

# 中医治疗痛风性关节炎研究进展

方璐<sup>1</sup>, 李琴<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>青海大学医学院, 青海 西宁

<sup>2</sup>青海省中医院风湿免疫科, 青海 西宁

收稿日期: 2023年7月23日; 录用日期: 2023年8月15日; 发布日期: 2023年8月22日

## 摘要

痛风性关节炎(GA)主因血尿酸水平过高导致单钠尿酸结晶沉积在关节内、肾小管管腔或间质中而引发相关部位急性、疼痛性炎症; 病因病机主要以湿热内蕴、痰瘀阻络、肝肾亏虚为主; 病变部位主要累及筋骨、经脉、小关节、大关节; 主要表现为受累关节在急性发作期的红肿热痛, 屈伸困难, 活动程度受限, 且容易反复发作, 继而影响患者日常生活; 治疗方案主以口服药物控制尿酸波动水平。在GA的治疗过程中其预防重于治疗, 中医治疗措施可以在GA发病的整个过程中进行干预治疗。中医治疗手段较多, 且安全性高, 操作过程简便、创伤低、治疗费用低且少有因内服药物后导致的胃肠道不良反应。现就中医疗法在临床中的应用进行综述。

## 关键词

中医药, 痛风性关节炎, 研究进展

# Research Progress in TCM Treatment of Gouty Arthritis

Lu Fang<sup>1</sup>, Qin Li<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Medical College of Qinghai University, Xining Qinghai

<sup>2</sup>Rheumatology and Immunology Department, Qinghai Hospital of Traditional Chinese Medicine, Xining Qinghai

Received: Jul. 23<sup>rd</sup>, 2023; accepted: Aug. 15<sup>th</sup>, 2023; published: Aug. 22<sup>nd</sup>, 2023

## Abstract

Gouty arthritis (GA) is mainly due to the high blood uric acid level, leading to the deposition of monosodium uric acid crystals in the joint, renal tubular lumen or interstitium, and causes acute

\*通讯作者。

and painful inflammation in related parts; the pathogenesis mainly contains dampness and heat, phlegm and blood stasis, liver and kidney deficiency; the pathological site mainly involves muscles, meridians, small joints, large joints. The main manifestations are the redness, swelling, heat and pain of the affected joints in the acute attack period, flexion and extension difficulties, limited degree of activity, and easy to repeated attacks, and then affect the daily life of patients. The main treatment regimen is oral medication to control uric acid fluctuation levels. In the whole process of GA treatment, its prevention is more important than treatment, and TCM treatment measures can be intervened in the whole process of GA onset. TCM has many treatment methods, high safety, simple operation process, low trauma, low treatment cost, and few gastrointestinal adverse reactions caused by internal administration of drugs. The application of traditional Chinese medicine therapy in clinical practice is summarized now.

## Keywords

Traditional Chinese Medicine, Gouty Arthritis, Research Progress

Copyright © 2023 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

痛风性关节炎(GA)为长期嘌呤代谢紊乱和(或)尿酸排泄减少所引起的一组异质性慢性代谢性疾病[1]。其临床特点为高尿酸血症、反复发作的急性痛风性关节炎、慢性关节肿胀、尿酸石形成[2]。据痛风流行病学调查显示, 我国的痛风患病率为 0.03%~10.47% [3], 发病呈年轻化趋势[4]。痛风急性期主要以秋水仙碱、非甾体抗炎药、糖皮质激素治疗为主[5], 但该类药物在心血管、人体免疫系统及胃肠道方面存在一定不良反应[6]。目前, 治疗尿酸石的主要手段也是以降低尿酸水平为主[7], 手术治疗为辅且难以全部清除, 并导致受累关节及相应肌腱丧失支配的活动功能[8], 且手术后容易引起病人焦虑、自卑等心理状态, 影响患者术后康复并对精神造成沉重打击[9] [10] [11], 多数术后患者年龄较大, 对术后医嘱及饮酒依从性差[12], 酒精的摄入会增加嘌呤的合成速度, 且代谢产生的乳酸会抑制尿酸的排泄[13] [14], 从而增加痛风急性发作的风险[15]。

