

# 健脾益肾泄浊化瘀汤联合双柏散治疗急性痛风性关节炎临床观察

张大成 李良 赵先锋 李拥军

(广西中医学院第三附属医院, 广西 柳州 545001)

中图分类号: R684.3 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2014)10-1919-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2014.10.067

**【摘要】** 目的 观察健脾益肾泄浊化瘀汤联合双柏散外敷治疗痛风性关节炎的临床疗效。方法 将84例患者随机分为治疗组44例与对照组40例。两组均给予基础治疗, 治疗组在此基础上加用自拟健脾益肾泄浊化瘀汤, 同时予双柏散外敷关节痛处。对照组在基础治疗基础上加口服秋水仙碱; 连续治疗2周为1个疗程, 必要时予降压、调脂等治疗。结果 治疗组总有效率达97.73%, 高于对照组之75.50%; 且治疗后治疗组血尿酸水平明显低于对照组(均 $P < 0.05$ )。结论 健脾益肾泄浊化瘀汤联合双柏散外敷治疗痛风性关节炎疗效确定, 且无明显副作用。

**【关键词】** 健脾益肾泄浊化瘀汤 双柏散 痛风 关节炎

急性痛风性关节炎的治疗药物主要有秋水仙碱、非甾体抗炎药、激素等。然而这些西药有诸多副作用, 不宜长期使用, 且这些西药存在“能控制急性关节炎的药物无降尿酸作用, 而能降低尿酸的药物无抗炎止痛作用”的弊端。据临床观察, 单纯西药治疗急性痛风性关节炎效果还不能令患者十分满意。笔者在基础治疗的基础上加用自拟健脾益肾泄浊化瘀汤, 疗效显著。现报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 病例选择** 诊断标准参照1977年美国风湿病协会制定的急性痛风性关节炎诊断标准<sup>[1]</sup>。临床表现为受累关节有不同程度的红、肿、热、痛, 累及大关节时可伴有发热。中医辨证<sup>[2]</sup>属脾肾亏虚、湿浊瘀血内阻证。排除: (1) 继发性痛风者; (2) 合并心、肝、肾功能衰竭及糖尿病者; (3) 依从性差者。

**1.2 临床资料** 84例患者均为柳州市中医院肾内科及风湿科门诊(36例)及住院(48例)患者, 按就诊顺序编号后随机分为两组。治疗组44例, 男性40例, 女性4例; 年龄39~61岁, 平均(50.36±11.49)岁; 病程4.5~14.5年, 平均(8.11±3.13)年。对照组40例, 男性37例, 女性3例; 年龄37~60岁, 平均(49.81±12.35)岁; 病程3.5~15年, 平均(7.92±3.45)年。两组临床资料差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

**1.3 治疗方法** 两组均给予基础治疗: (1) 低嘌呤饮食, 多饮水, 每日在2000 mL以上; (2) 戒酒; (3) 控制感染; (4) 服用碳酸氢钠片2~3 g/d, 每周复查尿常规1次, 调整碳酸氢钠的用量, 使尿液pH为6.5~7.0。治疗组在此基础上加用健脾益肾泄浊化瘀汤: 生地黄20 g, 山药20 g, 山茱萸肉20 g, 丹参20 g, 茯苓15 g, 土茯苓

15 g, 泽泻15 g, 牡丹皮15 g, 鸡血藤15 g, 苍术15 g, 泽兰15 g, 白术15 g, 益母草20 g, 党参15 g, 牛膝15 g, 桑寄生15 g, 淫羊藿15 g, 绵茵陈15 g, 甘草6 g。每日1剂, 分2次服用; 同时关节疼痛处外敷双柏散。对照组在此基础上加秋水仙碱口服, 每次1 mg, 每日3次, 连续3 d, 第4日停用, 第4~7日口服双氯酚酸钾镇痛治疗, 25 mg 每日2次。1周后改别嘌醇口服, 每次0.1 g, 每日3次; 治疗1周观察疗效。

**1.4 观察指标** (1) 症状体征。观察临床症状积分变化。于治疗前及治疗1、2周分别对关节红、肿、热、痛等主要临床症状参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[3]</sup>评分: 治疗前, 对红、肿、热、痛的程度轻度计1分, 中度计2分, 重度计3分; 治疗后, 症状消失计0分, 好转计1分, 不变计2分, 加重计3分。(2) 实验室指标。治疗前后采用血尿酸, 血脂, C反应蛋白、肾血浆流量等。

