九院降尿酸方联合苯溴马隆片对无症状高尿酸血症患者疗效分析

朱安琪，许海莺*，陈玉洁，杨喜乐
（西安市第九医院中医科，陕西 西安 710054）

摘要 目的：探究九院降尿酸方联合苯溴马隆片治疗无症状高尿酸血症患者的疗效及对中医证候积分、炎症因子和血脂的影响。方法：选择2023 年 1 月—2024 年 3 月在西安市第九医院中医科住院部就诊的92 例无症状高尿酸血症患者为研究对象，根据电脑随机数表匹配将其分为对照组和联合组，每组46 例。对照组患者给予复方别嘌醇片治疗，联合组在对照组基础上联合九院降尿酸方治疗。治疗 6 个月后，比较两组疗效；记录其治疗前、治疗 6 个月后中医证候积分、尿酸（UA）水平、血清炎症因子指标［血清 β_2 微球蛋白（β_2 - MG）、骨桥蛋白（OPN）、血清胱抑素（Cys - C）］、血压［收缩压（SBP）、舒张压（DBP）］、血脂［总胆固醇（TC）、甘油三酯（TG）、低密度脂蛋白（LDL - C）］水平，记录治疗期间两组不良反应发生率。结果：治疗 6 个月后，联合组治疗总有效率高于对照组（$P < 0.05$）；两组中医证候各项积分均低于治疗前（$P < 0.05$），且联合组明显低于对照组（$P < 0.01$）；两组各血清炎症因子水平、SBP、DBP、UA 水平、TC、TG、LDL - C 水平均低于治疗前（$P < 0.05$），且联合组低于对照组（$P < 0.05$，$P < 0.01$）；两组治疗期间不良反应发生率差异无统计学意义（$P > 0.05$）。结论：九院降尿酸方联合苯溴马隆治疗 HUA 患者效果显著，能有效调节机体尿酸水平及炎症因子状态，改善患者血脂水平，具有一定临床应用价值。

关键词 降酸方；无症状高尿酸症；疗效；中医证候积分；炎症因子；血脂
中图分类号：R258.97 **文献标识码**：A **文章编号**：1002 - 2392（2025）12 - 0073 - 06
DOI：10.19664/j.cnki.1002 - 2392.250257

高尿酸血症（Hyperuricemia，HUA）与嘌呤代谢紊乱有关。该疾病可能会导致患者罹患关节炎、肾病及心脑血管疾病等并发症[1]。研究[2]表明 HUA 可能是房颤的危险因素。目前临床治疗 HUA 多采用复方别嘌醇片，其有效成分为苯溴马隆，该药物能有效降低 UA 水平，缓解患者关节疼痛，减轻局部关节红肿。但长期服用苯溴马隆可能对患者肝肾功能产生影响，且该药物需要长期坚持用药，患者由于临床症状不明显和药物副作用经常忘记服药，或服药不规律、不注重尿酸管理，长此以往不仅会增加疾病复发风险，还可能引起代谢系统严重疾病[3]，因此需要寻找联合治疗方案提高临床疗效，缩短治疗时间。HUA 在中医学中可归属于“痛风”“痹证”等范畴。九院降尿酸方是西安市第九医院结合多年临床实践经验创立的中医科的特色经验方，已在临床应用中取得显著效果。该汤方由菊苣、土茯苓、萆薢、薏苡仁、泽泻、桑寄生、黄芪、白术组成，其中多种药物有效成分均被证明具有降低尿酸水平的作用，吴美音等[4]在动物研究中发现菊苣中的有效成分可以降低小鼠血清尿酸水平，改善肾脏损伤；顾成娟等[5]在研究中发现土茯苓、萆薢配伍具有明显降尿酸效果；杨崇等[6]发现萆薢分清丸能改善 HUA 患者症状，保护肾功能；薏苡仁中有效成分能降低患者机体炎症反应，减少 HUA 患者骨破坏水平[7]；尹晓晨等[8]的研究表明泽泻中的有效成分能下调患者血清尿酸水平，且对人体健康无显著危害；一项针对于无症状 HUA 的用药数据研究显示，黄芪、茯苓、白术在治疗药方中多次应用，治疗无症状 HUA 有显著疗效[9]。因此，笔者通过观察九院降尿酸方联合苯溴马隆治疗无症状 HUA 患者，为中西医联合治疗 HUA 提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究采用双盲设计随机分组，以 2023 年 1 月—

