

· 临床论著 ·

826 例痛风住院病例的临床特征分析

李君霞¹ 黄闰月^{2,3} 陈秀敏^{2,3} 孙嗣龙⁴ 赵 越^{2,3} 黄清春²

摘要 目的 探讨痛风发病、中医证候及合并病特点,为该病的预防及诊治提供参考依据。**方法** 对 2012 年 2 月—2017 年 1 月广东省中医院收治的 826 例痛风患者的临床资料进行回顾性分析。分析不同性别患者年龄、病程、住院时间及其分布,记录患者中医证候、舌质、舌苔及脉象分布,同时比较合并不同疾病患者及同时合并不同数量疾病患者的情况。**结果** 826 例痛风患者中男性 709 例(85.84%),女性 117 例(14.16%)。与女性患者比较,男性患者年龄更小,病程更长($P < 0.05$),但住院时间比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。男性痛风患者主要年龄阶段为 40~83 岁,而女性的主要年龄阶段为 54~86 岁。男性患者及女性患者前 3 位病程为:0~36 个月、36~72 个月、108~144 个月。患者前 3 位中医证候为:湿热瘀阻[44.55%(368/826)]、湿瘀阻络[6.42%(53/826)]、气阴两虚,湿热瘀阻[5.57%(46/826)];舌质前 2 位为:舌暗红[40.32%(333/826)]、舌淡暗[30.75%(254/826)];舌苔前 3 位为:苔黄腻[39.23%(324/826)]、苔白腻[21.91%(181/826)]、苔薄白[11.38%(94/826)];脉象第 1 位为脉弦[60.29%(498/826)]。合并病前 3 位为:高血压病[55.33%(457/826)]、脂肪肝[31.60%(291/826)]、高血脂[29.42%(243/826)]。男性合并相关疾病的人数为 614 例(86.36%),女性合并相关疾病的人数为 107 例(91.45%),两者比较,差异无统计学意义($P = 0.128$)。**结论** 与女性痛风患者比较,男性痛风患者具有基数大、年龄小、病程长的特点。同时痛风患者易合并其他疾病,特别是高血压病、脂肪肝、高血脂,而“浊瘀”是痛风发病的关键病机,是基本的病机证素之一。

关键词 痛风;临床特征;中医证候特征

Analysis of Clinical Characteristics of 826 Hospitalized Patients with Gout LI Jun-xia¹, HUANG Run-yue^{2,3}, CHEN Xiu-min^{2,3}, SUN Si-long⁴, ZHAO Yue^{2,3}, and HUANG Qing-chun² 1 The Second Clinical Medical College, Guangzhou University of Traditional Chinese Medicine, Guangzhou (510405); 2 Department of Rheumatology, Guangzhou Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Guangzhou (510006); 3 Guangdong Provincial Key Laboratory of TCM Syndrome Clinical Research, Guangzhou (510006); 4 Beijing Genomics Institute-Shenzhen, Shenzhen(518031)

ABSTRACT Objective To investigate the pathogenesis of gouty arthritis (GA), characteristics of Chinese medicine (CM) syndromes and comorbidities, and provide reference for the prevention, diagnosis and treatment of the disease. **Methods** Clinical data of 826 patients with gout admitted to Guangdong Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine from February 2012 to January 2017 were retrospectively analyzed. The age, medical history, length of stay and their distribution of patients with different genders were analyzed and the distribution of the CM syndrome, texture of tongue, coating on the tongue and pulse of patients were recorded. Meanwhile, the conditions of patients with different diseases and patients with different numbers of diseases were both compared. **Results** A total of 826 cases were included in this trial, 709 (85.84%) cases were male and 117 (14.16%) cases were female. Compared with fe-

基金项目:国家中医药管理局国家中医临床研究基地项目(No. JDZX2015197);广东省自然科学基金(No. 2017KT1805);广东省中医院内专项(No. YN2015 mS05)

作者单位:1. 广州中医药大学第二临床医学院(广州 510415); 2. 广东省中医院风湿科(广州 510006); 3. 广东省中医证候临床研究重点实验室(广州 510006); 4. 深圳华大基因研究院(深圳 518031)

