

本研究结果发现, 中药组患者的首次排气时间、首次排便时间及术后住院天数均较对照组明显缩短, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$  或  $P < 0.01$ ); 且中药组患者在术后第2天和第3天的胃肠功能恢复总体疗效评分均较对照组明显提高, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$  或  $P < 0.01$ ); 同时, 中药组患者在术后第3天对疲劳程度VAS评分的改善作用明显优于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。本研究结果表明, 崔氏术后饮可有效促进PCNL术后患者胃肠功能恢复, 改善患者术后疲劳状态, 缩短术后住院时间, 加快患者康复出院。

#### 参考文献:

- [1] 张帅, 张伟伟, 张有福, 等. 中医药干预方式促进腹部外科术后胃肠功能恢复研究进展综述[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(86): 74-75, 86.
- [2] 杨淑贤. 腹部手术患者胃肠功能的影响因素及康复措施研究进展[J]. 医疗装备, 2017, 30(10): 188-189.
- [3] 刘伟, 安杰, 侯会池. 快速康复外科在腹腔镜结直肠癌围手术期中的应用[J]. 中国现代普通外科进展, 2011, 14(7): 568-569.
- [4] 邹常林, 于向阳. 中医药对术后胃肠功能恢复的研究进展[J]. 天津中医药大学学报, 2016, 35(4): 284-288.
- [5] 周晴晴, 曹立幸, 陈志强. 中医药对围手术期术后胃肠功能恢复作用的研究进展[J]. 中国中西医结合杂志, 2013, 33(6): 858-860.
- [6] 杨卓, 陶婉君, 李灵玲. 加味六磨汤治疗妇科恶性肿瘤患者术后肠梗阻的临床观察[J]. 中医药导报, 2017(15): 45-47, 50.
- [7] 焦兰农, 周绍荣, 何国华, 等. 顺气通腑合剂对腹部术后患者胃肠运动功能的影响[J]. 安徽中医药大学学报, 2015, 34(5): 26-28.
- [8] 黄雪霞, 梁菲梅, 李琴. 中西医结合快速康复外科在妇科腹腔镜围手术期的应用[J]. 广州中医药大学学报, 2015, 32(4): 674-678.

【责任编辑: 陈建宏】

## 四君子合温胆汤加减方治疗痛风性肾病的临床疗效观察

卢婉君, 牛效清

(广州中医药大学附属宝安中医院, 广东深圳 518000)

**摘要:**【目的】评价四君子合温胆汤加减方治疗脾肾气虚夹痰瘀型早期痛风性肾病[肾小球滤过率(GFR)  $\geq 30$  mL/(min $\cdot$ 1.73 m<sup>2</sup>)]的有效性及安全性。【方法】将74例脾肾气虚夹痰瘀型早期痛风性肾病患者随机分为治疗组和对照组, 每组各37例。2组患者均给予常规治疗(包括饮食治疗、碱化尿液和对症治疗等), 在此基础上, 对照组给予口服非布司他片治疗, 治疗组给予非布司他片联合四君子合温胆汤加减方治疗, 疗程为8周。观察2组患者治疗前后中医证候积分及血尿酸(SUA)、血肌酐(SCr)、尿素氮(BUN)、胱抑素C(Cys-C)、总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)等指标的变化情况, 并评价2组患者的西医临床疗效、中医证候疗效及安全性。【结果】(1)治疗8周后, 治疗组的西医临床疗效和中医证候疗效的总有效率分别为97.30%(36/37)、94.59%(35/37), 对照组分别为75.68%(28/37)、43.24%(16/37), 组间比较, 治疗组的西医临床疗效和中医证候疗效均明显优于对照组( $P < 0.05$ )。(2)治疗后, 2组患者的中医证候积分均较治疗前明显降低( $P < 0.05$ ), 且治疗组的降低作用明显优于对照组( $P < 0.05$ )。(3)治疗后, 治疗组患者的SUA、Cys-C、BUN、SCr水平及对照组的SUA、BUN、SCr水平均较治疗前明显降低( $P < 0.05$ ), 且治疗组对SUA、Cys-C、BUN、SCr水平的降低作用均明显优于对照组( $P < 0.05$ )。(4)治疗后, 对照组的TC、TG、LDL-C水平均无明显变化( $P > 0.05$ ), 而治疗组的TC、TG、LDL-C水平均较治疗前明显降低( $P < 0.05$ ); 组间比较, 治疗组对TC、TG、LDL-C水平的降低作用均明显优于对照组( $P < 0.05$ )。(5)治疗过程中, 2组患者均无明显的不良反应情况发生。【结论】在非布司他片基础上联合四君子合温胆汤加减方, 能有效改善脾肾气虚夹痰瘀型早期痛风性肾病患者肾功能、血脂情况及临床症状, 其疗效优于单纯非布司他片治疗。