## 2. 中医病因病机

### 2.1. 中医经典对 GA 病因病机的认识

“痛风”一词最早见于《名医别录》: “独活, 微温, 无毒。主治诸贼风, 百节痛风无久新者。”朱丹溪创立“痛风”病名。急性痛风性关节炎属于中医学“痹证”、“热痹”、“白虎历节病”、“走游风”等范畴[16]; 《素问·痹论》中认为“风寒湿三气杂至, 合而为‘痹’”; 朱丹溪《格致余论》云: “痛风者, 大率因血受热已自沸腾, 其后或涉冷水, 或立湿, 寒凉外搏, 热血得寒, 汗浊凝滞, 所以作痛, 夜则痛甚, 行于阴也”, 其认为“湿热瘀”既为该病的主要致病因素, 也是日久不愈所导致的病理产物。

### 2.2. 现代医家对 GA 病因病机的认识

现代医家多数认为, 急性痛风性关节炎系因先天禀赋不足, 脾肾亏虚, 加之饮食劳倦、过食辛辣腥腻、膏粱厚味、外感邪气、情志不调、环境等因素诱发。急性痛风性关节炎的病机表现为两个方面: 1) 脏

腑积热, 内伏毒邪, 遇因触动, 毒攻骨节; 2) 热毒煎熬, 津液停滞, 血凝为瘀, 酿生痰瘀[17]。

### 2.3. 中医体质与 GA 关系

中医体质包括平和质、气虚质、阳虚质、阴虚质、痰湿质、湿热质、血瘀质、气郁质、特禀质九种体质。罗慧佳等[18]对 70 例 GA 患者进行体质判定, 结果 GA 主要以湿热质、平和质为主, 不同性别、年龄组、体重指数、血尿酸指数的痛风性关节炎患者体质分型比较差异有统计学意义( $P$  均 $<0.05$ )。湿热质的超重和肥胖患者多于偏瘦和正常体重者, 偏颇质大龄患者多于年轻者; 平和质与年龄呈正相关( $P < 0.05$ ), 湿热质与 BMI 指数呈正相关( $P < 0.05$ )。

## 3. 治疗

### 3.1. 辨证施治

通过辨别中医证型, 陈雄伟[19]将 104 例痛风性关节炎患者随机分为对照组与实验组各 55 例。对照组口服芬必得, 每次 300 g, 2 次/d, 实验组采取中医辨证治疗。1) 急性关节炎期( $n = 18$ )该期属于中医湿热痹范畴, 给予四妙散加味治疗。2) 慢性期( $n = 20$ )该期属于中医脾虚湿浊范畴, 给予防己黄芪汤加味治疗。3) 间歇期( $n = 17$ )该期症状不显著, 其治则为固本清源, 调补脾肾及升清泌浊, 所用药方由金钱草、党参、青皮、牛膝、白术、山茱萸、土茯苓等构成。上述汤剂以每日煎服 1 剂, 2 周为一疗程, 共 2~4 个疗程。结果显示: 两组患者治疗后 VAS 和 Lysholm 评分均较治疗前有显著改善( $P < 0.05$ ); 行组间对比两组治疗前的 VAS 和 Lysholm 评分无显著差异( $P > 0.05$ ); 治疗后, 实验组的两项评分可比性。改善程度均显著优于对照组( $P < 0.05$ )。采用中医辨证治疗痛风性关节炎, 可使治疗更具有针对性, 有效改善患者临床症状, 提高治疗效果。

