

浅谈蒙西医治疗痛风性关节炎的现状

福 强^{1,2}, 巴虎山²

¹内蒙古民族大学临床学院, 内蒙古 通辽

²内蒙古国际蒙医医院骨伤科, 内蒙古 呼和浩特

收稿日期: 2024年10月1日; 录用日期: 2024年10月26日; 发布日期: 2024年11月5日

摘 要

痛风性关节炎是单钠尿酸盐沉积所致的晶体相关性关节病, 与嘌呤代谢紊乱和(或)尿酸排泄障碍导致的血尿酸升高直接相关。西医治疗痛风性关节炎以抗炎止痛和降血尿酸为主。抗炎止痛方面使用非甾体抗炎药、秋水仙碱、糖皮质激素等; 降尿酸方面使用抑制尿酸生成药物和(或)促尿酸排泄药物。西药治疗痛风性关节炎虽有疗效但这些西药的药物毒副作用和禁忌症颇多。蒙医上认为痛风性关节炎是各种病因引起三根七素失调, 黄水增盛, 并于血交搏, 流注关节, 导致局部气血运行受阻所致。治疗时侧重于整体调理和自然疗法, 使用蒙药和物理疗法纠正三根七素失调, 燥黄水, 舒筋为主。其有标本兼治、毒副作用少、疗效佳、药物利用价值高等优势。

关键词

痛风性关节炎, 西医治疗, 蒙医治疗

Brief Discussion on the Current Situation of Mongolian and Western Medicine in the Treatment of Gouty Arthritis

Qiang Fu^{1,2}, Hushan Ba²

¹Clinical College of Inner Mongolia Minzu University, Tongliao Inner Mongolia

²Department of Orthopedics, International Mongolian Hospital of Inner Mongolia, Hohhot Inner Mongolia

Received: Oct. 1st, 2024; accepted: Oct. 26th, 2024; published: Nov. 5th, 2024

Abstract

Gouty arthritis is a crystal-related joint disease caused by monosodium urate deposition, which is directly related to purine metabolism disorders and (or) elevation of blood uric acid caused by uric

acid excretion disorders. Western medicine mainly treats gouty arthritis by anti-inflammatory, analgesic and blood uric acid. In anti-inflammatory and analgesic, non-steroidal anti-inflammatory drugs, colchicine, glucocorticoids, etc. are used; in terms of uric acid reduction, drugs that inhibit uric acid production and (or) uric acid excretion drugs are used. Although Western medicine is effective in treating gouty arthritis, these Western medicines have many toxic side effects and contraindications. Mongolian doctors believe that gouty arthritis is caused by various causes caused by the disorder of three roots and seven elements, the increase of yellow water, and the blood exchange and flow into the joints, resulting in the obstruction of local qi and blood operation. The treatment focuses on overall conditioning and natural therapy, and the use of Mengyao and physical therapy to correct the three roots and seven elements disorders, dry yellow water, and relax the tendons. It has the advantages of treating both the specimen and the root cause, few toxic side effects, good therapeutic effect, and high drug utilization value.

Keywords

Gouty Arthritis, Western Medicine Treatment, Mongolian Medical Treatment

Copyright © 2024 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

痛风性关节炎是由长期嘌呤代谢障碍引起的一种关节炎症性疾病,其特征是血尿酸增高,导致尿酸盐在关节及周围组织沉积,形成结晶体,继而诱发炎症反应和组织破坏的一种代谢性疾病[1]。目前我国成年人中的痛风性关节炎的患病率大约为 1.1%,且男性多于女性,男女比例为 3.6:1,女性患病率随年龄增大而明显增加[2] [3]。随着人们生活水平的提高及寿命的延长,痛风性关节炎已经成为我国仅次于糖尿病的第二大代谢类疾病,且该类疾病的发生有逐渐年轻化的趋势[4] [5]。目前西医采用非甾体抗炎药、秋水仙碱、糖皮质激素控制痛风性关节炎的急性发作;降尿酸药物在痛风性关节炎的间歇期和慢性关节炎期使用[6]。但西药往往需长期服用,一旦停用,症状较易复发,药物毒副作用也较大,可引起过敏反应、胃肠道反应、骨髓的抑制、肝肾功能损害、再生障碍性贫血等并发症[7]-[9]。蒙医治疗痛风性关节炎因侧重于整体调理和自然疗法,且将蒙药内服外敷[10]、蒙药药浴[11]、针刺疗法[12]、放血疗法[13]等结合起来治疗痛风性关节炎,因此有标本兼治、毒副作用少、疗效佳、药物利用价值高[14]等优势。