**1.5 疗效标准** 疗效标准参考《中医病证诊断疗效标准》<sup>[4]</sup>。治愈: 临床症状、阳性体征消失, 关节功能活动正常; 实验室检查正常。好转: 临床症状、体征及关节功能活动明显改善; 实验室检查有改善。无效: 症状、体征及实验室检查无变化。

**1.6 统计学处理** 应用SPSS11.1统计软件处理。采用t检验或Ridit检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组治疗前后临床症状积分比较** 见表1。经治疗后2周治疗组临床症状得到明显改善( $P < 0.05$ )。

**2.2 两组治疗前后临床指标比较** 见表2。治疗后两组各指标均有改善( $P < 0.05$ 或 $P < 0.01$ ); 治疗组改善幅度大于对照组( $P < 0.05$ 或 $P < 0.01$ )。

**2.3 两组临床疗效比较** 见表3。结果显示对照组总有

表 1 两组治疗前后临床症状积分比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	治疗前	治疗后 1 周	治疗后 2 周
治疗组	44	10.16±2.91	8.71±3.01	5.85±1.95** <sup>△△</sup>
对照组	40	10.28±2.61	8.59±2.32	9.42±2.57*

与本组治疗前比较, \*\*P<0.05, \*\*P<0.01; 与治疗组同期比较, <sup>△</sup>P<0.05, <sup>△△</sup>P<0.01, 下同。

表 2 两组治疗前后尿酸、血脂、C 反应蛋白及肾有效血浆流量比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	尿酸 [μmol/L]	血脂 [mmol/L]	C 反应蛋白 [mg/L]	肾有效血浆流量 [mL/min]
治疗组 治疗前	579.91±161.25	6.47±1.32	7.89±1.79	147.47±39.4
(n=44) 治疗后	358.64±73.21** <sup>△</sup>	5.01±0.29 <sup>△</sup>	3.43±1.84** <sup>△</sup>	377.60±27.19** <sup>△△</sup>
对照组 治疗前	580.01±159.87	6.66±1.49	7.96±1.81	146.37±38.89
(n=40) 治疗后	446.54±101.90*	6.75±1.34	5.13±1.84*	196.45±40.78

表 3 两组临床疗效比较 (n)

组别	n	临床痊愈	好转	无效	总有效 (%)
治疗组	44	38	5	1	43 (97.73) <sup>△</sup>
对照组	40	23	8	9	31 (77.50)

与对照组比较, <sup>△</sup>P<0.05。

效率高于对照组 (P<0.05)。

### 3 讨论

痛风是一个可逆性的尿酸盐晶体异常沉积性疾病。嘌呤代谢长期紊乱可导致高尿酸血症, 并可由此引起反复发作性痛风性关节炎、痛风石沉积、痛风石慢性关节炎和关节畸形, 常累及肾脏引起慢性间质性肾炎和尿酸肾结石形成。高尿酸血症是导致痛风发作的根本原因<sup>[5]</sup>。痛风患者肾脏的尿酸排泄减少有两个环节, 一是肾小球尿酸滤过减少, 二是肾小管重吸收尿酸增多<sup>[6]</sup>。本研究发现, 痛风患者的肾脏血浆流量有明显下降, 验证了尿酸含量升高主要是由于肾脏排除尿酸减少导致。

痛风属中医学“痛风”、“痹证”、“历节”、“白虎病”等范畴, 痛风性关节炎可归属于“热痹”, 本病病机为本虚标实。由于嗜食肥甘厚味, 日久损伤脾胃, 脾虚失运, 水湿内停, 肾虚不能分清泌浊, 通调水道, 湿浊内壅, 痹阻经络, 致湿热瘀毒深入骨骱, 导致关节红肿热痛、屈伸不利。治法多以清热利湿、健脾除湿、凉血止痛为主。笔者结合中医学和现代医学理论, 提出了健脾益肾泄浊化瘀为大法治疗本病, 并与西药治疗比较, 表明两组经过 2 周治疗后, 其疗效存在显著差异。本研究针对该病的发病机理, 以补虚泻实为原则, 拟健脾益肾泄浊化瘀为法。肾为先天之本, 补肾, 使肾藏精主水、气化功能正常, 精微物质得以保存, 湿浊之邪得以排泄; 脾为后天之本, 健脾, 使脾之运化升清功能正常, 水谷精微得以化生, 湿浊之邪无以生成; 泄浊化瘀, 清除病理产物, 使经脉畅通, 则湿浊瘀血之邪不能滞留为害。健脾益