收稿日期：2024 - 12 - 31 **修回日期**：2025 - 11 - 04
基金项目：西安市第九医院科研项目（2022LC14）
作者简介：朱安琪（1993 - ），女，硕士，住院医师，主要从事中西医结合肾脏疾病研究。
*通信作者：许海莺（1978 - ），女，副主任医师，主要从事中西医结合妇科、内科疾病研究。

2024 年 3 月西安市第九医院中医科住院部就诊的 92 例无症状 HUA 患者为研究对象，根据电脑随机数表匹配法将其分为对照组和联合组，每组 46 例。两组患者基本资料比较，差异无统计学意义（$P>0.05$），具有可比性，见表 1。本研究已通过西安市第九医院伦理委员会审批（202213）。

表 1 两组无症状 HUA 患者一般资料比较

组别	例数	年龄（$\bar{x}\pm s$）/岁	性别[例（%）]		BMI（$\bar{x}\pm s$）/（kg/m^2）
			男	女	
对照组	46	50.15 ± 9.86	25（54.35）	21（45.65）	26.28 ± 3.57
联合组	46	50.50 ± 10.05	27（58.70）	19（41.30）	25.96 ± 3.61
t/χ^2 值		0.169	0.177		0.428
P 值		0.867	0.674		0.670

组别	例数	合并疾病情况[例（%）]			
		冠心病	高血压	糖尿病	肾功能不全
对照组	46	12（26.09）	20（43.48）	8（17.39）	6（13.04）
联合组	46	14（30.44）	19（41.30）	9（19.57）	4（8.70）
χ^2 值		0.215	0.045	0.072	0.449
P 值		0.643	0.833	0.788	0.503

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

参照文献[10]制定 HUA 判定标准。正常饮食状态下，非同日 2 次空腹 UA 水平男性 >420 μmol/L，女性 >357 μmol/L。

1.2.2 中医诊断标准

根据《中药新药临床研究指导原则》[11]，辨证为痰湿阻滞证，主症：①四肢麻木沉重，关节肿痛，局部皮肤发热、疼痛；②口苦、口黏；③小便赤短，大便黏腻不爽。次症：①疲倦乏力、四肢沉重；②易怒烦躁；③腹部胀闷。舌脉：舌苔黄腻，脉细数。分别满足主次症2 项，舌脉象相符即可诊断。

1.3 纳入、排除标准

1.3.1 纳入标准

①符合上述 HUA 诊断标准，临床症状不明显；②年龄 >18 岁；③患者知情并自愿参与本研究。

1.3.2 排除标准

①急性痛风发作者；②由肾脏、血液等其他疾病或药物引起 HUA 者；③妊娠和哺乳期妇女；④合并心脑血管及重要器官严重疾病者；⑤不能积极配合治疗或中途退出研究致临床资料不全者。

1.4 治疗方法

患者均采用《中国高尿酸血症相关疾病诊疗多学科专家共识（2023 年版）》[12]中指导方案进行尿酸管理，包括低嘌呤饮食、多饮水、保持排泄尿量 >1 500 mL、戒烟限酒等。并注意保持研究用药前运动量，不服用影响 UA 代谢的药物。

对照组给予复方别嘌醇片（广东世信药业有限公司，国药准字 H20094159，每片含别嘌醇 100 mg、苯溴马隆 20 mg）治疗，2.5 片/次，1 次/日，疗程 6 个月。

联合组在对照组的基础上联合服用九院降尿酸方组方：菊苣 30 g，土茯苓 15 g，萆薢 12 g，薏苡仁 15 g，泽泻 10 g，桑寄生 20 g，黄芪 25 g，白术 15 g，400 mL，水煎服，分早晚温服，由西安市第九医院中药房煎煮，疗程 6 个月。

