

健脾化湿泄浊法治疗原发性高尿酸血症 35 例的疗效观察※

□ 孙丽娜^{1*} 王丽英² 李学军² 杨叔禹²

(1. 福建省厦门市中医院 福建 厦门 361009

2. 福建医科大学附属厦门第一医院 厦门市中西医结合糖尿病研究所 福建 厦门 361003)

摘要 目的: 观察用健脾化湿泄浊法治疗原发性高尿酸血症的临床疗效和安全性。方法: 将 70 例患者随机分成 2 组, 治疗组 (改变生活方式加健脾化湿泄浊中药) 35 例, 对照组 (单纯改变生活方式) 35 例, 治疗 2 个月后比较 2 组胰岛素抵抗指数、血尿酸及血脂水平的变化。结果: 治疗组治疗前后比较, 血尿酸、胰岛素抵抗指数、甘油三酯等较前有明显改善 ($P < 0.05 \sim 0.001$); 与对照组治疗后比较亦有显著性差异 ($P < 0.05 \sim 0.001$)。同时治疗组可以明显改善临床症状。结论: 健脾化湿泄浊中药可以改善胰岛素抵抗、降低血尿酸、降低甘油三酯等; 并且明显改善高尿酸血症患者的临床症状

关键词 高尿酸血症 健脾化湿泄浊法 胰岛素抵抗

高尿酸血症 (hyperuricemia) 是由于血尿酸产生过多和/或排泄减少而致的一种代谢性疾病, 分为原发性和继发性。最近 20 多年来随着人们生活水平的提高, 饮食结构的改变及多坐少动的生活方式致使高尿酸血症和痛风的发病率逐渐上升, 发病年龄提前^[1-3]。一般而言, 约 10~20% 高尿酸血症患者会发展成为痛风, 但有文献报道^[4,5], 若血尿酸浓度超过 540 $\mu\text{mol/L}$ 时, 则会有 90% 的患者可发展为痛风。一旦高尿酸血症发展到痛风阶段, 则不仅侵犯骨和关

节, 还容易累及肾脏和心血管系统。所以, 积极防治高尿酸血症具有重要的意义。我们用健脾化湿泄浊法治疗高尿酸血症患者 35 例, 取得较好疗效。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 70 例患者均为厦门市中医院及厦门市第一医院 2004 年 6 月~2005 年 12 月高尿酸血症门诊患者。其中男性 55 例, 女性 15 例, 采用随机数字表将 70 例患者分为两组。治疗组 (改变生活方式 + 健脾化湿泄浊中药) 35 例, 其中男性 27 例, 女性 8 例, 平均年龄 (42.03 ± 10.68) 岁; 对照组 (单纯改变生活方式) 35 例, 其中男性 28 例, 女性 7 例, 平

※基金项目 厦门市卫生局科研基金课题 (No: WSK0501)

*作者简介 孙丽娜, 女, 副主任医师。研究方向: 糖尿病及其慢性合并症的中西医结合诊疗研究。

均年龄(38.60±10.66)岁。两组患者性别、年龄等无显著性差异($P>0.05$)。在所观察的70例患者中,有痛风家族史者12例,占总数的17.1%;有吸烟史者55人,占总数的78.6%;饮食嗜海鲜者50人,占总数的71.4%;喜饮啤酒者52人,占总数的74.3%。共计64例患者合并不同程度的血脂紊乱。

1.2 临床表现 70例患者均没有典型的痛风发作症状,主要临床表现为:身体重着者52例、头晕者52例、痰多者48例、舌胖大者58例、苔黄厚腻者49例。

1.3 病例选择

1.3.1 纳入标准 (1)符合高尿酸血症的诊断标准(参照六版内科学);(2)年龄:18~70岁;(3)纳入前15日未使用过降血尿酸药物;(4)控制高嘌呤饮食1周。

1.3.2 排除标准 (1)痛风急性发作期的患者;(2)糖尿病患者;(3)高血压需药物治疗的患者;(4)继发性高尿酸血症;(5)BMI≥28;(6)合并有心、肝、肾和造血系统等严重原发病、精神病患者。

2 治疗方法

2.1 治疗用药 对照组通过改变生活方式进行干预。内容包括:对患者定期进行痛风知识教育;适当休息;避免劳累、受寒、饮酒和禁食含高嘌呤的饮食,保持低脂、低盐、低糖饮食;多饮水。治疗组在改变生活方式的基础上予以健脾化湿泄浊中药,主要药物组成:薏苡仁30g、土茯苓10g、威灵仙15g、木瓜20g、萆薢15g、山慈菇6g等。统一由厦门市中医院药房煎煮,每日2袋,每袋约200ml药液,每日两次。疗程为2个月。

