

痛风性肾病的中西医结合研究进展

王佳琪¹, 马晓鹏^{2*}

¹黑龙江中医药大学研究生院, 黑龙江 哈尔滨

²黑龙江中医药大学附属第一医院肾病二科, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2025年7月1日; 录用日期: 2025年7月24日; 发布日期: 2025年8月4日

摘要

痛风是由单钠尿酸盐沉积引起的疾病, 痛风性肾病是源于长期高尿酸血症的状态, 刺激肾小球, 造成肾小球的炎性改变, 尿酸和尿酸盐在肾小管间质内沉积, 还会造成肾血管病变、慢性痛风性肾病, 从而导致慢性肾损伤、慢性肾衰竭。中医根据临床表现将其归于“痹症、腰痛、虚劳”等多种疾病范畴。在临床治疗中发现, 中西医结合的治疗方案成效更为显著。本文针对该病的发病机制、病因病机、治疗手段、研究进展及展望等作一综述。

关键词

痛风性肾病, 中西医结合治疗, 综述

Progress of Combined Traditional Chinese and Western Medicine Research on Gouty Nephropathy

Jiaqi Wang¹, Xiaopeng Ma^{2*}

¹Graduate School of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

²Department of Nephrology II, First Affiliated Hospital, Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

Received: Jul. 1st, 2025; accepted: Jul. 24th, 2025; published: Aug. 4th, 2025

Abstract

Gout is a disease caused by the deposition of monosodium urate crystals, and gouty nephropathy arises from a state of long-term hyperuricemia, which stimulates the glomeruli and causes inflammatory

*通讯作者。

changes in the glomeruli, and the deposition of uric acid and urate crystals in the tubular interstitium, and also causes renal vasculopathy and chronic gouty nephropathy, which can lead to chronic renal injury and chronic renal failure. According to the clinical manifestations, traditional Chinese medicine classifies it as “paralysis, lumbago, deficiency labor” under various disease categories. In clinical treatment, it is found that combined traditional Chinese and Western medicine treatment protocols are more effective. In this paper, the pathogenesis, etiology, treatment methods, research progress and prospects of this disease are summarized.

Keywords

Gouty Nephropathy, Combined Traditional Chinese and Western Medicine Treatment, Review

Copyright © 2025 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

随着时代的进步、社会的发展、人民生活水平的不断提高和饮食结构的改变,使得人类多发各类疾病,其中痛风性肾病的发病率也在逐年上升,成为全球性的健康问题。痛风性肾病作为高尿酸血症的重要并发症之一,其发病率也呈现逐年上升的态势,对患者的身体健康及生活质量造成严重影响。痛风性肾病可以简称为痛风肾,是因为血尿酸产生过量或排泄过少形成高尿酸血症从而导致的肾脏损害类疾病。痛风性肾病的临床表现一般会有尿酸结石的产生、夜尿频多、蛋白尿、关节疼痛、血尿酸升高及肾小管功能损害等。痛风性肾病在欧美等国家相对更为常见,在国内常见于北方,缺乏运动、嗜食肥甘厚味及酗酒者发病率较其他人相比略高。

