

引用:杨巧玉,毛益屏,陈艳巧,胡剑卓. 痛风方联合吲哚美辛治疗湿热蕴结型痛风60例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2020,36(9):9-11,23.

痛风方联合吲哚美辛 治疗湿热蕴结型痛风60例临床观察

杨巧玉¹,毛益屏²,陈艳巧³,胡剑卓³

(1. 东莞市第三人民医院,广东 东莞,523326;

2. 常德市第二人民医院,湖南 常德,415000;

3. 湖南中医药大学第二附属医院,湖南 长沙,410005)

[摘要] 目的:观察痛风方联合吲哚美辛治疗湿热蕴结型痛风的临床疗效。方法:将120例湿热郁结型痛风患者随机分为治疗组和对照组,每组各60例。治疗组采用痛风方联合吲哚美辛治疗,对照组单用吲哚美辛治疗。治疗2周后评定2组综合疗效,并比较2组治疗前后中医证候积分、白细胞(WBC)、血清尿酸(UA)、红细胞沉降率(ESR)、C-反应蛋白(CRP)水平。结果:总有效率治疗组为95.00%(57/60),对照组为81.67%(49/60),组间比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);中医证候积分及UA、ESR、CRP水平治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$);WBC水平治疗前后组内比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),但治疗后组间比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论:痛风方联合吲哚美辛能改善湿热蕴结型痛风患者的中医症状,降低WBC、UA、ESR、CRP水平,且不良反应少。

[关键词] 痛风;湿热蕴结型;中西医结合疗法;痛风方

[中图分类号] R259 [文献标识码] A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.09.003

Clinical effect of Tongfeng prescription combined with indomethacin in treatment of gout with damp-heat accumulation: An analysis of 60 cases

YANG Qiaoyu¹, MAO Yiping², CHEN Yanqiao³, HU Jianzhuo³

(1. The Third People's Hospital of Dongguan, Dongguan 410208, Guangdong, China;

2. The Second People's Hospital of Changde, Changde 415000, Hunan, China;

3. The Second Affiliated Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha 410005, Hunan, China)

[Abstract] Objective: To investigate the clinical effect of Tongfeng prescription combined with indomethacin in the treatment of gout with damp-heat accumulation. Methods: A total of 120 patients with gout with damp-heat accumulation were randomly divided into treatment group and control group, with 60 patients in each group. The patients in the treatment group were given Tongfeng prescription combined with indomethacin, and those in the control group were given indomethacin alone. Overall response was evaluated after 2 weeks of treatment, and the two groups were compared in terms of traditional Chinese medicine (TCM) syndrome score, white blood cell count (WBC), serum uric acid (UA), erythrocyte sedimentation rate (ESR), and C-reactive protein (CRP) before and after treatment. Results: There was a significant difference in overall response rate between the treatment group and the control group [95.00% (57/60) vs 81.67% (49/60), $P < 0.05$]. Both groups had significant changes in TCM syndrome, UA, ESR, and CRP after treatment, and there were significant differences in these indices between the two groups after treatment ($P < 0.05$). Both groups had a significant change in WBC after treatment ($P < 0.05$), and there was no significant difference in WBC between the two groups after treatment ($P > 0.05$). Conclusion: In the treatment of gout with damp-heat accumulation, Tongfeng prescription combined with indomethacin can significant-

基金项目:湖南省教育厅科研基金科卫联合项目(2018JJ6037)

第一作者:杨巧玉,女,医学硕士,医师,研究方向:中医药防治内分泌疾病

通讯作者:胡剑卓,男,医学硕士,副主任医师,硕士研究生导师,研究方向:中医药防治内分泌疾病, E-mail: jian88886@126.com

ly improve patients' TCM symptoms and reduce WBC, UA, ESR, and CRP, with few adverse reactions.

