

渍和溶解。川芎、当归有改善微循环的作用，有利于其他药发挥药效。虽海藻与甘草配伍属中药“十八反”配伍禁忌范畴，但研究证实，这种配伍在某种程度上对甲状腺激素水平的恢复起到积极的作用<sup>[8]</sup>。

临床观察证实，海藻玉壶汤加减治疗甲状腺肿瘤术后，能有效改善患者甲状腺激素水平，改善临床症状，降低甲状腺肿瘤复发率，值得临床推广应用。

### [参考文献]

- [1] 寇小兵, 文世林. 普通饮食对甲状腺功能检查结果的影响[J]. 医药论坛杂志, 2012, 33(5): 66-67.
- [2] 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: 42-43.

- [3] 吴少祯, 吴敏. 常见疾病的诊断与疗效判定标准[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1999: 262.
- [4] 古剑锋, 李维, 陈浩志. 甲状腺肿瘤患者手术的临床分析[J]. 中外医学研究, 2013(27): 123.
- [5] 王付春. 甲状腺肿瘤外科手术治疗效果探讨[J]. 吉林医学, 2011, 32(30): 6399.
- [6] 刘蕊. 甲状腺癌术后中医药康复的优势[J]. 中华中医药杂志, 2007(增刊): 346-348.
- [7] 陈海彬, 周红光, 程海波, 等. 消癌解毒方对中晚期恶性肿瘤患者免疫功能的影响[J]. 南京医科大学学报(自然科学版), 2009, 29(9): 1257-1259.
- [8] 李怡文, 于雪, 钟赣生, 等. 海藻玉壶汤中海藻与甘草不同比例配伍对甲状腺肿大模型大鼠药效及其机制探讨[J]. 中草药, 2014, 45(21): 3124-3130.

(责任编辑: 冯天保)

## 以生半夏生石膏为主药治疗急性痛风临床观察

王君鳌, 吴树旭, 李子祺, 钟庭开

广东省中医院芳村医院, 广东 广州 510407

**[摘要]** 目的: 观察以生半夏、生石膏为主药组方治疗急性痛风的临床疗效。方法: 将70例患者随机分为2组各35例, 治疗组以生半夏、生石膏为主药进行辨证治疗, 对照组予以消炎止痛并降尿酸药物治疗。观察2组治疗前后血清尿酸、C-反应蛋白数值变化、疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分情况。结果: 总有效率治疗组为100%, 对照组为94.26%; 2组临床疗效经Mann-whitney U检验, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗后2组疼痛VAS评分均较治疗前下降, 差异有统计学意义( $P < 0.01$ ); 2组间VAS评分比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后2组血尿酸、CRP均较治疗前下降, 差异有统计学意义( $P < 0.01$ ); 2组间上述指标比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。结论: 以生半夏、生石膏为主药组方治疗急性痛风疗效肯定。

**[关键词]** 急性痛风; 生半夏; 生石膏; 辨证治疗

**[中图分类号]** R589.7 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 05-0107-04

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2016.05.041

急性痛风是近年来门诊常见病和高发病之一, 其发病主要与患者饮食结构和生活习惯相关。该病起病骤急, 大多以第一跖趾关节为首发<sup>[1]</sup>, 其次好发于足背、踝、膝、腕、肘等关节, 发病处表现为红、肿、热、痛, 尤以夜间剧烈疼痛为主要特征。本病为代谢

性疾病, 是以嘌呤代谢异常引起血尿酸过高或波动异常所导致。中医学则归之于痹证范畴, 无论虚实总由湿、热、痰、瘀蕴结而成, 治疗上以祛湿、清热、化痰、通瘀、消肿、扶正为主。笔者以生半夏、生石膏为主药辨证组方治疗急性痛风, 临床收到了良好效