2. 西医治疗痛风性关节炎的现状

1) 临床表现及分型

西医上将痛风性关节炎按照病情的发展分为了急性关节炎期、间歇期和慢性关节炎期等三期。急性关节炎期是痛风性关节炎的初期阶段,通常表现为关节的急性炎症,多在夜间突然发病,受累关节剧痛,首发关节常累及第一跖趾关节,其次为踝、膝等,伴有关节红、肿、热和压痛,全身症状如无力、发热、头痛等,可持续 3~11 天[15] [16]。间歇期是急性发作后,症状可能完全消失,形成无症状的间歇期,这个期间可能没有明显的症状,但随着病情反复发作,间歇期可能变短,病期延长,病变关节增多,渐转成慢性关节炎。慢性关节炎期,由急性发病转为慢性关节炎期平均约 11 年左右,关节出现僵硬畸形、关节内大量尿酸盐沉积形成痛风石,关节毁损及功能受限运动受限[17] [18]。

2) 治疗方式

痛风性关节炎急性期的治疗,在抗炎止痛方面 2007 年英国风湿病学会指南(BSR)、2020 年美国风湿病学会指南(ACR)、Evidence, Expertise, Exchange (3E)指南及 2016 年欧洲抗风湿病联盟痛风治疗指南(EULAR)指南认为秋水仙碱、非甾体类抗炎药(NSAIDs)和糖皮质激素几乎是等效的,在用处方时可以根据患者情况选则[19]。但各指南对这三种药物的推荐层次略有不同。BSR 指南、ACR 指南、EULAR 指南、2019 中国高尿酸血症与痛风诊疗指南(CSE)等指南对于秋水仙碱及非甾体类抗炎药作为一线用药达成了共识;但是对于糖皮质激素,CSE 指南、BSR 指南却将它列为二线用药的推荐。对此 CSE 指南明确提出,将糖皮质激素列为二线用药是为了防止激素滥用及反复使用避免增加痛风石的发生率[20]。EULAR 指南针对糖皮质激素的使用,建议口服或关节腔注射糖皮质激素。BSR 指南则更推荐关节腔注射糖皮质激素治疗,尤其对急性单关节痛风性关节炎的患者有明显治疗效果;而对于不可关节腔内注射的患者,推荐短期口服或单次肌内注射激素治疗。ACR 指南对于不能进行口服用药的患者,强烈推荐糖皮质激素治疗,给药途径包括肌内、静脉及关节腔内注射。CSE 指南仅在痛风性关节炎急性发作累及多关节、大关节或合并全身症状时才推荐全身应用糖皮质激素治疗。对于 NSAIDs 和秋水仙碱治疗痛风性关节炎急性发作 BSR 指南建议药物使用时需结合患者的肾功能、目前存在的合并症以及个人意愿。如果服用 NSAIDs 或合酶 2 抑制剂,患者需同时服用胃黏膜保护剂。当一种药物治疗效果不理想时,可以采用联合治疗的方法[21]。如果常规治疗方案无法控制病情痛风性关节炎频繁发作且对秋水仙碱、NSAIDs 和激素治疗有禁忌证或者效果不佳的患者,ACR 指南、EULAR 指南、BSR 指南建议采用白细胞介素-1(IL-1)阻断剂治疗。