### 3.2. 阶段治疗

卢园园[20]将 77 例急性痛风性关节炎合格病例分为急性发作期、慢性持续期、间歇期。急性发作期治疗以清热利湿、活血通络为主, 湿热蕴结证予四妙散合白虎汤; 瘀热阻滞证予桃红饮加味。慢性持续期治疗以健脾化痰、渗湿通络为主, 痰浊阻滞证予四君子汤合薏苡仁汤加味。间歇期治疗以补益肝肾、祛湿通络为主, 肝肾亏虚证予独活寄生汤加味。

### 3.3. 中成药治疗

涂宏等[21]将 60 例湿热蕴结型 GA 患者, 随机分为治疗组和对照组, 每组各 30 例患者, 治疗组采用痛风清消颗粒(苍术、白术、薏苡仁、川牛膝、徐长卿、重楼、山慈菇等十五味中药配伍组成) 10 g/次, 2 次/日, 饭前半小时, 温水化开药物, 口服。对照组采用双氯芬酸钠缓释片 75 mg/次, 2 次/日, 饭后半小时, 口服。以 7 天作为 1 个疗程, 总共观察 2 个疗程。治疗组和对照组治疗前后, 两组组内比较 BUN、BUA、ESR、hs-CRP 提示差别有极显著性意义( $P < 0.01$ ), 说明痛风清消颗粒更能有效地治疗痛风性关节炎。痛风清消颗粒更能有效地治疗痛风性关节炎。治疗组和对照组治疗后各项疗效评定指标经过组间统计学比较差别有极显著性意义( $P < 0.01$ ), 说明痛风清消颗粒临床疗效更加有效。治疗组的总有效率为 96.7%, 对照组的总有效率为 80.0%; 比较两组总有效率, 说明在相同的治疗时间内治疗组和对照组疗效有显著性差异( $P < 0.05$ ), 治疗组的疗效优于对照组。服药期间, 治疗组仅 1 例出现腹胀不适; 对照组中 2 例出现消化道不适症状, 3 例出现轻度皮疹, 其不良反应发生率明显高于治疗组( $P < 0.05$ )。

### 3.4. 自拟方口服治疗

孔镜波[22]随机将 44 例湿热蕴结型 GA 患者分为观察组 24 例, 对照组 20 例, 观察组口服自拟方清

热除痹汤(虎杖、土茯苓、秦艽、羌活、当归等),患处外敷消炎膏;对照组口服秋水仙碱及尼美舒利,患处外敷消炎膏;结果自拟方清热除痹汤治疗痛风性关节炎急性期的临床疗效与传统西药的疗效相当,但其不良反应则较传统西药的治疗方法少。祖茜[23]将 78 例湿热蕴结型 GA 患者按照随机数表法分为观察组(自拟方, 39 例)和对照组(常规治疗, 39 例)。对照组采取常规治疗措施,治疗方式为:秋水仙碱口服治疗,首次服用 1 mg,此后每 2 h 增加 0.5 mg,直至感觉呕吐或剧痛缓解可停止加量治疗,1 d 治疗总量应不超过 6 mg。观察组采取自拟方治疗,痛风的中医药临床诊疗经验方为土茯苓 60 g、山慈姑 10 g、威灵仙 10 g、丹参 30 g、烫水蛭 6 g、薏苡仁 20 g、茯苓 20 g、蜈蚣 2 g、炒白术 20 g、牛膝 10 g、炒苍术 10 g、络石藤 30 g、忍冬藤 30 g、乳香 10 g、没药 10 g、青风藤 20 g、蜂房 10 g。1 剂/qd,水煎服,分早晚 2 次服用,150 mL/次。分析两组临床疗效治疗后两组临床疗效对比可见,观察组明显更高,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。分析两组治疗前后中医证候积分治疗前,观察组与对照组中医证候积分对比差异无统计学意义( $P > 0.05$ );治疗后,观察组中医证候积分低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。分析两组治疗前后 UA、ESR、CRP 水平治疗前,观察组与对照组 UA、ESR、CRP 水平对比差异无统计学意义( $P > 0.05$ );治疗后,观察组 UA、ESR、CRP 水平低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