1.5 观察指标与疗效判定标准

1.5.1 疗效判定标准

参考《中药新药临床研究指导原则（试行）》[11]评估两组患者治疗 6 个月后临床疗效。判定标准为①显效：UA 水平恢复正常或下降幅度 ≥20%；②有效：UA 水平下降幅度 10% ~20%；③无效：UA 水平下降幅度 ≤10%、无变化或升高。总有效率 =（显效例数 + 有效例数）/总例数 ×100%。

1.5.2 中医证候积分

参照中医症状分级量化表，对中医证候（畏寒腰酸、肢体浮肿、口腔异味、身体困重、纳呆食少、大便黏腻）采用四级评分，根据症状严重程度积分，0 分为无症状、1 分为轻症、2 分为中症、3 分为重症。总积分为单项积分之总和。

1.6 检测指标

1.6.1 炎症因子

比较两组患者治疗前、治疗 6 个月后血清炎症因子[血清 β_2 微球蛋白（β_2 - MG）、骨桥蛋白（OPN）、血清胱抑素（Cys - C）]水平，抽取两组患者外周静脉血，

加入抗凝剂静置 0.5 h 后，离心(3 000 r/min，10 min)，取上清液用酶联免疫吸附法测定炎症因子含量。

1.6.2 血脂

抽取两组患者外周静脉血，加入抗凝剂静置 0.5 h 后，离心(3 000 r/min，10 min)，取上层清液用全自动生化分析比较两组患者治疗前和治疗 6 个月后总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)、低密度脂蛋白(LDL－C)水平。

1.7 不良反应发生率

记录治疗期间两组患者不良反应发生情况。

1.8 统计分析

用 SPSS22.0 软件对所得数据进行统计学处理。符合正态分布的连续变量采用均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示，同时期组间比较差异采用独立 t 检验，不同时期组内差异比较采用配对 t 检验；符合偏态分布的连续变量采用中位数(四分位数间距)表示，予以 Mann－Whitney U 秩和检验；计数资料采用卡方检验或 Fisher 精确概率检验；等级资料采用秩和检验。$P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较

治疗期间，两组均无脱落、失访病例。治疗 6 个月后，联合组治疗总有效率明显高于对照组($P<0.05$)，见表 2。

表 2 两组无症状 HUA 患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	46	19(41.30)	16(34.78)	11(23.91)	35(76.09)
联合组	46	24(52.17)	18(39.13)	4(8.70)	42(91.30)
χ^2 值					3.903
P 值					0.048

2.2 两组中医证候积分比较

治疗 6 个月后，两组中医证候各项积分和总积分均降低($P<0.05$)，且联合组明显低于对照组($P<0.01$)，见表 3。

表 3 两组无症状 HUA 患者中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$，分)

组别	例数	畏寒腰酸		肢体浮肿		口腔异味	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	46	3.21 ± 0.52	2.89 ± 0.43*	3.24 ± 0.41	2.75 ± 0.44*	3.18 ± 0.38	2.85 ± 0.51*
联合组	46	3.15 ± 0.51	2.21 ± 0.29*	3.27 ± 0.47	2.34 ± 0.39*	3.21 ± 0.44	2.31 ± 0.36*
t 值		0.559	8.892	0.326	4.730	0.350	5.867
P 值		0.578	<0.01	0.745	<0.01	0.727	<0.01

组别	例数	身体困重		纳呆食少		大便黏腻	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	46	3.34 ± 0.51	2.51 ± 0.41*	3.20 ± 0.60	2.45 ± 0.42*	3.01 ± 0.58	2.38 ± 0.39*
联合组	46	3.33 ± 0.52	2.10 ± 0.35*	3.17 ± 0.59	2.12 ± 0.38*	2.98 ± 0.57	2.06 ± 0.37*
t 值		0.093	5.158	0.242	3.952	0.250	4.037
P 值		0.926	<0.01	0.810	<0.01	0.803	<0.01