通讯作者:黄闰月, Tel: 020-39318486, E-mail: RY_HUANG@hotmail.com

DOI: 10.7661/j.cjim.20190220.075

male patients, male patients were younger and had a longer medical history ($P < 0.05$), but the difference in length of stay was not statistically significant ($P > 0.05$). The main age distribution of male patients with gout was 40 – 83 years old, while the main age distribution of female patients was 54 – 86 years old. The medical history of the former three were 0 – 36 months, 36 – 72 months and 108 – 144 months in patient with GA among male and female. The CM syndromes of the former three were the syndrome of damp heat and blood stasis [44.55% (368/826)], collaterals obstructed by dampness and blood stasis [6.42% (53/826)] and deficiency of Qi and Yin and damp heat and blood stasis [5.57% (46/826)]. The textures of tongue the former two were dark red tongue [40.32% (333/826)] and light dark tongue [30.75% (254/826)]. The coatings on the tongue of the former three were the coating of yellow greasy [39.23% (324/826)], the coating of white greasy [21.91% (181/826)] and the coating of thin white [11.38% (94/826)]. The string pulse was champion in all type of pulse [60.29% (498/826)]. The diseases which are associated with GA of the former three were hypertension [55.33% (457/826)], fatty liver [31.60% (291/826)] and hyperlipidemia [29.42% (243/826)]. The difference of the number with related diseases between male patients [614 (86.36%)] and female patients [109 (91.45%)] was not statistically significant ($P = 0.128$). Conclusions Compared with female patients with gout, male patients have larger population and longer course of disease and they are younger. Patients with gout tend to be associated with other diseases, especially hypertension, fatty liver and hyperlipidemia. "Phlegm-stasis" is a key pathogenesis of gout, and it is one of the basic pathogenesis factors.

KEYWORDS gout; clinical features; characteristics of Chinese medicine syndromes

痛风不仅可造成关节的变形及肾脏的损伤,还与高血压病、高血脂等多种疾病紧密关联,甚至也属于免疫相关疾病^[1,2]。近年来,随着生活方式的改善,痛风的患病率急剧增加^[1]。为了更好地认识痛风发病、中医学证候及合并病特点,为本病的预防、诊治提供参考,现对 2012 年 2 月—2017 年 1 月于广东省中医院住院的痛风患者的临床资料进行整理和分析。现报道如下。

资料与方法

1 诊断标准 诊断符合 2015 年 ACR/EULAR 痛风诊断标准^[3]。

2 纳入标准 (1)符合上述标准的痛风患者;(2)年龄:18~91 岁;(3)签署知情同意书。

3 排除标准 (1)行转科治疗患者;(2)出院第一诊断不为痛风的患者。

4 一般资料 纳入 2012 年 2 月—2017 年 1 月在广东省中医院住院的 826 例痛风患者,年龄 18~96 岁,平均 (62.90 ± 16.12) 岁,病程 0~360 个月(首次确诊入院病程记为 0 个月),平均 (59.40 ± 67.37) 个月,住院时间 1~29 天,平均 (8.53 ± 4.24) 天。该回顾性调查已经通过了广东省中医院伦理委员会审核(No. YF2018-072-01)。

5 观察指标及方法 采取回顾性研究方法,对患者年龄、病程、住院时间、证型、舌脉、合并疾病进行统计。

5.1 年龄、病程及住院时间 分别对不同性别患者年龄、病程及住院时间进行统计,对两组(不同性别)的年龄、病程及住院时间进行比较。

5.2 年龄、病程分布比较 分别对不同性别的年龄、病程的分布进行频数统计,并进行比较。

5.3 中医证候分布 对患者进行中医证候辨证^[4]。包括以下几种证型:(1)湿热瘀阻:发热,关节红肿刺痛,局部肿胀变形,屈伸不利,肌肤色紫暗,病灶周围或有块瘰硬结。舌质暗红或有瘀斑,苔黄腻,脉细涩或沉弦。(2)湿瘀阻络:关节肿痛、重着,屈伸不利,肌肤紫暗、无光泽,舌暗红或有瘀斑,苔白腻,脉沉弦。(3)气阴两虚,湿热瘀阻:发热,喜饮冷水,疲倦乏力,肌肤干燥,关节刺痛,重着。舌红或有瘀斑,苔薄脉细。(4)脾肾气虚,湿热瘀阻:四肢乏力,关节红肿热痛、重着,屈伸不利,纳差,尿频,夜尿多,大便稀,舌淡苔黄腻,脉沉。(5)脾虚湿瘀:关节时有重着无力感,四肢乏力,易疲倦,纳差,大便稀烂难解,舌淡或有瘀斑,苔白腻,脉沉。(6)湿热痹阻:下肢小关节卒然红肿热痛、拒按,触之局部灼热,得凉则舒。伴发热口渴,心烦不安,溲黄。舌红,苔黄腻,脉滑数。(7)阳虚寒凝:关节处时有疼痛不适,遇风寒加重,得温痛减,平素怕冷、乏力,舌淡苔白腻,脉紧。(8)湿热阻滞:时有关节疼痛,重着而热,暑湿阴雨天气症状加重,活动后可减轻,身体困重,脘腹胀满,口中黏腻,小便短赤,舌红苔黄腻,脉濡数。(9)寒湿痹阻:时有关节冷痛重着,屈伸

