

四妙丸加味治疗急性痛风性关节炎的临床研究

张秋霞 陈镇秋

(广州中医药大学第一附属医院 广州 510405)

摘要:目的:观察四妙丸加味治疗急性痛风性关节炎的临床疗效。方法:将 78 例急性痛风患者随机分为两组,对照组 40 例应用西药(秋水仙碱、别嘌醇片、扶他林或西乐葆),治疗组 38 例内服中药汤剂(四妙丸加味),观察临床症状、体征变化及有无药物不良反应。用药前及 1 个疗程结束后次日作血尿酸、血沉及白细胞计数检测。结果:治疗组显效 24 例,好转 11 例,无效 3 例,有效率为 92.10%;对照组显效 17 例,好转 12 例,无效 11 例,有效率为 72.50%。两组疗效比较,差异有显著性意义($P<0.05$)。两组组内治疗前后比较血尿酸、血沉及血白细胞计数,差异均有显著性意义($P<0.05$);治疗后两组间比较血尿酸、血沉,差异有显著性意义($P<0.05$)。对照组出现 3 例恶心欲呕,无其他不良反应;治疗组未见不良反应。结论:四妙丸加味治疗急性痛风性关节炎的临床疗效以及降尿酸效果均较西药组明显,值得进一步研究。

关键词:四妙丸加味;痛风性关节炎;临床研究

中图分类号:R 589.7

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.04.023

痛风是嘌呤代谢紊乱和 / 或尿酸排泄减少所引起的一组疾病。临床特点为高尿酸血症,及由此而引起的急性痛风性关节炎反复发作、痛风石沉积、慢性痛风性关节炎和关节畸形。随着人民生活水平的提高、饮食结构的改善,痛风的发病率逐年增高,若未经适当治疗,最终通常发展为痛风性肾病。该病急性发作期用传统西药疗效可靠,但由于其严重的胃肠道刺激、肝肾损伤、骨髓抑制等副作用,使得临床应用受到一定限制。自 2010 年以来我们应用四妙丸加减治疗急性痛风性关节炎患者 38 例,观察其对急性痛风性关节炎的临床疗效及对血尿酸、血沉和血白细胞计数的调节代谢作用,并与西药秋水仙碱、别嘌醇及扶他林或西乐葆治疗急性痛风性关节炎患者 40 例作对照。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选择本院门诊符合急性痛风性关节炎诊断标准的 78 例患者,除外其他各种原因的继发性高尿酸血症。将其随机分为两组:治疗组 38 例,其中男 35 例,女 3 例,年龄(45.2 ± 7.8)岁,病程 3 d~12 年,平均(5.7 ± 4.5)年;对照组 40 例,男 36 例,女 4 例,年龄(43.4 ± 8.3)岁,病程 5 d~15 年,平均(6.8 ± 5.4)年。两组患者一般资料比较,差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 依据《风湿病中西医结合诊疗学》^[1]和卫生部药政局 1993 年颁布的《中药新药临床研究指导原则》^[2]中关于痛风的诊断标准拟定:(1)急性关节炎或慢性痛风性关节炎反复发作,表现为单个关节,或第一跖趾关节、单侧跗间关节,或非对称性关节肿胀;(2)可疑或已证实的痛风结节;(3)血尿酸增高;(4)排除因肾病、血液病、癌症等引起的继发性痛风性关节炎和其他类型的关节炎以及丹毒。

1.3 排除标准 (1)有心、肺、肝、肾等脏器功能不全者;(2)年龄 >70 岁以上者;(3)晚期关节重度畸

形、僵硬、丧失劳动能力者。

1.4 治疗方法 两组均予低嘌呤饮食,禁酒,忌食高蛋白类、动物内脏、豆类等食物,多饮水,也可多喝茶。

1.4.1 治疗组 采用中药内服:以四妙丸为基本方加味:苍术,黄柏,薏苡仁,牛膝,忍冬藤,土茯苓,萆薢,车前子,金钱草,山慈姑,秦艽,木瓜。每日 1 剂,水煎取汁 300 mL 分 3 次温服,每次 100 mL。7 d 为 1 个疗程。

