

# 中医药治疗湿热蕴结证痛风性关节炎的研究进展

刘梦元<sup>1</sup>, 庞学丰<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>广西中医药大学瑞康临床医学院, 广西 南宁

<sup>2</sup>广西中医药大学附属瑞康医院风湿免疫科, 广西 南宁

收稿日期: 2025年2月27日; 录用日期: 2025年4月14日; 发布日期: 2025年4月28日

## 摘要

痛风性关节炎(Gouty Arthritis, GA)是以嘌呤代谢紊乱导致尿酸沉积引发的炎症性疾病,以急性关节红肿热痛为主要表现。中医将痛风性关节炎归属于“痹证”、“浊瘀痹”等范畴,其中湿热蕴结证是临床常见证型,表现为关节红肿灼痛、屈伸不利、舌红苔黄腻等。近年来,中医药在治疗湿热蕴结证痛风性关节炎方面展现出独特优势,文章从病因病机、临床治疗及作用机制等方面综述其研究进展,以期为临床和科研提供参考。

## 关键词

痛风性关节炎, 湿热蕴结, 中医药, 综述

# Research Progress on Traditional Chinese Medicine in Treating Gouty Arthritis with Damp-Heat Accumulation Syndrome

Mengyuan Liu<sup>1</sup>, Xuefeng Pang<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Ruikang Clinical Medical College, Guangxi University of Chinese Medicine, Nanning Guangxi

<sup>2</sup>Department of Rheumatology and Immunology, Ruikang Hospital of Guangxi University of Chinese Medicine, Nanning Guangxi

Received: Feb. 27<sup>th</sup>, 2025; accepted: Apr. 14<sup>th</sup>, 2025; published: Apr. 28<sup>th</sup>, 2025

## Abstract

**Gouty arthritis (GA) is an inflammatory disease caused by uric acid deposition caused by purine**

\*通讯作者。

metabolism disorders, with acute joint redness, swelling, heat, and pain as the main manifestations. In traditional Chinese medicine, gouty arthritis is classified into the categories of “paralysis syndrome” and “turbidity stasis paralysis”, among which dampness and heat accumulation syndrome is a common clinical syndrome type, which is manifested as joint redness, swelling, and burning pain, unfavorable flexion and extension, and red and yellow tongue. In recent years, traditional Chinese medicine has shown unique advantages in the treatment of gouty arthritis with damp heat accumulation, and this article reviews the research progress from the aspects of etiology, pathogenesis, clinical treatment, and mechanism of action, in order to provide a reference for clinical and scientific research.

## Keywords

Gouty Arthritis, Damp-Heat Accumulation, Chinese Medicine, 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

痛风性关节炎是一种因尿酸盐结晶在关节囊、滑膜、骨骼及其他组织中沉积而引发的组织损伤和炎症反应性疾病。痛风性关节炎的典型临床特征包括跖趾关节、踝关节及膝关节等部位突发性剧烈疼痛,常伴有局部红肿、皮温升高及明显触痛等症状[1]。高尿酸血症导致尿酸盐过度饱和,进而在关节等部位形成结晶沉积,引发急性炎症反应,最终发展为痛风性关节炎[2]。近年来,随着人们饮食结构和生活方式的显著变化,高嘌呤食物的摄入量持续增加,导致痛风性关节炎的发病率呈现快速上升趋势,且男性患者的发病率显著高于女性。[3]中医学认为,痛风属于“痹证”范畴,其发病机制主要涉及以下几个方面:首先,人体正气虚弱,导致脏腑功能失调,进而产生湿、热、痰、瘀等病理产物,这些病理产物在体内积聚并滞留于经络之中。其次,外邪的侵袭、饮食不当、过度劳累以及房事不节等因素,进一步加剧了体内病理状态的恶化。最终,内外邪气相互结合,导致气血运行不畅,凝结阻滞,从而引发痛风症状[4]。在《黄帝内经》中,“痹症”这一病名首次被提出。《素问·痹论篇》中记载:“风寒湿三气杂至,合而为痹也。其风气胜者为行痹,寒气胜者为痛痹,湿气胜者为着痹也。”朱丹溪进一步提出了“痛风”这一病名,并在其著作《丹溪心法》中详细描述了其症状:“痛风者,四肢百节走痛,方书谓之白虎历节风证是也……遍身骨节疼痛,昼静夜剧,如虎嗟之状,名曰白虎历节。”朱丹溪的描述不仅丰富了痹症的表现形式,还将其与“白虎历节风”相联系,形象地描绘了患者夜间疼痛加剧的特征;明代虞抟《医学正传·痛风》曰:“古之所谓痛痹者,即今之痛风也。”虽各代医家对痛风的叫法不同,分类不一,但是都属于中医风湿病、痹症范畴,为中医学痛风病诊治理论体系的成熟奠定了基础。中医认为,湿热蕴结证痛风性关节炎的核心病机为“湿热内蕴,痹阻经络”。外因多与饮食不节(嗜食肥甘厚味、酗酒)、外感湿热邪气相关;内因则与脾失健运、肾气不足导致水湿代谢失常有关。湿性黏滞,热性炎上,湿热互结,流注关节,阻滞气血,发为红肿热痛。《金匱要略》提出“浊邪流注关节”理论,与现代医学尿酸沉积的病理特征高度契合。近年来,中医药治疗湿热蕴结证痛风性关节炎取得明显的成效,文章就此进行综述。

