴马隆片, 每天 1 次, 每次 50 mg, 连服 3 周。治疗组给予痛风康合剂 (本院药厂生产配制) 口服, 每日 250 mL, 3 周为一疗程。两组均控制饮食, 限制高嘌呤食物摄入, 如豆制品、动物内脏、鱼虾, 勿饮酒, 多饮水, 忌食荤腥发物。对高热患者给予等渗盐水补液支持治疗, 对合并感染者抗感染治疗。

1.5 疗效评价标准 按显效、有效、无效三级评定。显效: 治疗 10 d 血尿酸即明显下降, 男性小于或等于 350 $\mu\text{mol/L}$, 女性小于或等于 300 $\mu\text{mol/L}$, 并在治疗中稳定于此范围; 红细胞沉降率、C 反应蛋白基本恢复至正常值水平。有效: 治疗 3 周后血尿酸降至正常, 男性大于 350 $\mu\text{mol/L}$, 女性大于 300 $\mu\text{mol/L}$, 或经治疗后血尿酸虽未降至正常, 但较治疗前下降大于或等于 20%; 红细胞沉降率、白细胞计数下降。无效: 治疗 3 周后血尿酸无下降或有下降, 但未达到大于或等于 20%。显效与有效合计为总有效, 据此计算总有效率。

1.6 统计学处理 使用 SPSS12.0 进行统计分析, 计数资料

用 χ^2 检验, 计量资料用 t 检验, 等级资料采用 Ridit 检验法。

2 结 果

2.1 两组疗效相比见表 1。治疗组及对照组患者的关节疼痛均减轻, 尤以治疗组疼痛改善明显, 疼痛发作间隙时间明显延长。在两组患者观察期间, 治疗组中出现 1 例消化道不适; 对照组治疗中有 2 例出现单项转氨酶增高(停药后消失), 3 例出现消化道不适症状, 其不良反应发生率高于治疗组 ($P < 0.05$)。

2.2 两组治疗前后血尿酸、红细胞沉降率和 C 反应蛋白比较

表 2 两组治疗前后血尿酸、红细胞沉降率和 C 反应蛋白比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	血尿酸($\mu\text{mol/L}$)		红细胞沉降率(mm/h)		C 反应蛋白(mg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	20	625.95 \pm 55.71	363.49 \pm 29.68**	29.95 \pm 6.37	15.36 \pm 5.24**	24.63 \pm 6.37	12.18 \pm 3.17**
对照组	20	567.85 \pm 42.57	397.78 \pm 23.74*	27.43 \pm 5.94	17.51 \pm 3.44*	21.47 \pm 5.65	11.71 \pm 2.88*

注: ** 与治疗前相比, $P < 0.01$; * 与对照组相比较, $P < 0.05$ 。

3 讨 论

现代医学认为高尿酸血症与痛风由嘌呤代谢紊乱导致。治疗方面, 该病无论是原发性还是继发性, 除少数由于药物引起者停药后可缓解外, 大多缺乏病因治疗, 故不可根治。用药包括阻止尿酸盐结晶引起的关节及周围组织内炎症反应的抗炎药物, 如秋水仙碱、非甾体抗炎药(NSAID)、促肾上腺皮质激素(ACTH 或)糖皮质激素等, 不良反应有胃肠道、心血管、骨髓及肝肾功能损害等; 其次有排尿酸药物, 如丙磺舒、磺吡酮、苯溴马隆等, 不良反应有胃肠道反应、激发急性关节炎及加重肾脏负担等; 另一类为抑制尿酸合成药物, 目前只有别嘌醇, 不良反应有胃肠道刺激、皮疹、发热、肝损害、骨髓抑制, 多发生在肾功能不全者^[3]。