2. 对痛风性肾病的认识

2.1. 西医发病机制

高尿酸血症是产生痛风性肾病的生化基础,疾病严重程度与血中尿酸水平的升高幅度和持续时间呈正向关联。痛风性肾病的主要发病原因有原发性高尿酸血症和继发性高尿酸血症。原发性高尿酸血症是由于体内与嘌呤代谢相关的几种酶的异常导致嘌呤代谢紊乱引起的,分别是:① 次黄嘌呤-鸟嘌呤磷酸核糖转换酶缺乏或者活性降低,导致大量嘌呤生成;② 磷酸核糖焦磷酸合成酶活性增强,使嘌呤合成加快,血尿酸升高引起;③ 谷酰胺磷酸核糖焦磷酸转移酶活性增强,导致嘌呤合成加速。高尿酸血症是引发痛风性肾病的直接因素,其发病机制是尿酸沉积于肾脏引起间质化的炎症反应、肾间质纤维化、肾小球硬化、小动脉硬化,或尿酸结晶在肾小管内沉积,使尿流梗阻导致急性肾功能衰竭。有研究发现[1],痛风性肾病发生发展与 NLRP3 炎症小体信号通路相关,高尿酸血症致肾损害过程中,NLRP3 炎症小体信号通路中外周血单核细胞 NLRP3、ASC、caspase-1 mRNA 表达升高,外周血单核细胞 NLRP3、ASC、caspase-1 蛋白表达升高,血浆炎症因子 IL-1 β 、IL-18 升高,表明尿酸盐晶体刺激 NLRP3 炎症小体活化,炎症因子释放,参与机体免疫应答,从而介导炎症反应致肾脏损害。随着人们生活条件的改善、饮食结构的变化,能够摄取到更多高蛋白或者含有嘌呤的食物,两者均可以提高血尿酸的浓度,这可以解释为饮食结构的调整引起的机体生理功能失调;同时尿酸盐能运转蛋白,肥胖、铅暴露、脂代谢失常均有可能导致尿酸过高,继而使得患慢性尿酸性肾病风险大大提高。痛风性肾病在进行超声检查时,可能会出现晶体沉积,可以发现肾脏组织内存在异质性强回声。或还可出现肾髓质和集合系统的回声增强,表现

为分布不均、回声不均,肾皮质变薄,髓质出现白色斑点和放射状条纹。光镜下显示肾髓质、乳头、锥体中出现尿酸结晶沉积,尿酸沉积物周围出现炎症反应,肾小管出现萎缩和硬化。管腔内出现短形或不规则型尿酸结晶,肾近曲小管上皮细胞肿胀甚至坏死,出现炎性物质浸润等情况。

2.2. 中医病因病机

2.2.1. 病因

痛风性肾病以喜食肥甘厚味、饮食不节为内因,外因为感受风寒湿邪等,饮食不节为发病的主要原因。饮食内停者,“一日之忌者,暮无饱食;饮食自倍,肠胃乃伤”。食积长年累月,则水液运化失常化为痰湿,积于脉中而致尿酸升高,停滞于肾脏则出现尿路结石,结石久积不去,或则可致肾中底肌水,从而致肾功能衰竭;酒积者,酒精为助湿生湿之品,过量饮酒可致湿热内蕴,积于肾脏,变证百出,致使肾脏损伤;腑气不通者,大肠为传导之官,能够将人体内的浊毒排出体外,若排泄失常,则浊气停滞体内,则肾脏而为病也;气滞血瘀者,痰浊湿毒久积成瘀,“入腑则病浅易治,入脏则病深难治”,痛风若累及其他脏腑,则难治;正气亏损者,常为脾胃运化失常,水液停滞,停于肾脏,可致肾气亏虚,肾虚则无法蒸化水液,水液停滞于肾,则阴阳俱损。

2.2.2. 病机

痛风性肾病的关键性病理因素通常为湿邪,湿热在整个病程中始终存在。初期主要为湿热雍盛之证,湿热邪阻滞肾络,湿热下注膀胱,可见石淋之证;中期为气阴两虚之证,阴阳俱虚,肾虚则无力蒸化水液;后期为正虚邪实之证,脏腑衰败,脾肾两虚,湿浊停滞于中焦,甚或可出现关格。张汉新[2]指出,本病与喜食肥甘厚味、嗜酒太过等酒食内积以至脾失健运密切相关。水湿内蕴则生痰,痰液郁而化热,痰热雍结而气机不顺,血行不畅,瘀血内停,湿热痰瘀皆交结于肾,肾络瘀阻而发病。强调了湿热、痰瘀是该病的致病关键。王元等[3]认为,其证候主要分为肝肾阴虚、瘀血内结;脾气虚损、湿热内阻;脾肾两虚、水湿不运;阴损及阳、阴阳两虚。其中又以肝肾阴虚、瘀血内结型人数最多,强调浊瘀互结而致经络受阻、肾脏受损是痛风性肾病的重要病机。胡海翔等[4]认为,本病可从内因、外因两方面来辨证。内因包括饮食不节、七情内伤、体虚劳倦,外因包括风、寒、湿、热邪气,内外相合使脾失健运,肺失宣降,肝失疏泄。脏腑功能失常导致气机运化失职,气、血、水液留滞所致。发病前提为正气亏虚。因此,气阴两虚是痛风性肾病的基本病机。