1.4.2 对照组 采用西药内服:予秋水仙碱每日 2 次,每次 2 片(2.0 mg),饭后口服(如腹泻严重即停药);别嘌醇片 100 mg,每日 3 次;疼痛难忍服用扶他林(饭后)25 mg 或西乐葆 200 mg,每天 2 次。7 d 为 1 个疗程,所有患者每周复诊 1 次。

1.5 观察指标 观察临床症状、体征变化及有无药物不良反应。用药前及 1 个疗程结束后次日作血尿酸、血沉及白细胞计数检测。不良反应主要观察患者治疗期间的胃肠道反应(如恶心、呕吐、腹泻)及过敏反应等。

1.6 临床疗效判定标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[3]拟定。显效:关节红肿热痛消失,局部无任何反应,活动如常,血尿酸降至正常范围;好转:关节肿胀消减,疼痛缓解,血尿酸下降,但未至正常范围;无效:关节红肿热痛症状改善不明显,活动仍受影响,血尿酸未下降。

1.7 统计学方法 所有计量资料以均值加减标准差($\bar{X}\pm S$)表示,两组间均值比较采用独立样本 t 检验,等级资料比较采用秩和检验,由统计软件 SPSS11.5 进行统计。检验标准 $\alpha=0.05$, $P<0.05$ 为有显著性意义。

2 结果

2.1 两组疗效比较 治疗组显效 24 例,好转 11 例,无效 3 例,有效率为 92.10%;对照组显效 17 例,

好转 12 例,无效 11 例,有效率为 72.50%。两组疗效比较,差异有显著性意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组疗效比较 例					
组别	n	显效	好转	无效	有效率(%)
对照组	40	17	12	11	72.50
治疗组	38	24	11	3	92.10*

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

2.2 两组血尿酸、血沉及血白细胞计数比较 两组组内治疗前后比较血尿酸、血沉及血白细胞计数差异均有显著性意义($P<0.05$);治疗后两组间比较血尿酸、血沉差异有显著性意义($P<0.05$),治疗组优于对照组,而血白细胞计数差异无显著性意义。见表 2。

表 2 两组患者血尿酸、血沉及白细胞计数变化 ($\bar{X}\pm S$)					
组别	n	时刻	血尿酸($\mu\text{mol/L}$)	血沉(mm/h)	白细胞计数($\times 10^9/\text{L}$)
对照组 28	28	治疗前	527.32 $\pm$ 40.56	49.71 $\pm$ 14.1	12.78 $\pm$ 2.80
		治疗后	435.33 $\pm$ 37.31 $^{\Delta}$	30.33 $\pm$ 11.8 $^{\Delta}$	7.79 $\pm$ 2.15 $^{\Delta}$
治疗组 36	36	治疗前	546.34 $\pm$ 53.42	52.40 $\pm$ 13.51	13.07 $\pm$ 2.65
		治疗后	343.20 $\pm$ 27.42 $^{\Delta*}$	19.90 $\pm$ 9.52 $^{\Delta*}$	5.95 $\pm$ 2.27 $^{\Delta}$

注:与同组治前比较, $^{\Delta}P<0.05$;与对照组比较,* $P<0.05$ 。

2.3 两组不良反应比较 对照组出现 3 例恶心欲呕,无其他不良反应;治疗组未见不良反应。两组间比较差异无显著性意义。

3 讨论

痛风性关节炎是一种异质性疾病,是由于嘌呤代谢异常所引起。急性期以关节炎症为主要表现,血尿酸浓度过高沉积于关节而引起红、肿、热、痛等症状^[4]。西医治疗主要为促进尿酸排泄和抑制尿酸合成以控制高尿酸血症,以及对症止痛等为主要方法。由于本病难以根治,易反复发作,需要长期服药治疗。西药由于其不良反应较大,患者的依从性较差,限制了其应用。