降尿酸治疗是痛风性关节炎间歇期和慢性关节炎期的主要治疗措施。目前,国际上降尿酸治疗的药物主要分为两种:第一种是抑制尿酸生成药物即黄嘌呤氧化酶抑制剂(XOI),代表药物是别嘌醇和非布司他;第二种是促尿酸排泄药物,代表药物是丙磺舒和苯溴马隆。BSR 指南、3E 指南、ACR 指南及 EULAR 指南等推荐别嘌醇为降尿酸治疗的一线用药[13][22]。对于别嘌醇为降尿酸治疗的一线用药,CSE 指南肯定了别嘌醇的疗效显著和价格低廉,但是也强调了由于汉族人群携带 HLA-B*5801 基因型的频率为 10%~20%,更容易出现别嘌醇超敏反应。此反应致死率高达 30% [23][24],因此,对携带 HLA-B*5801 基因型比例高的人群,ACR 指南、EULAR 指南和 CSE 指南均建议在使用别嘌醇治疗之前,先进行 HLA-B*5801 基因检测,阳性者禁用别嘌醇。另外 ACR 指南还指出,在亚洲,即携带 HLA-B*5801 基因型比例高的人群中检测该等位基因成本效益高。CSE 指南推荐非布司他作为抑制尿酸生成药治疗痛风性关节炎患者的一线用药[18]。而关于非布司他的心血管安全性问题的 CARES [25]研究结果,因此该研究结果还存在较多争议。同时在亚裔人群中目前并无充分证据支持非布司他可增加心源性猝死风险。ACR 指南对于非布司他则强调对于有心血管疾病和事件的患者,不建议使用非布司他,可用其他降尿酸药物代替。若患者对黄嘌呤氧化酶抑制剂过敏,可给予促尿酸排泄药物。对于肾功能正常或轻度损害患者,首选磺吡酮或丙磺舒其次是苯溴马隆。ACR 指南不推荐苯溴马隆是因为美国曾发现服用该药后导致肝衰竭,因此,被美国食品药品监督管理局禁止使用[14]。CSE 指南对于苯溴马隆的使用给出具体建议,在使用过程中需密切监测肝功能,在合并慢性肝病患者中应谨慎使用苯溴马隆。

3) 西医治疗总结

综上所述西医治疗痛风性关节炎时按其病情发展分型诊治。痛风性关节炎急性期时用秋水仙碱、非甾体类抗炎药和糖皮质激素来抗炎止痛。多个指南推荐将秋水仙碱、非甾体类抗炎药类药物为急性期的一线药物。各指南推荐糖皮质激素为二线药物,糖皮质激素在关节腔内注射时疗效明显。在使用上述药物之前均需做理化实验,使用非甾体类抗炎药时需同时给予保护胃黏膜药物。如果常规治疗方案无法控制病情痛风性关节炎频繁发作且对秋水仙碱、NSAIDs 和激素治疗有禁忌证或者效果不佳的患者可采用

白细胞介素-1 (IL-1) 阻断剂治疗。痛风性关节炎的间歇期和慢性关节炎期降尿酸治疗为主。各指南推荐别嘌醇为一线药物, 但是在国内使用别嘌醇之前需先做 HLA-B*5801 基因筛查。非布司他可替代别嘌醇作为抑制尿酸生成药物, 但可能引发心血管安全性问题。若对抑制尿酸生成药物过敏或有禁忌症的话可选择促尿酸排泄药物苯溴马隆作为降尿酸药物, 且使用时需密切监测肝功能, 在合并慢性肝病患者中应谨慎使用苯溴马隆。

3. 蒙医治疗痛风性关节炎的现状

1) 临床表现及分型

蒙医学上痛风性关节炎被称为“图列病”属“黄水病”、也归“骨病”疾病范畴[26]; [27]: pp. 511-512)。其主因是各种病因引起三根七素失调, 黄水增盛, 并于血交搏, 流注关节, 导致局部气血运行受阻所致[21]。恣食酒肉、劳累过度、郁闷不畅、过饱不动、外伤受损、昼伏夜出、用力过猛等各种诱因均可导致三根失调, 赫依紊乱, 产生恶血与黄水协同作用继而引起痛风性关节炎。其临床表现为, 病变部位起初停留在某个小关节内, 陈旧则可遍布全身。起病初病人是伤风感冒, 感觉忽冷忽热, 周身不适, 乏力懒惰, 身心疲惫, 精神不振, 多哈欠, 不胜寒亦不胜热, 一般跖趾或拇趾等某个小关节突发肿胀疼痛, 肿块硬而热, 严重的肿块上出现青紫斑点, 疼痛难忍, 关节活动受限不能正常工作, 有的甚至丧失关节功能[28]。痛风性关节炎在蒙医上分为黑图列、白图列、花图列三种类型[29]。琪素、希拉型为黑图列, 其症状为关节发热、肿色赤红、痛则拒按, 脉象搏动高突而滑利, 尿赤而蒸气, 气味均大。巴达干、赫依型为白图列, 其症状为患部作痒、沉重难动、触动无感觉, 刺痛、肌肉跳动、肿势变化不定、时而散大、时而缩小、肿块黑色或者淡青色斑、肢体僵硬、指趾卷缩、痛点用凉物外敷则疼痛略缓解, 脉象虚而数, 尿呈白色, 气味均小。希拉乌素型为花图列, 其症状为皮肤发青粗糙, 瘙痒、长疮疖, 浮肿, 关节疼痛。

