

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2015.02.013

中西医结合分期治疗慢性期痛风性关节炎 30 例临床观察

梁慧英^{*}, 廖琳¹, 何善智¹, 冯兴华²

(1. 中山市人民医院, 广东省中山市石岐区孙文东路 2 号, 528400; 2. 中国中医科学院广安门医院)

摘要 目的 观察中西医结合分期方案治疗慢性期痛风性关节炎的临床疗效。方法 将 60 例慢性期痛风性关节炎患者随机分为对照组和治疗组各 30 例。对照组首诊时予洛索洛芬钠片每次 60 mg、每天 3 次, 秋水仙碱片每次 0.5 mg、每天 3 次; 间歇期予苯溴马隆片每次 50 mg, 每天 1 次; 急性发作期予洛索洛芬钠片(每次 60 mg, 每天 3 次) + 秋水仙碱片(每次 0.5 mg, 每天 3 次) + 苯溴马隆片(每次 50 mg, 每天 1 次)。治疗组在对照组基础上首诊时及急性发作期予清热利湿方药, 间歇期予健脾利湿方药, 每日 1 剂。两组疗程均为 24 周。观察两组治疗前后急性发作时关节疼痛视觉模拟(VAS)评分、过去 24 周内关节炎急性发作次数、血尿酸水平、过去 24 周患者自我感觉的总体评价(PGA)评分。结果 治疗组患者治疗后疼痛 VAS 评分与治疗前比较显著降低, PGA 评分升高($P < 0.05$), 对照组治疗后 PGA 评分较本组治疗前明显升高($P < 0.05$); 治疗组 VAS 评分、PGA 评分较对照组改善明显($P < 0.05$)。两组患者治疗后血尿酸水平、痛风性关节炎急性发作次数均较本组治疗前明显降低($P < 0.05$), 治疗组改善更明显($P < 0.05$)。结论 中西医结合分期方案可有效减少慢性期痛风性关节炎的急性发作次数, 减轻发作时关节疼痛程度, 降低血尿酸水平, 改善患者生活质量。

关键词 痛风性关节炎; 关节疼痛; 血尿酸

痛风性关节炎患者需要长期的饮食控制和药物治疗, 而在这个过程中急性关节炎仍会反复发作, 影响患者的生活质量^[1]。痛风的预防包括一次急性发作后再次发作的预防, 以及服用降尿酸药物过程中诱发的二次痛风的预防^[2]。中医药可以有效改善急性痛风性关节炎的临床症状, 降低 C 反应蛋白、血沉等炎症指标, 疗效与西医治疗相当^[3]。我们采用中西医结合分期治疗慢性期痛风性关节炎, 观察其对患者急性发作及血尿酸水平的影响, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

收集 2012 年 6 月至 2014 年 3 月中山市人民医院中医科及风湿病科收治的慢性期痛风性关节炎患者 60 例, 采用随机数字表法分为治疗组和对照组各 30 例。治疗组中男 21 例, 女 9 例; 平均年龄(54.07 ± 9.36) 岁; 平均病程(94.38 ± 57.92)

个月; 过去 6 个月内急性发作次数(6.97 ± 1.73) 次。对照组中男 22 例, 女 8 例; 平均年龄(49.92 ± 10.07) 岁; 平均病程(101.05 ± 63.81) 个月; 过去 6 个月内急性发作次数(6.72 ± 1.34) 次。两组患者一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

诊断标准及分期标准参照中华医学会风湿病学分会《原发性痛风诊断和治疗指南》^[4]制定。

1.3 纳入标准

1) 符合上述诊断标准; 2) 年龄 20 ~ 75 岁; 3) 病程 3 年以上; 4) 过去 6 个月内急性发作次数 ≥ 5 次; 5) 痛风急性发作 72 h 内就诊; 6) 1 个月内未使用任何治疗痛风的药物, 6 个月内未使用激素类药物。

