

· 临床 ·

痛风方治疗湿热夹瘀型痛风临床观察

孙骏炜¹, 刘清平², 李楠¹, 吴豫云¹, 韩玉凤¹, 林昌松^{2*}

(1. 广州中医药大学第一临床医学院, 广州 510405; 2. 广州中医药大学第一附属医院, 广州 510405)

[摘要] **目的:**通过观察痛风方治疗湿热夹瘀型痛风患者的临床疗效,评价其有效性及安全性。**方法:**采用随机平行对照方法,将120例患者分为对照组和观察组,各60例,对照组给予口服塞来昔布胶囊0.2 g/次,2次/d。观察组在对照组基础上加服痛风方,1剂/d,两组患者疗程均为2周。分别记录治疗前和治疗后患者休息时关节肿痛分数,关节压痛分数,关节肿胀分数,总分数,关节肿痛指数,关节功能分级,C反应蛋白(CRP),血沉(ESR),D-二聚体(DD-i),尿酸(UA)水平及生活质量评分(SF-36)的改变,并记录不良反应发生情况。**结果:**经治疗2周后,观察组临床有效率为87.27%,高于对照组的66.04% ($\chi^2 = 7.536, P < 0.05$);观察组休息时关节肿痛分数,关节压痛分数,总分数,关节功能评分,CRP,ESR,DD-i,UA均低于对照组 ($P < 0.05$);观察组关节肿痛指数,生活质量SF-36评分均高于对照组 ($P < 0.05$)。两组患者不良事件发生率无统计学差异。**结论:**痛风方联合塞来昔布治疗湿热夹瘀型痛风性关节炎疗效确切,抗炎作用强,安全性好,且能降低尿酸水平而不诱发痛风急性发作。

[关键词] 痛风; 痛风方; 尿酸; 瘀血; 痰浊

[中图分类号] R287;R259 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2017)18-0186-05

[doi] 10.13422/j.cnki.syfx.2017180186

[网络出版地址] <http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.3495.R.20170628.1623.036.html>

[网络出版时间] 2017-06-28 16:23

Effect of Tongfeng Decoction in Treating Gout with Moist Heat and Blood Stasis Syndrome

SUN Jun-wei¹, LIU Qing-ping², LI Nan¹, WU YU-yun¹, HAN Yu-feng¹, LIN Chang-song^{2*}

(1. The First Clinical Medical College of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510405, China;
2. The First Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510405, China)

[Abstract] **Objective:** To observe the effect of Tongfeng decoction in treating gout patients with moist heat and blood stasis syndrome treated, in order to evaluate the efficacy and safety of Tongfeng decoction in treating acute gout. **Method:** With a randomized, parallel-controlled approach, one hundred and twenty gout patients were divided into control group and observation group. Patients in control group were treated with celecoxib 0.2 g, twice a day. Patients in observation group were treated with celecoxib 0.2 g, twice a day, and combined with Tongfeng decoction, one dose a day. Both groups received therapy for 2 weeks. The changes in score of joint gall in rest, score of joint tenderness, score of joint swollen, gross score, index of joint gall, score of joint function, serum levels of C-reactive protein, erythrocyte sedimentation rate, D-dimer and uric acid, life quality (SF-36), and adverse reactions were recorded. **Result:** After treating for two weeks, the total effective rate in observation group was 87.27%, which was superior to 66.04% in control group ($\chi^2 = 7.536, P < 0.05$). The score of joint gall in rest, score of joint tenderness, score of joint swollen, gross score, score of joint function, serum levels of C-

[收稿日期] 20161213(001)

[基金项目] 国家自然科学基金项目(81573930)

[第一作者] 孙骏炜,在读硕士,从事中医药治疗风湿病的临床、实验研究及金匱要略研究, Tel:020-36598915, E-mail:987046686@qq.com

[通讯作者] *林昌松,硕士,教授,从事中医药治疗风湿病的临床、实验研究及临床教学, Tel:020-36598915, E-mail:linchs999@163.com

reactive protein, erythrocyte sedimentation rate, D-dimer and uric acid in observation group were lower than those in control group ($P < 0.05$). Index of joint gall and life quality in observation group were higher than those in control group ($P < 0.05$). The rate of adverse reactions between control group and observation group had no statistical difference. **Conclusion:** Tongfeng decoction combined with celecoxib shows a positive effect in treating gout patients with moist heat and blood stasis syndrome. The Tongfeng decoction has strong anti-inflammatory activity and security. It can reduce the serum level of uric acid, without inducing acute attack.