### 3.5. 针刺治疗

吴沅鸿[24]对 GA 急性期发作患者观察组实施针刺配合放血疗法,对照组以口服秋水仙碱等药物,经治疗后,观察组的总有效率为 92.3%;治疗后两组患者的 TSS、NRS 评分均低于治疗前,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),且观察组的 TSS、NRS 评分均低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );朱小亮等[25]对 GA 急性期发作患者观察组实施在口服塞来昔布的基础上行针刺治疗,阿是穴采用扬刺法。治疗后两组患者 VAS 评分、PRI 评分、症状体征评分均显著降低( $P < 0.05$ ),且治疗组患者上述指标改善情况均显著优于对照组( $P < 0.05$ ),治疗后,治疗组总有效率为 91.67%,对照组为 72.22%,两组比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。郑传松等[26]对 GA 急性期发作患者观察组实施梅花针刺络放血和黄金散外敷治疗;观察组治疗总有效率 95.83%,高于对照组 81.25%;治疗后,观察组关节红肿、疼痛、灼热积分低于对照组, TNF- $\alpha$ 、IL-1 $\beta$ 、IL-6、BUA 水平低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

### 3.6. 微创针刀镜

微创针刀镜是在中医经筋理论及现代解剖医学的指导下,运用小针刀及西医关节镜技术诊治疾病的现代诊疗技术。此法是在可视化界面下进行操作,医务人员可直接对病变关节内的组织结构进行观察,在一定程度上提高了疾病评估和诊断的精确性[27]。杜德鑫[28]使用微创针刀镜治疗痛风性关节炎急性期,结果表明,微创针刀镜能够有效改善关节疼痛和关节功能。徐强[29]将 42 例痛风性关节炎急性期患者随机分为治疗组和对照组,每组 21 例。对照组予依托考昔治疗,治疗组在对照组的基础上予微创针刀镜治疗。结果表明,治疗组在改善关节肿胀、疼痛、灼热等方面优于对照组。

### 3.7. 中药外敷

杜君宏等[30]将 120 例痛风性关节炎急性期患者随机分成治疗组和对照组,每组 60 例。对照组予口服秋水仙碱片,治疗组予正骨散外敷。结果对照组总有效率为 95.0%,低于治疗组的 96.7%。覃花桃等[31]将 80 例痛风性关节炎急性期患者随机分为治疗组和对照组,每组 40 例。对照组予口服秋水仙碱治疗,治疗组在对照组治疗基础上予四黄水蜜外敷。结果显示,治疗组症状改善情况优于对照组。中药外敷不仅具有消肿止痛、清热解毒、舒经活络等功效,且药物未经肝脏代谢及胃肠道吸收,有效地减轻了胃肠道刺激及肝脏负担。



### 3.8. 灸法

王晓涛等[32]将 150 例痛风性关节炎急性期患者随机分为药物治疗对照组和温针灸治疗组, 结果治疗组总有效率为 92%, 明显高于对照组的 80%。陈振锋[33]在针灸治疗痛风性关节炎急性期的临床疗效中表明, 针灸治疗能显著降低痛风性关节炎急性期患者的血尿酸和炎症因子水平。