1.4 排除标准

1) 合并有肺、心、肝、肾、血液、内分泌等系统的严重疾病及需要糖皮质激素治疗者; 2) 晚期关节重度畸形、僵硬、丧失劳动能力者; 3) 伴

* 通讯作者: emilyliang626@sohu.com, 15918210852

有活动性胃肠疾病以及本研究前 30 天内有消化道溃疡者; 4) 病情危重, 难以对本次研究有效性和安全性作出确切评价者。

2 方法

2.1 治疗方法

对照组: 首诊时予洛索洛芬钠片 [乐松, 60 mg/粒, 第一三共制药 (上海) 有限公司, 国药准字 H20030769], 每次 60 mg, 每日 3 次; 秋水仙碱片 (0.5 mg/片, 西双版纳版纳药业有限责任公司, 国药准字 H53021369), 每次 0.5 mg, 每日 3 次。间歇期予苯溴马隆片 (立加利仙, 50 mg/粒, 德国赫曼大药厂, 进口药品注册证号 H20090138), 每次 50 mg, 每日 1 次。急性发作期予洛索洛芬钠片 (每次 60 mg, 每日 3 次) + 秋水仙碱片 (每次 0.5 mg, 每日 3 次) + 苯溴马隆片 (每次 50 mg, 每天 1 次)。

治疗组: 在对照组用药基础上首诊时及急性发作期予清热利湿方药 (组成: 苦参 10 g, 茵陈 10 g, 苍术 10 g, 土茯苓 15 g, 金银花 15 g, 连翘 10 g, 秦艽 15 g, 秦皮 10 g, 生地黄 10 g, 牡丹皮 10 g, 丹参 15 g, 川牛膝 15 g, 威灵仙 10 g); 间歇期予健脾利湿方药 (组成: 黄芪 15 g, 茯苓 15 g, 白术 10 g, 苍术 15 g, 薏苡仁 15 g, 泽泻 15 g, 厚朴 10 g, 陈皮 10 g, 枳壳 10 g, 莪术 10 g, 丹参 10 g), 每日 1 剂。

两组疗程均为 24 周, 同时要求两组患者疗程内低嘌呤饮食、多饮水 (2000 ml/日)。两组患者均给予碳酸氢钠片 (0.5 g/片, 广州康和药业, 国药准字 H44021960) 每次 1 g, 每日 3 次 (根据尿 pH 值加减用量, 尿 pH 值控制在 6.5 左右)。必要时给予双氯芬酸钠盐酸利多卡因注射液 (奥尔夫, 75 mg/支, 瑞士美化药厂, 进口药品注册证号 H20100729)。

2.2 观察指标与方法

1) 疗效性指标: 两组于治疗前后评定急性发作时患者关节疼痛视觉模拟 (VAS) 评分^[9], 患者过去 24 周内关节炎急性发作的次数, 血尿酸水平, 过去 24 周患者自我感觉的总体评价 (PGA)^[9] 评分。2) 安全性指标: 治疗前后检查血、尿、便常规, 心电图、肝功能、肾功能, 并记录不良事件。

2.3 统计学方法

采用 SPSS 16.0 统计软件进行数据处理, 所有

数据均用 ($\bar{x} \pm s$) 表示。治疗前后两组间比较采用单因素方差分析, 评定结果的变化值采用 t 检验。

3 结果

对照组脱落 3 例 (患者自行退出), 治疗组脱落 2 例 (患者自行退出), 最终完成试验者共 55 例。

3.1 两组患者急性发作时关节疼痛 VAS 评分及 PGA 评分比较

表 1 示, 治疗组治疗后关节疼痛 VAS 评分与治疗前比较显著降低, PGA 评分明显升高 ($P < 0.05$); 并且治疗组治疗后 VAS 评分低于对照组, PGA 评分高于对照组 ($P < 0.05$)。两组 VAS 评分、PGA 评分治疗前后差值比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。对照组治疗后 PGA 评分较本组治疗前明显升高 ($P < 0.05$)。

表 1 两组慢性期痛风性关节炎患者急性发作时关节疼痛 VAS 评分、PGA 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	VAS 评分	PGA 评分
治疗组	治疗前	30	9.12 ± 1.04	3.97 ± 1.01
	治疗后	28	7.23 ± 0.89 ^{*△}	7.28 ± 1.85 ^{*△}
	治疗前后差值		1.76 ± 1.36 [▲]	2.88 ± 1.29 [▲]
对照组	治疗前	30	9.09 ± 0.97	4.08 ± 0.88
	治疗后	27	8.68 ± 1.11	5.91 ± 1.64 [*]
	治疗前后差值		0.59 ± 0.23	1.87 ± 0.72