[**Keywords**] gout; damp-heat accumulation; integrated traditional Chinese and Western medicine therapy; Tongfeng prescription

痛风是一种单钠尿酸盐沉积所致的晶体相关性关节病,与嘌呤代谢紊乱及(或)尿酸排泄减少所致的高尿酸血症直接相关^[1],主要表现为高尿酸血症导致急性关节炎频繁复发和慢性痛风性关节炎、痛风石形成,严重者可出现关节畸形、肾功能不全,甚至有致残的可能^[2-4]。中西医结合治疗本病,常能取得满意疗效^[5-6]。笔者采用痛风方联合吲哚美辛治疗湿热蕴结型痛风60例,取得显著疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择2016年10月至2018年8月在湖南中医药大学第二附属医院门诊及住院部收治的湿热蕴结型痛风患者120例作为研究对象,运用随机数字表法将其分为治疗组与对照组,每组各60例。治疗组中,男56例,女4例;年龄20~69岁,平均 (39.23 ± 5.31) 岁;病程1~10年。对照组中,男54例,女6例;年龄20~68岁,平均 (38.38 ± 4.55) 岁;病程1~10年。2组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 符合《2016中国痛风诊疗指南》^[1]中关于“痛风”的相关诊断标准。成年男性血尿酸值为 $208 \sim 416 \mu\text{mol/L}$ ($3.5 \sim 7.0 \text{ mg/dl}$),女性为 $149 \sim 358 \mu\text{mol/L}$ ($2.5 \sim 6.0 \text{ mg/dl}$),绝经后接近男性数值。

1.2.2 中医辨证标准 参照《风湿病中西医诊疗概要》^[7]拟定湿热蕴结证的辨证标准。主症:关节疼痛,局部灼热红肿,痛不可触,可有皮下结节或红斑,常伴发热、汗出、口渴、烦躁、小便黄等全身症状。舌红、苔黄或黄腻,脉滑数或浮数。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断与中医辨证标准;2)年龄20~69岁;3)患者均知情且同意参与本研究。

1.4 排除标准 1)对吲哚美辛不耐受;2)近半月内曾服用类似中药及非甾体类药或影响尿酸代谢的药物;3)严重心脑血管疾病,严重肝、肾功能不全;4)妊娠期或哺乳期女性;5)精神行为障碍及药物过敏体质。

2 治疗方法

2.1 基础治疗 2组均予低热量低嘌呤饮食+限

制饮酒等基础治疗,每天饮水2000 ml以上;注意休息,适当调整生活方式及习惯,保持理想体质量;停用影响降尿酸药物;口服碳酸氢钠(广州康和药业有限公司,批准文号:国药准字H44021960,规格:0.5 g/片),每次1 g,每天3次,以碱化尿液。

2.2 对照组 采用吲哚美辛治疗。吲哚美辛(开封永康药业有限公司,批准文号:国药准字H41021631,规格:25 mg/片)口服,初始剂量为每次75~100 mg,随后每次50 mg,6~8 h服1次。

2.3 治疗组 在对照组治疗的基础上加用痛风方治疗。处方:黄芪30 g,土茯苓45 g,萆薢10 g,络石藤30 g,川牛膝15 g,黄柏10 g,薏苡仁30 g,苍术15 g,葛根30 g,泽泻10 g,山慈菇15 g,鸡矢藤30 g,茯苓25 g,白术10 g。中药由湖南中医药大学第二附属医院煎药房统一煎制,每天1剂,每次100 ml,于早晚餐后温服。

2组均治疗2周。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)综合疗效。2)中医证候积分。参照《22个专业95个病种中医诊疗方案》^[8]结合临床症状拟定湿浊热蕴结证的积分方法。将中医证候表现分级量化,关节红肿疼痛,累及一个或多个跖趾关节,伴发热、口渴或口黏、心烦、头重如裹、肢体困重、倦怠乏力、便溏黏滞臭秽或大便不畅、小便色黄或赤,舌质淡红或红,舌苔黄腻,脉滑数或濡或滑等,按程度轻重或有或无分为重、中、轻、无4个等级,分别计6、4、2、0分。治疗前后各评1次。中医证候积分减少率(尼莫地平法) = $[(\text{治疗前积分} - \text{治疗后积分}) \div \text{治疗前积分}] \times 100\%$ 。3)实验室指标。包括白细胞(WBC)、血清尿酸(UA)、C-反应蛋白(CRP)。治疗前后1周各检查1次。