[**Key words**] gout; Tongfeng decoction; uric acid; blood stasis; phlegm

痛风是因遗传性和(或)获得性引起的,嘌呤代谢紊乱和尿酸排泄障碍所致的一种疾病,临床表现为高尿酸血症和尿酸盐结晶沉积所致的特征性急性关节炎、痛风石形成、痛风石性慢性关节炎,并可发生尿酸盐肾病、尿酸性尿路结石等,严重者可出现关节致残、肾功能衰竭。痛风发病率明显升高,并与其他代谢性疾病如高血压、糖尿病、血脂异常等疾病相伴,增加致死率^[1-2]。痛风的治疗,急性期主要以非甾体抗炎药、秋水仙碱、糖皮质激素为主,无特殊情况下,以非甾体抗炎药为治疗首选^[3];缓解期主要以抑制尿酸生成及促进尿酸排泄等降尿酸治疗为主。而在痛风病程中加用中医药治疗,在治疗及不良反应方面更具有优势^[4]。

痛风方根据《金匱要略》中的桂枝茯苓丸为主方化裁而成。桂枝茯苓丸出自《金匱要略》妇人妊娠病脉证并治第二十,“妇人宿有癥病,断经未及三月……所以血不止者,其癥不去故也,当下其癥,桂枝茯苓丸主之。”该方具有化瘀消癥、活血利水

功效,现代药理研究发现其具有抗炎、调节免疫、改善微循环、降低血液黏度等作用^[5-7],广州中医药大学第一附属医院风湿病科根据岭南地区气候特点及痛风病因病机化裁而成的痛风方,治疗痛风的临床疗效显著^[8]。本研究通过随机对照临床试验,观察痛风方在治疗痛风的临床疗效和安全性。

1 资料和方法

1.1 一般资料 入组 120 例患者均来自于广州中医药大学第一附属医院 2016 年 3 月—2016 年 7 月风湿病科门诊及病房痛风患者,入院患者均给予关节超声检查以辅助诊断。随机分为对照组、观察组,各 60 例。其中对照组 4 例和观察组 2 例患者病程中曾无法忍受疼痛加服曲马多缓释片,予以剔除。对照组及观察组各有 3 例失访,予以剔除。最终 108 例(对照组 53 例,观察组 55 例)患者完成了第 1,2 周的随访评估。各组患者年龄、性别、分类标准积分及疼痛目视模拟测试表、关节功能分级比较,差异无统计学意义,具有可比性。见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较($\bar{x} \pm s$)

Table 1 Comparison of basic information between two groups($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	年龄/岁	痛风分类标准积分/分	疼痛目视模拟测试/分	关节功能分级/级
对照	53	38.52 ± 18.31	11.85 ± 3.88	8.01 ± 3.52	2.52 ± 3.08
观察	55	40.11 ± 19.85	12.26 ± 4.02	8.46 ± 4.44	2.60 ± 3.14

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照 2015 年美国风湿病学会(American College of Rheumatology, ACR)/欧洲抗风湿病联盟(European League Against Rheumatism, EULAR)颁布的痛风新分类标准^[9],累计 ≥ 8 分即可诊断痛风。

1.2.2 中医证候诊断标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[10]。具备以下条件者可辨证为湿热夹瘀证,主证,跖趾等小关节疼痛,关节肿胀,脘腹胀闷。次证,口渴少饮,食少纳呆,肢体困重,口干而苦,大便不爽。舌质紫暗或有瘀点、瘀斑,苔黄腻。

脉濡数或脉涩。具备主证 3 项(舌象必备);或主证 2 项(舌象必备),加次证 2 项,即可诊断。

1.3 纳入标准 年龄 20 ~ 75 岁,行为能力正常;2015 年 ACR/EULAR 痛风分类标准积分累计 ≥ 8 分者;1 周内有关节红肿热痛发作,但未使用糖皮质激素、降尿酸等影响病情评估药物;本研究经广州中医药大学第一附属医院伦理委员会批准,严格按照临床研究规范进行,每例患者均签署知情同意书。

1.4 排除标准 有心、肺、肝、肾等脏器功能不全者;胃溃疡活动期或大便潜血试验阳性者;晚期关节重度畸形、僵硬、丧失劳动能力者;合并有严重

感染者;放化疗等继发性痛风患者;恶性肿瘤正在接受治疗者;伴有精神病、老年性痴呆等不能配合者。

1.5 剔除标准 受试过程中,因疼痛无法忍受需要加用糖皮质激素、秋水仙碱,甚至曲马多缓释片等止痛药的患者;受试过程中服用其他中药的患者;因受试期间出现严重不良反应,要求退出试验者;受试过程中失访的患者。

