

• 临床报道 •

红藤虎杖汤治疗急性痛风性关节炎 43 例

郑德勇 刘峻承*

昭通市中医医院, 云南省昭通市昭阳区南顺城街 273 号, 657000

* 通讯作者: 304351408@qq.com, 15287030296

[摘要] 目的 观察红藤虎杖汤治疗急性痛风性关节炎湿热蕴结证的临床疗效。方法 将急性痛风性关节炎湿热蕴结证患者 86 例随机分为治疗组和对照组各 43 例, 治疗组给予红藤虎杖汤, 对照组给予秋水仙碱片联合双氯芬酸钠缓释胶囊, 两组疗程均为 7 天。比较两组患者治疗前后血尿酸(BUA)、症状及体征积分、临床疗效与不良反应。结果 两组患者治疗后 BUA、症状及体征积分与治疗前比较均明显降低($P < 0.01$); 两组治疗后 BUA、症状及体征积分比较差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗组临床疗效总有效率为 90.70%, 对照组总有效率为 93.02%, 两组比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗组不良反应发生率为 34.88%, 对照组为 93.02%, 两组比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。结论 红藤虎杖汤治疗急性痛风性关节炎具有降低 BUA 水平、不良反应少的特点, 临床疗效肯定。

[关键词] 红藤虎杖汤; 急性痛风性关节炎; 血尿酸

急性痛风性关节炎是原发性痛风的最常见首发症状, 初起可单关节发病, 以第一跖趾关节多见, 继累及多个关节, 通常在夜间发作, 数小时内出现红肿、热、痛, 伴有发热等全身症状, 常因劳累、饮酒、食用高嘌呤食物等诱发。我们采用自拟红藤虎杖汤治疗急性痛风性关节炎 43 例, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

西医诊断标准: 参照《22 个专业 95 个病种中医诊疗方案》^[1] 标准, 具备下述 12 项中 6 项者即可诊断: ① 1 次以上急性关节炎发作; ② 炎症表现在 1 日内达高峰; ③ 单关节炎; ④ 关节发红; ⑤ 第一跖趾关节疼痛或肿胀; 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 可疑痛风石; ⑨ 高尿酸血症; ⑩ 关节内非对称性肿胀(X 线); ⑪ 不伴骨质侵蚀的骨皮质下囊肿(X 线); ⑫ 关节炎发作期间关节液微生物培养阴性。

中医辨证标准: 参照文献^[1] 中湿热蕴结证诊断标准: 局部关节红肿热痛, 发病急骤, 病及一个或多个关节, 多兼有发热、恶风、口渴、烦闷不安或头痛汗出, 小便短黄, 舌红苔黄, 或黄腻, 脉弦滑数。

1.2 纳入及排除标准

纳入标准: 符合上述西医诊断标准及中医辨证标准者; 年龄 18~65 岁; 近 3 天内未使用过治疗本

病的中药及西药者; 签署知情同意书。

排除标准: 妊娠或哺乳妇女期; 合并严重心脑血管系统、消化系统及血液系统等原发性疾病及精神病患者; 严重关节畸形、出现多处痛风石及肾损害者。

1.3 一般资料

86 例患者来自于 2010 年 6 月至 2011 年 11 月昭通市中医医院门诊部风湿病科门诊, 按随机数字表法分为治疗组和对照组各 43 例。治疗组中男 39 例, 女 4 例; 年龄 28~65 岁; 平均(43.51±9.29)岁; 病程 1 天~16 年, 平均(5.02±4.43)年。对照组中男 41 例, 女 2 例; 年龄 26~62 岁, 平均(46.37±8.11)岁; 病程 0.5 天~18 年, 平均(5.78±3.97)年。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。

2 方法

2.1 治疗方法

治疗组: 口服自拟红藤虎杖汤, 组成: 红藤 20g, 虎杖 30g, 土茯苓 15~30g, 苍术 15g, 黄柏 15g, 薏苡仁 30~60g, 川牛膝 15g, 忍冬藤 15g, 豨莶草 15g, 络石藤 15g, 赤芍 15g, 秦皮 15g, 炙甘草 6g。偏向上肢关节加用羌活 15g, 偏向于下肢关节加用独活 15g, 疼痛甚者加白芍 30g, 便秘加大黄 5g。用法: 头煎加水 1000ml, 取汁 500ml, 二煎加水 500ml, 取汁 200ml, 两煎混合, 分 3 次口服。再嘱

患者加适量水煎煮药渣泡洗患处。

对照组:采用秋水仙碱片联合双氯芬酸钠缓释胶囊治疗。秋水仙碱片(每片 0.5 mg, 云南植物药业有限公司生产, 国药准字: H53020166)首次口服 0.5 mg, 以后每隔 1h 口服 0.5 mg, 直至出现 3 个停药指标之一:①疼痛、炎症明显缓解;②出现恶心、呕吐、腹泻等;③ 24 h 总量达 6 mg。双氯芬酸钠缓释胶囊(每粒 0.1 g, 广西神通药业有限公司, 国药准字 H20000717)0.1 g 口服, 每日 1 次。两组患者治疗期间忌食高嘌呤食物及饮酒, 均治疗 7 天。