收稿日期: 2020-07-10

作者简介: 卢婉君(1994-), 女, 硕士研究生; E-mail: 605373776@qq.com

通讯作者: 牛效清, 男, 主任医师, 硕士研究生导师; E-mail: niuxiaoqing67@126.com

关键词: 痛风性肾病; 脾肾气虚夹痰瘀证; 四君子合温胆汤加减方; 四君子汤; 温胆汤

中图分类号: R692.3\*1

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)04-0690-07

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2021.04.008

## Clinical Observation of Gouty Nephropathy Treated by Modified *Sijunzi* Plus *Wendan* Decoction

LU Wan-Jun, NIU Xiao-Qing

(Bao'an Hospital of Traditional Chinese Medicine Affiliated to Guangzhou University of Chinese Medicine, Shenzhen 518000 Guangdong, China)

**Abstract: Objective** To investigate the clinical efficacy and safety of the modified *Sijunzi* plus *Wendan* Decoction in the treatment of early gouty nephropathy with the estimated glomerular filtration rate  $\geq 30$  mL/(min  $\cdot$  1.73 m<sup>2</sup>) and differentiated as spleen and kidney *qi* deficiency mingling with phlegm and blood stasis. **Methods** A total of 74 qualified patients with early gouty nephropathy were randomly divided into treatment group and control group, and each group had 37 cases. The two groups were given conventional treatment such as dietary therapy, alkalization of urine and symptomatic treatment. And additionally, the control group was given oral use of Febuxostat Tablets, and the treatment group was given oral use of Febuxostat Tablets combined with the decoction of modified *Sijunzi* Decoction and *Wendan* Decoction. The treatment for the two groups covered a course of 8 weeks. Before and after treatment, the scores of traditional Chinese medicine (TCM) syndrome, and the levels of laboratory indexes of serum uric acid (SUA), serum creatinine (SCr), blood urea nitrogen (BUN), cystatin-C (Cys-C), total cholesterol (TC), triglyceride (TG), low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C) in the two groups were observed. After treatment, the western medicine clinical efficacy, efficacy for TCM syndrome, and the clinical safety between the two groups were evaluated. **Results** (1) After treatment for 8 weeks, the total effective rate of western medicine clinical efficacy and efficacy for TCM syndrome in the treatment group were 97.30% (36/37) and 94.59% (35/37) respectively, and those in the control group were 75.68% (28/37) and 43.24% (16/37) respectively. The intergroup comparison showed that western medicine clinical efficacy and efficacy for TCM syndrome in the treatment group were superior to those in the control group, and the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). (2) After treatment, the scores of TCM syndrome in the two groups were obviously decreased in comparison with those before treatment ( $P < 0.05$ ), and the decrease in the treatment group was superior to that in the control group ( $P < 0.05$ ). (3) After treatment, the levels of SUA, Cys-C, BUN and SCr in the treatment group and the levels of SUA, BUN and SCr in the control group were lowered in comparison with those before treatment ( $P < 0.05$ ), and the effect on decreasing the levels of SUA, Cys-C, BUN and SCr in the treatment group was superior to that in the control group ( $P < 0.05$ ). (4) After treatment, the levels of TC, TG and LDL-C in the control group showed no obvious changes ( $P > 0.05$ ), but the levels of TC, TG and LDL-C in the treatment group were significantly decreased in comparison with those before treatment ( $P < 0.05$ ). The intergroup comparison showed that the treatment group had stronger effect on decreasing the levels of TC, TG and LDL-C than the control group ( $P < 0.05$ ). (5) During the treatment, no obvious adverse reactions were found in both groups. **Conclusion** Oral use of Febuxostat Tablets combined with the modified *Sijunzi* plus *Wendan* Decoction exerts certain effect on improving the renal function, blood lipid and clinical symptoms in the treatment of early gouty nephropathy with the syndrome of spleen and kidney *qi* deficiency mingling with phlegm and blood stasis. And the efficacy of the combined therapy is superior to that of oral use of Febuxostat Tablets alone.