组别	例数	总分	
		治疗前	治疗后
对照组	46	19.18 ± 3.20	15.83 ± 2.56*
联合组	46	19.11 ± 3.15	13.14 ± 2.12*
t 值		0.106	5.490
P 值		0.916	<0.01

注：与本组治疗前比较，*$P<0.05$。

2.3 两组血清炎症因子指标比较

治疗 6 个月后，两组血清炎症因子水平降低($P<0.05$)，联合组血清 β_2－MG、OPN、Cys－C 水平均低于对照组($P<0.01$)，见表 4。

2.4 两组血清尿酸水平比较

治疗 6 个月后，两组血清 UA 水平降低，且联合组血清 UA 水平明显低于对照组($P<0.01$)，见表 5。

表 4　两组无症状 HUA 患者血清炎症因子水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	β_2 - MG/(mg/L)		OPN/(ng/L)		Cys - C/(mg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	46	4.51 ± 0.81	1.05 ± 0.27*	43.68 ± 8.21	29.55 ± 5.74*	2.64 ± 0.43	0.94 ± 0.17*
联合组	46	4.45 ± 0.74	0.85 ± 0.24*	43.55 ± 8.11	25.12 ± 5.03*	2.68 ± 0.48	0.82 ± 0.10*
t 值		0.371	3.755	0.076	3.937	0.421	4.127
P 值		0.712	<0.01	0.939	<0.01	0.675	<0.01

注：与本组治疗前比较，*P<0.05。

表 5　两组无症状 HUA 患者血清 UA 水平比较($\bar{x} \pm s$，μmol/L)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	46	533.65 ± 82.14	441.78 ± 72.51*
联合组	46	534.62 ± 83.78	401.31 ± 62.66*
t 值		0.056	2.864
P 值		0.955	0.005

注：与本组治疗前比较，*P<0.05。

表 6　两组无症状 HUA 患者血压指标比较($\bar{x} \pm s$，mmHg)

组别	例数	SBP		DBP	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	46	168.33 ± 31.20	141.05 ± 20.16*	94.73 ± 18.68	87.15 ± 15.94*
联合组	46	170.14 ± 31.44	129.05 ± 19.88*	95.02 ± 18.72	78.33 ± 15.21*
t 值		0.277	2.875	0.074	2.715
P 值		0.782	0.005	0.941	0.008

注：与本组治疗前比较，*P<0.05。

2.5　两组血压比较

治疗 6 个月后，两组血压指标较治疗前下降(P<0.05)，联合组 SBP、DBP 明显低于对照组(P<0.01)，见表 6。

2.6　两组血脂水平比较

治疗 6 个月后，两组血脂水平降低(P<0.05)，联合组 TC、TG、LDL - C 水平明显低于对照组(P<0.05，P<0.01)，见表 7。

表 7　两组无症状 HUA 患者血脂水平比较($\bar{x} \pm s$，mmol/L)

组别	例数	TG		TC		LDL - C	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	46	2.91 ± 0.62	2.35 ± 0.46*	5.25 ± 1.07	4.67 ± 0.88*	4.58 ± 0.89	3.81 ± 0.73*
联合组	46	2.93 ± 0.63	2.10 ± 0.42*	5.20 ± 1.04	4.26 ± 0.74*	4.62 ± 0.91	3.42 ± 0.65*
t 值		0.154	2.722	0.227	2.419	0.213	2.706
P 值		0.878	0.008	0.821	0.018	0.832	0.008

注：与本组治疗前比较，*P<0.05。

2.7　两组不良反应发生率比较

治疗 6 个月内，两组不良反应发生率差异无统计学意义(P>0.05)，见表 8。

表 8 两组无症状 HUA 患者不良反应发生率比较[例(%)]

组别	例数	恶心呕吐	腹泻	荨麻疹	不良反应总发生
对照组	46	3(6.52)	1(2.17)	1(2.17)	5(10.87)
联合组	46	2(4.35)	2(4.35)	0(0.00)	4(8.70)
P 值		0.646	0.557	0.315	0.726