不利,静卧病痛不减,寒冷和阴雨天加重,舌淡苔白腻,脉沉而缓。(10)脾虚湿瘀化热:发热,疲倦乏力,关节红肿热痛,重着而热,纳差,小便短赤,舌暗红或有瘀斑苔黄腻,脉数。对不同的证型进行频数统计,同时对不同的舌质、舌苔以及脉象进行频数统计。

5.4 合并相关疾病分布情况 对合并不同疾病的患者以及对同时合并不同数量疾病的患者进行频数统计,并对不同性别的疾病合并情况进行比较。

6 统计学方法 采用 SPSS 17.0 统计软件处理数据,人口统计数据进行了描述性统计。计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 来表示,计数资料采用比表示。计量资料两组间比较,符合正态分布采用独立样本 t 检验,不符合正态分布采用秩和检验;对于计数资料,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

1 不同性别患者年龄、病程及住院时间比较(表 1) 826 例痛风患者中男性 709 例,占 85.84%,女性 117 例,占 14.16%。与女性患者比较,男性患者年龄更小,病程更长($P < 0.05$),但住院时间比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表 1 不同性别患者年龄、病程、住院时间比较 ($\bar{x} \pm s$)				
性别	例数	年龄(岁)	病程(月)	住院时间(天)
男性	709	61.14 $\pm$ 16.14*	62.86 $\pm$ 68.87*	8.62 $\pm$ 5.74
女性	117	73.56 $\pm$ 11.02	38.43 $\pm$ 53.09	9.68 $\pm$ 5.62

注:与女性患者比较,* $P < 0.05$

2 不同性别患者年龄及病程分布比较(图 1 ~ 4) 男性痛风患者主要年龄阶段为 40 ~ 83 岁,而女性的主要年龄阶段为 54 ~ 86 岁。从男女住院患者年龄分布态势分析,年龄 51 ~ 83 岁后各年龄阶段男性患者呈现持平态势,而该阶段女性患者则呈现抬升趋势。男性和女性排在前 3 位的病程为:0 ~ 36 个月、36 ~ 72 个月、108 ~ 144 个月。