**Keywords:** gouty nephropathy; spleen and kidney *qi* deficiency mingling with phlegm and blood stasis; modified *Sijunzi* plus *Wendan* Decoction; *Sijunzi* Decoction; *Wendan* Decoction

痛风性肾病,是痛风的常见并发症之一,是由于人体嘌呤代谢紊乱导致尿酸代谢障碍而蓄积体内,尿酸盐结晶沉积在肾脏而导致的肾功能损害,早期可表现为腰痛、血尿、蛋白尿等,晚期表现为肾衰竭的症状<sup>[1]</sup>。据相关研究表明,随着我国经济的发展和生活水平的提高,我国高尿酸血症的患病率逐年增高,并呈年轻化趋势,已成为仅次于糖尿病的第二大代谢性疾病<sup>[2]</sup>,而高尿酸是导致和推动慢性肾衰竭发生和进展的独立危险因素<sup>[3]</sup>。痛风性肾病的诊治越来越受到医家的关注,西医治疗以降尿酸为主,但对于临床症状的治疗效果欠佳,目前尚未有明确改善肾功能与延缓其进展的特效药。中医药具有多途径、多靶点作用的优势,近年来众多医家运用中医药治疗痛风性肾病,取得了确切的疗效。我院肾病科临床中常用四君子合温胆汤加减方治疗脾肾气虚夹痰瘀型痛风性肾病患者,特别是本病早期患者[肾小球滤过率(GFR)  $\geq 30$  mL/(min $\cdot$ 1.73 m<sup>2</sup>)],安全有效。同时,痛风性肾病常合并高脂血症,因此,本研究旨在探讨该方对痛风性肾病患者临床疗效及其对血尿酸(SUA)、血肌酐(SCr)、尿素氮(BUN)、胱抑素C(Cys-C)、胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)的影响,现将研究结果报道如下。

## 1 对象与方法

**1.1 研究对象及分组** 选取2019年1月至2020年5月广州中医药大学附属宝安中医院肾病科门诊及住院部收治的脾肾气虚夹痰瘀型痛风性肾病患者,共74例。采用随机数字表将患者随机分为治疗组和对照组,每组各37例。

**1.2 诊断标准** (1)中医诊断标准:参照2008年中华中医药学会肾病分会所制定的《尿酸性肾病的诊断、辨证分型及疗效评定(试行方案)》<sup>[4]</sup>中的脾肾气虚夹痰瘀型。(2)西医诊断标准:参照2011年中华医学会《临床诊疗指南·风湿病分册》<sup>[5]</sup>中痛风性肾病的诊断标准,并且符合KDIGO指南<sup>[6]</sup>中慢性肾脏病的临床分期标准,即GFR  $\geq 30$  mL/(min $\cdot$ 1.73 m<sup>2</sup>)。

**1.3 纳入标准** ①符合上述痛风性肾病诊断标准;②中医证型为脾肾气虚夹痰瘀型;③年龄18~65岁(含18和65周岁);④自愿接受本试验并签署

知情同意书的患者。

**1.4 排除标准** ①不符合纳入标准的患者;②继发性痛风性肾病,如由于骨髓瘤、淋巴系统增生性疾病、血液系统病、恶性肿瘤放化疗,或由于其他肾脏病和使用使尿酸增高的药物所引起的高尿酸血症患者;③急性高尿酸血症及存在急性肾功能恶化因素,如感染、急性高血压、严重血容量不足的患者;④合并有造血系统、心脑血管及肝脏等严重的原发性疾病患者;⑤精神病患者;⑥需服用治疗高血压、糖尿病药物的患者;⑦妊娠期或哺乳期妇女;⑧口服中药汤剂不耐受的患者。