## 4. 结语

综上所述, GA 病因病机主要以湿热内蕴证、瘀热互结、痰浊阻滞、肝肾不足为主, 病变部位累及筋骨、经脉、肌肉、关节, 长期耗伤气血, 致肝肾受损。出现不同程度上关节肿胀、疼痛、变形及关节活动功能受限, 严重影响患者生活质量。通过中医辨证论治, 采取中药各类剂型内服、外敷、针灸等中医治疗方式, 可降低中医症状积分, 提高治疗总有效率, 有效缓解 GA 患者症状及体征。中医治疗手段较多, 且安全性高, 操作过程简便、创伤低、治疗费用低且少有因内服药物后导致的胃肠道不良反应, 可以在 GA 发病的整个过程中进行干预治疗, 逐渐被越来越多的患者接受。当前中医药治疗 GA 应制定规范化的疗效评估标准及中医证型分类标准以增强临床研究的客观可比性; 加强中药治疗 GA 作用机制的基础研究。将中医传统治疗方式与现代科技更加紧密结合, 以提高临床疗效。中医治疗的始终应贯穿“整体观念, 辨证论治”理念, 为患者制定个体化的治疗方案。

## 参考文献

- [1] 聂姣, 罗淋钊, 马熙, 马武开. 痛风的中医发病认识及探讨[J]. 风湿病与关节炎, 2023, 12(4): 52-55.
- [2] Dehlin, M., Jacobsson, L. and Roddy, E. (2020) Global Epidemiology of Gout: Prevalence, Incidence, Treatment Patterns and Risk Factors. *Nature Reviews Rheumatology*, **16**, 380-390. <https://doi.org/10.1038/s41584-020-0441-1>
- [3] 赵伟, 刘春红, 陈文辉, 等. 中西医结合治疗顽固性痛风合并继发性肾上腺皮质功能减退症的体会——附 2 例报道[J]. 广西中医药大学学报, 2014, 17(4): 14-16.
- [4] 李慧, 苏悦, 毛翠秀, 等. 含糖软饮料在年轻发病痛风患者中的作用研究[J]. 中国全科医学, 2016, 19(18): 2174-2178.
- [5] Qaseem, A., Harris, R.P., Forciea, M.A., et al. (2017) Management of Acute and Recurrent Gout: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, **166**, 58-68. <https://doi.org/10.7326/M16-0570>
- [6] 陈杰, 郑颖, 廖琳, 刘文瑞, 郭玥, 段连香, 路建饶. 二黄膏中医定向透药治疗急性痛风性关节炎临床疗效观察[J]. 时珍国医国药, 2021, 32(6): 1403-1406.
- [7] 白海霞. 苯溴马隆治疗痛风合并高尿酸血症的临床疗效[J]. 临床研究, 2023, 31(6): 66-69.
- [8] 凌双安, 钟振东, 袁兆能, 梁浩华. 手术切除手足关节痛风石患者康复情况影响因素分析及临床预测模型[J]. 现代诊断与治疗, 2023, 34(6): 809-813.
- [9] Shah, A.S., Kalish, L.A., Bae, D.S., et al. (2019) Early Predictors of Microsurgical Reconstruction in Brachial Plexus Birth Palsy. *The Iowa Orthopaedic Journal*, **39**, 37-43.
- [10] Liu, Y., Li, X., Li, R., Zhang, J. and Lu, L. (2018) Reconstruction of Complex Nail Matrix Defect Using the Homodigital Reverse Fasciocutaneous Flap. *Medicine*, **97**, e12974. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000012974>
- [11] Falanga, V. (2005) Wound Healing and Its Impairment in the Diabetic Foot. *Lancet*, **366**, 1736-1743. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(5\)67700-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(5)67700-8)
- [12] Ma, R., Du, R., Fan, Y. and Wei, J. (2021) Effect of Health Care and Rehabilitation Nursing and Analysis of Neurovascular Preservation of Patients Undergoing Reconstruction of Severed Finger under X-Ray Image Examination. *World Neurosurgery*, **149**, 397-405. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2020.10.071>
- [13] Choi, H.K., Atkinson, K., Karlson, E.W., Willett, W. and Curhan, G. (2004) Purine-Rich Foods, Dairy and Protein Intake, and the Risk of Gout in Men. *New England Journal of Medicine*, **350**, 1093-1103. <https://doi.org/10.1056/NEJMoA035700>
- [14] Yuan, S., Zhang, Z.-W. and Li, Z.-L. (2018) Antacids' Side Effect Hyperuricaemia Could Be Alleviated by Long-Term Aerobic Exercise via Accelerating ATP Turnover Rate. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, **99**, 18-24.

