

• 证候诊断 •

痛风性关节炎中医证候分布规律探讨

朱婉华¹ 张爱红^{1*} 顾冬梅¹ 蒋 熙² 徐 蕾³周正球⁴ 陈普建⁵ 高忠恩⁶ 王小超⁷ 陈志伟⁸

(1. 南通市良春中医药研究所, 江苏省南通市经济技术开发区上海东路 68 号, 226009;

2. 南通市中医院; 3. 南京市中医院; 4. 常州市中医医院; 5. 南通市第四人民医院;

6. 苏州市中医医院; 7. 江苏省中西医结合医院; 8. 苏州大学附属第一医院)

基金项目: “十一五”国家科技支撑计划资助项目(2007BAI20B034)

* 通讯作者: h_a_z@163.com, 13962775802

[摘要] 目的 探讨痛风性关节炎患者中医证候的分布规律。方法 收集江苏省 8 家医院 444 例痛风性关节炎患者临床资料, 辨证分为湿热蕴结证、瘀热阻滞证、痰浊阻滞证、肝肾阴虚证。统计患者病程、年龄、地区, 并检测尿酸、血沉、C 反应蛋白等实验室指标, 总结各证候患者病程、年龄、地域、分期、实验室指标等方面的分布规律。结果 444 例痛风性关节炎患者中湿热蕴结证 150 例, 占 33.78%; 瘀热阻滞证 131 例, 占 29.50%; 痰浊阻滞证 117 例, 占 26.35%; 肝肾阴虚证 46 例, 占 10.36%。瘀热阻滞证和肝肾阴虚证病程长于湿热蕴结证和痰浊阻滞证($P < 0.05$); 年龄较轻者主要表现为湿热蕴结证, 较长者主要表现为瘀热阻滞证($P < 0.05$); 急性期以湿热蕴结证为主, 间歇期以痰浊阻滞证为主, 慢性期以瘀热阻滞证为主($P < 0.05$); 各地域间及尿酸、血沉、C 反应蛋白方面证候构成差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 痛风性关节炎患者中医证候分布情况与患者病程、年龄、地域、分期、炎症指标等因素具有相关性。

[关键词] 痛风性关节炎; 中医证候; 分布规律

Exploration of the Distribution Regularity of TCM Syndrome in Gouty Arthritis

ZHU Wanghua¹, ZHANG Aihong¹, GU Dongmei¹, JIANG Xi², XU Lei³, ZHOU Zhengqiu⁴, CHEN Pujian⁵, GAO Zhongen⁶, WANG Xiaochao⁷, CHEN Zhiwei⁸

(1. Nantong Liangchun Research Institute of TCM, Jiangsu Province 226009; 2. Nantong Hospital of TCM; 3. Nanjing Hospital of TCM; 4. Changzhou Hospital of TCM; 5. The Fourth People's Hospital of Nantong; 6. Suzhou Hospital of TCM; 7. Jiangsu Provincial Hospital of Integrated Chinese and Western Medicine; 8. The First Affiliated Hospital of Suzhou University)

ABSTRACT **Objective** To explore the distribution regularity of TCM syndrome in gouty arthritis. **Methods** Totally 444 cases of gouty arthritis were collected from 8 hospitals in Jiangsu province and divided into four TCM syndromes, i. e. damp-heat brewing and binding syndrome, stasis heat obstruction syndrome, phlegm turbidity obstruction syndrome and liver-kidney yin deficiency syndrome. The disease duration, age and region was counted and blood uric acid (BUA), erythrocyte sedimentation rate (ESR) and C-reactive protein (CRP) were detected. The distribution regularity of TCM syndromes were analyzed according to different disease duration, age, region, stage and laboratory parameters. **Results** There were 150 cases (33.78%) of damp-heat brewing and binding syndrome, 131 cases (29.50%) of stasis heat obstruction syndrome, 117 cases (26.35%) of phlegm turbidity obstruction syndrome and 46 cases (10.36%) of liver-kidney yin deficiency syndrome in 444 cases of gouty arthritis. The disease duration of stasis heat obstruction syndrome and liver-kidney yin deficiency syndrome was longer than that of the damp-heat brewing and binding syndrome and phlegm turbidity obstruction syndrome ($P < 0.05$). The younger was mainly with damp-heat brewing and binding syndrome and the elder was mainly with stasis heat obstruction syndrome ($P < 0.05$). The main syndrome was damp-heat brewing and binding syndrome, phlegm turbidity obstruction syndrome and stasis heat obstruction syndrome in the acute period, intermittent period and chronic period respectively ($P < 0.05$). There were significant differences between syndromes in BUA, ESR and CRP as well ($P < 0.05$). **Conclusion** The distribution of TCM syndrome in gouty arthritis is related to the disease duration, age, region, stage and inflammatory markers of the patients.