## 2. 内治法

### 2.1. 中药内服

张海东[5]等以清热利湿、通痹止痛为基本治法,予白桂止痛汤(葛根、生石膏各 30 g,知母 18 g,茵

陈 15 g, 当归身、猪苓、白术、黄芩、泽泻各 10 g, 升麻、人参、粳米、炙甘草、羌活、防风、苍术、桂枝各 9 g, 苦参 8 g, 苍耳子 3 g) 加减治疗湿热蕴结证痛风性关节炎 60 例, 对照组予秋水仙碱片初始服用 1.0 mg/天、疼痛缓解后改为 0.5 mg/天, 饭后服用, 疗程 7 天。结果显示治疗组患者的痛感明显缓解、UA、ESR、CRP、TNF- $\alpha$ 、IL-1 $\beta$  水平均较治疗前显著下降, 总有效率高, 副作用少。陈耀贵[6]等治疗 100 例痛风性关节炎湿热蕴结证患者, 对照组给予塞来昔布胶囊治疗, 连续服用 7 d; 观察组以清热祛湿解毒为主要治疗原则, 方选加味四妙勇安汤加减治疗(玄参 20 g, 萆薢、土茯苓各 25 g, 当归、丹皮、红花各 15 g, 威灵仙、川牛膝各 18 g, 黄柏、金银花各 30 g, 炙甘草 6 g), 1 剂/d, 连续服用 7 d。结果显示, 观察组的治疗总有效率高于对照组, 且观察组的 ESR、CRP、IL-1 $\beta$ 、TNF- $\alpha$ 、MMP-9、MMP-7、MMP-3 及 BUA 指标水平均显著低于对照组, 加味四妙勇安汤治疗痛风性关节炎湿热蕴结效果确切, 可减轻炎症反应, 降低 ESR、BUA 水平, 调节 MMP 水平, 安全性较高。吴水平[7]采用加味四妙散(土茯苓、薏苡仁各 20 g, 地龙、黄柏、苍术、牛膝各 10 g, 忍冬藤、车前子各 15 g, 萆薢 20 g) 治疗 37 例湿热蕴结证痛风性关节炎患者, 治疗 6 月后, 复发 1 例。

## 2.2. 中西医结合治疗

万芑聪[8]等治疗 64 例湿热蕴结型急性 GA 患者, 对照组给予双氯芬酸钠缓释片口服, 每天 1 次; 碳酸氢钠片每天 3 次; 奥美拉唑肠溶胶囊每天 2 次, 连续治疗 2 周。治疗组在对照组的基础上予白药膏(石膏、芒硝, 配以凡士林调制而成) 外敷治疗, 连续治疗 2 周。研究结果显示, 治疗组的 WBC、ESR 水平均低于对照组, 关节疼痛、肿胀、活动受限情况均较对照组有更明显的改善, 说明白药膏联合西药治疗湿热蕴结型急性 GA 具有良好的抗炎作用, 可有效减轻患者的临床症状。牛杰[9]采用四妙散加减(薏苡仁 40 g, 土茯苓 30 g, 地龙、赤芍、苍术、牛膝各 20 g, 黄柏、知母各 15 g) 联合塞来昔布治疗 86 例湿热蕴结型痛风性关节炎患者, 并设塞来昔布治疗为对照组, 结果显示, 观察组的治疗总有效率高于对照组, 治疗后症状积分、炎症因子水平、CD8<sup>+</sup> 低于对照组, CD3<sup>+</sup>、CD4<sup>+</sup> 高于对照组, 两组不良反应发生率比较差异未见统计学意义, 提示中西医联用较为安全可靠。张国平[10]等选取 110 例符合湿热蕴结型痛风性关节炎诊断标准的患者, 将其分为对照组和治疗组, 对照组患者给予秋水仙碱片口服治疗, 给药方案为每 2 小时服用 0.5~1.0 mg, 直至关节症状缓解, 每日最大剂量不超过 6 mg; 非布司他片 1 次/d。连续用药 3 个月。治疗组在对照组的基础上联用清热祛湿通络方(土茯苓、薏苡仁、忍冬藤各 20 g, 甘草、泽泻、桂枝各 10 g, 萆薢、车前子各 20 g, 川芎、姜黄、威灵仙各 15 g, 另取细辛 6 g), 每日 1 剂, 连续治疗 3 个月。结果显示, 治疗组的治疗总有效率为 96.36%, 比对照组的 83.64% 要高, 差异有统计学意义。治疗组治疗 3 个月后的血尿酸水平(355.47  $\pm$  42.38)  $\mu$ mol/L 低于对照组的(387.24  $\pm$  47.65)  $\mu$ mol/L, 说明中西医结合治疗一方面能降低血尿酸水平和复发率, 另一方面可有效缓解中医临床症状, 显著提升患者生活质量, 且具有安全性高、不良反应少等优势, 具备良好的临床应用价值, 值得在临床实践中推广应用。