**[收稿日期]** 2015-11-012

**[作者简介]** 王君鳌 (1972-), 男, 副主任医师, 研究方向: 骨与关节病变。

果, 结果报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 选择2013年10月—2015年3月在本院骨科门诊急性痛风就诊患者, 共70例。采用单盲法, 应用随机数字表法按就诊顺序将患者随机分为2组, 每组35例。治疗组男21例, 女14例; 年龄跨度17~73岁, 平均 $(44.14 \pm 15.90)$ 岁; 本次病程5~72 h; 初次发作12例, 复发23例; 其中第一跖趾关节6例, 踝关节9例, 膝关节11例, 腕关节4例, 累及多关节5例; 血尿酸水平398~720  $\mu\text{mol/L}$ , 平均 $(516.46 \pm 67.79)$   $\mu\text{mol/L}$ ; C-反应蛋白(CRP)28~120.2 mg/L, 平均 $(56.71 \pm 20.73)$  mg/L。对照组男19例, 女16例; 年龄20~75岁, 平均 $(44.89 \pm 15.20)$ 岁; 病程5~72 h; 初次发作者14例, 复发者21例; 其中第一跖趾关节9例, 踝关节7例, 膝关节9例, 腕关节3例, 肘关节1例, 多关节者6例; 血尿酸水平395~688  $\mu\text{mol/L}$ , 平均 $(514.29 \pm 69.97)$   $\mu\text{mol/L}$ ; CRP 26~104.6 mg/L, 平均 $(57.95 \pm 19.49)$  mg/L。2组性别、年龄等资料比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 诊断标准** 以美国风湿病协会<sup>[2]</sup>1997年制定标准: ①整个关节呈暗红色; ②高尿酸血症; ③急性关节炎发作1次以上并在24 h内达到极甚期; ④非对称性关节肿胀; ⑤急性炎症局限于个别关节; ⑥第1跖趾关节肿痛; ⑦有可疑证实的痛风结节; ⑧单侧跖趾关节急性发炎; ⑨发作可自行终止。符合以上3项即可诊断为痛风。

## 2 治疗方法

**2.1 宣教教育** 通过问诊, 患者发病前几乎都有饮酒、进食河海鲜、老火汤、烧鸡鸭鹅、豆类、菌类等食肥甘厚腻或高嘌呤食物, 短则数小时内即引起痛风发作。故对患者明列忌口事项, 每天饮水量2500~3500 mL, 嘱咐患者严格执行。

**2.2 对照组** 口服依托考昔120 mg, 每天1次; 碳酸氢钠1.0 g, 每天3次; 苯溴马隆100 mg, 每天1次; 奥美拉唑20 mg, 每天2次; 局部外敷四黄水蜜(大黄、黄连、黄芩、黄柏、蜂蜜)8~10 h, 每天1次。4天1疗程, 连续治疗2疗程。

**2.3 治疗组** 根据中医辨证分为阳证和阴证。阳证症见口苦, 口干, 口臭, 纳差, 腹胀, 便臭, 尿黄, 舌质胖大, 或有齿痕、或偏红, 舌苔白厚腻、或黄厚

腻、或厚腻滑, 患处红、肿、热、痛, 疼痛拒绝按压, 拒绝主被动活动。阴证症见口干, 微渴或不渴, 面色晦暗, 纳差, 腹胀, 尿微黄或白, 舌质胖大、或有齿痕, 舌苔或白、或腻、或厚、或交互夹杂, 脉沉为主, 患处微红或不红、肿胀、发热或扪久觉热、疼痛而拒绝活动。以上诸症不必全悉, 但见一二具可用之。处方: 生半夏20~45 g, 生石膏20~60 g, 白豆蔻15~20 g, 厚朴10~30 g, 土茯苓20~30 g, 山慈姑10~15 g, 土贝母10~15 g, 威灵仙20~30 g, 萆薢15~20 g, 川芎10~20 g, 延胡索10~30 g。阳证: 加生薏苡仁50~100 g, 白术20~30 g, 忍冬藤20~30 g, 绵茵陈10~20 g, 丹参10~30 g; 阴证: 加炒苡苡仁30~50 g, 麻黄10~15 g, 土炒白术15~30 g, 扁豆20~30 g, 生姜10~15 g。每天1剂, 上药共煎3次, 取药汁600 mL, 分3次口服, 以轻微利下为度。如若利下较甚, 加入30 g粳米同煎或改为洗米水煎药以缓和药性。局部外敷四黄水蜜8~10 h, 每天1次。4天1疗程, 根据患者症状调整汤剂药量, 连续治疗2疗程。

