

# 祛湿化瘀通络方联合糖适平治疗高尿酸血症合并糖尿病患者 30 例临床观察

玉山江·艾克木 王先敏 郑艳丽 姚 华

(新疆医科大学附属中医医院内分泌科, 新疆维吾尔自治区乌鲁木齐市黄河路 116 号, 830000)

**[摘要]** 目的 观察祛湿化瘀通络方治疗高尿酸血症合并糖尿病的临床疗效。方法 将 60 例高尿酸血症合并糖尿病患者随机分为治疗组和对照组各 30 例, 对照组给予糖适平每次 30mg, 每日 3 次; 治疗组在上述治疗基础上加服祛湿化瘀通络方, 每日 1 剂; 两组均治疗 90 天。观察两组患者临床疗效及治疗后血尿酸、肾功能、血脂、糖化血红蛋白的变化情况。结果 治疗组、对照组总有效率分别为 93.34% 和 23.33%, 组间疗效比较差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ ); 治疗后治疗组血尿酸、肾功能、血脂指标的改善均优于对照组 ( $P < 0.05$  或  $P < 0.01$ )。结论 祛湿化瘀通络方具有减轻高尿酸血症合并糖尿病患者的血尿酸、减轻肾脏损害程度、改善血脂代谢异常等作用, 与糖适平联合用药临床疗效优于单纯应用糖适平。

**[关键词]** 高尿酸血症; 糖尿病; 祛湿化瘀通络方; 糖适平; 尿酸

Effect of Qushi Huayu Tongluo Formula Combined with Gliquidone in the Treatment of Hyperuricemia Complicated with Diabetes: A Report of 30 Cases

YUSHANJIANG Aikemu, WANG Xianmin, ZHENG Yanli, YAO Hua

(Chinese Medicine Hospital Affiliated to Xinjiang Medical University, Urumchi 830000)

**ABSTRACT Objective** To observe the clinical effect of Qushi Huayu Tongluo Formula (Prescriptions for dissolving damp, removing stasis, and eliminating obstruction of meridians) on hyperuricemia complicated with diabetes. **Methods** Totally 60 patients were randomized into a treatment group and a control group with 30 in each. The control group was administered Gliquidone 30mg, three times a day, while the treatment group was added Qushi Huayu Tongluo Formula, one dosage per day. Both groups were treated for 90 days. The clinical effect and the changes in serum uric acid, renal functions, blood lipid, and glycosylated hemoglobin of both groups were observed. **Results** The total effective rate of the treatment groups and control groups was 93.34% and 23.33% respectively, the difference was significant ( $P < 0.01$ ). After treatment, the improvement of serum uric acid, renal functions, and blood lipid in the treatment group was superior to that in the control group ( $P < 0.05$  or  $P < 0.01$ ). **Conclusion** Qushi Huayu Tongluo Formula functions to reduce the serum uric acid, relieve the renal injuries, and improve blood lipid metabolism of the patients with hyperuricemia complicated with diabetes. The combination of Gliquidone with Qushi Huayu Tongluo Formula is better in the effect than the single use of Gliquidone.

**Key Words** Hyperuricemia; Diabetes; Qushi Huayu Tongluo Formula (Prescriptions for dissolving damp, removing stasis, and eliminating obstruction of meridians); Gliquidone; Uric acid

高尿酸血症是指细胞外液的尿酸盐呈超饱和状态, 以体内嘌呤代谢紊乱、尿酸增高为特征性疾病。血液尿酸水平是一个尚未引起人们足够重视的生化指标, 但近年来高尿酸血症的发病率明显增高<sup>[1]</sup>, 且发病年龄提前。研究发现, 高尿酸血症患者 58.2% 伴有超重或肥胖, 37% 伴发高血压, 23.3% 伴有动脉粥样硬化及冠心病, 62.2% 伴有血脂代谢紊乱, 70% 伴有糖耐量异常<sup>[2]</sup>。因此, 多数学者认为, 高尿酸血症与肥胖症、高脂血症、高血压病、糖尿病、动脉粥样硬化等疾病的发生密切相关。我们应用糖适平加祛湿化瘀通络方治疗高尿酸血症合并糖尿病患者 30 例, 现总结报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 诊断标准