**1.5 剔除及脱落标准** ①不符合纳入标准而误纳入研究的患者;②不配合随机化入组,或随机化入组后未服用任何试验药物,或用药极少(<80%)的患者;③使用了禁止合用的其他治疗措施或药物,从而影响有效性和安全性判定的患者;④痛风性关节炎急性发作,发生严重的不良反应,出现严重的合并症、并发症或特殊生理变化,不宜继续接受治疗的;⑤因本人的原因提出退出试验的患者。剔除或者脱落的病例保留数据资料,但不作统计分析使用。

## 1.6 治疗方法

**1.6.1 常规治疗** ①饮食治疗:优质低蛋白、低嘌呤饮食、限盐、多饮水(每日2000 mL以上)及禁酒等。②碱化尿液:碳酸氢钠片(福州海王福药制药有限公司生产,批准文号:国药准字H35021110;规格:0.5 g $\times$ 100片/瓶)口服,每次1 g,每天3次。③对症治疗:不使用影响本研究的治疗,不使用肾毒性药,不使用干扰尿酸生成及排泄的药物。

**1.6.2 对照组** 在常规治疗的基础上,给予口服非布司他片治疗。用法:非布司他片(商品名:优立通,江苏万邦生化医药股份有限公司生产,批准文号:国药准字H20130058;规格:40 mg $\times$ 16片/盒)口服,每次20 mg,每天1次。

**1.6.3 治疗组** 给予非布司他片联合四君子合温胆汤加减方治疗。方药组成:太子参15 g、黄芪20 g、姜竹茹15 g、法半夏10 g、陈皮10 g、茯苓15 g、麸炒苍术10 g、淫羊藿15 g、丹参15 g、牛膝10 g、瞿麦15 g、绵萆薢15 g、黄柏10 g。上述药物均由广州中医药大学附属宝安中医院中药房

提供,并由中药房煎药机统一煎煮。每日1剂,煎取300 mL,分2次于早、晚饭后30 min服用,每次150 mL。

1.6.4 疗程 2组均以4周为1个疗程,连续治疗2个疗程。

## 1.7 观察指标及疗效判定

1.7.1 中医证候评分 参照2002年中国医药科技出版社出版的《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[7]</sup>制定中医证候积分评定表(见表1),观察2组患者治疗前后中医证候积分的变化情况。

表1 痛风性肾病中医证候积分表

Table 1 Scoring criteria of traditional Chinese medicine (TCM) syndrome of gouty nephropathy

主症	无(0分)	轻度(2分)	中度(4分)	重度(6分)
面部无华	无此症状	面色欠润泽	面色淡白无血色	面色苍白无血色,兼浮肿
神疲乏力	无此症状	偶有疲乏	一般活动即感乏力	休息亦感疲倦无力
腰膝酸软	无此症状	偶见,劳累后出现,工作活动正常	酸痛隐隐,休息缓解,可一般工作	酸痛明显,不能多站多行,休息时亦有,影响行动
关节肿胀、疼痛,活动受限	无此症状	关节轻度肿痛,活动轻度受限	肿痛明显,运动明显受限	局部疼痛明显,难以忍受,疼痛呻吟
纳差	无此症状	饮食稍差	明显减少	不欲饮食
肢体困重	无此症状	稍有困重,一般活动均可	困重明显,可适度活动	困重严重,基本难以活动
次症	无(0分)	轻度(1分)	中度(2分)	重度(3分)
颜面或下肢浮肿	无此症状	晨起眼睑浮肿	眼睑及双下肢浮肿	双下肢浮肿超过踝部
麻木	无此症状	手足麻木	四肢麻木	全身麻木
肌肤甲错	无此症状	局限性粗糙干燥失润	粗糙干燥、角化、脱屑,基底潮红	广泛性粗糙干燥、角化,形如蛇皮
恶心	无此症状	犯恶每日1~2次	犯恶每日3~4次	频频犯恶,呕吐4次以上
呕吐	无此症状	呕吐每日1~2次	呕吐每日3~4次	频频呕吐,呕吐4次以上
腹胀	无此症状	时有	持续	较剧
便溏	无此症状	软便或稍烂,成堆不成形,每日1次	烂便,溏便,每日2次	烂便,溏便,每日超过3次