3　讨论

随着经济发展，我国居民饮食结构改变，高油高糖食物摄入占比增加，HUA 发病率逐年升高并呈现年轻化趋势[13]。西医治疗 HUA 常用苯溴马隆，该药物可有效降低 UA 水平，但需要长期服药治疗[14]。由于 HUA 临床症状不明显，导致患者服药依从性较低，自我管理意识较差，容易引起疾病反复，甚至引发痛风、心血管疾病，所以急需寻找缩短临床治疗时间、提升临床药效的治疗方案。近年来中医治疗 HUA 效果显著[15]。中医将无症状 HUA 归为“血浊”，认为该病病因病机为先天不足、嗜食肥甘厚味或外邪侵袭、疲劳过度导致肝脾肾气化功能失调、聚湿生痰、痰浊瘀痹阻[16]。倪青等[17]将 HUA 分为 4 种证型：湿热蕴结、瘀热阻滞、痰浊阻滞、肝肾阴虚。目前临床中西医结合治疗无症状 HUA 多以通络化浊、清热解毒为主，林玺等[18]采用健脾化浊通络方联合苯溴马隆治疗糖尿病合并 HUA 患者，有效改善患者代谢；王宝君等[19]采用清热泄浊方联合苯溴马隆治疗无症状 HUA 湿热证型患者，提升临床疗效的同时具有较高的安全性。本研究使用的九院降尿酸方是西安市第九医院的特色经验方。九院降尿酸方由菊苣、土茯苓、萆薢、薏苡仁、泽泻、桑寄生、黄芪、白术 8 味药组成，具有健脾益气化湿的功效，体现了标本兼治、通补兼施的慢性无症状

HUA 的治疗大法。

本研究结果表明,治疗 6 个月后,联合组疗效明显优于对照组,各项中医证候积分低于对照组,证明九院降尿酸方联合苯溴马隆治疗 HUA 临床效果优于单一用苯溴马隆治疗效果。分析原因,九院降尿酸方中以菊苣为君药;黄芪、土茯苓、萆薢为臣药;泽泻、桑寄生为佐药;白术、薏苡仁为使药。菊苣配合泽泻清胆利胆、利尿消肿;土茯苓清热解毒、利湿通络;薏苡仁利水消肿、健脾祛湿、解毒散结、除湿止痛;萆薢苦平,归肾胃经,具有祛风湿、利湿浊的功效;黄芪益气升阳、固表止汗、托疮生肌、利水消肿。诸药合用,清热祛湿,活血通络,健脾补气,标本兼治。张颖等[20]治疗 HUA 研究结果与本研究相符。

治疗 6 个月后,联合组 UA 水平、血清炎症因子水平及血脂各项指标均低于对照组。从现代药理角度分析,一方面九院降尿酸方中的药物都对降低体内 UA 含量起到一定作用,周洁等[21]研究发现菊苣提取物对黄嘌呤氧化酶(XOD)活性有明显抑制作用,并且该药物可以通过加快 UA 代谢的方式来降低患者体内 UA 水平,土茯苓中的黄酮类化合物可以抑制 XOD 活性,抑制 UA 合成,动物实验表明[22]萆薢中的萆薢总皂苷能抑制尿酸盐转运蛋白表达,减少 UA 重吸收,黄芪能利水消肿,促进 UA 排泄,泽泻提取物中的泽泻乙醇对肝脏 XOD 活性有抑制作用[23]等;另一方面,HUA 患者可能出现尿酸盐结晶沉积于血管内壁,导致机体出现炎症反应,免疫细胞黏附在结晶沉积处释放大量炎症因子,而九院降尿酸方中的菊苣、土茯苓、萆薢等药物能抑制白细胞介素(IL)-17/Notch 信号通路调控[24],降低血清中 β_2-MG、OPN、Cys-C 含量,减轻机体炎症反应。并且薏苡仁有抑制肌肝、糖原分解,提高胰岛活性,抑制胆固醇等物质合成作用,能帮助改善患者血脂水平[25]。治疗期间两组不良反应发生率无明显差异,说明两种方法联用安全性高。

综上所述,九院降尿酸方联合苯溴马隆治疗 HUA 患者,能有效提高临床疗效,降低患者体内炎症因子水平,改善其血脂水平,值得临床推广使用。本研究仍存在许多不足之处,受随访时间影响,未能对患者远期预后进行分析,期望在以后研究中能延长随访时间,对患者治疗远期效果进行分析。

参考文献:

[1] 钟岩,顾娜莎,李正芳,等. 新疆阿克苏地区博孜墩柯尔克孜族乡高尿酸血症患病情况及相关危险因素分析[J]. 中华风湿病学杂志,2024,28(5):312-320.

