

状评分较对照组下降更明显,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表3 2组治疗前后TCSS评分比较( $\bar{x} \pm s$ ) 分

组别	治疗前	治疗后
治疗组	7.80±1.90	4.33±1.97 <sup>①②</sup>
对照组	7.93±1.91	5.37±1.67 <sup>①</sup>

与本组治疗前比较,① $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,② $P < 0.05$

表4 2组治疗前后中医症状评分比较( $\bar{x} \pm s$ ) 分

组别	治疗前	治疗后
治疗组	8.40±3.54	3.67±2.29 <sup>①②</sup>
对照组	8.47±3.47	5.13±2.71 <sup>①</sup>

与本组治疗前比较,① $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,② $P < 0.05$

4.6 不良反应 治疗期间2组患者肝肾功能无明显改变,均未出现明显不良反应。无脱落病例。

## 5 讨论

DPN的发生是多因素的,发病机理较为复杂,但普遍认为与糖代谢紊乱状态下糖基化产物的沉积、多元醇旁路的激活、局部微血管受损及神经营养因子减少等多因素共同作用有关,导致周围神经水肿、坏死,影响神经传导速度。TCSS评分可用于评价DNP的严重程度及可能存在的糖尿病微血管病变风险,与神经电生理检查有较好的一致性<sup>[6]</sup>。本研究通过检测治疗前后DNP患者周围神经传导速度,TCSS评分及中医症状评分情况,探讨当归四逆汤对DPN患者总体疗效、周围

神经传导速度及临床症状的改善,为防治DPN提供更好的临床依据。DPN患者阴津亏损、血失濡润而成瘀,导致气血不畅、脉络痹阻、筋脉失养,病情迁延日久,血虚寒凝、脉络瘀阻。当归四逆汤中当归、白芍养血和营;桂枝、细辛温经散寒;炙甘草、大枣补中益气;通草通行血脉,起养血散寒、温通经络之功。本观察结果表明,当归四逆汤不仅对缓解糖尿病神经病变肢麻、疼痛等症状有较好疗效,还能增强神经传导速度,提高治疗总体疗效。且在观察期间无明显不良反应发生,安全性好。

## [参考文献]

- [1] 中华医学会糖尿病学分会. 中国2型糖尿病防治指南(2013年版)[J]. 中华糖尿病杂志, 2014, 6(7): 447-498.
- [2] 中国医师协会内分泌代谢科医师分会. 糖尿病周围神经病变诊疗规范(征求意见稿)[J]. 中国糖尿病杂志, 2009, 17(10): 721-723.
- [3] Bril V, Perkins BA. Validation of the Toronto clinical scoring system for diabetic polyneuropathy[J]. Diabetes Care, 2002, 25(11): 2048-2052.
- [4] 廖二元, 超楚生. 内分泌学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 1562.
- [5] 刘凤, 毛季萍, 颜湘, 等. 多伦多临床评分系统在糖尿病周围神经病变中的应用价值[J]. 中南大学学报: 医学版, 2008, 33(12): 1137-1141.

(责任编辑: 骆欢欢)

# 范冠杰教授运用纯中药治疗急性痛风性关节炎临床观察

谢雯雯, 唐咸玉, 范冠杰, 蓝柳贵, 何柳

广东省中医院内分泌科, 广东 广州 510120

[摘要] 目的: 观察范冠杰教授“动-定序贯”思维指导下运用纯中药治疗急性痛风性关节炎的临床疗效。方法: 将60例患者随机分为2组, 治疗组予“动-定序贯”思维指导下纯中药治疗; 对照组予双氯芬酸钠缓释片治疗。观察2组治疗前后观察治疗前后关节疼痛、压痛、急性红肿、活动受限积分、血清尿酸(UA)、血沉(ESR)、C-反应蛋白(CRP)等, 2组均观察10天。结果: 总有效率治疗组80.00%, 对照组66.68%, 经秩和检验, 2组比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗前关节疼痛、关节压痛、关节急性红肿和活动受限情况评分比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。2组治疗前后各指标组内比较, 差异均有统计学意义( $P < 0.01$ ); 治疗后2组各项指标比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗前UA、ESR、CPR水平比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。2组治疗前后各指标比较, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ ); 治疗后2组各项指标比较, 差异均有统计

[收稿日期] 2015-07-22

[基金项目] 广东省中医药局建设中医药强省科研课题(20122142)

[作者简介] 谢雯雯(1987-), 女, 住院医师, 主要从事中医药防治内分泌疾病研究。

[通讯作者] 唐咸玉, E-mail: 15915740808@163.com。

学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 范冠杰教授“动-定序贯”思维指导下的纯中药治疗急性痛风性关节炎疗效明确, 安全性好。

[关键词] 急性痛风性关节炎; 范冠杰; 动-定序贯; 纯中药

[中图分类号] R589.7 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2016) 01-0061-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.01.028

