

中西医治疗慢性痛风性肾病的临床疗效比较^{*}

何志坚

(云南省马龙县中医院, 云南马龙 655100)

[摘要] 目的: 比较中西医治疗慢性痛风性肾病的临床疗效。方法: 将慢性痛风性肾病患者随机分为两组: 对照组 18 例, 予西医抑制尿酸合成、促进尿酸排泄治疗; 治疗组 20 例, 根据中医辨证分型, 给予中医方剂治疗, 观察临床治疗效果。结果: 对照组显效 5 例, 有效 7 例, 无效 6 例; 治疗组显效 11 例, 有效 6 例, 无效 3 例, 治疗组临床疗效明显优于对照组。结论: 中医辨证论治治疗慢性痛风性肾病疗效优于西医。

[关键词] 痛风性肾病; 中医辨证论治; 疗效

中图分类号: R256.5 文献标志码: A 文章编号: 1000—2723(2012)06—0049—02

痛风性肾病 (GN), 又称慢性尿酸性肾病 (CUAN), 是一组与遗传有关的嘌呤代谢紊乱所引起的疾病, 本病起病隐匿, 肾脏病变进展缓慢, 达 10~20 年, 最终导致慢性肾功能衰竭。肾病与痛风的严重程度往往无关, 通常多见于中老年男性, 男女比例 20:1, 女性多见于绝经期后。发病率目前国内尚未见大宗流行病学调查资料, 高尿酸血症的患病率据局部地区调查为 2.6%~29.1%。文献报道, 痛风肾占高尿酸血症的 60%~90%, 但肾脏的病理改变达 100%^[1]。据欧美移植中心报道, 终末期肾衰竭由痛风引起者占 0.6%~1.0%^[2]。该病在欧美国家为常见病, 是临床上较为常见的继发性肾病。近年来, 我国随着生活水平的提高和饮食结构的改变, 慢性痛风性肾病的患病率有逐年升高的趋势。笔者自 2008~2010 年以来, 采用中医辨证论治治疗痛风性肾病 20 例, 并与西医临床常规治疗对比观察, 取得较好效果。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料

本组病例为 2008~2010 年 12 月在我院就诊患者, 随机分为两组, 治疗组 20 例, 男 17 例, 女 3 例; 年龄 38~62 岁, 平均 49.9 岁; 病程 2~7 年。对照组 18 例, 男 15 例, 女 3 例; 年龄 40~64 岁, 平均 52.4 岁; 病程 1.8~8 年。两组性别、年龄、

病程经统计学处理无显著性差异 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

痛风性肾病目前尚没有统一的标准, 笔者按照人民卫生出版社《肾脏病学》(第 2 版) 中“尿酸性肾病”诊断标准, 结合临床实际, 制定以下诊断标准:

1.2.1 具有原发性高尿酸血症

血尿酸 (BUA) (男 $>416\mu\text{mol/L}$, 女 $>357\mu\text{mol/L}$), 并除外其它肾脏病、血液病、肿瘤放疗、化疗或噻嗪类利尿剂等所致的继发性高尿酸血症;

1.2.2 具有以下肾损害之一

(1) 持续性蛋白尿、血尿或尿比重低、夜尿增多等肾功能受损表现; (2) 一项或多项肾功能指标减退; (3) 泌尿系尿酸成分结石形成。

2 治疗方法

对照组病例给予别嘌醇片, 每次 0.2g, 每日 3 次, 以抑制尿酸合成; 碳酸氢钠片每次 1.0g, 每日 3 次, 碱化尿液, 促进尿酸排泄, 使尿 pH 值保持在 6.5~6.8 之间, 并要求患者进食低嘌呤饮食, 增加饮水量, 同时给予降压、降糖的其他对症治疗。

治疗组运用中医辨证论治^[3]。

2.1 湿热痹阻, 瘀血内停型

主症: 关节灼热肿痛, 痛有定处, 腰酸腰痛,

* 收稿日期: 2012—05—11 修回日期: 2012—11—19

作者简介: 何志坚 (1969~), 男, 云南马龙人, 副主任医师, 从事中医临床工作。

尿赤，尿黄，刺痛窘迫，小腹拘急，轻度浮肿，舌红苔黄或黯红有瘀点、脉弦数。多见于痛风性关节炎伴轻度肾损害者。

治则：清热通淋，活血通络

方药：四妙勇安汤合四物汤加减

炒苍术 30g，黄柏 15g，牛膝 10g，川芎 15g，当归 15g，生地 15g，赤芍 15g，红草薢 30g，萹蓄 10g，车前子 15g，滑石 15g，白茅根 20g，甘草 5g。

