

中西医结合治疗痛风性肾病 30 例临床研究

梅莎莎 宋恩峰 项 琼

(武汉大学人民医院,湖北武汉 430060)

摘要 目的:观察中西医结合治疗痛风性肾病的临床疗效及作用机制。方法:将 60 例符合痛风性肾病诊断标准的患者随机分为治疗组与对照组各 30 例。对照组给予别嘌醇口服,治疗组在对照组治疗的基础上给予中药自拟方口服。2 组均连续治疗 3 个月后观察并比较疗效及肾功能改善情况。结果:治疗组总有效率 86.67%,明显高于对照组的 73.33%。治疗组血尿素氮(BUN)、肌酐(Scr)、血尿酸(BUA)、24h 尿蛋白均较对照组改善更为明显。结论:中西医结合治疗痛风性肾病疗效显著,值得进一步研究。

关键词 痛风性肾病 中药复方 别嘌醇**中图分类号** R692.905**文献标识码** A**文章编号** 1672-397X(2014)11-0018-02

近年来,笔者采用自拟中药方联合别嘌醇口服治疗痛风性肾病 30 例,获得较好的疗效,现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 60 例痛风性肾病患者均来源于我院 2010 年 1 月~2013 年 10 月病房及门诊,按随机数字表法分为治疗组与对照组。治疗组 30 例:男 26 例,女 4 例;年龄 32~70 岁,平均年龄(49.35±12.26)岁;病程 2~13 年,平均病程(8.28±10.81)年。对照组 30 例:男 25 例,女 5 例;年龄 34~69 岁,平均年龄(50.71±11.92)岁;病程 1~14 年,平均病程(8.74±10.67)年。2 组患者年龄、性别、病程、血尿酸等一般情况比较差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断符合美国风湿病协会 1977 年分类标准^[1]:(1)原发性高尿酸血症,治疗前血尿酸(BUA) $>420\mu\text{mol/L}$,并排除肿瘤、放射、化疗、血液病及其他肾脏病等所致的继发性高尿酸血症;(2)有痛风性关节炎;(3)肾脏损害(尿检异常和/或肾功能减退)。中医诊断符合《中药新药临床研究指导原则》^[2]:腰膝酸软无力,关节重着疼痛,脸面和双下肢浮肿,神疲乏力肢冷,夜尿多,舌质淡胖、苔白腻,脉沉缓。

1.3 排除标准 不符合诊断标准者;年龄在 18 岁以下,妊娠或哺乳期妇女,过敏体质及对本药过敏者;肾病、骨髓瘤、淋巴瘤系统增生性疾病、血液病、恶性肿瘤化疗后、噻嗪类利尿剂等原因所致的继发性痛风;合并严重的脑血管、心血管、肝及造血系统原发性疾病及精神病患者;尿毒症期患者;关节严重畸形、僵硬、丧失劳动力者;未按规定用药,无法判断疗效或资料不全者。

2 治疗方法

2 组患者治疗期间均停用其他治疗痛风药物,低嘌呤饮食,禁止饮酒,大量饮水,使尿量保持在 2000~3000mL/d,给予口服碳酸氢钠片(天津力生制药有限公司生产)3g/d。

2.1 对照组 给予别嘌醇 0.1g/次,2 次/d,口服。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上给予中药自拟方,处方:熟地黄 24g,山药 12g,山茱萸 12g,泽泻 9g,土茯苓 9g,牡丹皮 9g,益智仁 9g,萆薢 15g,蒲黄 15g,威灵仙 15g,秦艽 10g,黄柏 15g,苍术 15g,怀牛膝 15g。随症化裁:大便秘结者加生大黄 5g;合并尿路结石者加鸡内金 15g;关节肿痛者加海风藤 10g、伸筋草 10g。水煎,每日 1 剂,分 2 次服。