2.2 观察指标和方法

2.2.1 血尿酸(BUA) 于治疗前后空腹采静脉血测定, 用尿酸酶法测定^[2]。

2.2.2 症状及体征积分 参照文献[1]制定症状、体征分级量化指标评分标准:①关节疼痛:0 分表示无疼痛;1~3 分表示轻度疼痛, 但仍可从事正常活动;4~6 分表示中度疼痛, 影响工作, 但能生活自理;7~9 分表示比较严重的疼痛, 生活不能自理;10 分表示剧烈疼痛, 无法忍受;②关节肿胀:0 分, 关节无肿胀或肿胀消失;1 分, 关节肿胀、皮色红;2 分, 关节显著肿胀、皮色发红;3 分, 关节高度肿胀、皮色暗红;③活动受限, 0 分, 关节活动正常;1 分, 关节活动受限;2 分, 关节活动明显受限;3 分, 关节活动严重受限。

2.3 疗效制定标准

参照文献[1]中痛风相关评价标准制定。①临床控制:疼痛、肿胀症状消失, 关节活动正常, 积分减少 $\geq 95\%$;②显效:疼痛、肿胀症状消失, 关节活动不受限, 积分减少 $\geq 70\%$ 但 $< 95\%$;③有效:疼痛、肿胀症状基本消除, 关节活动轻度受限, 积分减少 $\geq 30\%$ 但 $< 70\%$;④无效:疼痛、肿胀症状与关节活动无明显改善, 积分减少 $< 30\%$ 。

2.4 不良反应

参照《常见风湿病诊治手册》^[2]:0 级:无不良反应;1 级:纳差或胃脘不适;2 级:轻度胃脘疼痛、恶心、呕吐及腹泻次数少;3 级:重度胃脘疼痛、恶心、呕吐及腹泻次数多, 甚至出现胃穿孔、胃出血。

3 结果

3.1 两组患者治疗前后 BUA、症状及体征积分比较

表 1 示, 两组患者治疗后 BUA、症状及体征积分与治疗前比较均明显降低($P < 0.01$);两组治疗后 BUA、症状及体征积分比较差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

表 1 两组患者治疗前后 BUA、症状及体征积分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	BUA ($\mu\text{mol/L}$)	症状及体征积分 (分)
治疗组	治疗前	43	519.76 $\pm$ 52.69	9.47 $\pm$ 2.55
	治疗后	43	401.44 $\pm$ 24.48*	1.53 $\pm$ 1.32*
对照组	治疗前	43	527.53 $\pm$ 62.49	9.58 $\pm$ 2.62
	治疗后	43	417.09 $\pm$ 31.78*	2.23 $\pm$ 1.63*

注:与本组治疗前比较, * $P < 0.01$

3.2 两组患者临床疗效比较

治疗组 43 例中临床控制 23 例, 显效 10 例, 有效 6 例, 无效 4 例, 总有效率 90.70%;对照组 43 例中临床控制 24 例, 显效 7 例, 有效 9 例, 无效 3 例, 总有效率 93.02%。两组比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

3.3 两组患者不良反应比较

治疗组:0 级 28 例, 1 级 13 例, 2 级 2 例, 3 级 0 例, 不良反应发生率为 34.88%;对照组:0 级 3 例, 1 级 10 例, 2 级 19 例, 3 级 11 例, 不良反应发生率为 93.02%, 两组比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。

4 讨论

急性痛风性关节炎属于中医学“痹病”、“湿热痹”、“历节”等范畴。多因饮食失宜, 湿浊内蕴, 日久化热, 阻滞经络, 以致气滞血瘀, 不通则痛。或由于久病失治, 伤及脾胃, 则使脾肾阳虚、寒湿痰瘀阻络、气血凝滞不通而致病^[2]。红藤虎杖汤以清热通络、祛风除湿为主。方中红藤、苦平, 有清热解毒、活血止痛的功效;虎杖, 苦寒, 有清热利湿、活血止痛、解毒的功效;苍术、黄柏、薏苡仁、川牛膝为四妙散, 功用清热利湿, 舒筋壮骨;土茯苓解毒除湿, 通利关节;忍冬藤、络石藤祛风通络, 凉血消肿;豨莶草祛风湿, 利关节, 解毒;赤芍清热凉血, 散瘀止痛;秦皮清热燥湿;炙甘草调和诸药。羌活、独活祛风胜湿止痛, 白芍缓急止痛, 大黄泻下攻积, 清热泻火。

本研究表明, 红藤虎杖汤临床疗效肯定, 减少 BUA 含量, 改善临床症状体征, 并且不良反应少, 明显优于西药治疗。

参考文献

- [1] 国家中医药管理局医政司. 22 个专业 95 个病种中医诊疗方案[M]. 2010:269-273.
- [2] 阎小萍. 常见风湿病诊治手册[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2011:161-162.

(收稿日期:2012-09-06;修回日期:2012-11-17)

[编辑:叶 晨]