

# 清热养阴除湿汤治疗痛风急性期

董宏生, 陈諳\*, 王玉明, 谢幼红, 王北, 张秦, 陈爱萍, 邵培培

(首都医科大学附属北京中医医院, 北京 100010)

**[摘要]** 目的: 观察清热养阴除湿汤治疗痛风急性期的临床疗效。方法: 60 例痛风急性期的患者随机分成两组, 治疗组给予清热养阴除湿汤内服、泡洗、对照组予秋水仙碱口服, 0.5 mg/次, tid, 疗程均为 7 d。观察患者治疗前后肝肾功能, 白细胞, 血尿酸, 关节肿胀、压痛、疼痛 VAS 评分, 胃肠道反应。结果: 在控制患者关节疼痛, 肝肾功能, 白细胞, 血沉、C-反应蛋白方面, 两组无显著性差异; 在肝功能异常和胃肠道反应秋水仙碱组多于清热养阴除湿汤组, 有显著性差异; 在降低患者血尿酸和关节肿胀程度方面, 清热养阴除湿汤组优于秋水仙碱组。结论: 在痛风的急性期, 清热养阴除湿汤可缓解患者的病情, 降低血尿酸。

**[关键词]** 清热养阴除湿汤; 痛风; 急性期

**[中图分类号]** R287 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1005-9903(2011)16-0271-03

痛风是由于体内嘌呤代谢障碍、尿酸生成过多或/和尿酸排泄减少, 致血中尿酸浓度增高所引起的一组异质性疾病<sup>[1]</sup>。临床表现为高尿酸血症及尿酸盐结晶沉积所致特征性改变。患者在急性期出现关节剧烈疼痛, 局部红肿, 行动不便, 严重者会影响患者生活。在急性期西药常服用秋水仙碱控制病情, 但副作用较多, 本研究观察了清热养阴除湿汤对痛风急性期的疗效。

## 1 对象与方法

**1.1 临床资料** 60 例均为北京中医医院门诊痛风急性期患者, 其中男性 58 例 (96.7%), 女性 2 例 (3.3%), 女性均和长期服用含利尿药的降压药有关。年龄最小 18 岁, 最大 70 岁, 平均 (34 ± 2.2) 岁。病程 1 个月 ~ 10 年, 血尿酸 (UA) 460 ~ 701 μmol·L<sup>-1</sup>, 其中合并高脂血症者 50 名, 占 80%。将符合痛风急性期患者分为治疗组 40 例, 对照组 20 例, 两组在年龄、病程、病情等方面无统计学差异, 有可比性。

## 1.2 纳入标准

**1.2.1 符合西医美国风湿病协会的痛风诊断标准** (临床诊疗指南风湿病分册)<sup>[2]</sup> 滑囊液中见特异性尿酸盐结晶; 痛风石经化学方法或偏振光显微镜检查, 证实含有尿酸钠结晶; 具备下列临床、实验室

和 X 线征象等 12 项中 6 项者: ① 1 次以上的急性关节炎发作; ② 炎症表现在 1 d 内达到高峰; ③ 单关节炎发作; ④ 患病关节皮肤呈暗红色; ⑤ 第一跖关节疼痛或肿胀; ⑥ 单侧发作累及第一跖趾关节; ⑦ 单侧发作累及跗骨关节; ⑧ 有可疑的痛风石; ⑨ 高尿酸血症; ⑩ X 射线显示关节非对称性肿胀; ⑪ X 线摄片示骨皮质下囊肿不伴有质侵蚀; ⑫ 关节炎发作期间关节液微生物培养阴性。以上 1 ~ 3 项中出现 1 项, 即可诊断痛风。

**1.2.2 符合中医痹证诊断标准** (北京地区中医常见病证诊疗常规)<sup>[3]</sup> ① 单个指趾关节突然红肿疼痛, 痛剧如虎咬, 昼轻夜甚, 反复发作等; ② 多见于中老年男子, 常因进食肉食、饮酒、劳累等诱发; ③ 初起可单关节发病, 以足大趾关节为多见, 继则足踝、跟、手指等关节出现红肿热痛; ④ 急性期证候分型为湿热痹阻证: 关节红肿疼痛, 发病急骤, 病及一个或多个关节, 可兼有发热、口渴、烦躁不安等, 小便短黄, 舌质红, 苔黄或黄腻, 脉弦滑数。

**1.3 病例排除标准** ① 不符合中医证候诊断标准的患者; ② 年龄 18 岁以下或 70 岁以上, 妊娠或哺乳期妇女; ③ 合并有心血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病, 精神病患者; ④ 凡不符合纳入标准, 未按规定用药, 或资料不全等影响疗效或安全性判断者。

**1.4 治疗方法** 治疗组服用清热养阴除湿汤水煎剂: 金银花 10 g, 连翘 10 g, 半枝莲 15 g, 虎杖 10 g, 土茯苓 20 g, 白鲜皮 10 g, 生地黄 10 g, 桂枝 5 g, 川乌 3 g, 每日 1 剂, 分 2 次服用, 第 3 煎泡洗。随证加