2.2 气阴两虚，水湿内停型

主症：骨节疼痛不显，面色无华，颜面或下肢浮肿，大便干结，夜尿清长，盗汗疲乏，舌红少苔，脉细。常见于慢性尿酸性肾病有轻、中度肾功能损害者。

治则：益气养阴，化水行气

方药：金匱肾气丸加减

炮附子 6g，熟地黄 15g，山茱萸 15g，肉桂 10g，丹皮 15g，炒山药 20g，茯苓 20g，黄芪 30g，砂仁 12g，党参 20g，川芎 15g，知母 12g。

2.3 脾肾虚衰，湿毒内滞型

主症：见面色萎黄，不思饮食，恶心呕吐，食入即吐，更甚胸闷腹胀，大便稀溏或干结，齿鼻衄血，皮肤瘙痒，尿少浮肿，舌质淡胖，苔浊腻，脉弦或细无力。常见于痛风肾出现肾功能衰竭者。

治则：健脾补肾，利湿泄浊

方药：自拟扶正解毒汤

大黄 10g（另包后下），制附子 10g，干姜 10g，太子参 20g，山药 20g，黄芪 30g，土茯苓 30g，炒苍术 20g，炒续断 20g，砂仁 15g，仙灵脾 30g，丹参 30g，甘草 5g。

3 疗效标准与治疗结果

3.1 疗效标准

显效：临床症状、体征明显改善，尿蛋白消除，血尿酸、血肌酐、血尿素氮恢复正常；有效：临床症状、体征均有好转，24 小时尿蛋白定量较治疗前下降 50%，血尿酸、血肌酐、血尿素氮较治疗前降低 >20%；无效：临床症状、体征改善不明显或无改善，血尿酸、血肌酐、血尿素氮与治疗前相比无明显变化。

3.2 治疗结果

2 组均治疗 3 个月，治疗组在症状减轻、血尿酸、血肌酐、血尿素氮值下降等方面均优于对照

组。见表 1

表 1 两组治疗结果比较

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率（%）
治疗组	20	11	6	3	85.0
对照组	18	5	7	6	66.7

与对照组比较 $P < 0.05$

4 讨论

痛风性肾病是由于嘌呤代谢紊乱使血尿酸生成过多或由于肾脏排泄尿酸减少而导致血尿酸升高的病理变化，主要病理改变为慢性间质性肾炎，早期仅表现夜尿增多，多尿、尿比重降低，少量蛋白尿，晚期肌酐清除率下降，血肌酐和血尿素氮升高，终末期可出现肾功能衰竭。临床上痛风性肾病多数非单纯的高尿酸血症所致，而是在此基础上合并肥胖、高血压病、高脂血症、糖尿病、动脉硬化、冠心病、脑血管疾病、肾结石和尿路感染等因素共同参与所致，这些合并的疾病或并发症会加重肾脏损害，使病情复杂化^[4]。西医治疗主要采取抑制尿酸合成和促进尿酸分解、排泄方式的治疗原则，但长期服用此类药物亦会加重肝肾功能损害，影响治疗效果。

痛风性肾病初期多以关节疼痛为主，根据临床症状，属中医“痛风痹证”、“历节病”、“虚劳”、“腰痛”等范畴，其病因复杂，或因先天禀赋不足，或因年老体虚，或因饮食不节，导致脾肾亏虚，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。多数患者体胖少动，且喜食热肥甘，或嗜酒太过，因发病之初症状并不明显，故不重视，等到就诊时往往延误太久，常致脾失健运，水湿内停生痰，蕴久化热，痰热蕴结，血行不畅，瘀血内停，致湿、热、痰、瘀邪交结，穷必及肾，致肾失分清泌浊，肾络瘀阻而变生百病，故后期病变则类似于“水肿”、“虚劳”、“浊毒”、“关格”等证。笔者认为本病的病机为脾肾阳虚、湿瘀阻络，当属本虚标实之证，治以健脾益肾、化痰除湿为主。根据中医辨证和肾损害分期分为 3 型：①温热痹阻、瘀血内停型，以关节灼热

