

消块止痛丹联合西药治疗痛风性关节炎气虚湿阻型的临床观察

刘震钢¹, 高 岩¹, 戴金颖², 石志敏², 许治国²

¹唐山市第二医院放射科, 河北 唐山

²唐山市中医医院骨伤疼痛科, 河北 唐山

收稿日期: 2025年5月20日; 录用日期: 2025年6月20日; 发布日期: 2025年7月4日

摘 要

目的: 观察消块止痛丹联合西药治疗慢性痛风性关节炎气虚湿阻型的临床疗效及对肿瘤坏死因子- α (tumor necrosis factor alpha, TNF- α)、白细胞介素-6 (interleukin-6, IL-6)、白细胞介素-8 (interleukin-8, IL-8)和超敏C反应蛋白(hypersensitive C-reactive protein, hs-CRP)水平的影响。方法: 对照组60例接受非布司他片, 40 mg/次, 1次/d, 饭后服用, 美洛昔康分散片7.2 mg/次, 2次/d, 口服。观察组60例患者在对照组的基础上接受消块止痛丹中草药治疗。治疗12周后, 观察治疗前后中医症状评分、症状体征、手足关节X线评分。检测治疗前后血尿酸、TNF- α 、IL-6、IL-8、hs-CRP水平。结果: 治疗后观察组患者肿胀度评分、关节疼痛VAS评分、痛风石数量评分、触诊压痛评分、皮肤红晕评分、关节畸形评分、手足关节X线评分、中医症状评分、血清尿酸、TNF- α 、IL-6、IL-8、hs-CRP水平均低于对照组。结论: 消块止痛丹联合西药治疗痛风性关节炎患者能明显改善临床症状及体征, 减轻手足关节X线表现, 降低血清尿酸及炎症因子水平。

关键词

痛风性关节炎, 气虚湿阻型, 非布司他片, 美洛昔康分散片, 消块止痛丹

Clinical Observation of Xiaokuai Zhitong Dan Combined with Western Medicine in the Treatment of Gouty Arthritis with Spleen Deficiency and Dampness Obstruction Type

Zhengang Liu¹, Yan Gao¹, Jinying Dai², Zhimin Shi², Zhiguo Xu²

¹Department of Radiology, The Second Hospital of Tangshan, Tangshan Hebei

²Department of Orthopedics and Pain, Tangshan Traditional Chinese Medicine Hospital, Tangshan Hebei

Received: May 20th, 2025; accepted: Jun. 20th, 2025; published: Jul. 4th, 2025

文章引用: 刘震钢, 高岩, 戴金颖, 石志敏, 许治国. 消块止痛丹联合西药治疗痛风性关节炎气虚湿阻型的临床观察[J]. 中医学, 2025, 14(7): 2866-2871. DOI: 10.12677/tcm.2025.147420

Abstract

Objective: To observe the clinical efficacy of Xiaokuai Zhitong Dan combined with Western medicine in the treatment of chronic gouty arthritis with qi deficiency and dampness obstruction, and its effects on the levels of tumor necrosis factor alpha (TNF- α), interleukin-6 (IL-6), interleukin-8 (IL-8), and hypersensitive C-reactive protein (hs-CRP). **Method:** A control group of 60 patients received febuxostat tablets, 40 mg/time, once a day, taken after meals, and Meloxicam dispersible tablets, 7.2 mg/time, twice a day, orally. 60 patients in the observation group received herbal treatment with Xiaokuai Zhitong Dan on the basis of the control group. After 12 weeks of treatment, the TCM symptom scores, symptom signs, and hand-foot joint X-ray scores before and after treatment were observed. The levels of blood uric acid, TNF- α , IL-6, IL-8, and hs-CRP before and after treatment were measured. **Result:** After treatment, the swelling score, joint pain VAS score, gouty stone count score, palpation tenderness score, skin redness score, joint deformity score, hand-foot joint X-ray score, traditional Chinese medicine symptom score, serum uric acid, TNF- α , IL-6, IL-8, and hs-CRP levels in the observation group were lower than those in the control group on average. **Conclusion:** The combination of Xiaokuai Zhitong Dan combined with Western medicine can significantly improve clinical symptoms and signs, alleviate X-ray manifestations of hand and foot joints, and reduce serum uric acid and inflammatory factor levels in patients with gouty arthritis.