高尿酸血症的诊断参照文献<sup>[3]</sup>, 血尿酸男性  $> 420 \mu\text{mol/L}$ , 女性  $> 360 \mu\text{mol/L}$ 。糖尿病诊断采用 1999 年世界卫生组织制定的 2 型糖尿病诊断标准<sup>[4]</sup>, 凡符合下述条件之一者可诊断糖尿病: ①有糖尿病症状: 空腹血糖  $\geq 7.0 \text{mmol/L}$ , 或葡萄糖负荷 2h 血糖或随机血糖  $\geq 11.1 \text{mmol/L}$ ; ②无糖尿病症状: 除上述标准外, 口服糖耐量试验 (OGTT) 1h 或 2h 血糖  $\geq 11.1 \text{mmol/L}$ , 或重复一次空腹血糖  $\geq 7.8 \text{mmol/L}$ 。

中医辨证为痰瘀互阻证<sup>[5]</sup>: 关节疼痛, 胸脘腹胀, 头身困重, 胸胁刺痛, 急躁易怒, 肌肤麻木不仁, 舌质暗红、苔薄腻, 有瘀斑, 脉弦滑。

## 1.2 纳入标准

①符合西医糖尿病和高尿酸血症诊断标准。②中医辨证符合痰瘀互阻型。③年龄 30~60 岁,性别不限。④未参加其他相关临床试验或参加试验已停药 1 周以上。⑤患者知情同意并接受本试验。

## 1.3 排除标准

①妊娠或哺乳期妇女,有药物过敏史和过敏体质者。②各种肾病、感染、剧烈运动、感冒、心功能衰竭等引起尿微量白蛋白排泄率 $>20\mu\text{g}/\text{min}$ 。③有严重的心、肝等并发症,或合并有其他原发性疾病、精神病患者。④近期内有糖尿病酮症、酮症酸中毒以及感染、手术等应激者。⑤可导致核酸代谢亢进的血液疾病、各种癌肿放疗或化疗后患者。⑥近期服用双氢克尿噻、吡嗪酰胺类等可促进尿酸排泄药物者。

## 1.4 一般资料

选择新疆医科大学附属中医医院 2007 年 9 月~2008 年 4 月住院的高尿酸血症合并糖尿病患者 60 例,根据随机数字表分为治疗组和对照组,各 30 例。治疗组男性 25 例,女性 5 例;年龄 30~60 岁,平均 $(45.8\pm 6.2)$ 岁;病程 6 个月~5 年,平均 $(8.6\pm 4.8)$ 个月。对照组男性 22 例,女性 8 例;年龄 30~60 岁,平均 $(45.9\pm 7.1)$ 岁;病程 5 个月~5 年,平均 $(8.5\pm 4.3)$ 个月。两组患者年龄、性别、病程比较差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

## 2 方法

### 2.1 治疗方法

两组均予糖适平片(国药准字 H10940258,北京双鹤药业集团生产)每次 30mg,每日 3 次口服;治疗组在糖适平基础上加用祛湿化瘀通络方,组成:薏苡仁 30g,土茯苓 15g,鸡血藤 15g,泽泻 10g,秦皮 10g,牛膝 10g,每日 1 剂,水煎分两次口服。两组均以 45 天为 1 个疗程,共观察 2 个疗程。

### 2.2 观察指标

参照《中医临床诊疗术语·证候部分》<sup>[6]</sup>,采用症状积分法观察治疗前后症状积分变化情况:轻度计 1 分,中度计 2 分,重度计 3 分,症状消失计 0 分;治疗前后各 1 次检测血尿酸(UA)、血肌酐(Cr)、尿素氮(BUN)、空腹血糖(FBG)、血清总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)、糖化血红蛋白(HbA<sub>1c</sub>)。

### 2.3 疗效标准

参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[7]</sup>中的有关标准制定。显效:症状基本消失,血尿酸回复至正常或基本正常;有效:症状或体征显著减轻,血尿酸降至

410mmol/L 以下;无效:症状、体征无改善或加重,血尿酸无变化或升高。

## 2.4 统计学方法

采用 SPSS 12.0 软件进行统计分析,计数资料用 Ridit 分析;计量资料以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,采用  $t$  检验,方差不齐的用秩和检验。

## 3 结果

### 3.1 两组患者总体疗效比较

治疗组 30 例显效 17 例,有效 11 例,无效 2 例,总有效率为 93.3%。对照组 30 例显效 0 例,有效 7 例,无效 23 例,总有效率为 23.33%。两组疗效比较差异有统计学意义( $P<0.01$ )。

### 3.2 两组患者治疗前后症状积分比较

表 1 示,治疗组治疗后症状积分明显降低( $P<0.01$ ),对照组治疗前后差异无统计学意义( $P>0.05$ )。两组治疗后比较,差异有统计学意义( $P<0.01$ )。