3. 临床治疗

3.1. 西医治疗原理

目前西医共有两种治疗方法,分为药物治疗和非药物治疗。非药物治疗的总体原则为改变生活、饮食方式,首先是控制饮食、降低体重、增加运动等,改变日常生活方式,饮食方面需限制高嘌呤食物的摄入,如动物内脏、海鲜等食物。其次是治疗缓解与痛风发作相关联的疾病,如高血压病、糖尿病、肥胖等疾病。药物治疗一般不建议在痛风急性发作时使用,须在抗炎、镇痛治疗2周后再酌情使用。降尿酸药物的选择需因人而异,根据患者情况酌情用药。目前临床常用的降尿酸药物根据尿酸代谢情况可分为抑制尿酸合成类(例如:别嘌醇和非布司他)和促进尿酸排泄类(例如:苯溴马隆)两类药物。别嘌醇和非布司他均是通过抑制黄嘌呤氧化酶活性,减少尿酸合成,从而降低血尿酸水平;而苯溴马隆则通过抑制肾小管尿酸转运蛋白-1,抑制肾小管尿酸重吸收而促进尿酸排泄,降低血尿酸水平。急性期的主要治疗原则为控制关节炎症和减轻疼痛症状。急性期一般需嘱患者卧床休息,将患肢抬高,并在发作24h内开始应用控制急性炎症的药物。一线治疗药物有秋水仙碱和非甾体抗炎药等,当存在治疗禁忌或治疗效果不佳

时, 还可以考虑暂时应用糖皮质激素来进行抗炎治疗。

3.2. 中医治疗

3.2.1. 辨证论治

金劲松[5]总结邵朝弟教授治疗慢性尿酸性肾病的经验, 将本病分为4型进行治疗。脾肾气虚型治法为补益脾肾, 方剂选用参苓白术散加减; 肝肾阴虚型治法为滋补肝肾之阴, 方剂选用一贯煎加减; 气阴两虚型治法为益气养阴, 方剂选用六味地黄丸加减; 阴阳两虚型治法为温补脾肾、利湿泄浊, 方剂选用教授自拟方(附子 8 g, 生地黄 12 g, 茯苓 12 g, 山药 15 g, 山茱萸 15 g, 车前子 15 g, 陈皮 10 g, 仙灵脾 12 g, 黄芪 15 g, 牛膝 15 g, 益母草 15 g, 大黄 10 g)。赵振昌[6]根据病情临床表现首先将其分为急性发作期和间歇期, 遵循急则治其标, 缓则治其本的治疗原则。急性期多见于痛风初起或复发, 主要表现为关节红肿热痛, 夜半时分时会加重, 可伴有发热、恶寒、汗出后热不退、心烦、口渴等症状, 其舌红苔黄腻脉数, 赵教授认为湿热是急性期的主要病理因素, 因寒所致者占比较低, 往往因饮食、劳累、情志等因素而诱发。在急性期, 赵老喜用苍术、黄柏、土茯苓、萆薢、车前草、威灵仙、青风藤、络石藤等药, 苍术、黄柏取二妙散清热燥湿, 消肿止痛, 并走于下之意, 土茯苓、萆薢、车前草化湿泄浊, 威灵仙、青风藤、海风藤祛风湿、通经络、止疼痛, 共奏除痹攻邪之效。赵教授将土茯苓作为痛风治疗的常用药, 处方时常用量 50 g~100 g, 用量大效果好, 可以加强除湿热通经络之效; 《本草再新》中记载海风藤性温, 能够下湿除风, 赵教授用其和血脉, 祛寒凝之痹。金俊佑[7]将本病分为5型辨证论治: ① 湿热阻络证: 治以清热化湿、祛风止痛法, 方药以三妙丸合拈痛汤加减。若发热者加生石膏以清热, 关节下肢肿者加萆薢、薏苡仁、木瓜以通络, 痛甚者加赤芍、鸡血藤、桃仁等以活血止痛。② 湿热伤肾证: 治以清热通淋为法, 方用八正散加减。若尿血者加大蓟、小蓟、白茅根, 尿中夹砂石者加金钱草、海金沙、鸡内金, 便溏者去大黄, 尿痛者加金银花、蒲公英, 舌红口干者加生地、麦冬。③ 痰瘀留注关节证: 治以活血祛瘀、通络止痛法, 方药用身痛逐瘀汤加减。若气虚者加党参、黄芪补气, 发热者加柴胡、黄柏清热, 腰痛者加杜仲、川断、桑寄生补肾壮腰, 痛剧者加全蝎、蜈蚣止痛, 有寒象者去秦艽, 加制附子助阳; 关节肿痛者加威灵仙。④ 气阴两虚证: 治以养阴益气, 方用大补元煎加减。若头晕耳鸣者加川芎、菖蒲; 关节疼痛者加威灵仙、知母。⑤ 脾肾衰败、湿浊壅盛证: 治以温补脾肾、通腑降浊为法, 方用温脾汤加减。若腹胀纳差者加砂仁、白蔻仁; 大便溏泻者去大黄, 加炒槐花; 呕恶者加代赭石; 舌苔黄腻者去制附子、干姜; 腰酸痛者加仙茅、淫羊藿。