Keywords

Gouty Arthritis, Spleen Deficiency and Dampness Obstruction Type, Febuxostat Tablets, Meloxicam Dispersible Tablets, Xiaokuai Zhitong Dan

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(arthrolithiasis)是一种尿酸产生过多或因尿酸排泄不良而致血中尿酸升高,尿酸盐结晶沉积在关节滑膜、滑囊、软骨及其他组织中引起的炎性疾病[1]。病情反复发展、迁延不愈形成以关节痛、痛风石、高尿酸血症为临床特征[2]。痛风性关节炎迁延不愈与痛风石的存在密切相关[3]。治疗痛风性关节炎的关键是降低血尿酸浓度、消除痛风石,主要有碱化尿液、降尿酸药物(非布司他和立加利仙)及手术疗法[4]。碱化尿液是基础治疗,手术取石只用于痛风石影响关节功能、压迫神经、影响脏器功能的患者,不能根治痛风石[5]。现代研究显示,非布司他联合辨证应用中草药口服可以明显降低血尿酸水平,同时在改善关节肿痛方面疗效显著,复发率较单纯西医治疗明显降低[6]。痛风性关节炎归属为中医学“痹证”、“历节病”、“痛风”、“脚气”等范畴[7],其发病原因为先天禀赋不足、饮食失调、劳逸过度、情志失调及外感风寒湿。发病的基本病机为气虚湿阻。发病之本为气虚、日久导致阳气不足、气阴两虚。发病之标为湿浊、痰饮阻滞,日久导致瘀血内阻[8]。健脾益气,祛湿化浊是治疗痛风性关节炎的基本治法。消块止痛丹载于陈士铎《辨证录·卷三》,能健脾益气、祛湿化浊、通络止痛。主治痛风,遍身生块而痛者。本研究以消块止痛丹联合西药治疗慢性痛风性关节炎气虚湿阻型,取得了较好的疗效。

2. 资料与方法

2.1. 一般资料

将 120 例患者随机分为观察组和对照组, 每组各 60 例。观察组中男 46 例, 女 14 例; 年龄 37~61 岁, 平均 (45.22 ± 6.22) 岁; 病程 5~10 年, 平均 (7.19 ± 1.05) 年。观察组中男 44 例, 女 16 例; 年龄 38~62 岁, 平均 (46.05 ± 5.15) 岁; 病程 6~12 年, 平均 (7.31 ± 1.13) 年。

2.2. 诊断标准

2.2.1. 西医诊断标准

参照中华医学会风湿病学分会制订的《2016 中国痛风诊疗指南》中的诊断标准制定[9]。既往有急性痛风性关节炎病史, 反复发作; 关节液中有痛风石、存在痛风结节; 非同日 2 次空腹血尿酸 $> 416 \mu\text{mol/L}$ 。

2.2.2. 中医辨证标准

参照《中医病证诊断疗效标准》[10]制定气虚湿阻型。主证: 反复发作关节肿胀疼痛, 肢体沉重, 见块瘰、硬结不红, 局部关节变形、活动受限。次证: 倦怠乏力, 眩晕, 纳少, 面色㿔白; 舌质淡, 边有齿痕, 苔白腻, 脉濡。

2.2.3. 纳入标准

① 符合西医诊断标准, 并符合中医辨证标准者; ② 年龄 35~65 岁; ③ 痛风病程 ≥ 8 年, 且过去 3 个月急性发作 ≥ 2 次; ④ 两周内未服用中草药及接受针灸治疗; ⑤ 患者知情同意, 签署知情同意书。

2.3. 排除标准

① 继发性痛风、高尿酸血症者; ② 合并心、肾、肝功能不全者; ③ 合并精神疾病及严重血液病者; ④ 合并代谢综合征者。

2.4. 治疗方法

1) 对照组接受非布司他片, 40 mg/次, 1 次/d, 饭后服用; 美洛昔康分散片(海南全星制药有限公司, 国药准字 H200202458) 7.5 mg/次, 2 次/d, 口服。疗程 12 周。

2) 观察组在对照组的基础上接受消块止痛丹中草药治疗, 药物组成为生晒参 10 g、生黄芪 20 g、防风 20 g、姜半夏 15 g、羌活 30 g、生白术 15 g、桂枝 5 g、白茯苓 30 g、薏苡仁 30 g。每剂煎至 400 mL, 分装 2 袋, 每袋 200 mL, 200 mL/次, 分早、晚饭后温服。疗程 12 周。

2.5. 观察指标

① 症状、体征、手足关节 X 线评分及血尿酸检测: 分别在治疗前后评价 1 次, 包括肿胀度、关节疼痛 VAS、痛风石数量、触诊压痛、皮肤红晕、关节畸形及手足关节 X 线评分。其中每项根据病情轻重分别记 0 分、1 分、2 分、3 分。血尿酸检测: 抽取清晨空腹静脉血 2 mL, 不抗凝, 分离血清后用全自动生化分析仪检测。采用酶联免疫吸附实验测定 TNF- α 、IL-1 β 、IL-6、IL-8 水平。采用免疫比浊法测定 hs-CRP。② 中医症状评分参照《中药新药临床研究指导原则》[11]的中医症状分级量化表制定。中医症状包括关节疼痛、关节肿胀、肢体沉重、倦怠乏力、纳少, 根据症状无、轻、中、重的轻重程度, 分别计为 0 分、2 分、4 分、6 分。

2.6. 统计学处理

采用 SPSS 23.0 软件, 计量资料以均数 $\pm$ 标准差表示, 比较采用 t 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3. 结果

3.1. 两组治疗前后症状、体征、手足关节 X 线评分及血尿酸水平比较

治疗后观察组患者症状、体征、手足关节 X 线评分及血尿酸水平明显低于对照组($P < 0.05$)。见表 1。

Table 1. Comparison of symptoms, signs, hand-foot joint X-ray scores, and blood uric acid levels before and after treatment between two groups ($\bar{x} \pm s$, score)