[2] KRAJCČOVIECHOVÁ A, WOHLFAHRT P, BRUTHANS J, et al. Longitudinal trends in the prevalence of hyperuricaemia and chronic kidney disease in hypertensive and normotensive adults[J]. Blood Press,2020,29(5):308-318.

[3] 窦娟娟,胡永鹏,杨毛吉,等. 痛风煎联合苯溴马隆治疗间歇期痛风性关节炎的临床研究[J]. 中医药导报,2023,29(6):93-97,113.

[4] 吴美音,陈淑宁,高洁,等. 菊苣、葛根、桑叶配方对高尿酸合并关节炎小鼠的降尿酸和痛风性关节炎的干预效果[J]. 食品工业科技,2020,41(16):308-313.

[5] 顾成娟,赵晓华,赖杏荣,等. 土茯苓、威灵仙、萆薢治疗高尿酸血症——仝小林三味小方撷萃[J]. 吉林中医药,2020,40(12):1556-1558.

[6] 杨崇,刘想,陈科翰,等. 萆薢分清丸调控尿酸转运蛋白改善高尿酸血症肾损伤的作用机制研究[J]. 实用临床医药杂志,2024,28(18):1-7.

[7] 张永健,朱晓亮,曹亮,等. 薏苡仁汤加味联合针刺对高尿酸血症伴痛风患者(风寒湿痹型)体液免疫、微炎状态和血清 DKK1、PICP、RANKL 水平影响[J]. 辽宁中医药大学学报,2023,25(11):33-36.

[8] 尹晓晨,颜娜,龙晓蕾,等. 中草药提取物辅助降尿酸功效研究[J]. 实用预防医学,2022,29(1):51-54.

[9] 郑兰奇,于秀辰. 基于数据挖掘的于秀辰教授治疗无症状高尿酸血症用药规律总结[J]. 中国中西医结合肾病杂志,2023,24(8):717-720.

[10] 李强,于萍. 无症状性高尿酸血症的诊断与治疗[J]. 国际内分泌代谢杂志,2011,31(4):217-219,223.

[11] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:361-364.

[12] 中国民族卫生协会重症代谢疾病分会,高尿酸血症相关疾病诊疗多学科共识专家组,邹和建,等. 中国高尿酸血症相关疾病诊疗多学科专家共识(2023 年版)[J]. 中国实用内科杂志,2023,43(6):461-480.

[13] 刘苑,李广权,袁汀,等. 城乡居民高尿酸血症患病率及相关因素分析[J]. 公共卫生与预防医学,2024,35(3):149-152.

[14] 林晓烁,尹辛成,徐光勋,等. 白虎加桂枝汤联合苯溴马隆片治疗高尿酸血症合并急性痛风性关节炎的疗效及其作用机制[J]. 世界中西医结合杂志,2021,16(4):727-730,735.

[15] 杨光成. 自拟泄浊解毒活血方治疗高尿酸血症 40 例[J]. 中国中医药科技,2013,20(5):563-564.

[16] 李阁,曹慧雅,闫思雅,等. 中药及天然产物治疗高尿酸血症和痛风的作用机制研究进展[J]. 中南药学,2024,22(7):1864-1871.

[17] 倪青,孟祥. 高尿酸血症和痛风中医认识与治疗[J]. 北京中医药,2016,35(6):529-535.

[18] 林玺,林俊和,彭雪英. 健脾化浊通络方合用苯溴马隆对糖尿病前期合并高尿酸血症患者尿酸及血糖、血脂的影响[J]. 中国中医药科技,2021,28(3):409-410.

