

培土化瘀汤治疗对慢性痛风性关节炎尿酸排泄率及临床获益的相关研究

周 玮 刘一帆 徐黎明 刘立宁 侯 楠 石颜军 李春先
聊城市人民医院风湿免疫科 山东 聊城 656000

摘要：目的：探讨培土化瘀汤治疗对慢性痛风性关节炎慢性期的临床疗效，并探讨其病因病机。方法：选取2021年08月至2022年05月聊城市人民医院收集的80例慢性痛风性关节炎患者为研究对象，遵循循证医学的原则采用随机、阳性药物的方法将其完全随机分为两组，各40例。治疗组服用培土化瘀汤加非布司他治疗，对照组服用非布司他治疗，两组均观察三个月。采用中医证候疗效判定标准及采集相关临床数据并计算尿酸排泄分数，患者均在治疗前、后进行积分评定，并对相关数据进行统计学分析，评价健脾除湿、泄浊通化瘀法对痛风性关节炎慢性期尿酸排泄率及治疗效果的影响。结果：治疗组总有效率、关节症状评分以及尿酸（UA）水平均明显优于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：培土化瘀汤治疗慢性痛风性关节炎临床疗效较高，能有效改善患者尿酸排泄水平。

关键词：培土化瘀汤；慢性痛风性关节炎；尿酸；排泄率；临床获益

痛风是由单钠尿酸盐(MSU)从过饱和的细胞液外析出，并沉积于关节及其周围关节囊、滑囊、软骨中，从而引起的炎性反应^[1]。近年来，随着人民膳食结构的改变，已经有高达约3.9%的人群患有痛风^[2]，其中男性新发发病率0.4%/年，女性0.14%/年^[3]，同时伴发其他代谢性疾病发生，增加患者的致死率^[4-5]。MSU晶体是痛风的关键诱导因素，其诱导的炎症是痛风的病理基础，固有免疫在痛风的发展中起着重要作用^[6]，MSU结晶脱落进入关节腔，进而引起炎症级联反应^[7]，导致关节出现红、肿、热、痛等症状^[8]。目前痛风的发病机制尚未明确，主要是认为尿酸升高、炎症反应参与其中，西医上针对痛风的病理机制展开的治疗方法多样，但因为存在较多的不良反应而限制了临床应用，中医学对痛风病认识较早，如“历节”“痹证”等，长时间的临床应用证明了其有效性及安全性^[9]。现代研究发现，中医药在降尿酸、抗炎和改善关节功能及不良反应方面更具有优势^[10-11]。因为中医药具有多靶点、安全性高的特点，所以从中药中寻找治疗痛风新药是具有前景的研究方向。因此，本文拟探讨培土化瘀汤治疗对慢性痛风性关节炎尿酸排泄率及临床效果的研究。

1 资料与方法

1.1 纳入标准

符合《原发性痛风诊断和治疗指南》^[12]中西医诊断标准，受累关节不能缓解，关节液中存在特异性单钠尿酸盐晶体，并经X线等影像学明确；符合《中药新药临床研究指导原则》^[13]中痰湿瘀阻证辨证标准，主症：肢

体关节刺痛，肢麻难行，甚则疼痛难忍；次症：手足经脉拘急，心悸，气短；舌质淡暗、苔白腻，脉沉弦或沉缓；受试者年龄30~70岁；血尿酸水平，男性 $> 416 \mu\text{mol/L}$ ，女性 $> 360 \mu\text{mol/L}$ ；临床资料完整，且依从性强，并签署知情同意书。

1.2 排除标准

对本试验中应用药物过敏者；曾应用过培土化瘀汤或1个月内应用其他药物治疗的患者；合并其他因素导致的继发性通风、高尿酸血症或关节疼痛；不配合治疗者。

1.3 一般资料

选取2021年08月至2022年05月聊城市人民医院收集的80例慢性痛风性关节炎患者为研究对象，遵循循证医学的原则采用随机、阳性药物的方法将其完全随机分为两组，各40例。其中对照组男24例，女16例，平均年龄 (47.2 ± 11.5) 岁，平均病程 (9.6 ± 2.8) 年；治疗组男26例，女14例，平均年龄 (47.5 ± 12.3) 岁，平均病程 (9.7 ± 2.5) 年。两组一般资料比较具有可比性。

1.4 治疗方法

1.4.1 对照组：予以非布司他（江苏万邦生化医药股份有限公司生产，国药准字H20130058）饭后口服，40 mg/次，1次/d。

1.4.2 治疗组：在对照组基础上应用培土化瘀汤，方药组成：茯苓30g，赤芍20g，白豆蔻20g，桃仁10g，白术15g，薏苡仁20g，熟地黄9g，桂枝12g，

草薢15g，陈皮6g，法半夏10g，川牛膝15g。加减用药：关节疼痛较甚者，可选加乳香、没药、土元等；关

节肿甚者可选加防己、滑石等；关节久痛不已，可加全蝎、乌梢蛇等；皮下结节，可选加南星、白芥子等。1剂/d，水煎分早晚温服，以上药材由我院中药房提供，并由中药房代煎。治疗3个月后进行相关指标检测和评定。

1.5 观察指标

1.5.1 关节症状评分^[14]：应用患者自述疼痛视觉评分，对两组患者治疗前后的关节疼痛、关节肿胀、关节屈伸不利进行评分，均分别计0分、2分、4分、6分。

1.5.2 生化指标：采用尿酸酶-过氧化物偶联法测定血尿酸(UA)。

1.6 疗效标准

参照《中药新药临床研究指导原则》^[13]评定，包括：主要症状、体征，关节功能，结节，血尿酸水平五方面。具体指标包括显效，有效，无效。

1.7 统计学方法

采用SPSS21.0统计学软件进行数据分析，计数资料以%表示，采用 χ^2 检验；计量资料以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示，采用t检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者疗效比较