1.6 治疗方法 一般处理,低嘌呤饮食,禁酒;多饮水,尽量保持每日尿量在 2 000 mL 以上;碱化尿液,口服碳酸氢钠片(天津力生制药股份有限公司,国药准字 H12020220),1 g/次,3 次/d。对照组口服塞来昔布胶囊(辉瑞制药有限公司,国药准字 J20140072),0.2 g/次,2 次/d,饭后服用。观察组在对照组的基础上口服痛风方(桂枝 10 g,土茯苓 30 g,牡丹皮 10 g,桃仁 10 g,白芍 15 g,萹苈 30 g,车前子 20 g,浙贝母 20 g,山慈菇 20 g,姜黄 15 g,王不留行 20 g,甘草 6 g),中药饮片由广州中医药大学第一附属医院中药房提供,并有广州中医药大学第一附属医院煎药室统一煎煮,每剂中药取水煎剂 400 mL,分 2 袋包装,每日早晚饭后温服。

1.7 观察指标

1.7.1 关节肿痛指数 标准参照《新药(西药)临床研究指导原则汇编》^[11]。关节肿痛指数 = (治疗前关节肿痛总分数 - 治疗后关节肿痛总分数) / 治疗前关节肿痛总分数 × 100%, 关节肿痛总分数 = 休息时关节疼痛分数 + 关节压痛分数 + 关节肿胀分数。①休息时关节疼痛分数,0 分,无疼痛;1 分,轻度疼痛,疼痛无论持续与否,可以忍受,不影响睡眠;2 分,中度或间歇性疼痛,疼痛一般不常持续,但发作时很痛苦,在治疗前 2 夜,每夜至少发作 1 次;3 分,重度疼痛或日夜持续性疼痛,且难以忍受,经常影响睡眠。②关节压痛分数,0 分,无压痛(重压或作最大被动运动时无疼痛);1 分,轻度痛(在关节边缘或触及韧带时重压,患者称有压痛,但被动活动不受限);2 分,中度痛(重压患者称有压痛,且皱眉表示不适,活动轻度受限);3 分,重度痛(重压患者称有压痛且退缩,被动运动严重受限)。③关节肿胀分数,0 分,关节无肿胀;1 分,软组织肿胀;2 分,软组织肿胀伴有关节积液。

1.7.2 关节功能分级 参照《中药新药临床研究指导原则》^[10] 关节功能分级制定关节功能分级评分,Ⅰ级,可做各种运动(0 分)。Ⅱ级,中度受限,虽

有 1 个或多个关节不适或活动受限,但仍可从事正常活动(1 分)。Ⅲ级,明显受限,只能生活自理,但不能从事一般活动(2 分)。Ⅳ级,卧床或坐卧,生活不能自理(3 分)。

1.7.3 炎症指标 C 反应蛋白(C-reactive protein, CRP),血沉(erythrocyte sedimentation rate, ESR),D-二聚体(D-dimer, DD-i),尿酸(Uric Acid, UA)。于治疗前、治疗 1,2 周后清晨分别抽取患者空腹外周静脉血,送广州中医药大学第一附属医院检验科检验。

1.7.4 生活质量 SF-36 生活质量调查表,包括生理机能、生理职能、躯体疼痛、一般健康状况、精力 5 方面,分值越高表示健康状况越好。

1.8 不良反应 肝肾功能、血分析、尿组合、大便检查。于治疗前和治疗 2 周后清晨分别抽取空腹患者外周静脉血,送广州中医药大学第一附属医院检验科检验。

1.9 疗效评价 根据《中药新药临床研究指导原则》^[10] 关于痛风的疗效评定标准,临床痊愈,症状完全消失,关节功能恢复正常,主要理化检查指标正常。显效,主要症状消失,关节功能基本恢复,主要理化检查指标基本正常。有效,主要症状基本消失,主要关节功能及主要理化指标有所改善。无效,与治疗前相比,各方面均无改善。有效率 = (临床痊愈例数 + 显效例数 + 有效例数) / 总例数 × 100%。