注: VAS, 视觉模拟评分; PGA, 患者自我感觉总体评价; 与本组治疗前比较, $* P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$; 与对照组治疗前后差值比较, $\Delta P < 0.05$

3.2 两组患者血尿酸水平及过去 24 周内急性发作次数比较

表 2 示, 两组患者治疗后血尿酸水平、过去 24 周内急性发作次数均较本组治疗前明显降低 ($P < 0.05$), 治疗组改善更明显 ($P < 0.05$)。两组血尿酸水平、急性发作次数治疗前后差值比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 2 两组慢性期痛风性关节炎患者血尿酸水平及过去 24 周内急性发作次数比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	血尿酸 ($\mu\text{mol/L}$)	过去 24 周内急性发作次数
治疗组	治疗前	30	694.10 ± 115.15	6.97 ± 1.73
	治疗后	28	288.45 ± 87.72 ^{*△}	3.81 ± 2.26 ^{*△}
	治疗前后差值		416.33 ± 72.36 [▲]	3.23 ± 1.15 [▲]
对照组	治疗前	30	701.63 ± 113.98	6.72 ± 1.34
	治疗后	27	413.28 ± 108.33 [*]	4.48 ± 1.93 [*]
	治疗前后差值		289.45 ± 97.54	1.77 ± 0.52

注: 与本组治疗前比较, $* P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$; 与对照组治疗前后差值比较, $\Delta P < 0.05$

3.3 安全性结果

治疗组出现转氨酶升高 1 例, 对照组出现转氨酶升高 2 例。两组血、尿、便常规, 心电图、肾功能均未见明显异常。

4 讨论

目前慢性期痛风性关节炎的治疗旨在长期有效地控制血尿酸水平, 常用的药物主要有抑制尿酸生成药如别嘌醇和促进尿酸排泄药如苯溴马隆^[4], 然而这些药物还不足以有效防止痛风复发^[5]。有研究显示, 降尿酸药物配合秋水仙碱可减少痛风性关节炎的急性复发, 但秋水仙碱、非甾体类消炎药会对胃肠道有影响^[8-9]。

我们认为, 痛风是由先天禀赋不足, 后天失养, 脾失健运, 加之过食膏粱厚味, 湿热内蕴, 热郁为毒, 热毒气壅于血脉, 湿、热、瘀、毒留滞经络骨节所致^[4,10]。故本研究以中西医结合方案综合治疗慢性期痛风性关节炎。痛风性关节炎急性复发时, 以清热利湿、解毒祛瘀为法组方配合非甾体类消炎药控制急性炎症; 间歇期以益气健脾、化湿祛瘀为法组方配合苯溴马隆降尿酸、预防复发。痛风性关节炎急性发作时受累关节疼痛异常, 影响患者睡眠、行动及生活。本研究结果显示, 治疗组治疗后患者关节疼痛 VAS 评分显著低于对照组, 表明中西医结合方案可减轻急性发作受累关节的疼痛剧烈程度, 减轻患者痛苦。将尿酸控制在目标范围内可使痛风症状、体征得到有效的、持续的改善^[4], 本研究经过 24 周治疗, 两组患者血尿酸水平均较治疗前显著降低, 并且治疗组效果优于对照组。预防或减少痛风复发是痛风治疗的目标, 两组患者在治疗过程中复发的次数均较治疗前 24 周急性发作的次数明显减少, 治疗组患者复发的次数显著少于对照组。研究结果表明, 中西医结合方案综合治疗慢性期痛风性关节炎能有效降低患者血尿酸水平、减少痛风急性复发、减轻急性复发时关节疼痛程度, 且治疗组患者的 PGA 评分更高, 提示接受中西医结合综合治疗方案患者的生活质量更高。

综上, 采用中西医结合分期治疗的方案治疗痛

风性关节炎, 能更快速、安全、有效地控制炎症, 缓解疼痛, 减少急性复发次数, 减轻复发时关节疼痛的程度, 降低血尿酸水平, 改善患者生活质量。本研究观察样本量偏少, 观察时间相对较短, 未能完全反映两组治疗方案的优点、缺点及不良反应, 相关方面有待进一步深入研究。

