

# 五苓散治疗足踝部痛风性关节炎急性发作期临床观察

李中万, 潘永雄, 付小勇, 苏博源

广州市正骨医院, 广东 广州 510045

**[摘要]** 目的: 观察五苓散联合塞来昔布胶囊治疗足部痛风性关节炎急性发作期的临床疗效。方法: 将 54 例患者随机分为 2 组各 27 例, 2 组患者均给予塞来昔布胶囊口服, 1 周后停药, 观察组患者继续给予五苓散治疗, 对照组患者则给予别嘌醇片治疗, 连服用 2 周为 1 疗程, 对比 2 组患者的临床疗效与血尿酸、血沉变化情况。结果: 总有效率观察组为 96.30%, 对照组为 85.19%; 2 组临床疗效经 Ridit 分析, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 观察组疗效优于对照组。治疗后 2 组血尿酸、血沉均较治疗前下降 ( $P < 0.05$ ), 且观察组血沉下降较对照组更显著 ( $P < 0.05$ ), 而 2 组治疗后血尿酸水平相当 ( $P > 0.05$ )。结论: 五苓散用于足踝部痛风性关节炎患者治疗效果确切, 能明显改善患者的血尿酸、血沉水平, 安全性高, 值得在临床中推广应用。

**[关键词]** 痛风性关节炎; 急性发作期; 五苓散; 塞来昔布胶囊

**[中图分类号]** R589.7 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 08-0124-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.08.053

痛风性关节炎是嘌呤代谢紊乱及(或)尿酸排泄减少所引起的一种晶体性关节炎, 临床表现为高尿酸血症和尿酸盐结晶沉积所致的反复发作的痛风石形成、痛风石慢性慢性关节炎, 并可发生尿酸盐肾病、尿酸性尿路结石等, 严重者可出现关节致残、肾功能不全等<sup>[1]</sup>。足踝关节痛风性关节炎尤其多见。笔者在辨病基础, 观察五苓散治疗足踝部痛风性关节炎急性发作期患者的临床疗效, 结果报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 观察病例均为 2013 年 9 月—2015 年 9 月期间本院门诊和住院部收治的足踝部痛风性关节炎急性发作患者, 共 54 例, 按照随机数字表法分为对照组与观察组, 各 27 例。观察组男 14 例, 女 13 例; 年龄 28~73 岁, 平均(46.56±7.47)岁; 病程 3~15 年, 平均(7.13±1.42)年; 双侧足踝发病者 5 例, 单侧发病者 22 例。对照组男 17 例, 女 10 例; 年龄 29~69 岁, 平均(42.61±4.09)岁; 病程 1~12 年, 平均(7.06±1.68)年; 双侧足踝发病者 3 例, 单侧发病者 24 例。2 组患者在性别、年龄、病程、病变部位等方面比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 诊断标准** 符合美国风湿病协会(ARA)2012 年制订的痛风诊断标准<sup>[2]</sup>。

**1.3 纳入标准** ①年龄在 20~80 岁之间; ②符合痛风性关节炎急性发作的诊断标准, 高尿酸血症, 血尿酸男性 $\geq 416 \mu\text{mol/L}$ 、女性 $\geq 357 \mu\text{mol/L}$ ; ③15 天内未使用过降尿酸

药物。

**1.4 排除标准** ①合并严重内科疾病者; ②有药物过敏史和过敏体质者; ③有意识障碍或精神异常者; ④有消化性溃疡病史者。

## 2 治疗方法

2 组患者均给予健康教育, 包括饮食指导、提倡良好的生活方式, 建议患者戒烟、多运动、多饮水、避免食用海鲜、动物内脏、高果糖饮料及过量饮酒等。并服用塞来昔布胶囊, 每次 0.2 g, 每天 2 次, 服用 1 周后停药。

**2.1 治疗组** 加用五苓散加减治疗。处方: 茯苓、泽泻各 30 g, 猪苓 20 g, 白术、冬凌草各 15 g, 桂枝、三七各 10 g。每天 1 剂, 水煎取药汁约 600 mL, 分 2~3 次口服, 连服 2 周为 1 疗程。

**2.2 对照组** 加用别嘌醇片口服, 每次 0.1 g, 每天 3 次, 连服用 2 周为 1 疗程。

2 组均治疗 1 疗程后统计疗效。

## 3 观察项目与统计学方法

**3.1 观察项目** 检测 2 组治疗前后血尿酸、血沉变化, 并于疗程结束后评价临床疗效。

**3.2 统计学方法** 采用统计软件包 SPSS17.0 进行统计分析, 计量资料采用两独立样本  $t$  检验方法; 计数资料比较采用卡方检验方法; 治疗前后比较有配对  $t$  检验方法; 采用 Ridit 方法分析等级资料。

**[收稿日期]** 2016-03-20

**[作者简介]** 李中万 (1975-), 男, 副主任医师, 研究方向: 足踝外科学。

#### 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>[4]</sup>拟定。痊愈:症状、体征全部消失,各项检查均正常;显效:全部症状都能消除,各项检查指标基本正常;有效:主要症状基本消除,各项检查指标较前有所好转;无效:与治疗前比较症状无改善,检查指标无变化。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率观察组为96.30%,对照组为85.19%。2组临床疗效经Ridit分析,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),观察组疗效优于对照组。