（下转第 59 页）

数,增加中医护理技术操作时限。突出中医护理特色,注重学生中医护理思维能力的培养,使高等中医药院校毕业的本科护理人才,能更好地适应临床护理工作、满足用人单位及患者需求。根据临床需求、社会发展需要,将中医许多深受百姓喜爱的方法简便、实用、安全的操作技术,纳入中医护理学范畴,充实中医护理学科的内涵。在教学形式上,应采取多种教学手段结合,以提高学习兴趣和教学效果。如适当开展如PBL、专题讲座、病例讨论等以学生主动学习为主的授课方式。

[参考文献]

- [1] 沈勤,孙秋华,李玲. 高等中医院校中医护理教育现状的调查与分析 [J]. 中医教育, 2005, 24 (4): 71-72.

- [2] 施珍妮,陈佩仪,富平. 对中医药院校中医护理本科课程设置的探讨 [J]. 中医药管理杂志, 2006, 14 (12): 27-28.
- [3] 李玉霞,李丽萍,许梅花. 我校护理专业中医课程教学现状调查分析 [J]. 中华护理教育, 2010, 7 (1): 10-11.
- [4] 韩丽沙. 对中医高等护理教育发展的思考 [J]. 中国护理管理, 2007, 7 (5): 16-19.
- [5] 许虹. 中医药院校护理专业课程体系的改革与探索 [J]. 中医教育, 2006, 25 (4): 71-72.
- [6] 马婷. 古代中医教育方式对当今教育的启示 [J]. 云南中医学院学报, 2010, 33 (4): 60-65.

(编辑:李平)

(上接第50页)

肿痛、痛有定处为主症,多见于痛风性关节炎伴轻度肾损害者,治以清热通利、除湿通络,四妙汤合四物汤加减;②气阴两虚、水湿内停型,以下肢浮肿、面色无华为主症,常见于慢性尿酸性肾病有轻、中度肾功能损害者,治以益气养阴、化水行气,金匮肾气丸加减;③脾肾虚衰、湿毒内滞型,以恶心呕吐、浮肿拒食、面色苍白为主症,常见于痛风肾出现肾功能衰竭者,治以健脾补肾、利湿泄浊,自拟扶正解毒汤。笔者认为本病治应遵循《证治准绳·关格》提出的“治主当缓,治客当急”的原则,所谓主,是指关格之本,即脾肾阴阳衰惫,也就是治本应长期调理,缓缓补之;所谓客,是指关格之标,即浊邪,浊为阴邪最易伤阳,

浊不去,则阳不复,浊邪瘀久成毒,所以要尽快祛除。笔者采用中医辨证论治,急则治其标、缓则治其本,有效缓解患者的症状,延缓了病情的发展,在临床中取得了较好的治疗效果。

[参考文献]

- [1] 孙伟. 肾病实用中西医结合治疗. 北京:人民军医出版社, 2008. 274.
- [2] 陈楠. 肾小管间质疾病诊疗新技术 [M]. 北京:人民军医出版社, 2002. 199-209.
- [3] 金俊佑. 痛风性肾病的中医辨证论治. 北京中医药, 2009, 28 (4): 278.
- [4] 张金红,邓元玲,陈冠亚. 糖尿病肾病的中西医研究进展 [J]. 云南中医学院学报, 2010, 33 (5): 61-62.

(编辑:李平)

(原文见第51页)

Discussion on the Theory of Latent Pathogen in LeiFeng's *Treatise on Seasonal Febrile Diseases*

LIU Ya - ping

(School of Basic Medicine, Yunnan Traditional Chinese Medical Institute, Kunming, 650500)

[ABSTRACT] LeiFeng is one of the famous doctors in the late qing dynasty. In the treatment of cold disease, he attached great importance to the latent pathogen. The theory of latent pathogen is the earliest originated in Huang Di's Classic of Internal Medicine. After different times of doctors' research, this theory has formed different points of view. In his representative works *Treatise on Seasonal Febrile Diseases*, LeiFeng expounded his views to the latent pathogen from the pathogenesis, clinical feature, and so on. His main contribution to the theory lies in the induction of incidence characteristics of latent pathogen transformed from six exogenous factors.

[KEY WORDS] LeiFeng; *Treatise on Seasonal Febrile Diseases*; the theory of latent pathogen