肺脾肾三脏并调疗法对痛风慢性期患者疗效的影响

谢鑫 李琳 陈夏

(安康市中医医院内分泌风湿免疫科,安康,725000)

摘要 目的:探讨肺脾肾三脏并调疗法对痛风慢性期患者疗效的影响。方法:选取2012年3月至2016年12月在我院进行治疗的痛风慢性期患者78例纳入本次研究。根据数字表法将78例患者分成观察组以及对照组各含39例,对照组给予基础治疗并口服别嘌醇片,观察组在其基础上使用肺脾肾三脏并调疗法,治疗2周后比较2组疗效,症状评分,尿酸(UA)、尿素氮(BUN)、红细胞沉降率(ESR)、类风湿因子(RF),以及不良反应。结果:观察组治疗有效率是97.44%,均分别明显高于对照组的82.05%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后2组的关节疼痛和关节肿胀,以及关节屈伸不利的评分均分别明显低于治疗前,且观察组的各项症状评分均明显低于对照组,差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$)。治疗后2组的UA、BUN、ESR及RF水平均分别明显低于治疗前,且观察组明显低于对照组,差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$)。观察组不良反应的发生率是7.69%,较对照组的25.64%明显更低,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:肺脾肾三脏并调疗法能够有效治疗痛风慢性期患者,且安全性较好。

关键词 痛风慢性期;肺脾肾;三脏并调疗法;别嘌醇片

Effect of Lung, Spleen, Kidney Co-regulating Therapy in the treatment of Chronic Gout Patients

Xie Xin, Li Lin, Chen Xia

(Endocrine and immune system, Health City Hospital of traditional Chinese Medicine, Ankang 725000, China)

Abstract Objective: To observe the effect of lung, spleen, kidney co-regulating therapy in the treatment of chronic gout patients. **Methods:** From March 2014 to December 2016, 78 patients with chronic gout were collected, then divided into observation group and control group randomly, each with 39 cases. The control group was given basic treatment and oral administration of Allopurinol Tablets, while the observation group, on the basis of that, used lung and spleen and kidney co-regulating therapy. Symptoms after 2 weeks of treatment, symptom score, biochemical indexes (UA urea nitrogen BUN, uric acid, ESR and ESR rheumatoid factor RF), and adverse reactions were compared between the two groups. **Results:** The effective rate of the observation group was 97.44%, the total effective rate was 97.44%, which were significantly higher than those of the control group of 25.64% and 82.05%, so the difference is statistically significant ($P < 0.05$). After treatment, two groups of joint pain and joint swelling, and joint flexion and extension adverse scores were significantly lower than before treatment, and the scores of the observation group were significantly lower than the control group ($P < 0.05$). After treatment, the levels of UA, BUN, ESR and RF in the two groups were significantly lower than those before treatment, and the above biochemical indexes in the observation group were significantly lower than those in the control group ($P < 0.05$). The total incidence of adverse reactions in the observation group was 7.69%, significantly lower than the control group of 25.64% ($P < 0.05$). **Conclusion:** Lung, spleen and kidney co-regulating therapy can effectively treat chronic gout patients. The therapy is effective and worthy of promotion in clinical.

Key Words Lung spleen and kidney; Co-regulating therapy; Chronic gout; Curative effect

中图分类号:R242 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2017.11.034

痛风为临床常见疾病,是指因为单钠尿酸盐大量沉积而造成的晶体相关类型关节疾病,其发病和嘌呤代谢失衡以及尿酸排泄量降低引发的高尿酸血症等均密切相关。该病主要是指具有急性特征性质的关节炎以及慢性痛风石类疾病,通常包含急性关

节炎以及痛风石等,其患者病情严重情况下可伴有关节残疾甚至肾功能不全等症状^[1]。由于目前有关于痛风发病机制尚未明确,其临床治疗通常仅起到缓解作用,无法获得根治效果。西医治疗痛风多采取控制发作、纠正患者高尿酸血症以及手术等手段,