1.7.2 实验室指标 观察2组患者治疗前后血尿酸(SUA)、血肌酐(SCr)、尿素氮(BUN)、胱抑素C(Cys-C)、胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)等实验室指标的变化情况。

1.7.3 西医临床疗效判定 参照国家中医药管理局2017年颁布的《24个专业92个病种中医临床路径》<sup>[8]</sup>中慢性肾脏病的西医临床疗效判定标准。

①临床控制: SUA降至正常,肾功能恢复或保持正常; ②显效: SUA较治疗前降低>20%, SCr、BUN保持正常或较治疗前下降 $\geq 50\%$ ; ③有效:  $10\% < \text{SUA}$ 较治疗前降低 $\leq 20\%$ , SCr、BUN保持正常或较治疗前下降 $\geq 20\%$ 但 $< 50\%$ ; ④无效: SUA与治疗前比较无明显变化, SCr、BUN较原来下降 $< 20\%$ 或病情恶化。

1.7.4 中医证候疗效判定 参照2008年中华中医药学会肾病分会制定的《尿酸性肾病的诊断、辨证分型及疗效评定(试行方案)》<sup>[9]</sup>和2002年中国医药科技出版社出版的《中药新药临床研究指导

原则(试行)》<sup>[7]</sup>,根据治疗前后中医证候积分的变化情况评价疗效。计算公式(尼莫地平法): 证候积分减少率 = (治疗前证候积分 - 治疗后证候积分) / 治疗前证候积分  $\times 100\%$ 。①临床治愈: 中医临床症状、体征消失或基本消失,证候积分减少 $\geq 95\%$ ; ②显效: 中医临床症状、体征明显改善,  $70\% \leq$ 证候积分减少 $< 95\%$ ; ③有效: 中医临床症状、体征均有好转,  $30\% \leq$ 证候积分减少 $< 70\%$ ; ④无效: 中医临床症状、体征均无明显改善,甚或加重,证候积分减少 $< 30\%$ 。总有效率 = (临床治愈例数 + 显效例数 + 有效例数) / 总病例数  $\times 100\%$ 。

1.7.5 安全性评价 观察2组患者治疗前后的生命体征(体温、心率、呼吸、血压)和血常规、大便常规、肝功能的变化情况,评价2组用药的安全性。

1.8 统计方法 采用SPSS 25.0统计软件进行数据的统计分析。计量资料用均数 $\pm$ 标准差( $\bar{x} \pm s$ )表

示, 正态分布资料采用 $t$ 检验, 非正态分布资料采用非参数检验; 计数资料用率或构成比表示, 组间比较采用卡方检验, 等级资料组间比较采用秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2组患者基线资料比较** 治疗组37例患者中, 男33例, 女4例; 年龄26~57岁, 平均 $(42.81 \pm 7.50)$ 岁; 病程1~13年, 平均 $(5.05 \pm 2.78)$ 年。对照组37例患者中, 男31例, 女6例;

年龄30~59岁, 平均 $(44.00 \pm 6.75)$ 岁; 病程2~12年, 平均 $(5.49 \pm 2.92)$ 年。2组患者的性别、年龄、病程等基线资料比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**2.2 2组患者西医临床疗效比较** 表2结果显示: 治疗8周后, 治疗组的总有效率为97.30%(36/37), 对照组为75.68%(28/37), 组间比较, 治疗组的西医临床疗效明显优于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表2 2组痛风性肾病患者西医临床疗效比较

Table 2 Comparison of western medicine clinical efficacy in the two groups of patients with gouty nephropathy [例(%)]

组别	例数(例)	临床治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	37	4(10.81)	25(67.57)	7(18.92)	1(2.70)	36(97.30) <sup>①</sup>
对照组	37	0(0.00)	10(27.03)	18(48.65)	9(24.32)	28(75.68)

① $P < 0.05$ , 与对照组比较

**2.3 2组患者治疗前后中医证候积分比较** 表3结果显示: 治疗前, 2组患者的中医证候积分比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后, 2组患者的中医证候积分均较治疗前明显降低( $P < 0.05$ ), 且治疗组的降低作用明显优于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表3 2组痛风性肾病患者治疗前后中医证候积分比较