2.2 观察指标 治疗前后,分别观察患者的主要症

状(身体重着、头晕、痰多、舌体胖大、苔黄厚腻)。实验室检查:血尿酸、空腹胰岛素、空腹血糖、血脂、肝肾功能等。生化检查采用日立7060型自动生化分析仪测定。

3 统计学处理

统计处理均采用SPSS11.0统计软件进行分析和检验。计量资料用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示;对所检测的指标均进行正态分布检测,偏态分布的胰岛素抵抗指数在分析时取其自然对数值;组内治疗前后比较采用配对样本 t 检验,组间比较采用独立样本 t 检验;计数资料采用卡方检验。

4 结果

4.1 疗效判定

4.1.1 症状疗效判断标准 无效:治疗前后症状无变化;好转:治疗后症状减轻;显效:治疗后症状消失。

4.1.2 实验室指标疗效标准^[6] 显效:血尿酸恢复正常或血尿酸较治前降幅≥25%;有效:血尿酸较治前降幅≥15%;无效:血尿酸较治前降幅<15%。

4.2 疗效比较

4.2.1 总的疗效比较 对照组显效7例,有效15例,无效13例,总有效率为62.8%,治疗组显效16例,有效14例,无效5例,总有效率为85.7%。两组总有效率比较有显著性差异($P<0.05$)。

4.2.2 症状改善情况的比较 治疗组治疗前后,各组症状均有改善,其中痰多、舌体胖大、苔厚腻症状明显减轻,有效率分别为81.5%、87.5%、83.3%、88.5% ($P<0.05$),与对照组相比较,有显著性差异($P<0.05$)。见表1。

表1 两组治疗前后主要症状改善情况的比较(n)

	治疗组					治疗组				
	n	无效	好转	显效	有效率(%)	n	无效	好转	显效	有效率(%)
身体重着	27	5	12	10	81.5	25	10	10	5	60.0
头晕	28	3	10	15	89.3	24	9	12	3	62.5
痰多	27	5	10	12	81.5 [△]	21	11	5	5	47.6
舌体胖大	30	5	10	15	83.3 [△]	28	10	15	3	64.3
苔厚腻	26	3	11	12	88.5 [△]	23	9	11	3	60.9

注:2组治疗后比较,△ $P<0.05$ 。

4.2.3 实验指标的改善情况 对照组治疗后与治疗前比较,血尿酸明显下降,差异显著,总胆固醇及甘油三酯水平较前亦有下降,但无显著性差异。治疗组治疗前后比较,显示生活方式改变加用健脾化湿泄浊中药可以降低血尿酸和甘油三酯水平,对降低总胆固醇和低密度脂蛋白胆固醇、升高高密度脂蛋白等亦有作用,但无显著性差异。两组治疗后比较,显示治疗组在降低血尿酸和血甘油三酯水平、以及改善胰岛素抵抗的疗效明显优于对照组。见表 2~4。

表 2 对照组治疗前后实验指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

	治疗前	治疗后	P 值
UA (umol/L)	513.30 ± 28.96	464.20 ± 27.59	0.000 ^{△△}
Glu (mmol/L)	4.82 ± 0.75	4.89 ± 0.75	0.713
CHO (mmol/L)	5.48 ± 1.10	5.34 ± 0.83	0.583
TG (mmol/L)	2.82 ± 1.03	2.61 ± 0.84	0.403
HDL (mmol/L)	1.39 ± 0.25	1.38 ± 0.23	0.844
LDL (mmol/L)	3.20 ± 0.86	3.04 ± 0.90	0.494
APOA1 (g/L)	1.23 ± 0.18	1.24 ± 0.15	0.841
APOB (g/L)	1.11 ± 0.26	1.11 ± 0.24	0.964
BMI (kg/m ²)	22.74 ± 1.93	22.73 ± 1.76	0.892
SBP (mmHg)	126.87 ± 12.31	126.03 ± 10.95	0.783
DBP (mmHg)	76.63 ± 7.36	76.30 ± 7.09	0.859
IAI	-1.9562 ± 0.17890	-1.9885 ± 0.1161	0.410