来提高其日后生命质量,整体疗效不够理想。痛风在中医归属于“痹症”“湿病”以及“历节病”等范畴,认为其发病和脏腑失调直接相关,气血亏虚以及寒湿痰浊等是致病的关键^[2]。有学者指出,对慢性痛风患者实施肺脾肾三脏器合并调养治疗,十分有助于缓解其临床症状,临床疗效非常理想,适于推广应用^[3-4]。我们通过研究分析肺脾肾三脏并调法对痛风慢性期患者的疗效影响,旨在为临床治疗提供方案选择,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2014年3月至2016年12月在我院进行治疗的痛风慢性期患者78例纳入本研究。根据随机数字表法将78例患者分成观察组以及对照组各含39例,其中观察组有男30例,女9例;年龄31~64岁,平均年龄(45.68±1.34)岁。病程1~7年,平均病程(3.24±0.33)年。对照组有男28例,女11例;年龄32~63岁,平均年龄(45.70±1.53)岁。病程1~8年,平均病程(3.31±0.49)年。2组的一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。具有可比性。本研究已经获得医院中伦理委员会的评审通过。

1.2 诊断标准 所有患者均满足美国风湿病学会制定的痛风慢性期的诊断标准^[5]。

1.3 纳入标准 1)初次就诊者;2)年龄>30岁;3)对本研究均知情同意,且签署了同意书者。

1.4 排除标准 1)存在痛风肾者;2)对于本研究的药物过敏者;3)有血液疾病者;4)有恶性肿瘤者;5)有心、肝、肾等脏器的功能性障碍者。

1.5 脱落与剔除标准 1)研究期间失访者;2)转至其他医院治疗者。

1.6 治疗方法 对照组给予基础治疗,主要包括:每日多饮水,确保尿量>2 000 mL,结合低嘌呤饮食,并服用碳酸氢钠片以调节尿pH值为6.2~6.8。同时口服别嘌醇片(上海信谊万象药业股份有限公司,国药准字:H31020334,规格为0.1 g/片),剂量为0.1 g/次,3次/d。观察组在对照组的用药基础上另增加肺脾肾三脏并调法,由防己黄芪汤和苓桂术甘汤以及五苓散化裁而得,主要包含:蜜炙黄芪15 g、汉防己12 g、桂枝9 g、生白术9 g、茯苓12 g、泽泻6 g、秦皮6 g、大腹皮6 g、丹参6 g、姜黄6 g、五味子6 g、山慈菇6 g、生甘草6 g。以水煎至250 mL,2次/d。以2周作为1个疗程。

1.7 观察指标 比较2组疗效,症状评分,尿酸(UA)、尿素氮(BNU)、红细胞沉降率(ESR)和类风

湿因子(RF),以及不良反应。其中症状评分分别从关节疼痛(0~6分)、关节肿胀(0~6分),以及关节屈伸不利(0~6分)进行评价,分值越高表示关节活动能力越差。UA、BUN、ESR及RF通过日立公司生产的全自动生化分析仪7180型进行检测,相关试剂盒产自深圳的晶美工程公司,严格根据说明书描述的步骤进行操作。

1.8 疗效判定标准^[6-7] 显效:患者症状计分的减少率超过70%;有效:患者症状计分的减少率超过30%;无效:未达到上述标准者。将显效和有效者的比例和计算治疗有效率。

1.9 统计学方法 采用SPSS 20.0统计软件分析,计数资料用率表示,其比较采用 χ^2 检验,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,其比较采用 t 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组疗效比较 观察组显效20例,有效18例,无效1例,治疗有效率是97.44%,均明显高于对照组的82.05%(显效10例,有效22例,无效7例),差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.2 2组症状评分的比较 治疗前2组的症状评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后2组的关节疼痛和关节肿胀,以及关节屈伸不利的评分均分别明显低于治疗前,且观察组的各项症状评分均明显低于对照组,差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$)。见表1。

表1 2组症状评分($\bar{x} \pm s$,分)

组别	关节疼痛	关节肿胀	关节屈伸不利
观察组($n = 39$)			
治疗前	3.59 ± 1.02	2.96 ± 1.06	2.82 ± 1.03
治疗后	0.98 ± 0.36* [△]	0.78 ± 0.44* [△]	1.04 ± 0.58* [△]
对照组($n = 39$)			
治疗前	3.46 ± 0.91	2.93 ± 1.12	2.79 ± 1.05
治疗后	1.66 ± 0.97*	1.02 ± 0.57*	1.73 ± 0.63*