Keywords gouty arthritis; TCM syndrome; distribution regularity

随着饮食结构中高脂肪、高蛋白成分增加,痛风病患病率逐年增高,且发病年龄有年轻化的趋势。流行病学调查发现,痛风粗患病率为 0.035%^[1]。近年来中医药防治痛风取得了较大进展,但关于痛风有关病因病机、辨证分型及证候分布规律等方面的研究尚不多。本研究从中医学角度出发,采用临床流行病学研究方法,初步探讨痛风性关节炎患者的中医证候分布规律,现将研究结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例来源

468 例痛风性关节炎患者来源于 2009 年 4 月至 2011 年 4 月南通良春风湿病医院、南通市中医院、常州市中医院、苏州大学附属第一医院、苏州市中医院、江苏省中西医结合医院、南京市中医院、南通市第四人民医院等 8 家医院。

1.2 诊断标准

西医诊断标准:采用美国风湿病学会制订的痛风性关节炎诊断标准^[2]。中医诊断标准:采用国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》^[3]。

1.3 纳入及排除标准

纳入标准:①符合以上诊断及辨证标准;②病程为早、中期;③近 1 周内未使用过治疗痛风性关节炎的中药(包括祛风除湿、清热消肿、通络止痛等中成药及汤剂)、西药(非甾体抗炎药、皮质激素类药、抗风湿慢作用药物)者;④年龄 18~65 岁的男性;⑤患者知情同意并签署知情同意书。

排除标准:①合并严重心、肺、肝、肾疾病者;②患者近 3 个月内曾参加其他临床试验;③精神病患者;④对试验药物过敏者;⑤晚期重度痛风性关节炎患者(关节炎重度畸形、僵硬、丧失劳动力或出现多处痛风石及肾损害);⑥继发性高尿酸血症者;⑦不配合治疗或因其他原因研究者认为不宜纳入者,或参加本试验可能导致患者发生其他并发症者。

1.4 质量控制

根据南通市良春中医药研究所制定的工作手册、病例筛查表和病例观察表,对参与研究的分中心研究人员进行课题研究专业培训,经考核合格后方可参加研究。各分中心实验室均经计量机构资质认证合格。

1.5 研究方法

依据《中医病证诊断疗效标准》^[3]中痛风性关节炎证候分型,将患者分为湿热蕴结证、瘀热阻滞证、痰浊阻滞证、肝肾阴虚证。参照中华医学会风湿病

学会 2004 年颁布的《原发性痛风诊治指南(草案)》^[4],将患者分为急性期、间歇期和慢性期。比较患者病程、年龄、地区、分期的中医证候分布情况及各实验室指标(尿酸、血沉、C 反应蛋白)与中医证候的相关性。

1.6 统计学方法

采用 SPSS 16.0 统计软件进行数据分析。中医证候分布规律采用描述性分析。计量资料采用 t 检验或秩和检验;计数资料采用卡方检验。

2 结果

2.1 一般情况

纳入研究病例 468 例,脱落 24 例。最后完成 444 例。年龄 20~65 岁,平均(48.30±10.67)岁;病程 0~78.40 个月,平均(57.17±5.40)个月。

2.2 中医证候分布情况

444 例痛风性关节炎患者中湿热蕴结证 150 例,占 33.78%;瘀热阻滞证 131 例,占 29.50%;痰浊阻滞证 117 例,占 26.35%;肝肾阴虚证 46 例,占 10.36%。