3.2.2. 中医外治法

中医外治法在治疗痛风性肾病中主要应用的有中药灌肠、针灸联合放血疗法、中药足浴等。1) 中药灌肠法: 灌肠疗法是指用中药煎剂作为灌肠剂, 借助工具将其灌入病人肠道内, 保留一段时间后, 利用重力将体内毒素排除。人体内的代谢物质和毒素, 经由肠道和肾脏排出。当肾脏滤过功能明显下降时, 能排出物质减少, 在需要代谢物质数量不变时, 经由肠道排泄的物质就会增多。由于中药灌肠煎剂可以刺激结肠黏膜层增加分泌, 肠道的静脉丛也相对丰富, 利于将药物吸收入体循环起到治疗效果。刘永红等[8]在对照组给予别嘌醇片、碳酸氢钠片的基础治疗。治疗组在对照组的基础上加用大黄牡蛎汤(生大黄 30 g, 黄芪 30 g, 煅牡蛎 30 g, 土茯苓 30 g)保留灌肠, 观察2组患者治疗前后血尿酸、血肌酐、尿素氮及24 h尿蛋白定量。试验发现治疗组疗效更优, 证明中药灌肠对排除体内毒素有疗效。2) 针剂联合放血疗法: 针刺治疗可以起到温通经络、温补脾肾、泄热止痛等功效。放血疗法可以有效去除病变关节内的炎症因子和尿酸结晶。杨大伟等[9]在试验期间, 嘱2组患者均低嘌呤饮食, 每日饮水量大于2000 mL。在此基础上, 对照组应用别嘌醇片; 治疗组在对照组的基础上应用针灸和放血疗法治疗。观察治疗前后24 h尿蛋白、肌酐、尿素、血尿酸、C反应蛋白, 试验发现在常规应用降尿酸药物治疗的基础上, 使用针

灸和放血疗法治疗痛风性肾病, 可有效降低 24 h 尿蛋白、尿素、肌酐及尿酸等理化指标, 且疗效较单纯应用降尿酸药物有明显优势。3) 中药足浴: 足浴能够散湿消肿, 散结止痛, 任飞等[10]在试验期间, 对照组给予低嘌呤饮食, 禁酒、多饮水, 另给予非布司他片治疗, 观察组在对照组治疗的基础上另给予固本祛湿化痰汤联合中药足浴治疗, 观察治疗前后 24 h 尿蛋白、尿微量蛋白、血肌酐、尿素、血尿酸、肾小球滤过率, 试验发现患者临床症状有所改善, 疗效确切。