3 患者中医证型分布情况(表 2) 对本研究纳

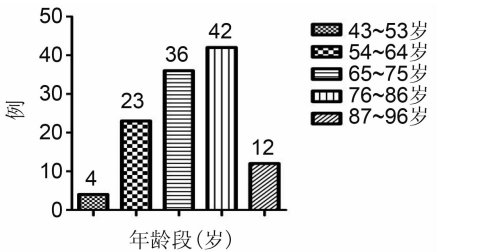


图 2 女性住院患者年龄分布图

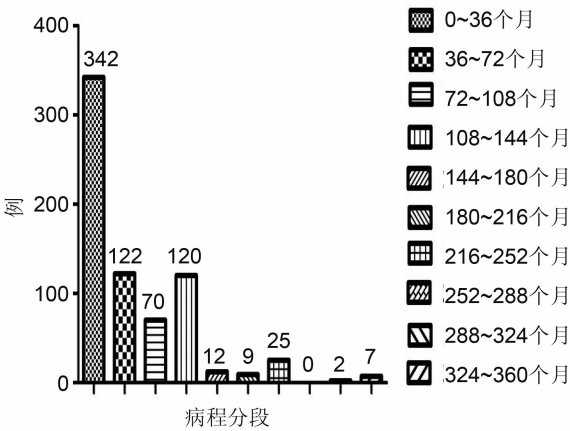


图 3 男性住院患者病程分布图

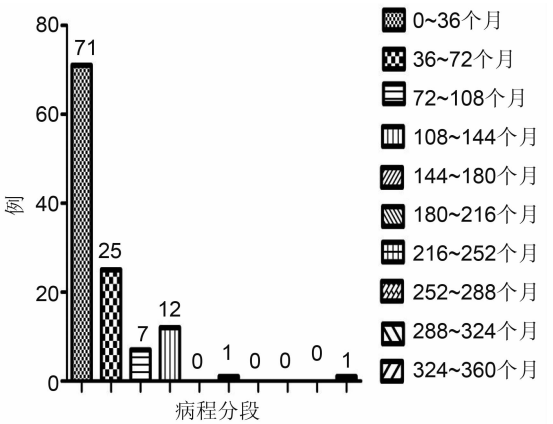


图 4 女性住院患者病程分布图

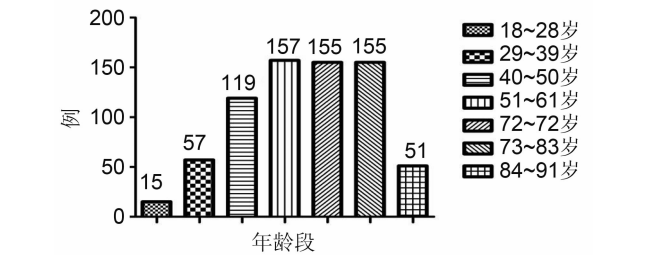


图 1 男性住院患者年龄分布图

证型	例数	比例(%)
湿热瘀阻	368	44.55
湿瘀阻络	53	6.42
气阴两虚,湿热瘀阻	46	5.57
脾肾气虚,湿热瘀阻	43	5.20
脾虚湿瘀	26	3.15
湿热痹阻	18	2.18
阳虚寒凝	16	1.94
湿热阻滞	16	1.94
寒湿痹阻	16	1.94
脾虚湿瘀化热	15	1.81
其他证型	209	25.30

入的 826 例痛风患者的证型进行统计,前 10 位的证候分别为湿热瘀阻、湿瘀阻络、气阴两虚,湿热瘀阻、脾肾气虚,湿热瘀阻、脾虚湿瘀、湿热痹阻、阳虚寒凝、湿热阻滞、寒湿痹阻、脾虚湿瘀化热,占有证型比例的 74.70%。其中排名第 1 位的湿热瘀阻所占的比例为 44.55%。

4 患者舌质、舌苔及脉象分布情况比较(图 5 ~ 7) 对本研究纳入的痛风患者进行舌质统计,排在前

两位的分别为:舌暗红[40.32%(333/826)]、舌淡暗[30.75%(254/826)],占总人数的 71.07%。排在前 3 位的舌苔分别为:苔黄腻[39.23%(324/826)]、苔白腻[21.91%(181/826)]、苔薄白[11.38%(94/826)]。其中苔腻(舌黄腻、舌白腻、舌腻)患者人数为 529 例(64.04%)。而排在第一位的脉象为脉弦(60.29%)。

5 患者合并相关疾病分布情况(表 3,图 8) 826 例痛风患者合并病,前 3 位的疾病分别为:高血压病、脂肪肝、高血脂。将慢性肾脏病、尿酸性肾病、慢性肾衰竭合并为肾病,则其频数为 151 例,占 18.28%。对患者合并几种疾病进行分析,排在前 3 位的分别为:合并 1 种疾病、合并 2 种疾病、合并 3 种疾病。不合并相关疾病有 108 例患者(13.07%)。男性合并相关疾病为 614 例(86.36%),女性合并相关疾病为 107 例(91.45%),两者比较,差异无统计学意义($P=0.128$)。

表 3 826 例痛风患者合并病频数分布

病名	频数	比率(%)
高血压病	457	55.33
脂肪肝	291	31.60
高血脂	243	29.42
肾结石	189	22.88
糖尿病	177	21.43
肾功能异常	101	12.22
慢性肾脏病	88	10.65
冠心病	66	7.99
高血糖	34	4.12
尿酸性肾病	34	4.12
慢性肾衰竭	29	3.51