参考文献

- [1] Chandratre P, Roddy E, Clarson L, et al. Health-related quality of life in gout: a systematic review [J]. Rheumatology (Oxford), 2013, 52(11): 2031-2040.
- [2] 邹和建, 姜林娣. 2012 年美国风湿病学会痛风治疗指南评析 [J]. 内科理论与实践, 2012, 7(6): 458-460.
- [3] Zhou L, Liu L, Liu X, et al. Systematic review and meta-analysis of the clinical efficacy and adverse effects of Chinese herbal decoction for the treatment of gout [J]. PLoS One, 2014, 9(1): e85008. doi: 10.1371/journal.pone.0085008.
- [4] 中华医学会风湿病学分会. 原发性痛风诊断和治疗指南 [J]. 中华风湿病学杂志, 2011, 15(6): 410-413.
- [5] Grainger R, Taylor WJ, Dalbeth N, et al. Progress in measurement instruments for acute and chronic gout studies [J]. J Rheum, 2009, 36(10): 2346-2355.
- [6] Singh JA, Yang S, Strand V, et al. Validation of pain and patient global scales in chronic gout: data from two randomized controlled trials [J]. Ann Rheum Dis, 2011, 70(7): 1277-1281.
- [7] Brook RA, Fousythe A, Smeeding JE, et al. Chronic gout: epidemiology, disease progression, treatment and disease burden [J]. Curr Med Res Opin, 2010, 26(12): 2813-2821.
- [8] Khanna PP, Perez-Ruiz F, Maranian P, et al. Long-term therapy for chronic gout results in clinically important improvements in the health-related quality of life: short form-36 is responsive to change in chronic gout [J]. Rheumatology (Oxford), 2011, 50(4): 740-745.
- [9] Schlesinger N. Treatment of chronic gouty arthritis: it is not just about urate-lowering therapy [J]. Semin Arthritis Rheum, 2012, 42(2): 155-165.
- [10] 刘宏潇, 冯兴华. 冯兴华分期治疗痛风性关节炎经验 [J]. 中医杂志, 2012, 53(21): 1811-1813.

Clinical Observation on 30 Cases of Chronic Gouty Arthritis with Integrated Chinese and Western Medicine Staged Treatments

LIANG Huiying¹, LIAO Lin¹, HE Shanzhi¹, FENG Xinghua²

(1. People's Hospital of Zhongshan City, Guangdong province, 528400; 2. Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences)

ABSTRACT Objective To observe the clinical efficacy of integrated Chinese and western medicine staged

treatments on gouty arthritis. **Methods** Sixty patients with gout were randomly divided into a control group and a treatment group, with 30 patients in each. The control group was given loxoprofen sodium tablets 60mg and colchicine tablets 0.5 mg, 3 times per day when first treated; benzbromarone tablets 50 mg, 1 time per day during the intermission; loxoprofen sodium tablets 60 mg, 3 times per day, colchicine tablets 0.5 mg, 3 times per day, and benzbromarone tablets 50 mg, 1 time a day during acute attacks. On the basis of the medications in the control group, the treatment group was added with herbal decoctions with the effect of clearing heat and dampness when first treated; those with effect of tonifying spleen and expelling dampness during the intermission; and those with effect of clearing heat and dampness during acute attacks, one dose per day. The course was 24 weeks for both groups. Joint pain VAS score, the number of acute attacks happened in the last 24 weeks, blood levels of uric acid, and the overall assessments in the past 24 weeks (PGA score) were recorded before and after treatment. **Results** After treatment, VAS score was significantly lower and PGA score was higher in the treatment group ($P < 0.05$); and PGA score in the control group was significantly higher ($P < 0.05$). The improvement of VAS score and PGA score in the treatment group was more significant compared with that in the control group ($P < 0.05$). After treatment, the blood levels of uric acid and the number of acute attacks in the two groups were significantly lower than before ($P < 0.05$), especially in the treatment group ($P < 0.05$). **Conclusion** Integrated Chinese and western medicine stage treatments can effectively reduce the acute attacks of chronic gouty arthritis, extend the intermissions, relieve pain and lower blood level of uric acid, and improve the quality of patient's life.