3.2.3. 中西医结合治疗

陆遥等[11]在对照组应用非布司他、强的松的基础上, 观察组在基础治疗(应用非布司他和强的松)的前提下使用加味竹叶石膏汤, 通过观察治疗前后两组患者 24 h 尿蛋白总量、血尿酸、血肌酐、尿素氮、C 反应蛋白, 证实观察组疗效明显优于对照组。张逸等[12]在对照组应用非布司他片的基础上, 实验组加用自制剂加味玉肾露, 与对照组相比, 患者血清肌酐(SCR)、血尿素氮(BUN)、尿酸(UA)、微球蛋白(MG)、血清总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)水平降低, 高密度脂蛋白(HDL)水平升高, 实验结果表明加味玉肾露联合非布司他片调节痛风性肾病的血脂, 保护肾脏。多篇文章证实, 中西医结合的治疗方案多对于痛风性肾病有显著的疗效。

4. 结论

痛风性肾病的发病率与患病率正呈逐年上升的趋势, 已经成为影响全球公众健康的重要问题。尿酸盐结晶在肾脏的沉积是痛风性肾病发生发展的主要机制。中西医结合治疗是改善痛风性肾病患者肾功能及生活质量较为有效的手段。加强对痛风性肾病早期筛查和诊断的研究, 提高疾病的早期发现率, 早发现早治疗。深入探讨痛风性肾病的发病机制及病理改变, 为开发新的治疗方案提供更加切实的理论依据。开展多中心、大样本的临床研究, 评估不同治疗方法对痛风性肾病患者的长期疗效及安全性。在临床的治疗方案中应加强对痛风性肾病的认识, 提高诊断水平。针对每一位患者, 根据其身体健康状况、疾病发展情况, 明确诊断, 及时沟通治疗方案, 并注重中西医结合治疗方案的应用。加强对患者的健康教育, 增强健康意识, 增强其对疾病的认识并提高自我管理能力。

参考文献

- [1] 张燕子. NLRP3 炎症小体信号通路在痛风性肾病的调控机制研究[D]: [硕士学位论文]. 广州: 南方医科大学, 2021.
- [2] 张汉新. “四四二合方”治疗原发性痛风性肾病(湿热痰浊瘀血内阻型) 36 例临床观察[J]. 四川中医, 2008(9): 70-71.
- [3] 王元, 邓跃毅. 107 例痛风性肾病患者的中医证候分析[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2014, 15(6): 509-512.
- [4] 胡海翔, 时振声, 刘云海. 痛风肾的研究进展[J]. 中国中医药信息杂志, 1997(6): 21-22, 36.
- [5] 金劲松. 邵朝弟教授治疗慢性尿酸性肾病的经验[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2005(4): 190-191.
- [6] 李思奇. 应用数据挖掘技术分析赵振昌教授治疗痛风性肾病经验[D]: [硕士学位论文]. 长春: 长春中医药大学, 2017.
- [7] 金俊佑. 痛风性肾病的中医辨证论治[J]. 北京中医药, 2009, 28(4): 278-279.
- [8] 刘永红, 张琨. 大黄牡蛎汤灌肠治疗痛风性肾病的临床观察[J]. 云南中医中药杂志, 2017, 38(7): 45-47.
- [9] 杨大伟, 马宝东, 赵用. 针灸联合放血疗法治疗痛风性肾病[J]. 吉林中医药, 2020, 40(6): 823-825.
- [10] 任飞, 林钊. 固本祛湿化痰汤治疗湿浊瘀阻型痛风性肾病临床研究[J]. 陕西中医, 2022, 43(7): 894-896.
- [11] 陆遥, 徐翔峰, 方立. 加味竹叶石膏汤联合非布司他、强的松治疗痛风性肾病的临床研究[J]. 中国中医药科技, 2020, 27(6): 856-858.
- [12] 张逸, 赵刚, 曹云云. 加味玉肾露配合非布司他片治疗痛风性肾病临床观察[J]. 辽宁中医药大学学报, 2017, 19(6): 165-168.