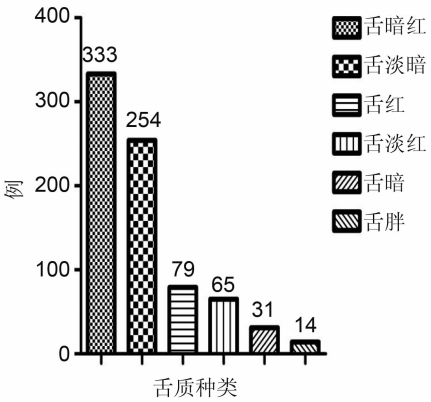


图 5 舌质分布图

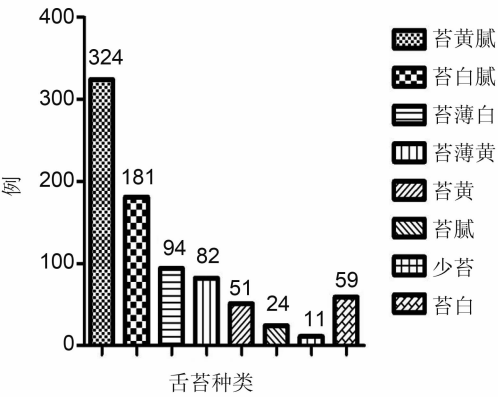


图 6 舌苔分布图

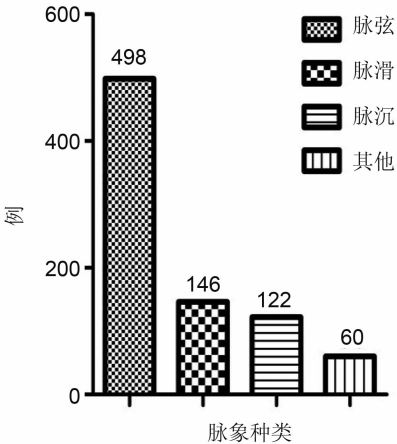


图 7 脉象分布图

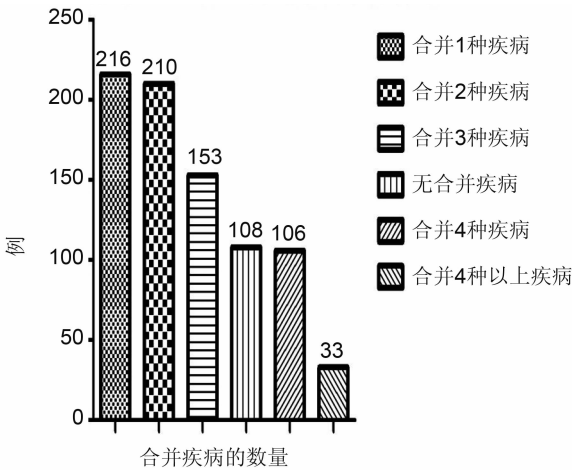


图 8 痛风患者合并病例数的分布

讨 论

目前为止,虽然我国缺乏全国范围内的痛风流行

病学调查,但从全国各地该病的流行病学调查来看,该病的患病率增长迅速^[5,6]。由于人类的生活质量以及生命健康受到该病的影响日渐突出,所以认识、把握本病是十分重要的。把握住院痛风患者的临床特点有助于提高对痛风疾病特征和潜在健康风险的认识,为痛风的防治提供参考。但在实际中,关于此类研究极少,因此对本院住院痛风患者的临床特点展开研究。

本研究提示,住院痛风患者男女性别之比为 6:1,较既往研究,该值呈现下降趋势^[7]。推测其原因有以下 3 种:(1)女性痛风患者增长比率较男性快;(2)女性不耐受疼痛;(3)女性患者病情较重。有资料统计,平均发病年龄男性为 46.89 岁,女性为 45.05 岁^[8],均小于此次研究结果的平均年龄。有研究显示,青年痛风患者糖尿病、高血压病、心脑血管疾病的合并率较中老年低^[9],并且疼痛的易控性以及并发症的隐匿性造成人们对该病的忽视,因此往往出现病情反复、逐渐加重而需要住院治疗,这可能是住院痛风患者年龄偏大的主要原因。本研究结果表明,女性首发痛风的年龄较男性晚,这可能与女性特殊的生理特征有关。在绝经前,女性特内含有丰富的雌激素,该激素促进肾脏对尿酸的清除^[10]。而绝经后女性体内的雌激素急速下降,降低了肾脏对尿酸的清除。在平均病程上,男性较女性长,其原因可能是病情和观念的差异。但在平均住院时间上,女性较男性长。这提示医师需要关注不同性别痛风发病情况的区别。