表 1 两组患者治疗前后症状积分比较(分, $\bar{x}\pm s$ )

| 组别  | 例数 | 治疗前            | 治疗后                   |
|-----|----|----------------|-----------------------|
| 治疗组 | 30 | $4.87\pm 0.97$ | $2.17\pm 1.20^{* \#}$ |
| 对照组 | 30 | $4.87\pm 0.86$ | $4.67\pm 0.84$        |

注:与本组治疗前比较, \*  $P<0.01$ ;与对照组治疗后比较, #  $P<0.01$

### 3.3 两组患者治疗前后 BUN、UA、Cr 比较

表 2 示,治疗组治疗后 BUN、UA、Cr 均较治疗前明显降低,差异有统计学意义( $P<0.01$ ),对照组治疗前后无统计学差异( $P>0.05$ )。两组治疗后比较,治疗组 BUN、UA 含量方面亦明显低于对照组( $P<0.01$ )。

表 2 两组患者治疗前后 BUN、UA、Cr 比较( $\bar{x}\pm s$ )

| 组别  | 时间  | 例数 | BUN(mmol/L)           | UA( $\mu\text{mol/L}$ )  | Cr( $\mu\text{mol/L}$ ) |
|-----|-----|----|-----------------------|--------------------------|-------------------------|
| 治疗组 | 治疗前 | 30 | $6.18\pm 3.26$        | $518.33\pm 82.33$        | $103.8\pm 40.1$         |
|     | 治疗后 | 30 | $4.36\pm 1.00^{* \#}$ | $358.90\pm 37.10^{* \#}$ | $79.0\pm 11.7^{*}$      |
| 对照组 | 治疗前 | 30 | $6.06\pm 1.61$        | $447.60\pm 45.46$        | $104.0\pm 18.2$         |
|     | 治疗后 | 30 | $5.68\pm 1.10$        | $433.50\pm 32.16$        | $97.0\pm 22.1$          |

注:与本组治疗前比较, \*  $P<0.01$ ;与对照组治疗后比较, #  $P<0.05$

### 3.4 两组患者治疗前后血脂比较

表 3 示,治疗组治疗后血 TC、TG 和 LDL-C 含量明显降低、HDL-C 含量明显升高,与治疗前比较差异有统计学意义( $P<0.05$  或  $P<0.01$ );对照组治疗后血 TC、TG、HDL-C 和 LDL-C 含量与治疗前比较差异无统计学意义( $P>0.05$ );治疗后组间比较,治疗组血 TG、LDL-C 含量低于对照组、HDL-C 含量高于对照组( $P<0.05$ )。

表 3 两组患者治疗前后血 TC、TG、HDL-C 和 LDL-C 含量比较 (mmol/L,  $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 时间  | 例数 | TG         | TC          | HDL-C       | LDL-C       |
|-----|-----|----|------------|-------------|-------------|-------------|
| 治疗组 | 治疗前 | 30 | 3.99±3.32  | 5.28±1.17   | 1.31±0.58   | 2.51±0.58   |
|     | 治疗后 | 30 | 2.79±2.28* | 4.20±0.60*# | 1.53±0.42*# | 1.53±0.42*# |
| 对照组 | 治疗前 | 30 | 3.06±2.23  | 5.37±1.07   | 1.21±0.34   | 2.76±0.88   |
|     | 治疗后 | 30 | 2.41±1.42  | 5.01±0.81   | 1.25±0.42   | 2.46±0.53   |

注:与本组治疗前比较,\* $P<0.05$ ,\*\* $P<0.01$ ;与对照组治疗后比较,# $P<0.05$

### 3.5 两组患者治疗前后 FBG、HbA1c 比较

表 4 示,两组治疗前后比较及治疗后组间比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。

表 4 两组患者治疗前后血 FBG、HbA1c 比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 时间  | 例数 | FBG(mmol/L) | HbA1c(%)  |
|-----|-----|----|-------------|-----------|
| 治疗组 | 治疗前 | 30 | 9.25±4.50   | 6.81±1.51 |
|     | 治疗后 | 30 | 6.76±2.21   | 5.67±0.80 |
| 对照组 | 治疗前 | 30 | 8.61±3.67   | 7.10±2.14 |
|     | 治疗后 | 30 | 7.45±1.60   | 6.06±1.09 |