3.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[9]拟定。治愈:关节疼痛、红肿消失,关节活动正常,积分减少率 $\geq 95\%$;显效:关节疼痛、红肿消失,关节活动不受限,70% $\leq$ 积分减少率 $< 95\%$;有效:关节红肿疼痛基本消失,关节活动稍受限,30% $\leq$ 积分减少率 $< 70\%$;无效:关节红肿疼痛、关节活动均无明显改善,积分减少率 $< 30\%$ 。

3.3 统计学方法 所有数据均采用SPSS 19.0数据统计包分析,计量数据采用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)

表示,采用 t 检验;计数数据以率(%)表示,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组综合疗效比较 总有效率治疗组为 95.00%,对照组为 81.67%,组间比较,差异有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	60	23(38.33)	20(33.33)	14(23.34)	3(5.00)	57(95.00) ^a
对照组	60	15(25.00)	13(21.67)	21(35.00)	11(18.33)	49(81.67)

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

3.4.2 2 组治疗前后中医证候积分比较 治疗前,2 组中医证候积分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。2 组中医证候积分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表 2)

表 2 2 组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	时间节点	中医证候积分
治疗组	60	治疗前	18.5±0.3
		治疗后	1.9±0.2 ^{ab}
对照组	60	治疗前	17.8±0.5
		治疗后	8.3±0.4 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^a $P<0.05$ 。

3.4.3 2 组治疗前后 CRP、WBC、UA 水平比较 治疗前,2 组 CRP、WBC、UA 水平比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,2 组 CRP、WBC、UA 水平均有明显改善,且治疗组在改善 CRP、UA 方面优于对照组,差异均有统计学意义,而在改善 WBC 方面 2 组比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。(见表 3)

表 3 2 组治疗前后 CRP、WBC、UA 水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间节点	CRP(mg/L)	WBC($\times 10^9/L$)	UA($\mu\text{mol/L}$)
治疗组	60	治疗前	24.4±5.6	8.8±3.1	538.5±72.9
		治疗后	5.2±2.7 ^{ab}	5.5±3.2 ^a	380.5±55.4 ^{ab}
对照组	60	治疗前	25.7±6.4	9.0±3.4	545.6±73.5
		治疗后	8.5±4.2 ^a	6.0±2.4 ^a	410.8±71.5 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P<0.05$ 。

3.5 2 组不良反应发生情况比较 2 组均出现胃脘部不适、头晕、失眠、皮疹,不良反应总发生率组间比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。(见表 4)

表 4 2 组不良反应发生情况比较[例(%)]

组别	例数	胃脘部不适	头晕、失眠	皮疹	总发生
治疗组	60	4(6.7)	2(3.3)	1(1.7)	7(11.6)
对照组	60	5(8.3)	3(5.0)	2(3.3)	10(16.7)

4 讨 论

近年来随着社会经济的发展,人们饮食结构的改变,痛风发病率呈逐年增长且年轻化趋势。痛风患者如处理不当或不及时,随着病情迁延,易发生关节变形、痛风石、糖尿病代谢综合征、冠心病、肾功能不全、肾衰竭尿毒症等并发症,甚则危及生命^[10-11]。因此,有效治疗痛风并将其相关实验室指标维持在稳定水平显得尤为重要。吡罗美辛为非甾体类抗炎药,可有效缓解急性痛风,但具有活动性消化性溃疡、慢性肾功能不全、胃脘部不适、出血、头晕头痛、失眠等不良反应。