痛风是一种嘌呤代谢障碍类疾病, 是由于嘌呤代谢紊乱、尿酸产生过多或尿酸排泄减少所引起的一组疾病<sup>[1]</sup>。痛风性关节炎发病原因尚未完全清楚, 除有一定的遗传性外, 发病与饮食习惯关系密切相关。范冠杰教授致力于内分泌及代谢病学的诊治及研究二十余年, 在多年的临床实践与科研工作中形成“动-定序贯”临床思维, 运用纯中药治疗急性痛风性关节炎, 收到较好疗效, 现报道如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 选取2012年1月—2013年3月广东省中医院各分院内分泌科门诊和病房的急性痛风性关节炎患者, 共60例。随机分为2组, 治疗组男19例, 女11例; 年龄35~85岁, 平均(68.37±13.63)岁。对照组男20例, 女10例; 年龄30~85岁, 平均(62.60±16.06)岁。2组年龄、性别等资料比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。

1.2 纳入与排除标准 ①西医诊断符合美国风湿病协会痛风的诊断标准(1997)<sup>[2]</sup>; ②中医诊断标准参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[3]</sup>; ③了解试验全过程, 自愿参加并签署知情同意书; ④纳入前48h未使用非甾体类消炎药及激素。排除标准: ①妊娠或哺乳期妇女、过敏体质及对本药过敏者; ②合并脑血管、心血管、肝、肾、消化系统及造血系统等严重原发性疾病; 精神病患者; ③晚期关节炎重度畸形、僵硬、丧失劳动力者; ④不符合纳入标准、未按规定用药, 无法判断疗效, 或资料不全等影响疗效或安全性判断者; ⑤正在参加其他临床试验者; ⑥继发性痛风者。

## 2 治疗方法

2.1 治疗组 给予中药方。处方: 土茯苓、百合、薏苡仁、车前草、忍冬藤各30g, 土贝母10g。每天2次, 餐后20min口服。

2.2 对照组 给予双氯芬酸钠缓释片(商品名: 扶他林, 北京诺华制药有限公司), 每次1片, 每天1次, 口服。

2组均观察10天。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察治疗前后关节疼痛、压痛、急性红肿、活动受限积分、血清尿酸(UA)、血沉(ESR)、C-反应蛋白(CRP)等, 评价其有效性。观察治疗前后血常规、肝肾功能、二便常规、心电图等, 评价其安全性。关节疼痛、压痛、急性红肿、活动受限积分参照《原发性急性痛风性关节炎中药止痛效应的临床研究设计》<sup>[4]</sup>制定。

3.2 统计学方法 计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示, 采用 $t$ 检验; 计数

资料以率表示, 采用 $\chi^2$ 检验; 等级资料采用秩和检验。

## 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[5]</sup>。将患者关节疼痛、压痛、急性红肿、活动受限得分相加为总积分, 最低为0分, 最高为13分, 总积分越高表示病情越严重。参照尼莫地平法: 总积分=[(治疗前症状积分-治疗后症状积分)÷治疗前症状积分]×100%。临床痊愈: 关节疼痛、压痛、急性红肿、活动受限的总积分下降≥95%; 显效: 关节疼痛、压痛、急性红肿、活动受限的总积分下降≥66%; 有效: 关节疼痛、压痛、急性红肿、活动受限的总积分下降≥33%; 无效: 关节疼痛、压痛、急性红肿、活动受限的总积分下降<33%。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率治疗组80.00%, 对照组66.68%, 经秩和检验, 2组比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

组别	n	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)	Z值	P值
治疗组	30	7	12	5	6	80.00	0.72	0.47
对照组	30	7	9	4	10	66.68		

4.3 2组治疗前后关节疼痛、关节压痛、关节急性红肿和活动受限情况评分比较 见表2。治疗前关节疼痛、关节压痛、关节急性红肿和活动受限情况评分比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。2组治疗前后各指标组内比较, 差异均有统计学意义( $P < 0.01$ ); 治疗后2组各项指标比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。

组别	时间	关节疼痛	关节压痛	关节急性红肿	关节活动受限
治疗组	治疗前	2.17±0.592	1.87±0.571	2.03±0.615	2.20±0.610
	治疗后	0.87±0.681 <sup>①</sup>	0.70±0.651 <sup>①</sup>	0.53±0.629 <sup>①</sup>	0.60±0.724 <sup>①</sup>
对照组	治疗前	2.03±0.615	1.67±0.606	2.00±0.371	2.03±0.615
	治疗后	0.87±0.730 <sup>①</sup>	0.73±0.740 <sup>①</sup>	0.67±0.884 <sup>①</sup>	0.70±0.750 <sup>①</sup>

与本组治疗前比较, ① $P < 0.01$

4.4 2组治疗前后UA、ESR、CPR水平比较 见表3。治疗前UA、ESR、CPR水平比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。2组治疗前后各指标比较, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ ); 治疗后2组各项指标比较, 差异均有统计学

意义( $P < 0.05$ )。

表3 2组治疗前后UA、ESR、CPR水平比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	UA( $\mu\text{mol/L}$ )	ESR(mm/h)	CPR(mg/L)
治疗组	治疗前	482.03±133.547	63.37±35.924	50.675±56.4758
	治疗后	382.21±107.656 <sup>①③</sup>	50.75±37.766 <sup>①③</sup>	18.436±30.5778 <sup>①③</sup>
对照组	治疗前	484.55±147.671	63.96±41.182	58.148±44.8119
	治疗后	459.17±106.757 <sup>②</sup>	50.00±38.372 <sup>②</sup>	28.478±22.8368 <sup>②</sup>