[19] 王宝君,谢培凤,郭翔宇,等. 清热泄浊方联合苯溴马隆治疗无症状高尿酸血症湿热证疗效及对血清炎性因子的影响[J]. 世界中西医结合杂志,2022,17(9):1788-1791,1796.

[20] 张颖,王瑜萍. 高尿酸血症的中医治疗体会[J]. 内蒙古中医药,2014,33(35):70.

[21] 周洁,孙超,李飞,等. 中药活性成分降尿酸作用机制研究进展[J]. 中国药理学通报,2018,34(1):19-22.

[22] 李国莺,张慧,章维志,等. 萆薢总皂苷调节血脂与抗动脉粥样硬化作用的实验研究[J]. 中国药学杂志,2021,56(23):1899 - 1905.
[23] 潘赐明,李仪杰,宋帮龙,等. 基于生物信息技术分析活血化瘀法治疗非酒精性脂肪性肝病的用药规律及作用机制[J]. 中医学报,2022,37(6):1292 - 1301.
[24] 罗辑,刘爽. 针刺联合萆薢祛风饮对急性痛风性关节炎患者炎性因子的影响[J]. 中国中医急症,2020,29(8):1472 - 1474.
[25] 黄慧贤,刘文兵,王世强,等. 麻杏薏甘汤在治疗痰湿型高尿酸血症患者中的临床疗效[J]. 中国慢性病预防与控制,2017,25(5):352 - 355.

Effects of Jiuyuan Jiangniaosuan Formula Combined with Benzbromarone on Efficacy, TCM Syndrome Score, Inflammatory Factors, and Blood Lipid Levels in Patients with Asymptomatic Hyperuricemia

ZHU Anqi, XU Haiying, CHEN Yujie, YANG Xile
(*Department of Traditional Chinese Medicine, Xi'an No. 9 Hospital, Xi'an* 710054, *China*)

Abstract Objective: To explore the efficacy of combination of Jiuyuan Jiangniaosuan formula and benzbromarone tablet in the treatment of patients with asymptomatic hyperuricemia and the influence on TCM syndromes scores, inflammatory factors and blood lipids. Methods: 92 patients with asymptomatic hyperuricemia in inpatient department of traditional Chinese medicine in Xi'an No. 9 Hospital from January 2023 to January 2025 were selected as study subjects, and were divided into control group and combined group by means of computer random number table matching. The control group was treated with compound allopurinol tablet, whereas the combined group was combined with Jiuyuan Jiangniaosuan formula on the basis of the control group. After 6 months of treatment, the efficacy was compared. The TCM syndromes scores, uric acid (UA), serum inflammatory factors [serum $\beta_2$microglobulin (β_2 - MG), osteopontin (OPN), serum cystatin (Cys - C)], blood pressure [systolic blood pressure (SBP), diastolic blood pressure (DBP)] and blood lipids [total cholesterol (TC), triglyceride (TG), low density lipoprotein (LDL - C)] before treatment and after 6 months of treatment and incidence rates of adverse reactions during treatment were recorded in both groups. Results: After 6 months of treatment, the total effective rate of treatment in combined group was higher compared with that in control group ($P < 0.05$). The scores of TCM syndromes in both groups were lower than those before treatment ($P < 0.05$), and the scores were significantly lower in combined group compared with those in control group ($P < 0.05$). The levels of serum inflammatory factors, SBP, DBP, UA, TC, TG and LDL - C were lower in both groups than those before treatment ($P < 0.05$), and the combined group had lower levels ($P < 0.01$). There were no statistical differences in the incidence rates of adverse reactions between both groups during treatment ($P > 0.05$). Conclusion: Jiuyuan Jiangniaosuan formula combined with benzbromarone tablet has significant efficacy in the treatment of HUA patients, and it can effectively regulate body's uric acid level and inflammatory factor status, and improve blood lipids, with certain clinical application value.

Key words Uric acid - reducing formula; Asymptomatic hyperuricemia; Efficacy; TCM syndromes scores; Inflammatory factors; Blood lipids