2.3 不同证型患者病程比较

湿热蕴结证患者平均病程(47.90±38.72)个月,瘀热阻滞证患者平均病程(82.67±61.81)个月,痰浊阻滞证患者平均病程(42.58±30.33)个月,肝肾阴虚证患者平均病程(81.84±58.68)个月。不同证型患者病程比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。瘀热阻滞证和肝肾阴虚证病程较长,湿热蕴结证和痰浊阻滞证病程较短。湿热蕴结证、瘀热阻滞证与痰浊阻滞证、肝肾阴虚证比较差异均有统计学意义($P<0.01$),而湿热蕴结证与瘀热阻滞证比较、痰浊阻滞证与肝肾阴虚证比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

2.4 不同年龄患者中医证候分布比较

表 1 示,各年龄段证型构成差异有统计学意义($P<0.05$)。肝肾阴虚证与其他证型比较差异有统计学意义($P<0.01$),其他证型间比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

2.5 不同地区患者中医证候分布比较

根据地地域相近进行合并,形成南通、常州、南京、苏州 4 大地区。表 2 示,各地区证型构成差异有统计学意义($P<0.05$)。不同地区证型比较,湿热蕴结证、瘀热阻滞证地区差异无统计学意义($P>0.05$);痰浊阻滞证地区差异有统计学意义($P<0.05$),苏州地区痰浊阻滞证高于其他地区($P<0.01$),其他地区比较差异无统计学意义($P>0.05$);

肝肾阴虚证地区差异有统计学意义($P<0.05$),南京地区痰浊阻滞证高于其他地区($P<0.01$),其他地区比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 1 不同年龄患者中医证候分布比较[例(%)]

年龄(岁)	例数	湿热蕴结	瘀热阻滞	痰浊阻滞	肝肾阴虚
20~29	26	11(42.31)	5(19.23)	10(38.46)	0
30~39	67	26(38.81)	17(25.37)	20(29.85)	4(5.97)
40~49	141	46(32.62)	41(29.08)	41(29.08)	13(9.22)
50~59	136	50(36.76)	41(30.15)	32(23.53)	13(9.56)
60~65	74	17(22.97)	27(36.49)	14(18.92)	16(21.62)
合计	444	150(33.78)	131(29.50)	117(26.35)	46(10.36)

表 2 不同地区患者中医证候分布比较[例(%)]

地区	例数	湿热蕴结	瘀热阻滞	痰浊阻滞	肝肾阴虚
南通	198	66(33.33)	60(30.30)	52(26.26)	20(10.10)
常州	56	26(46.43)	19(33.93)	9(16.07)	2(3.57)
苏州	91	30(32.97)	24(26.37)	35(38.46)	2(2.20)
南京	99	28(28.28)	28(28.28)	21(21.21)	22(22.22)
合计	444	150(33.78)	131(29.50)	117(26.35)	46(10.36)

表 3 不同分期患者中医证候分布[例(%)]

分期	例数	湿热蕴结	瘀热阻滞	痰浊阻滞	肝肾阴虚
急性期	152	98(64.47)	21(13.82)	26(17.11)	7(4.61)
间歇期	149	23(15.44)	20(13.42)	91(61.07)	15(10.07)
慢性期	143	29(20.28)	90(62.94)	0	24(16.78)
合计	444	150(33.78)	131(29.50)	117(26.35)	46(10.36)

2.6 不同分期患者中医证候分布比较

表 3 示,各期中医证候构成差异有统计学意义($P<0.05$)。不同分期证型比较:湿热蕴结证分期差异有统计学意义($P<0.05$),急性期与其他期比较差异均有统计学意义($P<0.01$),间歇期与慢性期比较差异无统计学意义($P>0.05$),表明湿热蕴结证急性期所占比例高于其他期;瘀热阻滞证分期差异有统计学意义($P<0.05$),慢性期与其他期比较差异均有统计学意义($P<0.01$),急性期与间歇期比较差异无统计学意义($P>0.05$),表明瘀热阻滞证慢性期所占比例高于其他期;痰浊阻滞证分期差异有统计学意义($P<0.05$),间歇期与急性期比

较差异有统计学意义($P<0.01$),而慢性期为 0,表明痰浊阻滞证间歇期所占比例高;肝肾阴虚证分期差异有统计学意义($P<0.05$),慢性期与急性期比较差异有统计学意义($P<0.01$),其他期比较差异无统计学意义($P>0.05$),表明肝肾阴虚证慢性期所占比例高于急性期。