从表 3 可以看出,与高血脂、脂肪肝、糖尿病、肾脏病等疾病相比,痛风患者合并高血压病人数最多,占 55.33%。研究发现,血尿酸水平每增加 59.5 $\mu\text{mol/L}$,发生高血压的危险增加 23%^[11]。这提示痛风是高血压病的一个高危因素。因此,积极预防痛风,是有效防治心血管疾病的有效措施。痛风不仅可导致关节的疼痛及活动受限,还可以导致肾脏的损伤,如痛风肾的出现。本研究统计痛风肾共 151 例,占 18.28%。在机体中,肾脏承担了 2/3 尿酸的排泄^[12]。痛风肾的出现预示人体废物的排泄途径被阻断,痛风患者尿酸排泄量急剧减少,加重病情。一项 Meta 分析指出,24% 的痛风患者最终发展为 2 期以上肾衰竭^[13]。进一步研究指出,肾衰竭与终末期与全因死亡密切相关^[14]。因此,对痛风患者应积极进行干预,避免痛风肾的出现。此外,据该研究统计,合并脂肪肝的痛风患者多余合并高血脂的痛风患者。一项 Logistic 回归显示,高尿酸血症已成为非酒精性脂肪肝的危险因素^[15]。Lombardi R 等^[16]人指出,血尿酸主要通过以下 3 个途径来促进脂肪肝的形成:(1)胰

岛素抵抗;(2)氧自由基的产生;(3)NLRP3 炎性小体的产生。总结来说,本研究提示不仅需要关注痛风疾病本身,还需要关注它所合并的其他疾病,尤其要关注高血压、痛风肾和脂肪肝的合并和产生,并进行积极的预防干预治疗。

从本研究结果中可见痛风合并其他疾病的有 718 例,占 86.93%。其中合并 2 病及其以上的有 502 例,占 60.77%。这说明痛风患者合并多种疾病,其原因尚不清楚。糖尿病作为一种代谢性疾病,其亦可以出现多种并发症。痛风合并多种疾病的机理是否与糖尿病的机制相同呢?这需要进一步的研究来探讨。

当前,痛风证型尚不统一,如张琪从湿热立论,而朱良春则从“浊瘀”立论。这些理论都是名老中医的经验总结,可能代表某个区域的痛风的中医病机特点,但仍缺乏流行病学证据。为此,笔者对住院痛风患者证型进行统计。从统计结果来看,湿热瘀阻证占 44.55%,占前 10 位证型患者数的 59.64%。国医大师李济仁、朱良春老先生的理论在这里得到了验证。李济仁教授认为,痰浊之邪作为疾病的致病因素,留滞机体,阻滞气血之运行,影响脏腑之功能,造成更为复杂的病理结果,导致顽痹发生。瘀血之邪阻滞于经脉的运行,不通则痛,痹病由生^[17]。朱老的“浊瘀”理论认为,“痰湿阻滞于血脉之中,难以泄化,与血相结而为浊瘀,滞留于经脉,则骨节肿痛、结节畸形,甚则溃破,渗溢脂膏。或郁闭化热,聚而成毒,损及脾肾。”^[18]进行舌苔及脉象的统计结果,也验证了该理论的准确性。本研究统计,舌质暗有 618 例(74.82%)。舌暗,主血气瘀滞。这说明痛风病在血,当有瘀血阻络。同时本研究统计,腻苔有 529 例(64.04%);脉弦有 498 例(60.29%)。腻苔、脉弦都主痰浊,这预示痛风患者体内痰浊阻滞。综上所述,“浊瘀”是贯穿痛风疾病始终的一个疾病病机证素,提示在临床治疗中使用祛湿化浊药和祛湿化瘀药的重要性。