## 3. 外治法

冯焕珍[11]等治疗湿热蕴结型痛风性关节炎患者 116 例, 对照组给予非布司他片口服, 每天 1 次, 治疗 14 d。观察组实施刺络放血疗法, 取穴: 以阳陵泉、阴陵泉、三阴交、公孙、丰隆为基础穴。根据患者辨证加减穴位, 足趾发病者加太冲、太白、中封; 膝发病者加委中、足三里、犊鼻, 配合火罐可加强放血效果, 隔日 1 次, 治疗 14 d, 观察组治疗后的 ESR、CRP、UA 水平均低于对照组, 提示刺络放血疗法可消除 UA 升高引起的炎性改变, 使大量尿酸盐沉淀物随血液排出体外, 通透性和渗透压得以下降, 缓解炎症反应, 对关节局部炎症导致的微循环受阻起到治疗作用[12]。此外, 刺络放血疗法可有效减少患者体内炎症因子的产生, 促进尿酸代谢。刺络放血疗法不但能改善患者急性症状, 还可有效阻滞抗痛风药

对脏腑产生毒副作用,起到双向调节的效果。王丽琴[13]等治疗 116 例湿热蕴结型 GA 患者,以梅花针叩刺联合中药(黄柏、红花、川牛膝、茯苓、木瓜各 20 g,苍术、薏苡仁各 30 g,威灵仙、川乌各 15 g,艾叶 10 g)熏蒸治疗为观察组,对照组口服秋水仙碱片,每天 4 次。结果显示,观察组总有效率为 93.10%,高于对照组的 77.59%,表明梅花针叩刺联合中药熏蒸治疗 GA 湿热蕴结证可提高疗效,降低尿酸,改善炎症反应和关节疼痛等临床症状,提高患者生活质量。韩珊[14]等将 120 例湿热蕴结型痛风性关节炎患者随机分为对照组、腕踝针组、苗药五藤散冷湿敷组和联合组。对照组给予依托考昔片口服,每天 1 次;踝针组采用腕踝针治疗,每日 1 次;苗药五藤散冷湿敷组采用苗药五藤散冷湿敷治疗,每日 2 次;联合组则采用腕踝针联合苗药五藤散冷湿敷治疗。各组均以 7 天为一个疗程。结果显示,总有效率分别为 76.67%、83.33%、80.00%、93.33%,基于临床研究数据表明,联合应用腕踝针疗法与苗药五藤散冷湿敷治疗湿热蕴结型急性痛风性关节炎具有显著的临床疗效和安全性。研究结果显示,相较于单一疗法,该联合治疗方案在多个临床指标上均显示出明显优势:首先,可显著改善患者的临床症状及体征;其次,能够有效缩短关节疼痛和肿胀的缓解周期;此外,还可进一步提升整体治疗效果,同时可显著降低血清炎症因子水平,建议在临床实践中推广应用。