2 组患者均以治疗 4 周为 1 个疗程,连续治疗 3 个疗程后观察疗效。

3 疗效观察

3.1 指标观察 观察 2 组治疗前后血尿素氮(BUN)、血清肌酐(Scr)、血尿酸(BUA)、24h 尿蛋白变化情况,比较组间差异。

3.2 疗效评定标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]拟定。显效:临床症状消失或减轻,UA 正常,24h 尿蛋白下降 50%以上,Scr、BUN 正常或较原来降低 50%以上;有效:临床症状缓解,UA 正常,24h 尿蛋白 $<1.5\text{g}$,Scr、BUN 较原来降低 20%以上;无效:临床症状无明显改善或加重,UA 异常,24h 尿蛋白、Scr、BUN 无变化或加重。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 17.0 软件处理。计量资料用($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 认为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组临床疗效比较 见表 1。

表 1 治疗组与对照组临床疗效比较					例
组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	30	8	18	4	86.67%*
对照组	30	5	17	8	73.33%

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

3.4.2 2 组治疗前后相关指标比较 2 组治疗后 BUN、Scr、UA、24h 尿蛋白均较治疗前明显改善($P<0.05$),治疗组改

善程度明显优于对照组($P<0.05$),见表2。

3.5 不良反应 对照组中有4例出现消化道症状,表现为恶心、呕吐、腹痛、腹泻,2例转氨酶升高;治疗组中有3例出现消化道症状,表现为食欲减退、恶心、呕吐,2例转氨酶升高。均给予护肝、护胃及对症治疗后症状好转,治疗期间未停止服药。2组间不良反应发生率比较无显著性差异($P>0.05$)。

4 讨论

近年来,随着我国居民生活水平的提高及饮食结构的改变,动物蛋白的摄入量增加,高尿酸血症的发病人数随之增加,导致痛风及痛风性肾病的发病率不断升高。痛风性肾病是由于嘌呤代谢紊乱,致使尿酸盐沉积于肾脏,造成间质性肾炎及尿酸性尿路结石,表现为早期间歇性蛋白尿,晚期水肿、高血压、血尿素氮和肌酐升高,少数可出现急性肾功能衰竭。该病以男性和绝经后女性多见^[9],与高血压病、高血脂、糖尿病、冠心病的发病密切相关。痛风性肾病患者血和尿中尿酸浓度增高,当尿液浓缩及pH降低时,尿酸转变成晶体沉积于肾脏,可引起慢性间质性肾炎,晚期出现肾小球基底膜增厚,肾小球纤维化、硬化,肾功能进行性下降,最终可发展成肾衰竭^[4]。高尿酸血症还可激活肾素-血管紧张素-醛固酮系统和内皮素,引起肾脏小动脉的自身调节障碍,肾小球内高压^[9]。上述因素导致肾小球血管壁增厚硬化,肾小管间质炎性改变及纤维化。因此降低尿酸成为治疗本病的关键。

本病的西医常规治疗主要是低嘌呤低蛋白饮食,多饮水以利尿酸排泄,碳酸氢钠碱化尿液对症治疗等。亦可同时口服促进尿酸排泄药物如丙磺舒、苯溴马隆,抑制尿酸合成药物如别嘌醇。别嘌醇通过竞争性抑制黄嘌呤氧化酶,使尿酸生成、排泄减少,减少了尿酸盐结晶的沉积,是临床上治疗痛风的常用药物,但对肾脏的病理改变无明显改善,不能减少蛋白尿的产生,也无法改善肾脏微循环^[6]。此外,长期服用这些药物可损害肝肾功能,出现胃肠道反应、皮肤过敏、抑制骨髓等毒副作用,停药后尿酸易再次升高,因此大多数患者的治疗依从性差。

痛风性肾病属于中医“腰痛”“水肿”“石淋”等病症范畴^[7],多由于先天不足,后天失养,或饮食不节,好食肥甘辛热,嗜酒过度,导致脾肾两虚,气化失常,气血运行无力,形成血瘀,蒸腾气化失司,水湿内停,则湿浊内生,浊瘀互结,阻闭经络,日久深入肾府,则见肾损^[8]。故治则应以健脾益肾、祛湿通络为主。自拟方中熟地黄、山药、山茱萸健脾益肾,补气养阴;威灵仙、秦艽祛风湿,通经络;泽泻、土茯苓、萆薢利水渗湿;牡丹皮、怀牛膝活血化瘀通络;黄柏、苍术清热燥湿健脾;益智仁暖肾固精缩尿;蒲黄化瘀利尿。诸药相配伍可增强疗效,达到健脾益肾、祛风除湿、通络止痛、利水消肿、活血化瘀之功效。现代药理研究发现,由熟地黄等组成的六味地黄汤对肾性高血