2) 治疗方式

蒙医治疗痛风性关节炎因其是黄水增盛, 并于血交搏, 流注关节, 导致局部气血运行受阻所致, 治疗时宜以燥黄水, 舒筋为原则。蒙药治疗痛风性关节炎的主剂有五灵脂五味汤、森登-25、森登-23、古古勒-10 味、苦参-3 汤、纳如-3、驴血-25 等[30]; [27]: pp. 512-513)。主剂搭配辅剂对应痛风性关节炎的病因交替用药如: 若合并粘则可加服嘎如迪五味丸或古古乐嘎日迪-15, 开水送服; 夹赫依治宜佐以抑赫依药, 用三味葡萄散与主剂交替用黄油糖水煎服; 夹血治宜佐以凉血, 用八味覆盆子散与主剂交替用糖水送下; 夹希拉治宜佐以清希拉, 用七味胡连散与主剂交替用开水送下; 夹巴达干治宜佐以祛巴达干, 用三味香附散与主剂交替用蜂蜜开水送下[24]。因痛风性关节炎多与白脉损伤同时并存, 故亦可投扎冲-13 或珍宝丸, 用森登-4 送服[25]。贺文中[20]用临床实验证明查干古古勒-10 味、驴血-25、纳如-3、森登-4 诸药合用, 能够快速改善局部水肿、通络止痛, 有效改善局部微循环, 促进炎性物质吸收和排泄, 促进病变组织修复, 显著改善痛风性关节炎的临床症状。杨晨霞[31]等证明蒙药治疗痛风性关节炎有标本兼治、药物的不良反应毒副作用少、安全性高、疗效佳、药物利用价值高等优势。

痛风性关节炎的外治法可配合五味甘露汤药浴; 亦可取患部就近脉放血; 或取呼和嘎日迪对热盛者用酸奶, 寒盛者用白酒分别调敷患部[24]。王秀兰[14]用临床实验证明蒙药珍宝丸、嘎古拉-4 汤、忠伦-5 汤、古古乐嘎日迪-15、驴血-25、森登-4 汤、三子汤、乌兰-3 汤、通拉嘎-5、扎木萨-4 汤、萨日嘎如迪等; 并结合五味甘露药浴及蒙医护理治疗该病, 总有效率达到 99.18%。内服蒙药结合蒙药药浴及蒙医护理治疗痛风性关节炎疗效显著, 疗程短, 不易复发, 无副作用。娜荷芽[32]等用临床实验证明蒙药升阳十一味丸、珍宝丸、忠伦-5 汤、古古乐嘎日迪-15、驴血-25、森登-4 汤、阿敏-额尔敦、萨日嘎如迪、忠伦-5 汤等内服外用五味甘露药浴治疗痛风性关节炎疗效显著、疗程短、且疗效比较稳定。武春梅[33]用临床实验证明蒙医针刺结合蒙药、蒙医护理治疗痛风性关节炎疗效显著, 疗程短, 操作简便。刘欢[34]等研究发现

针刺治疗急性痛风性关节炎可能是通过减轻炎症反应、镇痛、促进受损细胞修复, 增强机体细胞保护作用、降低尿酸含量等机制发挥作用。冯焕珍[35]等用临床实验证明在痛风性关节炎急性期对患者实施刺络放血疗法, 效果显著, 可显著抑制炎症反应, 改善患者发病关节的红肿热痛症状, 降低体内血尿酸水平。苏敏[36]研究发现放血疗法在缓解患病部位疼痛感以及肿胀时疗效比西药好, 证明了放血疗法是一种疗效快, 副作用少, 可有效地治疗急性痛风性关节炎的诊疗方法之一。