#### 4. 内外合法

黄杰荣[15]等将 90 例湿热蕴结证痛风性关节炎患者随机分为对照组 1、对照组 2 及观察组,对照组 1 给予口服双氯芬酸钠胶囊,每日 1 次,对照组 2 予口服痛风舒汤(土茯苓 20 g,车前草 20 g,萆薢 20 g,牛膝 10 g,桂枝 10 g,生地黄 10 g,牡丹皮 10 g,猪苓 10 g,薏苡仁 20 g,元胡 10 g,柴胡 6 g,甘草 6 g),观察组在对照组 2 治疗的基础上,以虎力散胶囊 4 粒取粉兑 1 mL 黄酒后混合成膏状外敷患处。结果显示总有效率分别为 60.00%、70.00%、93.33%,可以明显改善 GA (湿热蕴结型)患者关节肿胀和疼痛,缓解临床症状,并具有一定降血尿酸水平以及抗炎作用。王昊[16]等治疗湿热蕴结证痛风性关节炎患者以化浊解毒方(益母草 30 g,川牛膝 30 g,地肤子 30 g,威灵仙 25 g,独活 20 g,薏苡仁 20 g,白芍 20 g,草决明 15 g,黄柏 15 g,苍术 15 g,生大黄 10 g,萆薢 10 g,玄参 10 g,生地黄 10 g,桃仁 10 g,红花 10 g)治疗为对照组,观察组采用化浊解毒方联合硝磺通络散(大黄、芒硝各 10 g,透骨草 15 g,三七 20 g,红花、当归各 20 g,伸筋草 15 g)外敷治疗,观察组治疗有效率为 93.75%,高于对照组 75.00%的有效率,说明内服和外用联合可实现全方位治疗,增加抗炎作用机制,全面促使急性痛风性关节炎临床症状减退,改善关节功能。柯雅思[17]等治疗 72 例湿热蕴结证痛风性关节炎患者,对照组给予秋水仙碱,首次口服 1.0 mg,1 h 后追加 0.5 mg 口服,12 h 后再追加 0.5 mg 口服,之后 0.5 mg 口服,每日 3 次,疗程 2 周,观察组予四妙丸加减(黄柏 10 g,牛膝 15 g,薏苡仁 30 g,苍术 15 g,丹参 30 g,土茯苓 15 g)联合四黄水蜜方(大黄 80 g,黄柏 80 g,黄连 80 g,黄芩 80 g,白芷 60 g,牛膝 60 g,乳香 30 g,没药 30 g,冰片 60 g)外敷,疗程 2 周。观察组和对照组临床治疗有效率分别为 97.22%和 77.78%,二者比较差异有统计学意义,观察组治疗后的血清 SUA、IL-6、CRP、WBC 水平均低于对照组,说明内外同治起效更快速,其机制可能与抑制炎症因子的释放相关,且不良反应少。

#### 5. 单味药及活性成分作用研究

现代药理学研究显示[18],金银花能抑制炎症反应,并具有抗病毒、免疫调节等作用;黄柏具有抗炎、抗氧化、利尿、抗菌、增强免疫力等作用[19];羌活与茵陈在抗炎镇痛方面具有显著药理活性;葛根和黄芩兼具抗炎与免疫调节双重药理作用;泽泻和车前草表现出明显的利尿作用;白术和党参则对机体免疫系统具有显著的调节功能;苍耳子也有强力的抗炎镇痛功效,且炒制效力更强;石膏可影响关键的中枢介质和血清前列腺素 E2,减轻炎症反应,减少小血管异常扩张,使微血管通透性恢复正常,石膏还能减

少中性粒细胞、白三烯等重要炎症物质的异常反应,从而有效缓解关节肿胀症状,抗炎消肿效果明确[20];芒硝外敷可迅速解痉止痛,促进局部淋巴组织细胞和网状内皮细胞再生,减少炎症反应发生[21];玄参具有抗氧化、扩张血管等作用;萆薢具有抗炎镇痛、降低尿酸、增强免疫力等作用;红花、当归具有抗血小板聚集、改善血液循环作用;合用可增强对炎症细胞的吞噬能力,兴奋肾上腺皮质激素和中枢神经系统,促进全身激素发挥抗炎、解热、镇痛等作用,且能够促进血管扩张,改善血液循环,清除尿酸盐结晶[22]。

## 6. 总结

近年来,中医药治疗湿热蕴结证痛风性关节炎疗效显著,但仍存在不足之处,如证候诊断标准尚未统一,缺乏大样本、多中心的高质量临床研究;复方成分复杂,药效物质基础及机制需进一步阐明;部分药物(如雷公藤)的毒副作用限制了临床应用。未来研究可基于“病证结合”开展循证医学研究:根据患者体质和病情差异,制定个性化治疗方案。利用现代科技从传统中药中提取有效成分,开发新型药物。将中医药与西医药结合,发挥各自优势,提高治疗效果。通过大规模临床试验验证中医药的疗效和安全性。加强国际科研合作,推动中医药在全球的应用。结合饮食、运动等建议,提供全面的健康管理方案。综上所述,中医药治疗湿热蕴结证痛风性关节炎临床疗效颇佳,且安全性高,具有较好的发展前景。