表 3 治疗组治疗前后实验指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

	治疗前	治疗后	P 值
UA (umol/L)	523.64 ± 37.75	428.00 ± 80.01	0.000 ^{△△}
Glu (mmol/L)	4.84 ± 0.37	4.81 ± 0.66	0.834
CHO (mmol/L)	5.40 ± 0.98	5.00 ± 0.67	0.062
TG (mmol/L)	2.76 ± 1.50	2.08 ± 1.10	0.044 [△]
HDL (mmol/L)	1.32 ± 0.22	1.41 ± 0.21	0.089
LDL (mmol/L)	2.94 ± 0.96	2.74 ± 0.79	0.367
APOA1 (g/L)	1.24 ± 0.16	1.25 ± 0.17	0.338
APOB (g/L)	1.09 ± 0.21	1.03 ± 0.19	0.238
BMI (kg/m ²)	22.99 ± 2.02	22.74 ± 1.93	0.213
SBP (mmHg)	124.97 ± 12.56	123.87 ± 12.96	0.733
DBP (mmHg)	79.19 ± 8.10	77.00 ± 8.64	0.301
IAI	-1.9990 ± 0.1311	-1.9331 ± 0.9648	0.023 [△]

表 4 两组治疗后实验指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

	治疗组治疗后	对照组治疗后	P 值
UA (umol/L)	428.00 ± 80.01	464.20 ± 27.59	0.000 ^{△△}
Glu (mmol/L)	4.81 ± 0.66	4.89 ± 0.75	0.609
CHO (mmol/L)	5.00 ± 0.67	5.34 ± 0.83	0.821
TG (mmol/L)	2.08 ± 1.10	2.61 ± 0.84	0.035 [△]
HDL (mmol/L)	1.41 ± 0.21	1.38 ± 0.23	0.564
LDL (mmol/L)	2.74 ± 0.79	3.04 ± 0.90	0.170
APOA1 (g/L)	1.25 ± 0.17	1.24 ± 0.15	0.665
APOB (g/L)	1.03 ± 0.19	1.11 ± 0.24	0.168
BMI (kg/m ²)	22.74 ± 1.93	22.73 ± 1.76	0.513
SBP (mmHg)	123.87 ± 12.96	126.03 ± 10.95	0.483
DBP (mmHg)	77.00 ± 8.64	76.30 ± 7.09	0.730
IAI	-1.9331 ± 0.9648	-1.9885 ± 0.1161	0.041 [△]

4.2.4 不良反应 所有患者均未出现任何不适。对照组中有 2 例在观察期间出现急性痛风发作。

5 讨论

高尿酸血症无典型的临床表现,故传统中医对其甚少论述。朱良春^[7]认为痛风是浊毒淤滞血中,不得泄利所致,且此浊毒之邪非受自于外,而主生于内,脾肾二脏清浊代谢紊乱,水谷不归正化,浊毒随之内生,滞留血中终致瘀结为患。笔者认为,嗜食膏粱厚味、饮酒过度,使脾失健运,过多的肥甘厚味不能得到正常的运化运转,使水津代谢障碍,而为痰、湿,化热化毒,阻碍气机运行,影响气血运行。高尿酸血症是代谢紊乱所致尿酸产生过多或排泄减少使得过多的尿酸停于体内形成有害之物,与“浊”相似,为脾虚湿浊内生,湿浊之邪聚于血管中,则成“浊毒”,故治疗以健脾化湿、泄浊为大法。

健脾化湿泄浊中药由薏苡仁、土茯苓、威灵仙、木瓜、萆薢、山慈菇、丹参等药物组成。方中薏苡仁,性甘淡微寒,有利水渗湿,健脾除痹之效。《神农本草经》“……主治筋急拘挛,不可屈伸,风湿痹,下气”;现代药理研究发现薏苡仁素具有温和的镇痛抗炎作用,同时还有抗动脉血栓形成和抗凝血作用^[8]。薏苡仁多糖可以降低四氧嘧啶糖尿病模型小鼠和肾上腺素高血糖小鼠的血糖水平,且呈量效关系^[9]。土茯苓,性甘淡,解毒除湿,通利关节。《景岳全书》“……(土茯苓)能健脾胃,强筋骨,去风