3) 蒙医治疗总结

上述蒙医治疗痛风性关节炎以口服蒙药为主, 其中古古勒-10 味、苦参-3 汤、纳如-3、驴血-25、森登-4 汤等蒙药在治疗痛风性关节炎上得到了普遍的认可和临床疗效得到了认证。但缺乏明确的药理作用及科学证据较少。外治法为辅, 针灸、放血等方法治疗痛风性关节炎急性期均有减轻炎症反应、镇痛的效果且疗效佳。蒙药药浴疗法搭配口服蒙药治疗痛风性关节炎疗效显著, 疗程短, 不易复发, 无毒副作用等。蒙医将药物治疗和物理治疗结合起来治疗痛风性关节炎的疗效快、效果显著、毒副作用少, 非常值得临床上推广。

4. 结论

西医治疗痛风性关节炎有快速缓解症状、治疗效果显著、治疗机制清晰、明确的药理作用、科学证据支持等优势, 但西药往往需长期服用, 一旦停用, 症状较易复发, 药物毒副作用和禁忌症颇多。且使用西药治疗痛风性关节炎前需做各种理化检验来定制诊疗方案, 用药期间也必须定期做理化检验既繁琐又费钱。蒙医治疗痛风性关节炎主要以口服蒙药为主, 其中古古勒-10 味、苦参-3 汤、纳如-3、驴血-25、森登-4 汤等蒙药治疗痛风性关节炎在临床上得到了认证。外治法为辅, 针灸、放血等方法治疗痛风性关节炎急性期均有减轻炎症反应、镇痛效果佳。蒙药药浴疗法搭配口服蒙药治疗痛风性关节炎疗效显著, 疗程短, 不易复发, 无毒副作用等。蒙医治疗痛风性关节炎虽有标本兼治、药物的不良反应及毒副作用少、安全性高、疗效佳、药物利用价值高等优势但缺乏明确的药理作用、科学证据有限、缺乏创新性药物、标准化程度不够。

基金项目

内蒙古自治区蒙医药标准化项目“髌骨骨折的蒙医临床诊疗指南定制研究”(编号: 2023-MB004)。

参考文献

- [1] 肖妮沁, 沈嘉艳, 郑淑宇, 等. 痛风性关节炎中西医治疗研究进展[J]. 辽宁中医杂志, 2024, 51(10): 202-206.
- [2] 邵一佳, 王友莲. 痛风性关节炎致残的研究进展[J]. 实用临床医学, 2022, 23(4): 125-130.
- [3] 张学武. 痛风性关节炎的诊疗[J]. 中国社区医师, 2010, 26(24): 8.
- [4] 科苑. 痛风不只危害关节[J]. 今日科苑, 2013, (11): 98-99.
- [5] 司可, 陈颖, 王颜刚. 难治性痛风中西医结合治疗专家共识(2023) [J]. 精准医学杂志, 2023, 38(6): 471-474, 480.
- [6] 范婷婷, 殷丽平. 中西医结合治疗痛风性关节炎研究现状[J]. 亚太传统医药, 2016, 12(3): 65-67.
- [7] 高雪灵. 秋水仙碱是神药还是毒药[J]. 中国药店, 2023(8): 102-103.
- [8] 钱佳佳. 浅析术后急性疼痛治疗中非甾体消炎药的应用与不良反应[J]. 当代临床医刊, 2017, 30(1): 2888-2889.
- [9] 朱楠, 侯杰, 李洁, 等. 降尿酸药物别嘌醇、非布司他和苯溴马隆的严重不良反应综述[J]. 中国合理用药探索, 2021, 18(6): 6-9.
- [10] 额尔登苏和, 乌雅恒. 蒙药内服外敷治疗痛风[J]. 中国民族医药杂志, 2017, 23(1): 19-20.
- [11] 丽梅, 李明今. 蒙医五味甘露药浴临床应用现状[J]. 中国民族医药杂志, 2024, 30(2): 40-43.
- [12] 乌兰格日乐. 蒙医针刺疗法治疗痛风症的临床观察[J]. 中国民族医药杂志, 2014, 20(6): 14-15.