2.7 不同证型患者实验室指标比较

表 4 示,尿酸、血沉中医证候组间差异有统计学意义($P<0.05$);不同证型尿酸两两比较,肝肾阴虚证与痰浊阻滞证比较差异有统计学意义($P<0.01$),其他证型比较差异无统计学意义($P>0.05$),表明肝肾阴虚证血尿酸值高于痰浊阻滞证。不同证型 C 反应蛋白两两比较,湿热蕴结证与其他证型差异均有统计学意义($P<0.01$),其他证型比较差异无统计学意义($P>0.05$),表明湿热蕴结证血沉值高于其他证候。

3 讨论

痛风性关节炎是一种代谢紊乱性疾病,是由于体内嘌呤合成过速、尿酸生成过多或尿酸排泄减少,过多尿酸沉积在骨关节形成^[5]。中医认为痛风性关节炎是脾虚失运,湿浊内阻。脾虚为本,湿浊为标。若嗜食膏粱厚味、醇酒肥甘,或过度劳累、情志所伤则进一步内耗正气,损伤脾胃,使脾虚日益加剧、脾运日趋减弱。久之湿浊为患,留滞体内,流注骨节,气血闭阻而作痛^[6]。

本研究结果显示,临床分期各中医证候构成上差异有统计学意义,湿热蕴结证主要集中在急性期,痰浊阻滞证间歇期居多,瘀热阻滞证、肝肾阴虚证则在慢性期居多,表明痛风性关节炎与中医证候所表现的疾病分期可能有一定关系。

与其他 3 个证候相比,基本上反映了痛风性关节炎不断发展,证候不断变化、发展的特点。本病以青、中年发病居多,急性期或慢性期急性发作阶段证候表现主要以湿(痰)浊、热毒互结为主,随着病程和年龄的增加,瘀热阻滞证所占的构成比不断增加。

尿酸水平对痛风性关节炎诊断虽不具特异性,但本次研究痛风性关节炎患者平均尿酸水平高于正

表 4 不同证型患者实验室指标比较($\bar{x}\pm s$)

实验室指标	湿热蕴结	瘀热阻滞	痰浊阻滞	肝肾阴虚
尿酸($\mu\text{mol/L}$)	494.46±82.05(150)	504.43±90.71(131)	493.47±81.69(117)	535.26±111.04(46)
血沉(mm/h)	29.91±20.64(144)	14.61±13.34(128)	13.46±12.00(108)	10.31±8.28(41)
C 反应蛋白(mg/L)	21.52±9.25(136)	11.30±8.01(126)	13.80±7.65(107)	12.76±10.23(34)

注:()内为例数。

常者,提示血尿酸增高与痛风性关节炎患者诊断有关联,肝肾阴虚证明显高于其他 3 个证候,表明肝脾肾虚证的患者,疏泄、运化、排泄等升降浊功能的失调,是产生血尿酸水平升高的内在因素。血沉、C 反应蛋白作为痛风性关节炎急性反应物,在痛风性关节炎急性反应期增高,湿热蕴结证尿酸、血沉和 C 反应蛋白水平高于其他 3 个证候,说明湿浊、热毒、痰瘀既是痛风性关节炎急性发作的致病因素,又是疾病的代谢产物。此结果为运用泄浊化瘀调益脾肾的方法治疗痛风性关节炎提供了客观基础。

参考文献

[1]姜宝法. 山东沿海地区痛风和高尿酸血症的流行病学调

查[J]. 中国公共卫生,1999,15(3):2051—2052.

[2]Wallace SL, Robinson H, Masi AT, et al. Preliminary criteria for the classification of the acute arturitis of primary gout[J]. Arthritis Rheum,1977,20(3):895—900.

[3]国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:50—51.

[4]中华医学会风湿病学分会. 原发性痛风治疗指南(草案)[J]. 中华风湿病杂志,2004,8(3):178—181.

[5]刘燦仡,胡悦. 胡荫奇治疗痛风经验[J]. 辽宁中医杂志,2011,38(10):1961—1962.