肾、泄浊化瘀, 共奏釜底抽薪之效。方中生地黄、山茱萸肉、山药三药为君, 其中生地黄、山茱萸肉滋少阴, 补肾水; 山药性平, 补肺脾肾, 补而不骤, 三药共奏强肾健脾之功。脾肾功能正常, 则精微物质得以固摄, 水液运行有度。泽泻、泽兰、薏苡仁、茵陈、茯苓、土茯苓健脾利湿、通利关节, 诸药合用为臣, 化湿而不燥, 宣透而不峻, 祛邪不伤正。牡丹皮、丹参、鸡血藤、益母草四药共伍为佐, 活血化瘀、疏通经络, 改善肾脏的血供及局部营养, 从而改善肾脏微循环及肾小球滤过功能促进尿酸排泄。桑寄生、淫羊藿养肾气固精, 党参、苍术健脾益气燥湿, 均可提高机体免疫, 四药共用为使。全方合用补肾健脾, 通络止痛, 清湿浊, 舒筋络, 标本兼治, 阴阳并调, 使肾强脾健, 湿浊得以泄化, 瘀血得以清除, 从而达到澄源塞流之目的。现代研究证实, 生薏苡仁、土茯苓具有促进尿酸排泄作用, 土茯苓、泽泻具有碱化尿液作用, 丹参、党参、黄芪具有改善循环作用, 牡丹皮、山茱萸肉、薏苡仁具有镇痛、消炎、解热作用, 党参、黄芪、茯苓、桑寄生、淫羊藿具有提高机体免疫功能作用<sup>[7]</sup>。

中药双柏散是我院制剂之一, 由侧柏叶、黄柏、大黄、薄荷、延胡索制成, 其中侧柏叶凉血止血, 祛风除湿、消散肿毒; 大黄泻热解毒、行瘀血, 薄荷辛凉止痛、疏散风热, 延胡索理气活血止痛, 黄柏清热燥湿, 泻火解毒, 凉血消肿。现代药理试验证实本方有良好的抗炎作用<sup>[8]</sup>, 其机理可能是通过拮抗炎症介质, 减少血管通透性和抑制炎症细胞游走。同时本方具有抑制无菌性炎症反应、降低创伤局部组织液压力和促进血肿吸收等作用, 因而对组织细胞的再生、修复有促进作用。双柏散外敷后, 增强了局部组织代谢过程, 减轻、消除痛风的关节腔滑膜炎, 促进肿胀渗出等病理产物消散、吸收, 因而具有消炎镇痛作用, 从而提高了疗效。

通过笔者对脾肾亏虚、湿浊瘀血内阻型痛风性关节炎患者的临床观察, 健脾益肾泄浊化瘀汤联合双柏散外敷优于西药对照组, 可以有效的降低 C 反应蛋白、降低血脂、促进尿酸排泄、增加肾血浆流量。该疗法的作用环节可能是通过增加肾血浆流量使肾小球尿酸滤过增多促进了尿酸的排泄, 并且有助于改善血脂代谢, 抑制炎症反应。但该疗法能否抑制肾小管重吸收尿酸, 还待进一步研究。该疗法治疗痛风疗效确定, 且无明显副作用。

### 参考文献

- [1] 中华医学会. 临床诊疗指南风湿病分册 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 123.
- [2] 中华人民共和国卫生部. 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: 163-168.
- [3] 中华人民共和国卫生部. 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: 163-167.
- [4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [M]. 南京: 南

- 京大学出版社, 1994: 32.
- [5] 复旦大学上海医学院. 实用内科学 [M]. 13版. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 2766.
- [6] 李景宏. 探求痛风的治本之道 [J]. 中国老年保健医学, 2010, 8 (5): 69.
- [7] 王陈芳, 黄平. 痛风性肾病的中医药研究 [J]. 吉林中医药, 2010, 30 (11): 940.
- [8] 吴启端, 方永奇, 黄可儿, 等. 双柏炎痛喷雾剂的抗炎镇痛作用研究 [J]. 中国实验方剂学杂志, 1999, 5 (5): 49-50.

(收稿日期 2014-03-30)