## 3 观察指标与统计学方法

**3.1 观察指标** 治疗前后血尿酸和CRP数值变化。记录患者初诊、末次复诊进行疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分。VAS疼痛评分标准(0~10分)。0分: 无痛; 3分以下: 有轻微疼痛, 能忍受; 4~6分患者疼痛并影响睡眠, 尚能忍受; 7~10分: 患者有渐强烈的疼痛, 疼痛难忍, 影响食欲影响睡眠。

**3.2 统计学方法** 采用SPSS19.0统计软件, 计数资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 通过单样本Kolmogorov-Smirnov检验均符合正态分布, 组间比较采用独立样本 $t$ 检验, 组内比较采用配对样本 $t$ 检验。临床疗效评价采用Mann-whitney U检验评价。

## 4 疗效标准与治疗结果

**4.1 疗效标准** 参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[3]</sup>拟定。临床痊愈: 症状消失, 无疼痛, 关节红肿消失, 局部无任何反应, 活动如常, 主要理化检查指标正常; 显效: 疼痛较前明显减轻, 能正常生活、饮食及睡眠, 轻度肿胀, 皮纹略有变化, 而周径无明显变化, 主要理化检查指标基本正常; 有效: 疼痛减轻, 但仍不能忍受, 日常生活、饮食及睡眠受到一定影响, 关节红肿有明显变化, 周径大于健侧, 主要理化检查指标有所改善; 无效: 疼痛无减轻, 肿胀无

变化。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率治疗组为100%，对照组为94.26%。2组临床疗效经Mann-whitney U检验，差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	35	8	19	8	0	100
对照组	35	6	13	14	2	94.26

4.3 2组疼痛VAS评分比较 见表2。治疗后2组疼痛VAS评分均较治疗前下降，差异有统计学意义( $P < 0.01$ )；2组间VAS评分比较，差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

表2 2组疼痛VAS评分比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	治疗前	治疗后	t值	P
治疗组	35	7.46 ± 1.20	2.26 ± 1.46	16.28	<0.001
对照组	35	7.49 ± 1.20	2.86 ± 1.88	12.28	<0.001
t值			0.149		
P			>0.05		

4.4 2组治疗前后血尿酸、CRP比较 见表3。治疗后2组血尿酸、CRP均较治疗前下降，差异有统计学意义( $P < 0.01$ )；2组间上述指标比较，差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

表3 2组治疗前后血尿酸、CRP比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	血尿酸( $\mu\text{mol/L}$ )		CRP(mg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	35	516.46 ± 67.79	330.11 ± 50.23 <sup>①</sup>	56.71 ± 20.73	26.88 ± 13.87 <sup>①</sup>
对照组	35	514.29 ± 69.97	326.71 ± 48.48	57.95 ± 19.49	26.91 ± 12.20

与同组治疗前比较，<sup>①</sup> $P < 0.01$

4.5 不良反应 治疗期间治疗组初服2剂中药，多数出现轻微泻下，大便每天约2~3次，和预期符合，之后未再出现。对照组出现胃部隐痛症状5例，嘱患者改饭后服药后改善。

## 5 讨论

社会的变迁促使人们饮食结构和生活习惯发生改变，导致近年来痛风发病率急速上升，年龄分布逐渐向两级延伸，发病间隔期越来越短。其病发急骤，夜间骤痛，痛如刀割噬咬，常以关节疼痛为首发症状<sup>[4]</sup>，故急性发作时严重影响患者日常生活，给患者带来巨大身心痛苦。现代医学认为，痛风发作是由于

血尿酸排泄减少和或嘌呤代谢障碍，导致体内尿酸盐结晶沉积或浓度异常波动，刺激病灶内皮细胞活化，促使单核巨噬细胞黏附渗出，并吞噬尿酸盐微晶体后分泌炎症因子而诱发的免疫反应<sup>[5]</sup>。