Table 3 Comparison of TCM syndrome scores in the two groups of patients with gouty nephropathy before and after treatment ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数(例)	治疗前	治疗后
治疗组	37	18.38 $\pm$ 3.86	8.24 $\pm$ 2.50 <sup>①②</sup>
对照组	37	19.46 $\pm$ 4.06	13.81 $\pm$ 3.73 <sup>①</sup>

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

**2.4 2组患者中医证候疗效比较** 表4结果显示: 治疗8周后, 治疗组的总有效率为94.59%(35/37), 对照组为43.24%(16/37), 组间比较, 治疗组疗效优于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表4 2组痛风性肾病患者中医证候疗效比较

Table 4 Comparison of TCM syndrome efficacy in the two groups of patients with gouty nephropathy [例(%)]

组别	例数(例)	临床治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	37	0(0.00)	9(24.32)	26(70.27)	2(5.41)	35(94.59) <sup>①</sup>
对照组	37	0(0.00)	0(0.00)	16(43.24)	21(56.76)	16(43.24)

① $P < 0.05$ , 与对照组比较

**2.5 2组患者治疗前后SUA、Cys-C、BUN、SCr水平比较** 表5结果显示: 治疗前, 2组患者的SUA、Cys-C、BUN、SCr水平比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后, 治疗组患者的SUA、Cys-C、BUN、SCr水平及对照组的SUA、BUN、SCr水平均较治疗前明显降低( $P < 0.05$ ), 且治疗组对SUA、Cys-C、BUN、SCr水平的降低作用均

明显优于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

**2.6 2组患者治疗前后TC、TG、LDL-C水平比较** 表6结果显示: 治疗前, 2组患者的TC、TG、LDL-C水平比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后, 对照组的TC、TG、LDL-C水平均无明显变化( $P > 0.05$ ), 而治疗组的TC、TG、LDL-C水平均较治疗前明显降低( $P < 0.05$ ); 组间

表5 2组痛风性肾病患者治疗前后SUA、Cys-C、BUN、SCr水平比较

Table 5 Comparison of SUA, Cys-C, BUN, and SCr levels in the two groups of patients with gouty nephropathy before and after treatment

组别	例数(例)	时间	SUA( $\mu\text{mol}\cdot\text{L}^{-1}$ )	Cys-C( $\text{mg}\cdot\text{L}^{-1}$ )	BUN( $\text{mmol}\cdot\text{L}^{-1}$ )	SCr( $\mu\text{mol}\cdot\text{L}^{-1}$ )
治疗组	37	治疗前	552.52 ± 94.23	1.34 ± 0.27	5.57 ± 1.64	108.57 ± 21.18
	37	治疗后	393.25 ± 58.46 <sup>①②</sup>	1.17 ± 0.24 <sup>①②</sup>	3.98 ± 0.92 <sup>①②</sup>	91.14 ± 16.40 <sup>①②</sup>
对照组	37	治疗前	542.31 ± 72.61	1.34 ± 0.27	5.56 ± 1.44	106.46 ± 17.91
	37	治疗后	435.94 ± 69.25 <sup>①</sup>	1.26 ± 0.26	4.98 ± 1.24 <sup>①</sup>	100.34 ± 17.76 <sup>①</sup>

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

表6 2组痛风性肾病患者治疗前后TC、TG、LDL水平比较

Table 6 Comparison of TC, TG, and LDL-C levels in the two groups of patients with gouty nephropathy before and after treatment

组别	例数(例)	时间	TC	TG	LDL-C
治疗组	37	治疗前	5.40 ± 0.75	2.61 ± 1.6	3.66 ± 0.75
	37	治疗后	4.38 ± 0.83 <sup>①②</sup>	1.65 ± 1.07 <sup>①②</sup>	2.71 ± 0.76 <sup>①②</sup>
对照组	37	治疗前	5.34 ± 0.91	2.18 ± 0.79	3.65 ± 0.66
	37	治疗后	5.13 ± 0.86	2.13 ± 0.83	3.66 ± 0.77

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

比较, 治疗组对TC、TG、LDL-C水平的降低作用均明显优于对照组, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。