<https://doi.org/10.1016/j.biopha.2018.01.052>

- [15] 熊洋洋, 李源杰, 曾学军. 痛风石的基础研究与临床诊治进展[J]. 基础医学与临床, 2016, 36(12): 1743-1746.
- [16] 江安达. 浅谈痛风的中医治疗[J]. 新中医, 1999, 31(9): 54.
- [17] 李潇然. 基于系统综述的痛风急性期病机研究[D]: [硕士学位论文]. 北京: 北京中医药大学, 2016.
- [18] 罗慧佳, 刘靖晗, 黄继勇. 痛风患者的中医体质相关因素研究[J]. 中医药管理杂志, 2021, 29(18): 6-9.  
<https://doi.org/10.16690/j.cnki.1007-9203.2021.18.005>
- [19] 陈雄伟. 中医辨证治疗痛风性关节炎的临床疗效观察[J]. 环球中医药, 2015, 8(S1): 102.
- [20] 卢园园. 基于 77 例急性痛风性关节炎患者疾病特征分布及临床疗效观察的研究[D]: [硕士学位论文]. 武汉: 湖北中医药大学, 2019.
- [21] 涂宏, 鲍杰伟, 涂瑞芳, 等. 痛风清消颗粒治疗痛风性关节炎 30 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2015, 13(24): 35-37.
- [22] 孔镜波. 自拟清热除痹汤治疗痛风性关节炎急性期的临床疗效观察[J]. 中医临床研究, 2016, 8(16): 76-77+79.
- [23] 祖茜. 自拟方治疗原发性急性痛风性关节炎湿热瘀阻证的临床疗效[J]. 内蒙古中医药, 2023, 42(4): 68-69.  
<https://doi.org/10.16040/j.cnki.cn15-1101.2023.04.018>
- [24] 吴沅鸿. 针刺配合放血疗法治疗急性痛风性关节炎 39 例[J]. 广西中医药, 2022, 45(6): 30-33.
- [25] 朱小亮, 蔡娟, 沈卫东. 扬刺法针刺结合塞来昔布治疗急性痛风的临床研究[J]. 中国中医急症, 2022, 31(11): 1921-1923+1954.
- [26] 郑传松, 潘天锋, 陈瀚. 梅花针刺络放血联合金黄散外敷治疗痛风急性发作的效果[J]. 华夏医学, 2022, 35(5): 140-143. <https://doi.org/10.19296/j.cnki.1008-2409.2022-05-031>
- [27] 胡佳伟, 刘维, 张博. 针刀治疗类风湿关节炎临床研究进展[J]. 天津中医药, 2019, 36(6): 617-621.
- [28] 杜德鑫. 微创针刀镜治疗难治性膝关节急性痛风性关节炎的临床疗效[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2019, 7(27): 27-28.
- [29] 徐强. 针刀镜治疗急性膝痛风性关节炎的疗效观察及机制研究[D]: [博士学位论文]. 广州: 广州中医药大学, 2016.
- [30] 杜君宏, 赵兴伟, 王红杰, 马红军. 正骨散外敷治疗急性痛风性关节炎的临床观察[J]. 河北中医, 2017, 39(5): 699-702.
- [31] 覃花桃, 王宁莉, 梁秋叶. 中药四黄水蜜外敷治疗急性痛风性关节炎的疗效观察[J]. 右江医学, 2017, 45(2): 168-171.
- [32] 王晓涛, 程建华. 温针灸治疗急性痛风性关节炎的疗效观察及研究[J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(40): 53.
- [33] 陈振锋. 针灸治疗急性痛风性关节炎的临床疗效观察[J]. 中国医学创新, 2019, 16(3): 75-78.