**[收稿日期]** 2011-04-22

**[第一作者]** 董宏生, 从事中西医结合治疗风湿免疫性疾病研究, Tel: 010-52176649, E-mail: Donghongsheng123@163.com

**[通讯作者]** \* 陈諳, 主任医师, Tel: 010-52176678, E-mail: zycj2002@yahoo.com.cn

减:热重加生石膏、知母;湿重加黄柏、苍术;痛甚加大黄、片姜黄;和或非甾体抗炎药。共 7 d。对照组服用秋水仙碱 0.5 mg/次,tid 和(或)非甾体抗炎药,共 7 d。两组均禁忌含嘌呤过高的食物(如动物内脏、豆类、海鲜等)及禁酒和禁辛辣刺激品。

**1.5 观测指标** 血常规(RBC,WBC,Hb,PLT)、尿常规、肝肾功能检查(ALT,AST,Cr,BUN)。

**1.6 疗效判定标准**

**1.6.1 西医疗效判定标准** 血尿酸,关节压痛程度、肿胀程度(轻、中、重),血沉(ESR)、C-反应蛋白(CRP);病人的疼痛用 VAS 评分(范围 0~10)。

**1.6.2 中医疗效评定标准** 参照《中药新药临床研究指导原则》拟定疗效评定标准<sup>[4]</sup>。显效:临床 10 项指标 7 项改善 ≥ 50%,ESR,CRP 下降 ≥ 70%;有效:临床 10 项指标 5 项改善 ≥ 30%,ESR,CRP 下降 ≥ 30%;无效:临床各项指标改善 ≤ 30%,ESR,CRP ≤ 30% 或无改善。

**1.7 统计学分析** 采用 SPSS 13.0 软件统计分析,计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,采用单因素方差分析, $P <$

0.05 为有统计学意义。

**2 结果**

**2.1 一般情况** 治疗组患者无胃肠道反应,对照组有 6 例出现恶心,2 例出现腹泻,无患者出现呕吐。

**2.2 两组血尿酸、炎性指标的变化比较** 与治疗前比较,两组 ESR,CRP 均明显下降( $P < 0.05$ ),治疗后两组炎性指标无显著性差异。治疗组 UA 明显下降( $P < 0.05$ ),且治疗组 UA 下降明显优于对照组( $P < 0.05$ )。见表 1。

**2.3 两组肝肾功能的变化比较** 治疗组无肝功能明显升高,对照组有 6 例患者 AST 升高,2 例患者 AST 明显升高(为正常值的 2 倍以上)。两组 ALT 和 AST 治疗后相比有显著性差异( $P < 0.05$ ),但均值均在正常范围;治疗前后肾功能两组无显著性差异,均在正常范围。见表 2。

**2.4 两组疼痛 VAS 评分,关节压痛评分、肿胀评分比较** 与治疗前比较,两组关节疼痛 VAS、关节压痛、关节肿胀评分均有明显下降( $P < 0.05$ );治疗组关节肿胀改善明显优于对照组( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 1 两组血尿酸、炎性指标比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	时间	ESR/mm·h <sup>-1</sup>	CRP/mg·L <sup>-1</sup>	WBC/×10 <sup>9</sup> /L	UA/μmol·L <sup>-1</sup>
治疗	40	治疗前	24.71 ± 3.43	29.93 ± 6.92	6.79 ± 2.05	516.71 ± 23.81
	40	治疗后	13.62 ± 3.41 <sup>1)</sup>	6.99 ± 1.89 <sup>1)</sup>	5.46 ± 1.87	447.20 ± 57.10 <sup>1,2)</sup>
对照	20	治疗前	26.32 ± 2.93	30.28 ± 5.78	6.43 ± 1.94	530.28 ± 19.34
	20	治疗后	16.48 ± 1.74 <sup>1)</sup>	8.46 ± 2.53 <sup>1)</sup>	5.72 ± 1.46	501.94 ± 23.98

注:与治疗前比较<sup>1)</sup> $P < 0.05$ ;与对照组比较<sup>2)</sup> $P < 0.05$ (表 2~3 同)。

表 2 两组肝肾功能比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	时间	ALT/U·L <sup>-1</sup>	AST/U·L <sup>-1</sup>	BUN/mmol·L <sup>-1</sup>	Cr/μmo·L <sup>-1</sup>
治疗	40	治疗前	27.83 ± 7.47	23.20 ± 8.49	5.23 ± 0.79	90.50 ± 8.50
	40	治疗后	25.28 ± 6.43 <sup>2)</sup>	24.67 ± 5.67 <sup>2)</sup>	4.50 ± 1.20	87.52 ± 7.50
对照	20	治疗前	31.28 ± 5.39	22.40 ± 7.98	4.87 ± 1.15	87.93 ± 9.29
	20	治疗后	34.24 ± 6.83	36.74 ± 4.52 <sup>1)</sup>	4.73 ± 1.32	89.47 ± 9.37