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,[△] $P < 0.05$

2.3 2组生化指标的比较 治疗前,2组的生化指标比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组的UA、BUN、ESR及RF水平均分别明显低于治疗前,且观察组生化指标均明显低于对照组,差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$)。见表2。

2.4 2组不良反应比较 观察组不良反应的总发生率是7.69%(3/39),较对照组的25.64%(10/39)明显更低,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表3。

表 2 2 组生化指标($\bar{x} \pm s$)

组别	UA($\mu\text{mol/L}$)	BUN(mmol/L)	ESR(mm/h)	RF(IU)
观察组($n=39$)				
治疗前	562.44 $\pm$ 75.56	19.24 $\pm$ 3.88	13.94 $\pm$ 3.35	29.65 $\pm$ 8.24
治疗后	406.32 $\pm$ 62.91 * Δ	13.94 $\pm$ 3.35 * Δ	25.63 $\pm$ 5.47 * Δ	20.31 $\pm$ 5.84 * Δ
对照组($n=39$)				
治疗前	20.31 $\pm$ 5.84	19.22 $\pm$ 3.79	32.89 $\pm$ 5.42	29.71 $\pm$ 8.33
治疗后	455.93 $\pm$ 94.27 *	15.56 $\pm$ 2.49 *	29.34 $\pm$ 5.21 *	23.51 $\pm$ 3.47 *

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

表 3 2 组不良反应(例)

组名	皮疹	胃肠道反应	发热	白细胞减少
观察组($n=39$)	1	1	0	1
对照组($n=39$)	2	4	2	2

3 讨论

痛风为十分常见的代谢性疾病,具有较高发病率,其病情易反复发作,属于终身型疾病,十分缠绵难愈,对患者造成较大痛苦。以现代医学角度分析,痛风是由于机体嘌呤代谢紊乱以及尿酸排泄障碍等原因导致的。而根据中医学研究发现,痛风通常是因为过食肥甘和酗酒、过劳以及外感风寒湿热导致的,引起气血凝滞甚至痰瘀闭阻等,造成骨节经气而不通,最终发病^[8-9]。同时,痛风本身病例变化主要为风热之邪,并之湿气,两者合邪成患。亦或阳盛肝旺,亦或过食过饮,致使内生痰热,引发风湿及热邪。此外,风寒痰热等滞于经络及关节等处,使气血不畅,痹阻而生成风湿及热痹。痹症多历久不愈,经络关节均气血不顺,且日益严重,久之则痰浊且血痼,引起关节疼痛和结节等。肺脾肾均阳虚,躯体邪恋伤正,则形衰神惫^[10]。因此,痛风发病和人体体质之间存在直接关联,肺脾肾等脏器功能失调为影响痛风发病的重要因素^[11]。对慢性痛风患者进行肺脾肾三脏并调,可为改善患者临床症状提供极大帮助。

本研究发现,观察组治疗有效率明显高于对照组,这提示观察组用药方案能够获得相对更好的疗效。且治疗后观察组的关节疼痛和关节肿胀,以及关节屈伸不利的评分均分别明显低于对照组,UA、BUN、ESR及RF等生化指标水平也均明显低于对照组,表明观察组治疗措施能够明显改善患者的临床症状和体征,更利于患者的预后康复。分析原因,主要可能与观察组所使用的肺脾肾三脏并调疗法产生的中医药理作用机制有关。具体而言,痛风为“痹症”,痹者为内伤所致,脏腑失调则使气血亏虚且寒湿痰浊等。因此体虚致痹为痛风之根本。痛