**2.7 安全性分析** 治疗过程中, 2组患者均无明显不良反应, 且患者的生命体征(体温、心率、呼吸、血压)和血常规、大便常规、肝功能等均未见明显异常。

### 3 讨论

痛风性肾病的西医治疗以降尿酸为主, 相对于其他降尿酸药物而言, 非布司他片为非嘌呤类黄嘌呤氧化酶还原性抑制剂, 用于治疗本病副作用多为轻中度, 耐受性及安全性较好。因此, 临床上常用中医药协同非布司他片治疗早期痛风性肾病, 可有效地降尿酸、保护肾功能、改善临床症状以及减少副作用的发生。

中医学中虽无痛风性肾病病名, 但根据其临床表现, 可归属于“痛风”“历节”“痹证”“水肿”“腰痛”“石淋”“血淋”“虚劳”“关格”“溺毒”等范畴。现代医家认为, 本病大多因恣食膏粱厚味, 或嗜酒太过, 加之复感风寒湿邪等, 致脾肾不足或功能失调, 脾失健运、肾失分清泌浊, 气机升降失常, 气血津液等代谢障碍, 导致水湿内停, 聚湿生痰, 痰热蕴积, 血行不畅, 瘀

血内停<sup>[9]</sup>。正如明代《景岳全书》所云:“自内而至者, 以肥甘过度, 酒食无节, 或多食乳酪湿热等物, 致令热壅下焦, 走注足胫, 而日见肿痛”“外是阴寒水湿, 令湿邪袭入皮肉筋脉”<sup>[10]</sup>。该病病性属本虚标实, 以脏腑亏虚为本, 以痰瘀湿热为标。据韩达妮<sup>[11]</sup>的证候研究表明, 本病患者早期常以脾肾气虚为本, 痰浊瘀血为标。因此, 本研究治疗组选用四君子合温胆汤加减方内服, 以健脾补肾益气治其本, 化痰祛瘀治其标。

四君子汤首见于《太平惠民和剂局方》, 广泛应用于内外妇儿科中各种证属气虚型的疾病, 此方补气兼燥湿, 是脾胃气虚者常用基础方<sup>[12]</sup>。黄元御的《四圣心源》提出“一气周流”理论表明了补益脾气的重要性, 中焦脾土承上启下, 其健运则一气流通, 四周运行顺畅<sup>[13]</sup>。张璐在《医宗金鉴·删补名医方论》中更是指出对久虚之病善用四君子加减补益脾肾必有奇效, 言:“故凡病久虚不愈, 诸药不效者, 惟有益胃、补肾两途, 故用四君子, 随证加减”<sup>[14]</sup>。温胆汤来源于《三因极一病证方论》, 属于后世医家祛浊化痰的经典方剂。“百病皆由痰作祟”, 内分泌性疾病的主要致病因素之一就是痰浊。现代医学认为, 肥胖及血糖、血脂、血压、尿酸的异常应同步调理, 而药理研究已证明了温胆汤有降糖、降脂、抗炎等作用<sup>[15]</sup>。

本研究用方正是由四君子汤和温胆汤加减化裁而来,方中黄芪、太子参益气健脾固表;法半夏、陈皮燥湿化痰,且陈皮有理气行滞作用;竹茹清热化痰,与法半夏配伍尚有降逆和胃之功;茯苓健脾渗湿除痰,苍术燥湿健脾,两者同用以平生痰之源;黄柏清热燥湿,长于清下焦湿热,与苍术配伍为二妙散,使湿去而热除;丹参活血祛瘀;怀牛膝、瞿麦利尿通淋,活血通经,怀牛膝尚有补肝肾、强筋骨和引血下行之功;淫羊藿补肾阳,强筋骨,祛风湿;萆薢利湿泄浊,祛风除痹止痛。全方标本同治,以健脾益肾补气、祛湿化痰活血为主,兼以利尿通淋、除痹止痛。现代药理研究表明,黄芪、太子参均有降脂、抗炎、提高免疫力的作用。临床上常用三妙散(黄柏、苍术、牛膝)治疗痛风性关节炎,其具有消炎镇痛,促进尿液尿酸排出的作用<sup>[16]</sup>,同时具有降血脂的功效<sup>[17]</sup>。萆薢总皂苷降尿酸效果明确<sup>[18]</sup>,而淫羊藿苷对肾脏有一定的保护作用,可减少细胞外基质的增生并抑制肾组织细胞的凋亡<sup>[19]</sup>。