## 4 讨论

近年来随着人们饮食结构的改变以及人均寿命的延长,高尿酸血症合并糖尿病的发生率有逐年升高的趋势。高尿酸血症是痛风的重要病理生理基础,研究发现,高尿酸血症除了能引起痛风性关节炎和肾结石以外,还可作为糖尿病慢性并发症的危险因素和预告因子<sup>[8]</sup>。目前西医治疗高尿酸血症的药物主要有别嘌呤、丙磺舒、秋水仙碱等,但此类药物均有肝功能损害、胃肠道反应、骨髓抑制等副作用,临床应用受到一定的限制。我们临床发现,本病以痰瘀互阻型多见,对此立化痰祛湿、活血化瘀通络之法组成祛湿化瘀通络方治之。方中薏苡仁利水渗湿、除痹;土茯苓清热除湿、通利关节;鸡血藤活血补血、通络;泽泻利水渗湿;秦皮清热燥湿;牛膝活血通经。现代药理研究结果<sup>[9-11]</sup>显示,薏苡仁、土茯苓可增强肾脏血流量,促进尿酸排泄;牛膝具有镇痛抗炎作用,能缓解关节的疼痛;泽泻具有利尿、抗肾炎活性、降血糖、降血脂及抗动脉粥样硬化作用;秦皮具有抗炎镇痛、增加尿量和增加尿酸从组织中排除的作用。

本观察结果表明,治疗组临床疗效明显优于对照

组,且 BUN、UA、Cr、血脂治疗后均得到显著改善,但 FBG、HbA1c 无明显变化。本观察结果提示,祛湿化瘀通络方的可能作用机制为降低血尿酸,碱化尿液,从而减轻肾损害程度;增加尿酸的排泄量,从而缓解肾小球的滤过率,减轻肾脏的负担;可以调节血脂,改善血脂代谢紊乱。

## 参考文献

- [1] 马通军,冯凭. 2 型糖尿病伴高尿酸血症的对策与评价[J]. 中国实用内科杂志,2004,24(3):142-144.
- [2] 廖二元,超楚生. 内分泌学(下册)[M]. 北京:人民卫生出版社,2004:1723.
- [3] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 11 版. 北京:人民卫生出版社,2002:2364.
- [4] 王志耀. 内科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:984-986.
- [5] 张伯臾. 中医内科学[M]. 5 版. 上海:上海科学技术出版社,1999:267.
- [6] 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,2002:156-162.
- [7] 国家技术监督局发布. 中华人民共和国国家标准:中医临床诊疗术语·证候部分[S]. 北京:人民军医出版社,1997:17-20.
- [8] Bickel C, Rupprecht HJ, Blankenberg S, et al. Serum uric acid as an independent predictor of mortality in patient with angiographically proven coronary artery disease[J]. Am J Cardiol, 2002,89(1):12-17.
- [9] 阴健. 中药现代研究与临床应用[M]. 北京:中医古籍出版社,1995:74.
- [10] 徐晖. 泽泻药理作用研究进展[J]. 湖南中医杂志,2004,20(3):77-79.
- [11] 肖培根. 新编中药志[M]. 北京:化学工业出版社,2002:633-642.

(收稿日期:2009-05-06;修回日期:2009-06-29)

[编辑:邓 媛]

## 第八届全国中医难治病学术研讨会征文通知

为了深入探讨中医药在防治肿瘤、心血管、糖尿病等疑难杂症方面所发挥的作用和特色医疗优势,总结交流中医药防治的新技术、新方法、新思路,由中华中医药学会继续教育部主办、北京聚医杰医药科学研究院承办的“第八届全国中医治疗难治病学术研讨会”拟定于 2010 年 8 月中旬在内蒙古呼和浩特市召开,现征文如下。

1. 征稿内容:中医药在防治肿瘤、心脑血管病、糖尿病、肝病、肾病、脾胃病、痛风、风湿病等难治病方面的经验和民间疗法。2. 征文要求:文稿在 3000 字左右,须打印并附 500 字文摘和 200 字以内作者简介,每位作者限投一稿。其他:本次征文将评选优秀论文,由中华中医药学会颁发优秀论文证书,入选的交流论文会后将安排在有关杂志发表,参会代表将授予继续教育 I 类学分;在本次会议上由中华中医药学会评选表彰一批优秀学术论文。4. 投稿时限:请在 2010 年 6 月 30 日前将交流论文和(无论文者也可报名)二寸彩照 4 张、个人技术简介和参会报名费 200 元 邮寄:北京市 100036-98 信箱“第八届全国中医难治病”会务组 李莹莹主任收 邮编 100036。联系电话:010-63772051,80693336,13366499730。欢迎登录 www.ylwsxx.com 查询有关信息。Email:100036-98@163.com。