1.10 统计学方法 采用 SPSS 17.0 统计分析软件进行数据统计分析。数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示,计量资料属正态分布者采用 *t* 检验,非正态分布者采用卡方检验。*P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者关节肿痛指数比较 治疗 1 周后,与治疗前比较,观察组在休息时关节肿痛、关节压痛分数和总分数上均有下降(*P* < 0.05),对照组总分数下降(*P* < 0.05)。治疗 2 周后,与治疗前比较,2 组休息时关节疼痛、关节压痛、关节肿胀分数及总分数均下降(*P* < 0.05),观察组下降更显著(*P* < 0.01)。治疗 2 周后,与对照组比较,观察组休息时关节疼痛、关节压痛、关节肿痛分数和总分数均降低,关节肿痛指数升高(*P* < 0.05)。见表 2。

2.2 两组患者关节功能及生活质量比较 治疗 2 周后,与治疗前比较,对照组和观察组关节功能分级均下降(*P* < 0.05),观察组下降更明显(*P* < 0.01);观察组生活质量评分升高(*P* < 0.01)。治疗 2 周后,与对照组比较,观察组关节功能分级下降,生活质量评分升高(*P* < 0.05)。见表 3。

表 2 两组患者治疗前后关节肿痛指数的比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table 2 Comparison of index of joint gall between two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间/周	休息时关节疼痛/分	关节压痛/分	关节肿胀/分	总分/分	关节肿痛指数/%
对照	53	0	2.80 ± 2.86	2.75 ± 3.05	1.89 ± 2.32	7.44 ± 4.92	-
		1	2.04 ± 2.69	1.97 ± 2.63	1.35 ± 2.06	5.36 ± 4.15 ¹⁾	28.91 ± 16.32
		2	1.57 ± 2.25 ¹⁾	1.53 ± 1.95 ¹⁾	0.96 ± 1.58 ¹⁾	4.06 ± 3.23 ²⁾	53.58 ± 34.25
观察	55	0	2.88 ± 2.65	2.86 ± 2.71	1.87 ± 2.28	7.61 ± 4.48	-
		1	1.55 ± 3.04 ¹⁾	1.80 ± 1.98 ¹⁾	1.05 ± 2.06	4.41 ± 4.01 ²⁾	38.50 ± 30.61
		2	0.74 ± 1.85 ^{2,3)}	0.88 ± 1.32 ^{2,3)}	0.46 ± 0.19 ²⁾	2.67 ± 2.64 ^{2,3)}	72.14 ± 58.44 ³⁾

注:与对照组治疗前比较¹⁾ $P < 0.05$, ²⁾ $P < 0.01$;与对照组治疗后同时期比较³⁾ $P < 0.05$ (表 3,4 同)。

表 3 两组患者关节功能评分和生活质量评分的比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table 3 Comparison of score of joint function and life quality between two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间/周	关节功能分级/级	生活质量评分/分
对照	53	0	2.52 ± 3.08	24.69 ± 19.33
		2	1.43 ± 1.85 ¹⁾	31.12 ± 20.74
观察	55	0	2.48 ± 3.14	26.27 ± 17.09
		2	0.76 ± 1.54 ^{2,3)}	38.82 ± 19.12 ^{2,3)}

表 4 两组患者炎症指标及尿酸水平的比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table 4 Comparison of inflammatory biomarkers and uric acid between two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间/周	CRP/mg·L ⁻¹	ESR/mm·h ⁻¹	DD-i/mg·L ⁻¹	UA/μmol·L ⁻¹
对照	53	0	26.31 ± 30.26	46.51 ± 30.38	2.15 ± 2.49	483.14 ± 98.84
		1	15.35 ± 10.67 ¹⁾	33.94 ± 20.73 ¹⁾	1.36 ± 1.78	444.81 ± 91.99 ¹⁾
		2	10.21 ± 9.58 ²⁾	21.66 ± 11.24 ²⁾	0.97 ± 1.34 ²⁾	402.17 ± 58.68 ²⁾
观察	55	0	27.93 ± 36.78	45.63 ± 28.49	2.26 ± 2.53	472.86 ± 97.59
		1	10.92 ± 17.37 ²⁾	23.27 ± 18.60 ²⁾	1.13 ± 1.65 ²⁾	395.70 ± 89.59 ²⁾
		2	6.13 ± 7.86 ^{2,3)}	14.24 ± 9.76 ^{2,3)}	0.49 ± 1.01 ^{2,3)}	304.69 ± 53.21 ^{2,3)}

2.4 两组患者临床疗效比较 治疗 2 周后,对照组和观察组有效率分别为 66.04% 和 87.27%,观察组优于对照组 ($\chi^2 = 7.536, P < 0.05$)。见表 5。