本研究结果表明,治疗组采用非布司他片联合四君子合温胆汤加减方治疗后,其西医临床疗效、中医证候疗效均明显优于单纯采用非布司他片治疗的对照组,在改善中医证候积分方面也比单纯采用非布司他片治疗更具有优势。其次,治疗组与对照组均能明显降低患者的血尿酸(SUA)、血肌酐(SCr)、尿素氮(BUN)水平,且治疗组的降低作用均明显优于对照组,而且治疗组同时还能降低胱抑素C(Cys-C)水平。在血脂生化指标方面,治疗组能有效降低患者的胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)水平,而对照组患者的TC、TG、LDL-C水平均无明显变化。此外,在研究过程中,2组患者均未出现明显不良反应,表明2组用药均具有较高的安全性。

综上所述,在非布司他片基础上,联合四君子合温胆汤加减方能有效改善脾肾气虚夹痰瘀型早期痛风性肾病患者的肾功能、血脂情况及临床症状,其疗效优于单纯非布司他片治疗,本研究为该方的临床运用提供了实证依据。

#### 参考文献:

[1] 王海燕. 肾脏病学[M]. 3版. 北京: 人民卫生出版社, 2008:

369-372.

- [2] 高尿酸血症相关疾病诊疗多学科共识专家组. 中国高尿酸血症相关疾病诊疗多学科专家共识[J]. 中华内科杂志, 2017, 56(3): 235-248.
- [3] 祝开思, 张彩香. 慢性尿酸性肾病发病机制研究现状[J]. 中国糖尿病杂志, 2017, 10(25): 950-952.
- [4] 中华中医药学会肾病分会. 尿酸性肾病的诊断、辨证分型及疗效评定(试行方案)[J]. 上海中医药杂志, 2008, 42(1): 23-24.
- [5] 中华医学会. 临床诊疗指南·风湿病学分册[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 135-139.
- [6] KIRSZTAJN G M, FILHO N S, DRAIBE S A, et al. Fast reading of the KDIGO 2012: guidelines for evaluation and management of chronic kidney disease in clinical practice [J]. J Bras Nefrol, 2014, 36(1): 63-73.
- [7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 54-58.
- [8] 国家中医药管理局. 24个专业92个病种中医临床路径[S]. 北京: 国家中医药管理局, 2017.
- [9] 梁晖, 胡晓旋, 苏国彬. 黄春林教授运用药对治疗痛风及痛风性肾病的经验[J]. 广州中医药大学学报, 2012, 29(4): 463-465.
- [10] 张介宾. 景岳全书[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007.
- [11] 韩达妮. 慢性尿酸性肾病的中医证候要素分布研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2015.
- [12] 陈金旭, 范天田, 白钰, 等. 《医宗金鉴》四君子汤及其衍化方的临床运用探析[J]. 浙江中医药大学学报, 2020, 44(4): 387-390.
- [13] 任启松主编. 黄元御著作十三种[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 8.
- [14] 吴谦. 御纂医宗金鉴[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006.
- [15] 刘莉, 李卫忠, 邹国良, 等. 黄连温胆汤治疗代谢综合征研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2020, 26(17): 190-196. DOI: 13422/j.cnki.syfjx.20201721.
- [16] 杨中华, 崔青, 魏华, 等. 四妙散加味治疗急性痛风性关节炎临床分析[J]. 实用中医药杂志, 2010, 26(11): 746-748.
- [17] 樊克涛, 闫海峰, 代向东, 等. 二妙丸不同配伍比例对大鼠高尿酸血症的影响[J]. 天津中医药大学学报, 2017, 36(1): 43-47.
- [18] 陈光亮, 武松, 那莎, 等. 萆薢总皂苷对慢性高尿酸血症大鼠尿酸排泄指标的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 2014, 34(1): 75-80.
- [19] 赵锦, 陈玮, 魏杰, 等. 淫羊藿苷对糖尿病肾病大鼠肾功能的保护作用及相关机制[J]. 免疫学杂志, 2020, 36(1): 74-79.

【责任编辑: 陈建宏】