在治疗上，主要是控制急性炎症并降低血尿酸水平，从而抑制尿酸生成、促进尿酸排泄等，以预防尿酸盐沉积、关节破坏、肾脏损害及痛风石形成<sup>[6]</sup>。本病目前治疗多首选非甾体类消炎药、秋水仙碱。但长期应用以上药物则会带来毒副作用，如服用秋水仙碱患者约有80%在临床症状完全缓解之前出现恶心、呕吐、腹泻、腹痛，严重者出现骨髓抑制、肝细胞损害、肾功能衰竭，甚至死亡<sup>[6]</sup>。非甾体类消炎药常见副作用包括胃肠道反应、头晕、荨麻疹、白细胞减少等，严重的会导致神经精神症状、高血压、肾脏损害、心律失常等<sup>[6]</sup>。

中医学将痛风归于痹证范畴。金元时期，朱丹溪在《格致余论·痛风论》中提出“痛风”病名，首次将痛风作为一个疾病确立。《丹溪心法》曰：“大率有痰，风热，风湿，血虚”，又曰：“肥人肢节痛，多是风湿与痰饮流注经络……”认为本病乃血分风湿、热、痰郁于关节而成。明代张景岳《景岳全书·脚气》认为：“外是阴寒水湿，今湿邪袭人皮肉筋脉；内由平素肥甘过度，湿壅下焦；寒与湿邪相结郁而化热，停留肌肤……病变部位红肿潮热，久则骨蚀。”进一步阐明痛风发作由内外合因，以及会出现骨蚀的预后不良结局，这和现代痛风发病机制与预后相一致。

笔者认为，痛风病机总由湿、痰、瘀、热蕴结而成，病性本虚标实，与五脏相关，主责之于脾肾。初责之脾虚，久之及肾导致脾肾两虚。岭南气候本湿热抑脾，今人又多爱夜生活，生活节律混乱，饮食不节，恣食肥甘或嗜酒伤脾，不顺于天，久之内外合因，脾气渐虚，失其健运，酿生痰湿，痰湿内聚，流注于关节、肌肤、下焦；脾虚日久，运化无权，先天失养，伤及于肾，肾主水液，气化失司，分清泌浊不能，亦不能以先天滋后天，导致脾肾两虚，湿、痰进一步加重积聚；有形无形之痰湿郁积经络关节、肌肤腠理，气血运行不畅，不荣不通作痛；然湿性最易缠绵，最常与内外热邪相互勾结，且积久亦生热，热甚则肿，瘀而不通则红、则痛。其与五脏相关者，心火旺则热易行，心火弱则不生脾；肝火亢多暴虐，热夹