## 参考文献

- [1] 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.
- [2] 吴玮芳, 陈宝军, 金莉娜. 非布司他对高尿酸血症痛风患者血清炎症因子及血管内皮细胞的影响及疗效观察[J]. 中国现代医生, 2020, 58(10): 122-125.
- [3] Ragab, G., Elshahaly, M. and Bardin, T. (2017) Gout: An Old Disease in New Perspective—A Review. *Journal of Advanced Research*, **8**, 495-511.
- [4] 王安秀, 杨耀鹏, 申晓红, 等. 自制中药热奄包治疗老年湿热蕴结型急性痛风性关节炎临床观察[J]. 中西医结合研究, 2024, 16(5): 323-325.
- [5] 张海东, 王体敬. 白桂止痛汤治疗湿热蕴结型急性痛风性关节炎疗效观察[J]. 山西中医, 2024, 40(12): 18-20.
- [6] 陈耀贵, 许仕杰. 加味四妙勇安汤治疗痛风性关节炎湿热蕴结证的临床观察[J]. 实用中西医结合临床, 2024, 24(22): 90-93.
- [7] 吴水平. 加味四妙散治疗湿热蕴结型痛风性关节炎临床观察[J]. 内蒙古中医药, 2023, 42(5): 63-64.
- [8] 万芃聪, 李俊逸, 钟康华, 等. 白药膏外敷联合西药治疗湿热蕴结型急性痛风性关节炎临床研究[J]. 新中医, 2024, 56(22): 85-89.
- [9] 牛杰. 四妙散加减联合塞来昔布对急性痛风性关节炎湿热蕴结证患者免疫功能及症状积分的影响[J]. 临床医学, 2024, 44(10): 118-120.
- [10] 张国平, 刘媛媛. 清热祛湿通络方辨证加减联合西医常规治疗湿热蕴结型急性痛风性关节炎的临床效果分析[J]. 中国现代药物应用, 2024, 18(8): 1-5.
- [11] 冯焕珍, 区晓芬, 区晓珊. 刺络放血疗法辅助治疗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.
- [12] 应勤丽, 罗莉. 循经筋阿是穴排刺法联合独活寄生汤加减治疗膝骨关节炎疗效观察[J]. 湖北中医药大学学报, 2021, 23(3): 93-96.
- [13] 王丽琴, 刘鸿, 卓和伟. 梅花针叩刺联合中药熏蒸治疗急性痛风性关节炎临床研究[J]. 新中医, 2023, 55(23): 185-189.
- [14] 韩珊, 周静, 马武开, 等. 腕踝针疗法联合苗药五藤散冷湿敷治疗湿热蕴结型急性痛风性关节炎效果观察[J]. 山东医药, 2023, 63(2): 50-53.
- [15] 黄杰荣, 崔伟, 孟鑫, 等. 痛风舒汤联合虎力散外敷治疗急性痛风性关节炎的临床观察[J]. 中国中医急症, 2024, 33(9): 1593-1596.
- [16] 王昊, 张军. 化浊解毒方联合硝磺通络散外敷治疗急性痛风性关节炎(湿热蕴结证)患者的临床观察[J]. 中国中医急症, 2024, 33(1): 96-99.

- 
- [17] 柯雅思, 林辉宇, 陈君兰, 等. 四妙丸加减联合四黄水蜜外敷治疗湿热蕴结型痛风性关节炎的效果[J]. 中国医药指南, 2023, 21(17): 129-131.
- [18] 巴燕·艾克海提, 古洁乃特汗·拜克里木. 加味四妙勇安汤联合艾灸治疗类风湿性关节炎疗效研究[J]. 陕西中医, 2022, 43(3): 314-317.
- [19] 解子其, 杨泽慧, 万颖, 等. 四妙勇安汤合补阳还五汤加减治疗糖尿病性下肢动脉硬化闭塞症的疗效及对血流动力学、血液流变学的影响[J]. 中药材, 2023, 46(12): 3131-3136.
- [20] 周永学, 李敏, 唐志书, 等. 中药石膏及其主要成分解热抗炎作用及机制研究[J]. 陕西中医学院学报, 2012, 35(5): 74-76.
- [21] 张珏, 许乐宜, 龚立, 等. 芒硝外敷治疗颅脑外伤术后脑水肿的临床研究[J]. 国际中医中药杂志, 2015, 37(9): 785-787.
- [22] 瞿倍, 俞泓波, 蔡程辰, 等. 中医综合治疗急性痛风性关节炎(湿热蕴结证)的疗效观察[J]. 中国中医急症, 2022, 31(5): 843-846.