湿，利关节，分水道，治拘挛骨痛……”，现代药理研究土茯苓有利尿作用，在不影响血清胆固醇浓度情况下，可以显著降低动脉粥样硬化斑块发生率^[10]，其提取分离物落新妇甙有明显镇痛作用^[11]，同时还有抗脂质过氧化作用。萆薢，性苦微寒，利湿去浊，祛风除湿，《本草备要》“（萆薢）祛湿热，补脾胃”；《药性解》“……盖肾受土克，则水脏既衰，肝挟相火而凌土湿。脾主肌肉，湿郁肌腠则生热生风，以致荣卫不和、关节不利。而萆薢长于去水，用之以渗脾湿，则土安其性，水不受侮矣……”现代药理研究^[12]萆薢能提高内生肌酐清除率，增加尿酸排出，降低血尿酸。木瓜，性温，味酸，舒筋活络，祛湿和胃化浊，《名医别录》“（木瓜）主治湿痹邪气……”，现代药理研究示其提取液可以提高机体免疫力，保肝，同时有抗炎、抗菌作用；土茯苓、萆薢、木瓜作为本方臣药，助君药健脾化湿。威灵仙，性辛咸温，祛风湿，通经络，《药类法象》“主诸风湿冷，宣通五脏，去腹内癖滞，腰膝冷疼，及治折伤”；现代药理研究威灵仙有镇痛抗炎作用，还有降压、降糖、降胆固醇作用^[13,14]。山慈菇，味辛，性寒，清热解毒，消痈散结，现代药理研究山慈菇有抗痛风、降血压、抗肿瘤作用。

考虑到无症状的高尿酸血症是否需要药物治疗没有达到共识，在本研究中以基础治疗作为对照组。由实验结果可知，坚持基础治疗（包括适当休息，避免劳累、受寒、饮酒和禁食富含高嘌呤的饮食，保持低盐、低脂、低糖饮食，多饮水）有降低尿酸作用。治疗组和对照组比较，在降低血尿酸水平方面有显著性意义，认为健脾化湿泄浊中药通过调理脾脏，利湿泄浊，减少内生尿酸的生成，增加尿酸的排泄，起到降低血尿酸的综合作用。同时治疗组可以明显降低血甘油三酯，表明随着血尿酸水平的降低，血脂水平也有

相应的改善，从而可能对高尿酸血症患者动脉粥样硬化有一定预防作用，其机理可能是通过调节肝功能，改善肝脏血脂代谢。而且，治疗组可以提高高尿酸血症患者的胰岛素敏感性，改善胰岛素抵抗状态，但是具体机制有待于进一步研究。

参考文献

- [1] 徐晓菲, 姜宝法, 张源潮, 等. 山东沿海地区人群血尿酸水平及其在痛风筛查中的意义 [J]. 中国公共卫生, 1999, 15 (3): 205 - 206.
- [2] 杜 惠, 陈顺乐, 王 元, 等. 上海市黄浦区社区高尿酸血症与痛风流行病学调查 [J]. 中华风湿病学杂志, 1998, 2 (2): 75 - 78.
- [3] 刘 佳, 向 东, 张海钢. 2661 例深圳市民血尿酸水平调查 [J]. 中国现代医学杂志, 2002, 12 (15): 69 - 70.
- [4] 李 东, 曹丽华, 张慧英, 等. 高尿酸血症 370 例分析 [J]. 中华风湿病学杂志, 1999, 3 (4): 244 - 246.
- [5] 张乃崙主编. 临床风湿病学 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1999: 366 - 368.
- [6] 解国华, 周乃玉. 中医药治疗痛风性关节炎的研究 [J]. 北京中医, 2002, 21 (2): 122 - 125.
- [7] 解国华, 周乃玉. 中医药治疗痛风性关节炎的研究 [J]. 北京中医, 2002, 21 (2): 122 - 125.
- [8] 张明发, 沈雅琴, 王 鹏, 等. 薏苡仁油脂脂肪酸组成分析 [J]. 中药材, 1999, 22 (8): 405 - 406.
- [9] 徐梓辉, 周世文, 黄林清. 薏苡多糖的分离提取及其降血糖作用的研究 [J]. 第二军医大学学报, 2000, 22 (6): 578 - 579.
- [10] 张克锦, 邹玉铃, 周承明. 赤土茯苓提取物对实验性鸪鹑动脉粥样硬化的预防作用 [J]. 中草药, 1991, 27 (9): 411 - 412, 418.
- [11] 吴丽明, 张 敏. 土茯苓中落新妇甙的利尿和镇痛作用 [J]. 中药材, 1995, 18 (12): 627.
- [12] 刘恩祺. 益气养阴清热利水法治疗痛风性肾病临床观察 [J]. 中国医刊, 1999, 34 (3): 46 - 47.
- [13] 张余生. 炮制对威灵仙镇痛抗炎作用的影响 [J]. 中药材, 2001, 24 (11): 815 - 816.
- [14] 章蕴毅. 威灵仙解痉抗炎镇痛 [J]. 中成药, 2001, 23 (11): 808 - 811.

思想独立 学术自由 广采博收 兼容并蓄

中医药通报杂志

欢迎投稿 欢迎订阅（邮发代号：34 - 95）