湿流注行；肝气郁则乘脾；肺气虚不生水，不相傅不行水，湿为水之渐，遂聚湿成痰停留于关节四肢百骸。

根据病机、临床表现、舌脉象等，笔者将急性痛风发作分为阳证和阴证两类，治疗上从湿、从痰、从瘀、从热，以生半夏、生石膏为君药配伍化痰祛湿、健运脾胃、活血化瘀、利水消肿、舒筋活络之药祛湿、化痰、通瘀、清热、消肿、扶正，以达标本兼治。方中半夏生用为治湿痰要药，长于健脾燥湿化痰，能消有形无形之顽痰湿浊，是为君药。因生半夏有毒，后世医家多畏其毒，常炮制后用，如姜半夏、水半夏、制半夏等，生药则极少用之。颜德馨等<sup>[7]</sup>认为：生、熟半夏虽一字之差，但炮制后的半夏有效成分大量丢失，药力大减，和生半夏相比，疗效相差甚远。李可老中医亦认为制半夏纯粹是药渣子，没有治疗作用<sup>[8]</sup>。现代药理研究进一步揭示炮制品与生半夏相比较，其生物碱、鸟苷、蛋白质和总糖含量都有所降低<sup>[9]</sup>，其治疗作用明显不如生半夏。经过煎煮的半夏毒性成分不耐热，不溶或难溶于水<sup>[10]</sup>，因此其煎出液口服是安全的<sup>[11]</sup>。石膏辛甘寒，功专清热除烦生津止咳，用于急性痛风红肿热痛之甚者，用之即可热退肿消而痛减，亦为方中之君药。此二药初始用量宜重不宜轻，急性痛风者其舌象“污浊”多厚、腻、滑，甚或苔腐口臭，关节显著红、肿、热、痛，因此用量轻则如隔靴搔痒贻误病情，应予以猛药清之、化之，甚可微泻之。其后再根据舌脉象和红肿热痛情况予以调整药物用量，做到有理有节。至于阴证中更有石膏配伍生麻黄，二者相反为用，既制约石膏之过寒又能入肾温阳，使之清泻而不伤正。川芎、延胡索、丹参功在活血行气化瘀消肿止痛。现代药理学研究证实，薏苡仁、土茯苓、萆薢、防己、忍冬藤、威灵仙等中药有抑制尿酸合成、改善循环、促排尿酸、抗炎镇痛等作用<sup>[12]</sup>，故诸药共奏臣、佐、使之功，助君药健脾化痰，祛湿清热。全方抓住急性痛风临床表现、舌脉象进行综合辨证论治，有的放矢，可以有效地改善患者紊乱的内环境，特别是重用有轻微致泻作用的石膏，使患者微微利下，使邪有出路，达到痰湿去、瘀热清的目的。同时患者外用大黄、黄芩、黄连、黄柏

制成的粉末调配蜂蜜外敷，以清热燥湿、解毒消肿、化瘀止痛，以达内外合治目的。

从2组最终治疗效果来分析，虽然2组总体有效率均较高，但在症状改善的质与量上，中药治疗明显比单纯运用西药消炎、降尿酸要好，盖因西药仅仅为靶点治疗，而中药则从整体观念出发进行全身综合调节，通过改善患者失稳的内环境，使其通过自身调节同样能够达到炎症止而尿酸降的最终目的，患者整体舒适、胃纳、睡眠改善程度均较前者为好，且无明显服药不良反应。综上所述，基于精细辨证，以生半夏、生石膏为主药组方治疗急性痛风疗效肯定。

### [参考文献]

- [1] 吕厚山, 陈坚. 关节炎外科学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2002: 361-365.
- [2] 王承德, 沈丕安, 胡荫奇. 实用中医风湿病学·痛风[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 586.
- [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: 32.
- [4] 袁艳平, 李长贵. 痛风性关节炎患者血清白细胞介素-1 $\beta$  肿瘤坏死因子- $\alpha$  环氧化酶-2 水平的动态变化研究[J]. 中华风湿病学杂志, 2013, 17(12): 818-821.
- [5] 王仁崇, 蒋电明, 黄伟, 等. 痛风性关节炎的研究进展[J]. 中华风湿病学杂志, 2011, 15: 647-650.
- [6] 桂璇, 黄宝康. 抗痛风性关节炎的天然药物研究进展[J]. 现代药物与临床, 2013, 28(4): 628-631.
- [7] 颜新. 颜德馨教授用毒性药物的经验举隅[J]. 辽宁中医杂志, 1998, 25(2): 53-54.
- [8] 许明辉. 浅谈李可老中医运用生半夏的临床体会[J]. 中华中医药杂志, 2010, 25(9): 1415-1417.
- [9] 张跃进, 孟祥海, 许玲, 等. 不同炮制方法对半夏化学成分含量的影响研究[J]. 中国实验方剂杂志, 2008, 14(12): 21-23.
- [10] 戴克敏. 常用中药的药理和应用[M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 1981: 96.
- [11] 赵典刚. 半夏熟法炮制品与药典法炮制品药理作用比较的实验研究[J]. 中国中医药科技, 200, 8(6): 366-368.
- [12] 吴锦秋, 李盛华. 中药治疗急性痛风性关节炎的研究进展[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2014, 22(2): 79-80.

(责任编辑: 冯天保)