表1 2组临床疗效比较 例(%)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	27	8(29.62)	13(48.14)	5(18.51)	1(3.70)	26(96.30)
对照组	27	5(18.52)	5(18.52)	13(48.15)	4(14.81)	23(85.19)

4.3 2组治疗前后血尿酸、血沉变化比较 见表2。治疗后2组血尿酸、血沉均较治疗前下降( $P < 0.05$ ),且观察组血沉下降较对照组更显著( $P < 0.05$ ),而2组治疗后血尿酸水平相当( $P > 0.05$ )。

表2 2组治疗前后血尿酸、血沉变化比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	血尿酸( $\mu\text{mol/L}$ )		血沉( $\text{mm/h}$ )	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	27	554.33 $\pm$ 46.41	351.81 $\pm$ 37.09 <sup>①</sup>	46.04 $\pm$ 4.14	22.26 $\pm$ 4.64 <sup>②</sup>
对照组	27	562.74 $\pm$ 30.54	372.00 $\pm$ 38.04 <sup>①</sup>	45.70 $\pm$ 4.91	26.37 $\pm$ 3.58 <sup>①</sup>

与同组治疗前比较,① $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,

② $P < 0.05$

#### 5 讨论

痛风性关节炎是由于尿酸盐沉积在关节囊、滑囊、软骨、骨质和其他组织中而引起病损及炎性反应,其多有遗传因素,多见于第一跖趾关节,也可发生于其他较大关节,尤其是踝部与足部关节。痛风见于世界各地、各民族,患病率有所差异,在我国的患病率约为0.15%~0.67%<sup>[1]</sup>。痛风患者增多的原因主要与促发高尿酸血症的合并症如高血压、肥胖、代谢综合征、2型糖尿病、慢性肾功能不全患病率增加有关,以及人们饮食习惯改变,噻嗪类利尿剂、袢利尿剂使用增多也有关系。目前痛风性关节炎的治疗药物主要是秋水仙碱、别嘌醇、非甾体抗炎药以及糖皮质激素等,但副作用较明显,尤其是胃肠道刺激及骨髓抑制等,故其临床应用受到一定限制。

痛风性关节炎可归属于痹证、历节、白虎历节等病证范

畴。中医学认为,患者过食肥甘厚味损伤脾胃,湿热郁结是本病发生发展的根本原因。湿热内蕴,致痰浊内生,阻碍气血运行,痰瘀互结,痹阻关节,则发为痛风性关节炎,出现关节的发热、红肿、疼痛等症状。倘若此类症状久积未治,多次发作,人体关节的骨质与功能就会出现不同程度破坏或障碍。

五苓散为张仲景治疗太阳蓄水证的经典方。五苓散临床应用广泛,涉及泌尿系统、消化系统、心血管、眩晕、头痛、水肿、关节病、小儿腹泻、小儿黄疸等<sup>[5]</sup>。五苓散证虽变化多端,但其基本病机可概括为气化不利、津液代谢失常,治疗应用应紧紧抓住五苓散证津液代谢失常的基本病机,以扩大五苓散的适用范围<sup>[6]</sup>。足踝部痛风性关节炎急性发作期治疗的原则以活血止痛、利水渗湿为主。笔者选用五苓散加减治疗,方中猪苓、泽泻、白术、茯苓、薏苡仁以利水渗湿;三七以活血止痛;桂枝以温经通络;冬凌草以消炎止痛。诸药合用,共奏活血止痛、利水渗湿之功效。本次临床观察表明,2组对降低尿酸均有较好疗效,且治疗组应用五苓散后对降低血沉及提高临床疗效较对照组更有优势。提示应用五苓散治疗足踝部痛风性关节炎临床疗效确切,能明显降低血尿酸、血沉水平,值得临床推广应用。

#### [参考文献]

- [1] 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.
- [2] Khanna D, Fitzgerald JD, Khanna PP, et al. 2012 American College of Rheumatology guidelines for management of gout. Part 1: systematic nonpharmacologic and pharmacologic therapeutic approaches to hyperuricemia [J]. Arthritis Care Res (Hoboken), 2012, 64(10): 1431-1446.
- [3] 蒋明. 中华风湿病学[M]. 北京: 华夏出版社, 2004: 1215-1216.
- [4] 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: 117-119.
- [5] 王燕平, 张琳. 五苓散及其加减方的临床应用概况[J]. 解放军药学报, 2012, 28(5): 458-460.
- [6] 陈珺, 万晓刚. 基于因子分析对五苓散证病机的研究[J]. 医药前沿, 2014(12): 385-387.

(责任编辑:冯天保)