表 5 两组患者疗效的比较

Table 5 Comparison of efficacy between two groups before and after treatment

组别	例数	显效/例	有效/例	无效/例	有效率/%
对照	53	8	27	18	66.04
观察	55	15	33	7	87.27 ¹⁾

注:治愈均为 0 例。与对照组比较¹⁾ $P < 0.05$ 。

2.5 不良事件 对照组出现 2 例胃脘痛,考虑为非甾体抗炎药引起,给予对症处理后好转。观察组出现 1 例第 1 天服药后出现大便次数增多,考虑为空腹服用中药引起,服用 1 包蒙脱石散后好转,嘱其第 2 天中药改为饭后服用,未再出现大便次数改变。对照组及观察组不良事件发生率分别为 3.77% 和 1.82%,差异无统计学意义。

2.3 两组患者治疗前后炎症指标比较 治疗 1 周后,与治疗前比较,对照组 CRP, ESR, UA 水平明显降低 ($P < 0.05$),观察组 CRP, ESR, DD-i, UA 水平显著降低 ($P < 0.01$);治疗 2 周后,与治疗前比较,两组 CRP, ESR, DD-i, UA 均显著下降 ($P < 0.01$)。治疗 2 周后,与对照组比较,观察组 CRP, ESR, DD-i, UA 均降低 ($P < 0.05$)。见表 4。

3 讨论

痛风是一种因嘌呤代谢紊乱所致的异质性疾病,常累及肾脏引起慢性间质性肾炎和尿酸肾结石^[12]。中医历代医籍对痛风未有记载,相当于其中的“痹证”、“历节”、“痛痹”、“痰火毒”,其关节肿痛剧甚,掀红如血,甚如虎咬,故又名“白虎历节”。国医大师朱良春老根据痛风发病本质因血尿酸增高,尿酸盐结晶沉积关节、皮下或内脏而引发的一系列症状,提出痛风多缘“浊瘀内阻、脾肾失调”的观点,更把痛风命名为“浊瘀痹”^[13],提高了“痰浊”和“瘀血”在痛风发病中的地位。广州中医药大学第一附属医院风湿病科林昌松教授根据长期临床观察,认为本病乃本虚标实之候。本虚主要是先天禀赋不足及后天脾胃失养。肾为水火之脏,主水液代谢,肾中元阳蒸腾水液以通调水道,若肾气亏虚,温煦无力,水液代谢失常,水湿聚而为痰饮;脾胃气虚,运化失常,聚湿生痰,痰浊流注关节,阻滞经络,经络不通,

气血不畅,血聚成瘀,瘀瘀胶着关节,经络气血不通,故见关节肿胀、疼痛;痰湿瘀血郁久化热,故见关节肤温升高,肤色发红。因此提出痛风治疗应以活血祛瘀、利湿泄浊、化痰散结为法。

痛风方由桂枝茯苓丸加减,具有活血祛瘀、利湿泻浊、化痰散结之功。桂枝茯苓丸出自《金匱要略》,主治“妇人宿有癥病,又兼受孕”,具有活血祛瘀之功,缓消癥块之效。根据现代药理研究,桂枝茯苓丸具有较好的抗炎作用,能抑制由 5-羟色胺、组胺等所引起的毛细血管通透性增加,减轻由蛋清、甲醛等引起的大鼠足部水肿,抑制慢性肉芽组织增生,对炎症早、中、晚期均有显著的抑制效果^[14]。林昌松教授常运用本方加减以治疗骨关节炎、强直性脊柱炎、类风湿关节炎等风湿免疫性疾病,疗效显著^[15]。瘀血与痰浊在痛风的发病机制中地位重要,林教授根据痛风的病机,异病同治,选用桂枝茯苓丸为主方,再根据岭南“病多痰湿”的特点,以土茯苓易茯苓,再配伍淡渗利湿之萆薢和车前子以利湿泄浊,行气通络之姜黄和王不留行,加之痰瘀闭阻,关节红肿,再加山慈菇及浙贝母以清热化痰,通络散结,故临床疗效同样显著。其中车前子功效“止痛,利水道小便,除湿痹”,其醇提物通过下调肾脏尿酸转运体 mURAT1 mRNA 表达和抑制肝脏黄嘌呤氧化酶和腺苷脱氨酶,降低血尿酸水平,还能降低炎症渗出液白细胞、丙二醛(MDA)、肿瘤坏死因子- α 含量及提高渗出液和血清中超氧化歧化酶的活性,减轻各期炎症形成^[16-17]。萆薢始性平,味苦,功效“主腰背痛,强骨节,风寒湿周痹”;现代药理研究发现其具有抗炎、降低痛觉阈值及显著降低血尿酸含量的作用^[18-19];山慈菇,味辛,微甘,性凉,现代药理研究发现其内含秋水仙碱,能迅速缓解痛风急性发作^[20]。