与本组治疗前比较, ① $P < 0.01$ , ② $P < 0.05$ ; 与对照组治疗后比较, ③ $P < 0.05$

4.5 2组安全性情况 治疗组无不良反应发生, 对照组有8例出现不良反应, 主要表现为不同程度的胃脘部不适、腹胀、恶心纳差等, 无需停药, 予对症处理后症状可缓解。

## 5 讨论

“动-定序贯”是范冠杰教授基于其中医诊治经验, 所创立的用于指导中医临床实践的思维方法, 强调在临床治病时, 要谨守疾病的核心病机, 而遣方用药上又以相对固定而动态变化的中药药串为施治特色<sup>⑥</sup>。

在急性痛风性关节炎的治疗上, 范冠杰教授总结多年临床实践, 认为湿热闭阻是该病的核心病机, 治疗上着重强调以清热祛湿为基础治法。湿去热清, 气血调和, 则病易愈。临证用药方面, 范冠杰教授学术思想相承于施今墨、吕仁和等中医对药名家, 在前人的基础上, 逐渐形成自己的学术风格, 对疾病不同的治法形成组成相对固定的中药药串, 相当于含有数个中药组成的药对, 从而能巧妙灵活地进行加减变化, 还能更进一步增强药物间的相须相使作用。药串与药对有异曲同工之妙, 不仅是对前人的继承, 更是对前人的发展和发挥。

在痛风的用药上, 范冠杰教授以土茯苓、土贝母、百合、薏苡仁、车前草、忍冬藤等药物组成的药串作为基础药串治疗。其中土茯苓甘淡渗利, 健脾胃, 强筋骨, 能入络, 搜剔湿毒之蕴毒, 善解毒除湿, 又通利关节; 土贝母味苦, 性平微寒, 归肺、脾经, 散结, 消肿, 解毒, 与土茯苓合用, 加强通利关节之功; 百合味甘微寒质润, 养阴润燥, 防止土茯苓、土贝母祛湿太过而耗伤阴血, 且养阴生津柔筋, 利于筋骨舒展, 并能治通身疼痛, 与薏苡仁、车前草相配; 薏苡仁健脾除湿、除痹止痛, 车前草清热利尿, 使邪有出路; 忍冬藤, 清热解暑, 疏风通络, 专治风湿热痹, 关节红肿热痛。诸药共奏祛湿热, 利关节, 消肿止痛之效, 具有明显的缓解急性痛风性关节炎关节红肿热痛的作用。现代药理已证实以上中药可通过多个

环节治疗急性痛风性关节炎, 其中土茯苓、土贝母具有明显的抗炎及良好的镇痛作用; 百合含水仙碱, 还有镇静及抗氧化损伤作用; 薏苡仁具有促进尿酸排泄的作用; 车前草具有显著抗炎、抗氧化、降尿酸作用; 忍冬藤也有抗炎解热作用。

现代医学治疗痛风的目标是终止急性发作; 加强对高尿酸血症的干预, 使血尿酸浓度维持在正常范围, 防止痛风复发; 预防和逆转尿酸盐沉积造成的关节破坏、肾脏损害等并发症。急性期治疗原则是抗炎镇痛、缓解症状, 急性发作期过后应积极控制高尿酸血症, 预防痛风反复发作, 预防并发症的发生。目前痛风性关节炎急性发作时多选用秋水仙碱、非甾体类消炎药和糖皮质激素等药物<sup>⑦</sup>, 但上述药物副作用大、不良反应多, 若长期服用, 极易对身体产生损伤, 一部分患者由于使用这些药物而引起的副作用比痛风本身要严重得多, 使其临床应用受到较大的限制, 因此能够寻找一种安全有效的方法治疗该病显得极为重要。本研究结果提示, 以“动-定序贯”临床思维为指导的纯中药治疗能明显改善痛风性关节炎急性发作时的红肿热痛和关节活动, 疗效显著, 而且能显著降低血尿酸、降低CRP水平, 安全性佳, 未发现不良反应, 具有可行性和临床研究性, 值得进一步推广应用。

## 【参考文献】

- [1] 中华医学会. 临床诊疗指南: 风湿病分册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 123.
- [2] Wallace SL, Robinson H, Masi AT, et al. Preliminary criteria for the classification of the acute arthritis of primary gout[J]. Arthritis Rheum, 1977, 20: 895-900.
- [3] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994.
- [4] 熊宁宁, 蒋萌, 刘芳, 等. 原发性急性痛风性关节炎中药止痛效应的临床研究设计[J]. 中国临床药理学与治疗学, 2004, 9(1): 113-116.
- [5] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 119.
- [6] 魏华, 卢绮韵, 黄皓月, 等. “动一定序贯范氏八法”辨治糖尿病学术思想研究[J]. 新中医, 2011, 43(7): 6.
- [7] 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, 2011, 15(6): 410-413.

(责任编辑: 马力)