表 3 两组疼痛 VAS 评分,关节压痛、肿胀评分比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	时间	关节疼痛 VAS 评分	关节压痛评分	关节肿胀评分
治疗	40	治疗前	7.39 ± 0.46	5.12 ± 0.32	4.47 ± 0.14
	40	治疗后	2.57 ± 0.65 <sup>1)</sup>	2.55 ± 0.15 <sup>1)</sup>	2.22 ± 0.17 <sup>1,2)</sup>
对照	20	治疗前	7.24 ± 0.74	5.38 ± 0.12	4.33 ± 0.15
	20	治疗后	2.95 ± 0.83 <sup>1)</sup>	2.73 ± 0.14 <sup>1)</sup>	3.31 ± 0.16 <sup>1)</sup>

**2.5 两组总疗效比较** 治疗 1 周后,治疗组显效 13 例,有效 22 例,无效 5 例;对照组显效 6 例,有效 12 例,无效 2 例。治疗组和对照组总有效率分别为

87.5%,90.0%,差异无统计学意义。

**3 讨论**

痛风多见于男性,男女比例 20:1;现代医学认

为尿酸生成增多和尿酸排泄减少为痛风关键病理环节<sup>[5]</sup>。西医治疗急性期以迅速控制痛风性关节炎的急性发作为主要目标。

秋水仙碱为传统首选药,通过减少或终止因白细胞和滑膜内皮细胞吞噬尿酸盐所分泌的化学因子而起抗炎、止痛的作用<sup>[1]</sup>,近几年其应用逐步下降,尤其对于反复发作而经常应用者,起效剂量与引发胃肠道反应剂量非常相近,并且自发作开始后应用超过 24 h 其疗效即开始降低<sup>[6]</sup>。Ahern 等<sup>[7]</sup>关于秋水仙碱在痛风急性发作中的疗效和毒性的临床随机对照试验中观察到,患者都发生了腹泻,平均时间为给药后 24 h(平均剂量 6.7 mg),即出现在大多数患者疼痛缓解之前(A 级证据)。

中医认为痛风属中医学“痹证”、“历节”、“痛风”等病症范畴。急性期多于午夜发病,局部可出现红、肿、热、痛,属“热痹”范畴。与素体阳盛、脏腑蕴毒有关,而饮食不节,损伤脾胃,脾运失常,导致湿浊内生,湿热留滞脾胃,从而导致与脾胃有表里络属关系的足太阴脾经和足阳明胃经所循经的足大趾等部位成为痛风的好发部位。

中药治疗痛风急性期多采用清热祛湿的治疗原则,清热养阴除湿汤是王为兰教授经验方。方由金银花、连翘、半枝莲、虎杖、白鲜皮、土茯苓、白芍、生熟地黄、桂枝、川乌等 10 余味药组成。其中金银花、连翘、半枝莲、虎杖清热解毒、消肿止痛共为君药;银花、连翘辛凉之品,为疮科圣药;半枝莲辛苦寒、擅长清热解毒,术语“家有半枝莲,可以伴蛇眠”,解毒之力甚强;虎杖酸凉入肝,功能清热利湿、活血通络;现代药理研究显示:金银花、连翘、半枝莲等均有抗炎作用。白鲜皮气寒善行、味苦性燥,苦寒胜湿、通行经活脉络;土茯苓甘淡,利湿去热,入络,搜剔湿热之蕴毒、通利关节;白芍缓中、散恶血、逐贼血、去水气、消痈肿,生地黄逐血痹,共为臣药,同时白芍、生地黄

防苦寒伤阴;川乌、桂枝温经通络止痛利关节,以防大队清热之品苦寒太过,为佐使药。本方寒温并用,缓急相济,补泻兼施,切中病机,全方共奏清热解毒、化浊除湿、通络止痛之功,疗效明显,控制痛风急性期的症状,同时降低患者体内血尿酸水平。

很多痛风患者多由于嗜食膏粱厚味所知,常合并脂肪肝,肝功能轻度异常等,服用秋水仙碱常导致肝功能明显升高,致使急性期过后,需要加用大量的保肝药治疗,在痛风急性期缓解后,血尿酸水平高,由于肝功能异常,不能加用降尿酸的药物,很容易再次复发,导致病情加重。清热养阴除湿汤治疗痛风急性期有很好的疗效,副作用小,无恶心、呕吐、腹泻等胃肠道副作用,无肝功能异常,在急性期后可以很快加用降尿酸的药物,从而降低患者的复发率。

#### [参考文献]

- [1] 叶任高. 内科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2008:1017.
- [2] 栗战国. 风湿病诊疗指南[M]. 北京:人民卫生出版社, 2005:40.
- [3] 谢阳谷,曹洪欣. 北京地区中医常见病证诊疗常规[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:243.
- [4] 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,2002:190.
- [5] 苗志敏. 痛风病学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2006:71.
- [6] Pearle M S, Roehrborn C G, Park C Y. Meta-analysis of the efficacy of colchicine for the prevention of calcium oxalate kidney stones [J]. J Endourol, 2001, 13 (9):679.
- [7] Aher M J, Rerd C, Gordon T P, et al. Does colchicine work there sults of the first controlled study in acute gout[J]. J Med, 1987, 17(3):301.

[责任编辑 何伟]