风同时归属于“历节风”,因气血不足而受风寒之侵袭,素体均血气滞涩,至关节而不通,各经络筋骨均不得滋养,体内正邪相抗,每历之节均见疼痛^[12-13]。痛风为正气虚弱以及邪留体内导致,脏腑因功能不调则衍生多类病理表现并最终导致其发病。临床上,痛风发生关键在于正虚邪实,也就是肺脾肾亏虚。因湿浊内生,且痰瘀交结等而衍生多证。其中,肺于脏腑中着重负责宣发肃降,是人体水之上源。如出现肺气不赢,则会引起卫表亏虚,通常会表现为汗出恶风等。同时,肺虚还会使得体表津液循环运行不畅,多有躯体困重之症状,患者多易乏易疲。而脾则主运化,可作水中洲,为气机疏控。因痛风者多过食肥甘,其饮食无节制,易造成脾胃等脏器运化失调,引发阳微湿盛现象。此痰湿长期滞于经络关节,均会使气血阻滞,关节疼痛等症状频频发生。肾则为周身阴阳调和之根本,是水之脏腑,痛风者多累计肾脏,常见肾功能不全情况。肾虚则气化无力,身体水液储于下焦,降低膀胱气化功能。日久患者阴阳两虚,多见于关节疼痛变形以及肢体肿胀和小便不利等。因此,慢性痛风者通常表现为瘀相。痛风属肺脾肾均亏虚,对肺脾肾3种脏腑一并调理可以益气祛湿法为主要治疗原则,多选择具有行气活血之良方加以治疗。本研究认为肺脾肾3者并调应将补虚和泻实两者并用,且兼顾三焦。所制定方剂以防己黄芪汤和苓桂术甘汤以及五苓散3种方剂结合化裁而得。其中防己黄芪汤主要用于调节肺脏,汉防己以及白术等可祛湿利水,而黄芪具有益气行水功效,同时甘草可调和诸药^[14-15]。而苓桂术甘汤则考虑针对脾脏调理,其中茯苓能够利水,桂枝有助于温阳行水等。此外五苓散主要用于调理肾脏,其中泽泻具有利水作用。诸药合用,可共奏肺脾肾补虚泻实之功效,最终有效地改善了患者的症状。

此外,本研究结果还发现,观察组不良反应发生率比对照组更低,这提示了观察组治疗措施的安全性较高。原因可能与观察组加用的主要是中药汤

剂,而此类汤剂往往具有较低的不良反应,因此不会明显增加患者的不良反应。这在陈龙^[16]和赵文金等^[17]的报道中也有类似结论。

综上所述,肺脾肾三脏并调疗法能够有效治疗痛风慢性期患者,且安全性较好。

参考文献

- [1]周叶,洪鸣鸣,高越,等.骨痹活血汤辅治高龄肾功能不全患者合并急性痛风性关节炎疗效分析[J].浙江中西医结合杂志,2016,26(7):603-606.
- [2]高雅婷,高明利.当归拈痛汤联合非甾体抗炎药治疗急性痛风性关节炎的临床观察[J].医药前沿,2016,6(25):367-368.
- [3]尹学永,王志文,汪福东,等.三仁汤加味治疗急性痛风性关节炎疗效观察[J].中国中医急症,2016,25(9):1777-1779.
- [4]Kulasegaran T, Dalbeth N. Dietary Management of Gout: What is the Evidence? [J]. Am J Med, 2017, 130(1): e37.
- [5]王江.八味扶正止痛汤合并针灸治疗痛风36例[J].中国中医药现代远程教育,2016,14(8):110-111.
- [6]Atik OŞ, Ergişi Y, Ayanoglu T, et al. Is it easy to clinically distinguish inflammatory arthritis of bacterial origin from monoarthritis attacks of gout disease? [J]. Eklem Hastalik Cerrahisi, 2016, 27(3): 167-170.
- [7]傅平,胡涛,杨明杰,等.白虎加桂枝汤配方颗粒炼膏外敷治疗手足痛风性关节炎30例[J].中医外治杂志,2016,25(1):11-12.
- [8]杜启明,张燕,杨杰,等.身痛逐瘀汤合二妙散联合西药治疗瘀热

阻滞型痛风性关节炎疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2016,25(31):3457-3458.

- [9]陈鹏,郭文韬,龙美兵,等.退癩消肿汤联合洛索洛芬钠片治疗急性痛风性关节炎的临床研究[J].中医正骨,2016,28(8):19-23.
- [10]殷彩梅,于静.急性痛风性关节炎患者行健脾益肾泄浊化痰汤联合双柏散治疗对中医症状评分及血尿酸含量、红细胞沉降的影响[J].中国煤炭工业医学杂志,2016,19(2):279-281.
- [11]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.
- [12]Kapetanovic MC, Hameed M, Turkiewicz A, et al. Prevalence and incidence of gout in southern Sweden from the socioeconomic perspective [J]. RMD Open, 2016, 2(2): e000326.
- [13]程立,蒋雪峰,陆莉君,等.泄浊清瘀汤治疗痛风急性发作期临床研究[J].中医临床研究,2016,8(24):74-75.
- [14]Araujo EG, Manger B, Perez-Ruiz F, et al. Imaging of gout: New tools and biomarkers [J]. Best Pract Res Clin Rheumatol, 2016, 30(4):638-652.
- [15]汪小莉,刘晓,夏春燕,等.防己黄芪汤药理作用及各单味药化学成分研究进展[J].中草药,2016,47(19):3527-3534.
- [16]陈龙.痛风降酸溶石汤联合保泰松治疗痛风性关节炎的临床有效性及安全性[J].中国社区医师,2016,32(32):116-117.
- [17]赵文金,赵多明,赵华.痛风降酸溶石汤治疗痛风病46例[J].陕西中医,2010,31(8):984-986.