痛风不仅可造成关节的变形,还与高血压、脂肪肝、高血脂、肾脏病等疾病紧密关联,对痛风的积极防治关系国民健康,有助于减轻后续的家庭和社会医疗负担。现代研究发现,中医药在降低血尿酸水平、控制炎症和改善关节功能与西药有类似的临床疗效,且有不良反应少的优势^[19,20]。准确辨证是中医治疗的关系,证型是辨证的集中体现。笔者分析发现,“浊瘀”在痛风发病和疾病进程中的重要作用,是基本的病机证素之一,与国医大师李济仁和朱良春的学术思想相吻合,可用于指导临床治疗。

利益冲突:无。

参 考 文 献

- [1] 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]. 中国内科杂志, 2017, 56(3): 236-248.
- [2] Chu YL, Jiang YQ, Sun SL, et al. The differential profiles of long non-coding RNAs between rheumatoid arthritis and gouty arthritis [J]. Discov Med, 2017, 24(132): 133-146.
- [3] Neogi T, Jansen TL, Dalbeth N, et al. 2015 Gout classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism Collaborative initiative [J]. Ann Rheum Dis, 2015, 74(10): 1789-1798.
- [4] 中华人民共和国中医药行业标准. 中医病证诊断疗效标准[S]. 北京: 国家中医药管理局, 1994: 50.
- [5] 宗良, 姜胜杰, 刘慧, 等. 青岛市沿海社区人群高尿酸症与痛风的流行病学调查[J]. 中华风湿病学杂志, 2007, 11(11): 672-675.
- [6] 晋松, 张娴, 郑红梅, 等. 云南布朗山地区布朗族人群高尿酸血症及痛风的流行病学调查[J]. 实用医学杂志, 2018, 34(22): 3796-3800.
- [7] 王庆文, 陈韧, 杜丽川, 等. 原发性痛风的临床和流行病学研究[J]. 中国内科杂志, 2001, 40(5): 313-315.
- [8] 赵海燕, 张晓莉, 王晓非. 痛风 748 例临床特征分析[J]. 中国实用内科杂志, 2014, 34(11): 1114-1115.
- [9] 李静. 高尿酸血症的流行病学研究[J]. 中国心血管杂志, 2016, 21(2): 83-86.
- [10] Johnson RJ, Tittle S, Cade JR, et al. Uric acid, evolution and primitive culture [J]. Semin Nephrol, 2005, 25(1): 3-8.
- [11] Iwashima Y, Horio T, Kamide K. Uric acid, left ventricular mass index, and risk of cardiovascular disease in essential hypertension[J]. Hypertension, 2006, 47(2): 195-202.
- [12] Sorensen LB, Levinson DJ. Origin and extrarenal elimination of uric acid in man [J]. Nephron, 1975, 14(1): 7-20.
- [13] Roughley MJ, Belcher J, Mallen CD, et al. Gout and risk of chronic kidney disease and nephrolithiasis: meta-analysis of observational studies [J]. Arthritis Res Ther, 2015, 17(1): 90.
- [14] Levey AS, Coresh J, Greene T, et al. Using standardized serum creatinine values in the modification of diet in renal disease study equation for estimating glomerular filtration rate [J]. Ann Intern Med, 2006, 145(4): 247-254.
- [15] 周玮, 聂秀玲, 孙丽荣, 等. 高尿酸血症/痛风患者非酒精性脂肪肝患病率的相关研究[J]. 天津医科大学学报, 2012, 18(3): 353-355, 381.
- [16] Lombardi R, Pisano G, Fargion S. Role of serum uric acid and ferritin in the development and progression of NAFLD [J]. Int J Mol Sci, 2016, 17(4): 548.
- [17] 王亚平. 朱良春对丹溪痛风学说的发展创新[N]. 中国中医药报, 2006-07-24(5).
- [18] 范为民, 胡怡芳, 李艳. 李济仁教授辨治痹病学术经验摘要[J]. 风湿病与关节炎, 2014, 3(8): 40-42.
- [19] 张红阳, 王洪铃, 史亚夫, 等. 用于治疗痛风类中药方剂对比别嘌醇治疗痛风疗效和安全性的系统评价[J]. 中国药房, 2018, 29(3): 401-405.
- [20] 宋倩, 刘健, 忻凌, 等. 基于关联规则挖掘健脾类中药对痛风性关节炎患者免疫、炎症指标的影响[J]. 辽宁中医杂志, 2017, 44(11): 2248-2252.

(收稿: 2018-04-19 在线: 2019-03-05)

责任编辑: 汤 静

欢 迎 投 稿 欢 迎 订 阅