中医治病强调辨证论治,标本同治,且中医药治疗痛风优势明显^[12]。中医学认为痛风属于“痹证”范畴。《素问·痹论》云:“风、寒、湿三气杂至,合而为痹。其风气胜者为行痹,寒气胜者为痛痹,湿气胜者为着痹。”《丹溪手镜·痛风》云:“痛风,血久得热,感寒冒湿,不得运行,所以作痛。夜则痛甚,行于阴也,亦有血虚痰阻经络上下作痛。”痛风患者多因平素食肥甘过度,外邪侵袭机体,而致脾失健运,酿生痰湿,湿郁久化热,停留肌肤,可见病变部位潮热红肿,久则多有骨蚀。故其病机主要为风寒湿合邪,郁久化热,痹阻经络、关节,不通则痛。痹证日久亦多生变证,如脾失升降降浊,痰积而致瘀,或耗伤气血,伤及脾肾,或日久不愈,复感于邪,侵袭他脏等。基于此,临证治宜健脾益肾,清热利湿,通络止痛。裘吉生先生曾言:“立法务求古训,临床归于变通。”在临床辨证立法时,应勤求古训,亦不可墨守成规,而要开拓思路,灵活变通,以达到最佳治疗效果。痛风方中土茯苓除湿,通利关节,为君药;黄柏、苍术为臣,助君清热燥湿;黄芪、白术、茯苓健脾利湿,萆薢、泽泻、薏苡仁、山慈菇清热利湿除痹;络石藤、鸡矢藤通络止痛,共为佐,助君、臣清热利湿,通利关节而止痛;葛根通经活络,引药入上肢关节;川牛膝补肝肾,强筋骨,引药入下焦而祛湿热。纵观全方,清热利湿,通络止痛,健脾补肝肾,标本兼治,其效颇佳。

本研究结果发现吡罗美辛联合痛风方能降低 WBC、UA 及 CRP 等实验室指标,优于单用吡罗美辛治疗($P<0.05$),并能有效改善患者中医症状($P<0.05$)。综上所述,吡罗美辛联合痛风方较吡罗美辛单独给药疗效更好,不良反应更少,值得在临床上推广应用。

(下转第 23 页)

杂,初诊表现以实证为主,为术后精气所伤,血运不畅、瘀血内停,表现为脘腹胀满,腹部绞痛,大便难解,舌紫暗、苔微黄腻,脉弦涩,故选用柴胡疏肝散合桃红四物汤加减。方中醋柴胡、香附疏肝理气,解郁止痛;桃仁、红花活血化瘀,润肠通便;川芎活血行气,与当归相伍畅达血脉;枳壳、陈皮理气止痛;赤芍清热凉血、散瘀止痛,甘草养阴柔肝、缓急止痛;瓦楞子消痰化瘀抑酸。诸药相合,共奏疏肝理气、活血化瘀止痛之功。现代药理学研究表明,柴胡醋制后,柴胡皂苷在酸性条件下能水解生成糖苷元,使苷元含量升高,增强柴胡疏肝止痛之效^[13]。大黄可治疗便秘及肠胃积滞等症状,与行气药配合能够增强其泻下攻积的作用,与补血益气药配合,能够治疗热结便秘和气血不足之症,在发挥泻下功能的同时,保证患者不会因为其药性过于峻烈而致患者气血亏虚^[14]。患者复诊时实证已消,以虚证为主,表现为便溏、质稀、大便不爽,舌质淡、苔薄腻,脉弦滑,为脾虚之证,治以益气、健脾利湿为主。方中重用黄芪以补中益气,升阳固表,《本草求真》称其“为补气诸药之最,是以有耆之称”,《本草备要》云:“补中,益元气,壮脾胃,泻阴火”。现代研究表明,黄芪多糖可以明显抑制人胃癌细胞MKN45、MGC803的生长,并具有直接的杀伤作用,能够诱导细胞凋亡^[15]。并与白术、山药、茯苓共同健脾益气,渗湿利水,厚肠止泻。

朱教授认为,中医治疗术后肠粘连性腹痛需充分抓住“不通则痛”的根本病机,辨清虚实,分析轻重,调畅气血,临床中灵活运用理气、活血、补益等方法,辨证施治,方能取得满意疗效。