[6]汪文娟,蔡征. 痛风性关节炎证治之管见:附 68 例舌苔分析图[J]. 江苏中医,2001,22(6):14—15.

(收稿日期:2012-04-10;修回日期:2012-07-09)

[编辑:崔京艳]

欢迎邮购《一选方治验实录》

在浩瀚的中医典籍中,有方名的古方数以十万计。为了汰芜存菁,借鉴古今医家的经验,为现代临床服务,作者在长期从事中医方药文献研究和临床诊疗工作的基础上,在完成“中医古方筛选方案和利用研究”课题研究的基础上,经过深入发掘,编纂完成《一选方治验实录》(上下两册)。本书以有验案资证作为筛选古方的重要条件,结合古方其他价值特征,从近 10 万首方剂中,筛选出 583 首古方及其相关验案 5500 余则。这些优选出的古方,既不乏传世名方,也有相当一部分以往未被方剂学教材或方剂选本收录过的“新面孔”。从 10 万首方中最终优选出 500 余首方,其比例约为 200 选 1;又鉴于治验记录是本书的主要内容,故名为《一选方治验实录》。

全书分上、下册,上册收录汉唐方(张仲景方、晋唐方),下册收录宋元明清方(宋元方、明清方),编次以方为纲,医案为目,每一方剂又分方源记载和治验实录(分为中医病证医案、西医病症医案)两部分。书末附有方名索引、中医病证索引、西医病症索引和引用书目,方便读者检索。

本书汇集古今文献,资料丰富,拥有本书,就如同跟随古今名医侍诊,通过品读古方所附的具体病例,领悟出该方的适应证和用法秘诀,可大大提高中医治病的疗效。本书是中医各科临床医生提高临床疗效必备的案头书,又可为各中药生产厂家研发新药提供借鉴。

《一选方治验实录》(上下两册),为 16 开精装本,1584 页,已由人民卫生出版社于 2011 年 1 月出版。上册定价 99 元,下册定价 108 元,全套 207 元。邮购汇款地址:北京市东直门南小街 16 号中医杂志社医海林音像书店;邮政编码:100700;联系电话:(010)64013162,(010)64014411 转 3053。请在汇款附言中注明所购书名、上下册或全套及数量,邮购单册需加邮费 10 元,全套及 2 册以上免邮费。欢迎邮购。

第二届全国脑卒中诊疗实践学术研讨会暨第二届“奇星·华佗再造丸”杯优秀论文征集通知

为积极参与国家“脑卒中筛查与防治工程”,大力推动对脑中风的学术研究,由中华中医药学会主办,中医杂志社、中国中药杂志社协办,广州奇星药业有限公司、数源汇通(北京)医药科技有限公司承办,共同发起第二届全国脑卒中诊疗实践学术研讨会暨第二届“奇星·华佗再造丸”杯脑卒中诊疗实践优秀医学论文征集活动,具体事宜通知如下。

一、征文内容:1. 脑卒中的基础研究;2. 脑卒中内科治疗;3. 脑卒中外科治疗;4. 脑卒中介入治疗;5. 脑卒中的中西医结合治疗;6. 脑卒中与糖尿病;7. 脑卒中与血管异常;8. 脑卒中与血管超声、TCD;9. 脑卒中与房颤;10. 脑卒中与高血压;11. 脑卒中的康复。

二、征文要求:1. 凡未公开发表的论著、述评、病例报告、讲座综述、实验研究、临床研究、经验总结等,均可投稿。2. 按照杂志论文格式,要求 800 字中文摘要 1 份,包括目的、方法、结果、结论四部分,数据准确、重点突出、文字精炼。3. 请在征文后详细注明姓名、工作单位、科室、邮政编码和电话。4. 截稿日期:2012 年 10 月 30 日。请自留底稿,恕不退稿。5. 论文投稿方式:邮寄地址:北京市海淀区西三环北路 11 号海通时代商务中心 A1 栋,数源汇通(北京)医药科技有限公司收,邮编:100089,电话:010-68718711;或电子版发至:cnyxyx@cnyxyx.com。

三、联系方式:数源汇通(北京)医药科技有限公司联系人:赵森,电话:010-68412716 转 603,传真:010-68715736,Email:cnyxyx@cnyxyx.com。