(2017-01-04 收稿 责任编辑:杨觉雄)

(上接第2699页)

- [2]陈志强.围手术期术后胃肠功能障碍的辨证论治策略[J].中国中西医结合杂志,2013,33(2):149-154.
- [3]刘坤,陈理.中医外治法治疗胃肠道肿瘤术后胃肠功能障碍的临床研究现状[J].针灸临床杂志,2014,30(12):74-76.
- [4]王清江,柴文晓,史旺德,等.中药内服外敷对腹部术后胃肠功能恢复的影响[J].中国实验方剂学杂志,2014,20(17):181-185.
- [5]胡燕.中药外敷在腹部手术后胃肠功能紊乱护理中的应用[J].中医药导报,2013,19(10):128-129.
- [6]魏星,裴华森,张琪,等.中药外敷促术后胃肠功能不全早期康复的临床观察[J].中华中医药杂志,2014,29(12):3864-3867.
- [7]沈志斌.中药外敷用于腹部术后促进肠功能早期恢复的效果观察[J].中国现代药物应用,2009,3(16):92-92.
- [8]陈华.大黄敷贴神阙穴促进妇产科腹部术后肠蠕动的疗效观察[J].光明中医,2015,30(1):97-98.
- [9]吕萍,唐群芬,李国清,等.小茴香加吴茱萸热敷对妇科腹部术后胃肠功能恢复的观察[J].护士进修杂志,2012,27(10):942-943.
- [10]陈青,邹芝香.中药热敷包预防妇科腹腔镜术后腹胀的疗效观察及护理[J].中医药导报,2011,17(7):99-100.
- [11]仇玮,郑燕生,陈志强,等.吴茱萸热熨法促进腹部术后胃肠功能恢复临床观察[J].广州中医药大学学报,2010,27(3):225-227.

- [12]林艳红,钟彩莲,欧艺.耳穴压豆联合中药封包对妇科腹腔镜术后患者胃肠功能恢复的效果观察[J].护理实践与研究,2016,13(10):141-143.
- [13]代淑莉,赵若华.妇科腹腔镜术后腹胀病人莱菔子耳穴贴压择时干预效果观察[J].护理研究,2014,28(12):4408-4409.
- [14]胡海军,刘春燕,李佳平.妇科开腹术后中药熨腹促进胃肠功能恢复效果观察[J].中国实用医药,2014,7(29):196-197.
- [15]温远辉,朱蕊.中药穴位贴敷治疗妇科腹腔镜术后腹胀63例疗效观察[J].海南医学,2010,21(24):141-142.
- [16]李坤寅,王慧颖,曾诚,等.运脾除湿中药对妇科腹部术后患者MTL、GLU影响的研究[J].中华中医药学刊,2008,26(8):1625-1628.
- [17]蔡春霞.中药脐贴敷脐促进妇科腹式全子宫切除术后胃肠功能恢复的疗效观察[J].医药前沿,2014,11(17):225-225.
- [18]王光权,王龙,王光栋.大黄对创伤性休克患者胃肠功能障碍的治疗作用及炎症因子的影响[J].海南医学,2012,23(2):38-40.
- [19]张延荃,田钢,杨慧宇.运脾饮对妇科肿瘤术后胃肠道功能恢复的临床应用[J].现代中西医结合杂志,2016,25(2):194-196.
- [20]邹芝香,谈珍瑜,曾晶.中药热敷包促进妇科腹腔镜术后肠蠕动临床观察[J].中外医疗,2012,31(2):126-126.

(2017-01-16 收稿 责任编辑:杨觉雄)