Keywords gouty arthritis; joint pain; blood uric acid

(收稿日期: 2014-05-27; 修回日期: 2014-07-28)

编辑: 侯建春

中医杂志社医海林音像书店邮购图书目录

- | | | | |
|---------------------|---------------------|---------------------------------|--------------------|
| ●国医大师临床丛书 | 儿科疾病 25 | 内经临床精要 59 | 糖络杂论 (第 2 版) 128 |
| 李济仁医论医选集 98 | 老年疾病 25 | 伤寒论临床发挥 68 | 伤寒论方剂当代研究 128 |
| 中医古籍文献学 (第 2 版) 228 | 风湿免疫及内分泌疾病 28 | 内经临床运用 79 | 柴浩然医论医案集 128 |
| 张琪学术思想探赜 78 | 社区常见疾病预防与保健 29 | ●其它图书 | 林沛湘学术经验集 138 |
| ●名老中医方药心得丛书 | 社区急症 29 | 抗微生物药物合理应用手册 39 | 康复评定学 148 |
| 祁宝玉眼科方药心得 50 | 流行病与传染病 29 | 让“胰岛”动起来——我是这样战胜糖尿病的 (第 3 版) 39 | 现代脉诊学 148 |
| 晁恩祥临证方药心得 58 | 社区医学检查诊断技术 29.8 | 中药药对表解 (修订版) 39 | 岭南本草集锦 148 |
| 俞长荣临床经验集 68 | 肾脏及血液疾病 29.9 | 手法治疗骨科软组织损伤图释 39.8 | 章次公医案经验集 (增补版) 158 |
| 姜良铎内科方药心得 68 | 耳鼻咽喉及口腔科疾病 29.9 | 章次公《药理学》点校 48 | 中药血清药物化学 188 |
| 段富津方剂学讲课实录 78 | 泌尿生殖疾病 30 | 病毒学感染性疾病中医治疗学概要 54 | 天然产物化学研究 198 |
| 周文泉老年病临证经验集 79 | 外科疾病 30 | 全国名老中医柴瑞霭临床经验集萃 78 | 广西特色中草药资源选编 498 |
| 徐福松男科纲目 88 | 眼科疾病 35 | 病毒性传染病中医治疗概要 58 | 千金翼方选译 110 |
| 白兆芝临证经验集萃 88 | 消化疾病 35 | 黄德彰医文精华 68 | 当代中医外治精要 48 |
| ●名医讲学荟萃 | 社区护理 35 | 陈雨苍中医妇科临床经验 68 | 济阴济阳纲目 140 |
| 裘沛然讲《内经》38 | ●中医药科学方法学研究系列丛书 | 中医学概论 (英文版) 68 | 医学入门 68 |
| 张琪讲临床 42 | 中医药临证特效实例与方法学思考 50 | 中医学导论 69.8 | 奇效良方 77 |
| 孟庆云讲中医经典 58 | 中医学科学方法特征与沿革 69 | 常见肿瘤的非手术治疗 79 | 中医百年百名中医临床家丛书 340 |
| ●农村卫生适宜技术推广丛书 | 当代中医药学家谈科学思维与方法 88 | 张灿理医论医案纂要 79 | 张氏医通 49 |
| 地方性疾病中西医诊疗技术 27 | 古代中医药名家学术思想与认识论 98 | 中医药学名词内科学妇科学儿科学 88 | 简明实用中医学 63 |
| 中药炮制实用技术 29.8 | 中医药理论技术发展的方法学思考 118 | 脊髓损伤的中西医康复治疗 98 | 冯氏锦囊秘录 94 |
| 农村实用针灸技术 34 | 中医临床基础医学研究 128 | 中国的藏医 (汉文、藏文、英文) 98 | 黄元御医学全书 103 |
| 农村实用液体疗法 37 | ●重读中医经典丛书 | 现代中成药的药材炮制 98 | 医宗金鉴 86 |
| 灾害医学救治技术 39.8 | 金匱要略临床运用 48 | 刘炳凡医论医案 118 | |
| ●社区医师中西医诊疗规范丛书 | 金匱要略临床精要 58 | 华廷芳学术经验集 128 | |
| 心血管疾病 22 | 伤寒论临床精要 59 | 临床常见疾病影像诊断及治疗原则 128 | |
| 社区康复 22 | 伤寒论临床运用 59 | | |
| 肿瘤 24 | | | |
| 呼吸疾病 24 | | | |
| 骨伤病 24 | | | |
| 神经精神疾病 24 | | | |

以上书均免费邮寄,欲购者请汇款至北京市东直门内南小街 16 号中医杂志社医海林音像书店图书部收,邮政编码: 100700。电话: (010) 64035632。请在汇款单附言栏写清所购书名、册数及邮编。