- [13] 韩晓梅, 朝鲁门, 陈英松. 蒙医放血疗法的临床应用新进展[J]. 中国民族医药杂志, 2023, 29(11): 57-59.
- [14] 王秀兰. 蒙药治疗痛风性关节炎的疗效观察及护理[J]. 中国民族医药杂志, 2019, 25(10): 77-78.
- [15] 秦惠何, 杨洁娜, 贺敏. 中药内服、外敷治疗急性痛风性关节炎疗效及对 IL-1 β 、NALP3 的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2020, 29(10): 1093-1096.
- [16] 郑建军. 益肾活血祛痰方加减治疗肾虚痰瘀型慢性期痛风的临床观察[D]: [硕士学位论文]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2023.
- [17] 陈建. 健脾泄浊方治疗慢性痛风性关节炎的临床研究[D]: [硕士学位论文]. 济南: 山东中医药大学, 2013.
- [18] 郑惠. 痛风康复方治疗痛风间歇期(脾虚湿阻型)患者的临床观察[D]: [硕士学位论文]. 广州: 广州中医药大学, 2021.
- [19] 刘磊, 薛愉, 朱小霞, 邹和建. 国外痛风治疗指南演变及比较[J]. 中国实用内科杂志, 2017, 37(1): 21-23.
- [20] 贺雅萌, 王镁. 国内外最新痛风诊疗指南的解读和比较[J]. 风湿病与关节炎, 2022, 11(8): 53-57, 62.
- [21] Jones, G., Panova, E. and Day, R. (2017) Guideline Development for the Management of Gout: Role of Combination Therapy with a Focus on Lesinurad. *Drug Design, Development and Therapy*, **11**, 3077-3081.
<https://doi.org/10.2147/dddt.s97959>
- [22] 刘敏, 孟娟. 基于全科医生视角的《2020 年美国风湿病学会痛风治疗指南》解读[J]. 中国全科医学, 2021, 24(25): 3148-3153.
- [23] 余学清, 陈崴. 中国慢性肾脏病患者合并高尿酸血症诊治专家共识[J]. 中华肾脏病杂志, 2017, 33(6): 463-469.
- [24] 冯文文, 崔岱, 杨涛. 《中国高尿酸血症与痛风诊疗指南(2019)》要点解读[J]. 临床内科杂志, 2020, 37(7): 528-531.
- [25] White, W.B., Saag, K.G., Becker, M.A., Borer, J.S., Gorelick, P.B., Whelton, A., *et al.* (2018) Cardiovascular Safety of Febuxostat or Allopurinol in Patients with Gout. *New England Journal of Medicine*, **378**, 1200-1210.
<https://doi.org/10.1056/nejmoa1710895>
- [26] 贺文忠. 蒙医药治疗痛风性关节炎的临床疗效[J]. 中国民族医药杂志, 2020, 26(4): 9-10.
- [27] 苏荣扎布. 蒙医内科学[M]. 呼和浩特: 民族出版社, 1989: 511-513.
- [28] 海荣. 蒙医治疗痛风病的经验[J]. 中国民族医药杂志, 2005, 11(3): 12.
- [29] 乌兰. 蒙医病证诊断疗效标准[M]. 北京: 民族出版社, 2007: 219-220.
- [30] 蒙医学编辑委员会. 中国医学百科全书[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1992: 62.
- [31] 杨晨霞, 董秋梅, 纠广文. 中蒙医药治疗痛风临床研究进展[J]. 中国民族医药杂志, 2016, 22(8): 61-63.
- [32] 娜荷芽, 金平, 都格尔. 蒙药内服结合药浴治疗痛风性关节炎临床疗效观察[J]. 中国民族医药杂志, 2019, 25(5): 7-8.
- [33] 武春梅. 蒙医针刺结合蒙药治疗痛风性关节炎疗效观察及蒙医护理[J]. 中国民族医药杂志, 2022, 28(5): 78-80.
- [34] 刘欢, 周胜元. 针刺治疗痛风性关节炎的研究进展[J]. 国医论坛, 2022, 37(1): 72-75.
- [35] 冯焕珍, 区晓芬, 区晓珊. 刺络放血疗法辅治湿热蕴结型痛风性关节炎急性期的疗效观察[J]. 中医外治杂志, 2023, 32(6): 80-82.
- [36] 苏敏. 蒙医放血疗法对急性痛风性关节炎的临床观察[D]: [硕士学位论文]. 呼和浩特: 内蒙古医科大学, 2021.