本实验结果显示,观察组在提高关节功能评分,降低血尿酸,DD-i 聚体水平,特别在改善生活质量方面均明显优于对照组,提示痛风方具有较好的抗炎、镇痛及降尿酸作用,疗效确切,与塞来昔布合用于痛风急性期,能协同加强抗炎作用,且能降低血尿酸水平而未见明显不良反应及诱发急性痛风再发作,临床疗效确切。但不足之处在于本试验样本量较少,虽然短期运用本方确实能降低急性期血尿酸水平,对运用本方长期控制血尿酸方面的疗效未做评价,日后可待多中心、大样本、长期随访研究证实其对于间歇期控制血尿酸水平方面的疗效。

【参考文献】

[1] Wallace K L, Riedel A A, Joseph-Ridge N, et al.

Increasing prevalence of gout and hyperuricemia over 10 years among older adults in a managed care population [J]. J Rheumatol, 2004, 31(18): 1582-1587.

- [2] 余俊文,陆锦波,张小娟,等. 1 320 名老年人血尿酸与血脂、血糖和血压的分析[J]. 中华流行病学杂志, 2005, 26(6): 455-457.
- [3] 中华医学会风湿病学分会. 2016 中国痛风诊疗指南[J]. 中华内科学杂志, 2016, 55(11): 892-899.
- [4] 李季,肖瑞崇,李东书. 中医药治疗痛风的 Meta 分析[J]. 中国中医急症, 2016, 25(11): 2086-2088, 2094.
- [5] 黄浔芳. 桂枝茯苓丸治疗子宫内膜异位症的疗效观察[J]. 当代医学, 2013, 10(3): 400-402.
- [6] 吴修红,刘丽佳,王喜军,等. 桂枝茯苓丸及组成中药化学成分研究进展[J]. 实用中医内科学杂志, 2010, 38(6): 102-105.
- [7] 王兵,侯炜. 《金匱要略》三九方治疗肿瘤探讨[J]. 中医学报, 2013, 29(3): 359-361.
- [8] 姬森国,徐强,王笑丹. 林昌松教授治疗痛风性关节炎经验[J]. 辽宁中医药大学学报, 2010, 12(8): 138-139.
- [9] Neogi T, Jansen T L, Dalbeth N, et al. 2015 Gout classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative [J]. Ann Rheum Dis, 2015, 74(10): 1789-1798.
- [10] 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, 1995: 168-172.
- [11] 中华人民共和国卫生部. 新药(西药)临床研究指导原则汇编[M]. 北京:中华人民共和国卫生部药政局, 1993: 110.
- [12] Morris I, Varughese G, Mattingly P, et al. Colchicine in acute gout [J]. BMJ, 2003, 327(7426): 1275-1276.
- [13] 朱婉华,顾冬梅,蒋恬. 浊瘀痹——痛风中医病名探讨[J]. 中医杂志, 2011, 52(17): 1521-1522.
- [14] 要平智,田宏岩. 中药桂枝茯苓丸防治药物流产后出血的体会[J]. 华北煤炭医学院学报, 2013, 5(3): 318-319.
- [15] 李莎,林昌松. 林昌松运用桂枝茯苓丸治疗风湿病经验摘要[J]. 江西中医药, 2012, 43(4): 18-20.
- [16] 曾金祥,魏娟,毕莹,等. 车前子醇提取物降低急性高尿酸血症小鼠血尿酸水平及机制研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(9): 173-177.
- [17] 冯娜,刘芳,郭会彩,等. 车前子多糖抗炎作用机制的实验研究[J]. 天津医药, 2012, 40(6): 598-601.
- [18] 费洪荣,高允生,毛幼桦,等. 粉萆薢水提物的抗炎镇痛作用[J]. 中国临床康复, 2005, 9(39): 110-111.
- [19] 费洪荣,毛幼桦,朱玮,等. 粉萆薢降尿酸作用研究[J]. 医药导报, 2007, 26(11): 1270-1272.
- [20] 马子密,傅延龄. 历代本草药性汇解[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2002: 197.

【责任编辑 张丰丰】