痛风性关节炎属中医的“痹证”、“痛风”、“白虎历节”范畴,而急性痛风性关节炎则类似于中医学的“湿热痹”。根据本病的临床表现:急性期关节红、肿、热、痛,以及患者多形体肥胖、喜食膏粱厚味之品并易被膏粱厚味所诱发等特点,考虑患者的体质为痰湿素盛、兼有郁热,其病机特点主要为湿热下注,《素问·太阴阳明论》曰:“伤于湿者,下先受之。”正因为湿性趋下,易袭阴位,所以痛风患者多发于下肢关节,而且内侧多见。湿热流注关节,经络痹阻不通,不通则痛,因而导致关节的疼痛、红肿等,日久可致关节畸形。根据痛风性关节炎“湿、热”的病证特点,治疗的原则当为清热利湿通络,因此笔者采用清热利湿的经典方剂四妙丸加味治疗本病。方

中黄柏、苍术、薏苡仁、牛膝为四妙丸原方,其中黄柏清热燥湿、泻火解毒,主入下焦;苍术主入脾胃,内燥脾湿,又散外湿,二药相伍,为治疗湿热痹症之要药;薏苡仁清热利湿、健脾舒筋,牛膝补肝肾,强筋骨,祛风湿,引药下行,四药合用是主治下肢湿热引起的足膝关节红肿热痛、萎软麻木之症的常用方剂;湿重者加土茯苓、车前子、金钱草利湿泄浊,驱湿邪由小便而出,开湿浊排泄通道;另加忍冬藤清热解毒通络,治筋骨疼痛;木瓜祛湿疏筋,专治湿痹;萆薢祛风利湿,分清泻浊,治风湿顽痹;秦艽祛风除湿,通利经络,清理络中之湿;全方清热化湿、通络镇痛,降低血尿酸,从而达到治疗目的。据现代药理研究显示,黄柏^[5]有抗菌消炎、改善血液循环的作用;土茯苓^[6]能降低血尿酸;秦艽能溶解尿酸并解除尿酸所致疼痛;生薏苡仁、金钱草^[7]有显著的利尿作用,能使尿液变为碱性,促使泌尿系结石的溶解,减少晶体聚集程度,有预防结石形成及复发的作用^[8];车前子使人体内的水分排出量增加,并增加尿素、尿酸及氯化钠的排除;山慈菇含秋水仙碱,具有秋水仙碱样作用^[9],泄浊还可防止痛风后关节畸形、肾结石以及肾脏病变的发生。

本组资料显示,四妙丸加味治疗急性痛风性关节炎的临床疗效以及降尿酸效果均较西药组明显,且无明显不良反应,表明本方是治疗痛风性关节炎的有效方法之一。但其具体的作用靶点不明确,缺乏基础实验研究,值得进一步研究,以利今后开发有效治疗痛风方剂的良好途径。

参考文献

[1]周翠英,孙素平,傅新利.风湿病中西医诊疗学[M].北京:中国中医药出版社,1998.436
[2]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[M].第二辑.1995.179-183
[3]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.50
[4]谢建祥,舒小妹,赵凤达.白艾痛风灵治疗急性痛风性关节炎的临床研究[J].实用中西医结合临床,2011,11(5):8-10
[5]于孟学.现代风湿性疾病诊疗手册[M].北京:中国协和医科大学出版社,2000.357
[6]沈庆法.中医临床肾脏病学[M].上海:上海科学技术文献出版社,1997.206-211
[7]高学敏.临床中药学[M].石家庄:河北科学技术出版社,2005.1 239
[8]梅全喜.现代中药药理手册[M].北京:中国中医药出版社,1998.457
[9]谢爱娣.泄浊活血法治疗痛风的点滴体会[J].医药产业资讯,2005,2(24):103

(收稿日期:2012-05-08)