参考文献

- [1] PARKER MC. Epidemiology of adhesions; the burden[J]. Hosp Med, 2004, 65(6): 330-336.
- [2] 孔令源,李俊生. 肠粘连的形成机制及其预防[J]. 医学综述, 2013, 19(3): 407-410.
- [3] 刘娜,李翠娟,赵田田,等. 从肝论治情志病探析[J]. 辽宁中医药大学学报, 2019, 21(6): 100-103.
- [4] 王安琪,吴坚芳. 加味柴胡疏肝散联合黛力新治疗功能性腹痛综合征30例临床研究[J]. 江苏中医药, 2018, 50(6): 39-41.
- [5] 王云,张雪,麻印莲,等. 熟大黄的炮制、药效及临床应用研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2018, 24(24): 216-219.
- [6] 赵永见,牛凯,唐德志,等. 桃仁药理作用研究近况[J]. 辽宁中医杂志, 2015, 42(4): 888-890.
- [7] 曾莉,钱海华,赵群男,等. 活血通腑方治疗术后粘连性肠梗阻56例临床观察[J]. 南京中医药大学学报, 2010, 26(3): 178-180.
- [8] 宋宇,张慧,王爽,等. 活血通腑方抗实验性肠粘连作用及机制研究[J]. 南京中医药大学学报, 2014, 30(5): 454-457.
- [9] 杨可. 桃红四物汤加减治疗中风后便秘13例[J]. 河南中医, 2015, 35(2): 287-288.
- [10] 杜丽东,吴国泰,牛婷惠,等. 当归补血药对对血虚便秘模型大鼠的治疗作用[J]. 中药药理与临床, 2016, 32(5): 60-65.
- [11] 周二付. 当归补血汤药理实验研究进展[J]. 中医临床研究, 2016, 8(3): 137-138.
- [12] 董志娟. 四君子汤加减治疗腹痛病脾胃气虚证临床观察[J]. 光明中医, 2018, 33(23): 3515-3517.
- [13] 张爱华,郭姗姗. 柴胡的临床运用及药理研究[J]. 中医研究, 2019, 32(4): 7-9.
- [14] 肖雪峰,黄海波,郁建生,等. 药用植物大黄的研究现状[J]. 南方农业, 2018, 12(14): 129-132.
- [15] 桂壮,邵治国,金笛. 黄芪多糖抑制人胃癌MKN45、MGC803细胞生长的作用机制[J]. 中医学报, 2018, 33(4): 525-528.

(收稿日期:2019-12-08)

(上接第11页)

参考文献

- [1] 中华风湿病学会. 2016中国痛风诊疗指南[J]. 中华内科杂志, 2016, 55(11): 892-899.
- [2] 孙璞. 实用关节炎诊断治疗学[M]. 北京:北京大学医学出版社, 2002: 404-408.
- [3] 娄玉铃. 中医风湿病学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2010: 370-371.
- [4] 罗晓光,曾萍萍,闫兵,等. 甘草附子汤治疗寒湿痹阻型急性痛风性关节炎的临床观察[J]. 光明中医, 2018, 33(4): 528-530.
- [5] 弓永顺,万超. 龙泽汤联合秋水仙碱片治疗痛风性关节炎38例[J]. 中医研究, 2017, 30(12): 35-36.
- [6] 佟颖,陈德欣,李延,等. 痹宁汤治疗急性痛风性关节炎的临床研究[J]. 中医药学报, 2016, 44(3): 64-66.

- [7] 沈鹰. 风湿病中西医诊疗概要[M]. 北京:人民军医出版社, 2006: 233-239.
- [8] 国家中医药管理局医政司. 22个专业95个病种中医诊疗方案[M]. 北京:中国中医药出版社, 2010: 269-270.
- [9] 郑筱萸. 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: 179-183.
- [10] 沈维增,谢峥伟,陈晓峰,等. 桂枝芍药知母汤加味治疗风寒湿痹型急性痛风性关节炎的临床研究[J]. 中华中医药学刊, 2014, 32(1): 167-169.
- [11] 张丽梅,王丽. 非布司他治疗痛风伴高尿酸血症的应用效果评定[J]. 实用妇科内分泌杂志:电子版, 2016, 3(9): 132-134.
- [12] 沈佳红,周富明. 周富明痛风性关节炎辨治要诀[J]. 浙江中医药大学学报, 2016, 40(6): 464-466.

(收稿日期:2019-12-12)