表2 治疗组与对照组治疗前后相关实验室指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	检测时间	24h尿蛋白(g/24h)	BUA($\mu\text{mol/L}$)	BUN(mmol/L)	Scr($\mu\text{mol/L}$)
治疗组	30	治疗前	2.0 $\pm$ 0.3	453 $\pm$ 14.3	13.8 $\pm$ 1.3	142 $\pm$ 13.4
		治疗后	0.8 $\pm$ 0.2 [#]	325 $\pm$ 10.4 [#]	5.7 $\pm$ 0.5 [#]	71.3 $\pm$ 9.6 [#]
对照组	30	治疗前	2.0 $\pm$ 0.4	448 $\pm$ 14.6	13.4 $\pm$ 1.2	140 $\pm$ 12.8
		治疗后	1.1 $\pm$ 0.3 [#]	399 $\pm$ 12.3 [#]	8.7 $\pm$ 1.3 [#]	92.3 $\pm$ 7.6 [#]

注:与本组治疗前比较,[#] $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^{*} $P<0.05$ 。

压大鼠有改善肾功能及降压作用;泽泻可利尿,增加尿量,促进尿素排出,同时有降压、降糖作用;山药、山茱萸能够提高人体免疫功能,其中山茱萸还可减轻蛋白尿;土茯苓可增加肾脏血流量,降低血尿酸,促进尿酸的排泄,改善肾功能及镇痛;萆薢可以促进肌酐、尿素氮、尿酸的排泄,改善肾功能,并有降低血清胆固醇的作用^[9-12]。上述药物对降糖、降压、降脂有一定作用,对于同时患有三高症的患者有协同治疗作用。

本研究表明,本自拟方可明显缓解痛风性肾病临床症状,改善肾功能,降低尿素氮、肌酐等指标,促进尿酸的排泄,降低血尿酸含量,从而减少尿酸晶体沉积于肾脏,值得进一步研究。

5 参考文献

- [1] 中华医学会风湿病学分会.原发性痛风诊治指南.中华风湿病学杂志,2004,8(3):178
- [2] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则(第一辑).1993:32
- [3] 李良.中医药治疗痛风性肾病研究进展.中国中医药信息杂志,2010,17(1):97
- [4] 李立新,申建柯.中西药联合治疗痛风性肾病疗效观察.中国基层医药,2012,19(24):3706
- [5] Albertoni G, Maquigussa E, Pessoa E, et al. Soluble uric acid increase intracellular calcium through an angiotensin-independent mechanism in immortalized human mesangial cells. Exp Biol Med, 2010, 235(7):825
- [6] 陈文滨.中西医结合治疗痛风性肾病的疗效.中国基层医药,2012,19(15):2268
- [7] 汪年松.继发性肾脏疾病.北京:科学技术文献出版社,2009:193
- [8] 何志坚.中西医治疗慢性痛风性肾病的临床疗效比较.云南中医学院学报,2012,35(6):49
- [9] 高学敏.中药学.北京:中国中医药出版社,2007:215,463
- [10] 王皖莹.中医药治疗痛风进展.中国基层医药,2010,17(21):3011
- [11] 陈安竹.健脾补肾泄浊方治疗痛风性肾病的临床疗效.当代医学,2012,18(20):150
- [12] 王津燕,沈萃萃.痛风胶囊联合百令胶囊治疗痛风性肾病疗效观察.内蒙古中医药,2013,32(14):30

第一作者:梅莎莎(1986-),女,医学硕士,住院医师,从事肾病发病机制及中西医治疗研究。13554496981@126.com

收稿日期:2014-05-06

编辑:吴宁

人类健康需要传统医药