由表1可见治疗组总有效率明显高于对照组($P < 0.05$)。

表1 两组患者疗效比较 [例(%)]

组别	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	21 (52.50)	17 (42.50)	2 (5.00)	38 (95.00)
对照组	16 (40.00)	15 (37.50)	9 (22.50)	31 (77.50)

2.2 两组患者关节症状评分比较

由表2可见两组患者治疗后关节症状评分较治疗前

均显著下降($P < 0.05$)，且治疗组评分变化更明显($P < 0.05$)。

表2 两组患者关节症状评分比较

组别	时间	关节疼痛	关节肿胀	关节屈伸不利
治疗组	治疗前	4.28±1.23	3.79±1.07	4.52±1.57
	治疗后	1.05±0.13 ^{ab}	0.92±0.03 ^{ab}	1.28±0.16 ^{ab}
对照组	治疗前	4.19±0.97	3.91±1.18	4.49±1.38
	治疗后	1.69±0.05 ^a	1.36±0.17 ^a	1.93±0.148 ^a

注：a表示与治疗前比较 $P < 0.05$ ；b表示与对照组比较 $P < 0.05$ 。

3 讨论

随着人们饮食结构的改变以及生活水平的提高，痛风的发病率逐年升高，给家庭和社会造成了沉重的负担。非布司他片属于黄嘌呤氧化酶抑制剂，可缓解症状、消除炎症反应、降低血尿酸浓度。但长期使用不可忽视其不良反应，而中医药由于组成成分繁多，治疗靶点多且安全，但是目前仍存在不足，如中药汤剂服用不便、不易存储，患者接受度及依从性差，而中成药弥补了这一不足，有着广阔的前景，因此本文在传统治疗的基础上辅以培土化痰汤治疗。

本病在中医学中属“痹病、历节、白虎、痛风”范畴。先天禀赋不足，而致肝肾亏虚，肝肾亏虚将影响脾肺功能，而肾脾肺司水湿之职，三脏有一功能失调，将影响水湿运化；治疗当以益肾补脾、化湿通瘀、养血活络为主。培土化痰汤中川牛膝逐瘀通络，桂枝、茯苓祛湿利水，赤芍补脾化湿，薏苡仁清热除痹，白豆蔻行气温中，法半夏燥湿化痰、行气开脾等，全方合用共奏化湿除痹、活血通络之功。本文中结果显示，经不同方法治疗后，治疗组患者关节症状评分显著下降，且治疗有

效率及尿酸排泄率显著提高($P < 0.05$)。

综上所述，培土化痰汤治疗慢性痛风性关节炎有较好临床疗效，但本次收集的样本容量较少，因而有待于后续更为详尽的研究。

参考文献

- [1]Cronstein B N, Sunkureddi P. Mechanistic aspects of inflammation and clinical management of inflammation in acute gouty arthritis[J]. J Clin Rheumatol, 2013,19(1):19-29.
- [2]Aung T, Myung G. Treatment approaches and adherence to urate-lowering therapy for patients with gout[J]. Patient Prefer Adherence, 2017,11:795-800.
- [3]金晓敏,张晓熙,郭璐,等.基于NLR P3炎性体轴探讨土茯苓总黄酮对痛风性关节炎的作用和机制[J].中国实验方剂学杂志,2018,24(4):90-95.
- [4]余俊文,陆锦波,张小娟,等.1320名老年人血尿酸与血脂、血糖和血压的分析[J].中华流行病学杂志,2005,26(6):455-457.
- [5]Dalbeth N, House M E, Aati O, et al. Urate crystal deposition in asymptomatic hyperuricaemia and symptomatic

gout: a dual energy CT study[J]. Ann Rheum Dis, 2015, 74(5):908-911.

[6]郭玉星,熊辉,易法银,等.蠲痹历节清方对改良痛风性关节炎模型大鼠滑膜的TLR4,NF- κ B,PPAR γ 的影响[J].中国实验方剂学杂志,2018,24(23):126-133.

[7] Bolzetta F, Veronese N, Manzato E, et al. Chronic gout in the elderly[J]. Aging Clin Exp Res, 2013, 25(2):129-137.

[8] Khanna D, Fitzgerald J O, Khanna P P, et al. 2012 American College of Rheumatology guidelines for management of gout. Part1: systematic nonpharmacologic and pharmacologic therapeutic approaches to hyperuricemia[J]. Arthritis Care Res: Hoboken, 2012, 64(10):1431-1446.

[9]李建,张洁瑛,孙鹏,等.平胃散合桂枝芍药知母汤加

减治疗慢性痛风性关节炎的疗效机制[J].中国实验方剂学杂志,2018,24(1):180-185.

[10]宋倩,刘健,忻凌,等.基于关联规则挖掘健脾类中药对痛风性关节炎患者免疫、炎症指标的影响[J].辽宁中医杂志, 2017, 44(11):2248-2252, 2461.

[11]孙骏炜,刘清平,李楠,等.痛风方治疗湿热夹瘀型痛风临床观察[J].中国实验方剂学杂志,2017,23(18):186-190.

[12]胡雨峰,马健,奚飞飞.中医药治疗类风湿性关节炎研究进展[J].世界中医药.2019,10(A01):394-395.

[13]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.2021,15(6):410-413.

[14]赖爱云,徐健,陶丽.痛风性关节炎与高尿酸血症炎症细胞因子水平比较[J].世界中医药,2019,27(A01):518-518.