中医药复方制剂治疗痛风有一定的优势, 由于本病中后期分别归属于“热痹”“着痹”“痰痹”“尿浊”“历节”等病的范畴, 主要为内生“湿浊”“痰瘀”等病理产物引起, 基本病理机制为素体肝肾阴虚, 筋脉失养, 复加思虑失脾, 运化失职, 滋生湿浊, 内蕴化热, 煎津成痰, 久则入络为瘀。在此基础上, 兼以感受外邪或过度疲劳, 浊邪凝聚, 气机逆乱, 痰瘀相并, 气滞血瘀而发病, 因此治疗上当以泄浊祛邪, 化湿清热, 活血化瘀。目前国内学者多采用泄浊除痹复方制剂来治疗痛风患者。孙维峰等^[4]采用泄浊除痹汤治疗 40 例原发性痛风高尿酸血症 10 d 后, 显效(尿酸明显下降: 男性小于或等于 350 $\mu\text{mol/L}$; 女性小于或等于 300 $\mu\text{mol/L}$, 并在治疗中稳定于此范围)有 30 例, 有效者达(尿酸下降至正常水平: 男性大于 350 $\mu\text{mol/L}$; 女性大于 300 $\mu\text{mol/L}$)6 例, 无效者(尿酸无下降或有下降, 但男性大于或等于 430 $\mu\text{mol/L}$; 女性大于或等于 370 $\mu\text{mol/L}$)4 例, 无不良反应。纪伟等^[5]采用热痹消颗粒冲剂治疗反复发作的急性痛风性关节炎, 结果治疗组临床有效率 95%, 对照组有效率 90%, 两组疗效均较好, 但差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 治疗组治愈率 26.7%, 对照组治愈率 10%, 两组差异有统计学意义 ($P < 0.01$), 治疗组能显著降低血尿酸, 与对照组相比差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。现代药学研究表明, 清化湿热药大多

见表 2。

表 1 两组临床疗效比较

组别	n	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
治疗组	20	6	13	1	95%
对照组	20	2	16	2	90%

注: 两组疗效均较好, 与对照组相比, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

含甾体皂甙, 能抑制炎症反应介质释放, 部分能抑制白细胞趋化, 从而消炎止痛, 且化湿利湿药多为碱性, 可碱化尿液, 改善人体内环境, 同时可能通过抑制肾小管再吸收功能, 而有较强的利尿和加快尿液中成分排泄的作用。

痛风康合剂用药组方以高尿酸血症与痛风的男、女性患者为治疗对象, 治法清热泄浊, 凉血通络, 用黄柏、苍术、苡仁、川牛膝清利下注之湿热; 蒲公英、萹蓄清热除湿解毒; 虎杖、秦艽、益母草清凉血热而除湿; 玉米须、车前子利小便清湿热; 丝瓜络通络止痛。全方清热泄浊通络凉血以改变机体内环境, 调整血液酸碱度, 降低血尿酸, 阻止湿浊瘀毒相互化生, 从而使热毒湿瘀之病理环节得以中止, 又可减少复发, 避免对肾脏的损害, 减少不良反应, 防止痛风石形成。

临床观察表明痛风康合剂治疗高尿酸血症和痛风, 疗效肯定, 既能改善症状, 又能降低血尿酸、红细胞沉降率和 C 反应蛋白, 与西药比较差异无统计学意义, 而且不良反应少, 便于长时间治疗。

参考文献

- [1] 卫生部. 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: 162.
- [2] 叶任高. 肾脏病诊断与治疗及疗效标准专题讨论纪要[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2003, 4(6): 355-357.
- [3] 武清涛. 漫谈痛风病中医的辨证施治[J]. 中国医药指南, 2007, 10(增刊): 55-56.
- [4] 孙维峰, 徐伟, 姚富庆. 泄浊除痹汤治疗原发性痛风高尿酸血症疗效观察[J]. 河北中医, 2003, 1(25): 13-14.
- [5] 纪伟, 朱萱莹, 谈文峰. 热痹消颗粒冲剂对反复发作的急性痛风性关节炎血尿酸的影响[J]. 中华实用中西医杂志. 2004, 4(17): 1761-1764.