表 1. 两组治疗前后症状、体征、手足关节 X 线评分及血尿酸水平比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	时间	肿胀度/分	关节疼痛/分	痛风石数量/分	触诊压痛/分
观察组	60	治疗前	2.76 $\pm$ 0.90	2.65 $\pm$ 0.87	2.50 $\pm$ 0.57	2.50 $\pm$ 0.71
		治疗后	0.31 $\pm$ 0.06 ^{1,2)}	0.29 $\pm$ 0.02 ^{1,2)}	0.57 $\pm$ 0.09 ^{1,2)}	0.40 $\pm$ 0.07 ^{1,2)}
对照组	60	治疗前	2.68 $\pm$ 0.88	2.62 $\pm$ 0.85	2.48 $\pm$ 0.52	2.45 $\pm$ 0.67
		治疗后	1.39 $\pm$ 0.31 ¹⁾	1.41 $\pm$ 0.42 ¹⁾	1.35 $\pm$ 0.21 ¹⁾	1.29 $\pm$ 0.25 ¹⁾
组别	例数	时间	皮肤红晕/分	关节畸形/分	手足关节 X 线/分	血尿酸/ $\mu\text{mol}\cdot\text{L}^{-1}$
观察组	60	治疗前	2.24 $\pm$ 0.65	2.43 $\pm$ 0.80	3.15 $\pm$ 0.90	572.48 $\pm$ 80.67
		治疗后	0.40 $\pm$ 0.09 ^{1,2)}	1.46 $\pm$ 0.26 ^{1,2)}	2.01 $\pm$ 0.58 ^{1,2)}	320.12 $\pm$ 39.43 ^{1,2)}
对照组	60	治疗前	2.19 $\pm$ 0.55	2.40 $\pm$ 0.71	3.09 $\pm$ 0.88	569.98 $\pm$ 79.09
		治疗后	1.16 $\pm$ 0.23 ¹⁾	1.99 $\pm$ 0.35 ¹⁾	2.55 $\pm$ 0.67 ¹⁾	415.47 $\pm$ 48.25 ¹⁾

注: ¹⁾ $P < 0.05$, 与同组治疗前比较; ²⁾ $P < 0.05$, 与对照组治疗后比较。

3.2. 两组治疗前后中医症状评分比较

治疗后观察组患者中医症状评分明显低于对照组($P < 0.05$)。见表 2。

Table 2. Comparison of TCM symptom scores before and after treatment between two groups ($\bar{x} \pm s$, score)

表 2. 两组治疗前后中医症状评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	时间	关节疼痛	关节肿胀	肢体沉重	倦怠乏力	纳少
观察组	60	治疗前	5.55 $\pm$ 1.93	5.46 $\pm$ 1.97	5.48 $\pm$ 1.94	5.46 $\pm$ 1.94	5.25 $\pm$ 1.89
		治疗后	0.95 $\pm$ 0.07 ^{1,2)}	0.94 $\pm$ 0.06 ^{1,2)}	0.96 $\pm$ 0.08 ^{1,2)}	0.94 $\pm$ 0.04 ^{1,2)}	0.98 $\pm$ 0.05 ^{1,2)}
对照组	60	治疗前	5.60 $\pm$ 1.23	5.54 $\pm$ 1.67	5.55 $\pm$ 10.13	5.53 $\pm$ 1.13	5.27 $\pm$ 1.03
		治疗后	3.13 $\pm$ 0.49 ¹⁾	3.11 $\pm$ 0.41 ¹⁾	3.13 $\pm$ 0.44 ¹⁾	3.13 $\pm$ 0.49 ¹⁾	3.13 $\pm$ 0.69 ¹⁾

注: ¹⁾ $P < 0.05$, 与同组治疗前比较; ²⁾ $P < 0.05$, 与对照组治疗后比较。

3.3. 两组治疗前后 TNF- α 、IL-6、IL-8、hs-CRP 水平比较

治疗后观察组患者 TNF- α 、IL-6、IL-8、hs-CRP 水平明显低于对照组($P < 0.05$)。见表 3。

Table 3. Comparison of TNF- α , IL-6, IL-8, and hs-CRP levels before and after treatment between two groups ($\bar{x} \pm s$)
表 3. 两组治疗前后 TNF- α 、IL-6、IL-8、hs-CRP 水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	TNF- α /ng·mL ⁻¹	IL-6/ng·mL ⁻¹	IL-8/ng·mL ⁻¹	hs-CRP/mg·L ⁻¹
观察组	60	治疗前	32.38 $\pm$ 5.65	45.98 $\pm$ 7.91	50.48 $\pm$ 8.59	27.43 $\pm$ 5.27
		治疗后	16.96 $\pm$ 4.21 ^{1,2)}	15.68 $\pm$ 2.18 ^{1,2)}	32.56 $\pm$ 7.06 ^{1,2)}	8.56 $\pm$ 1.15 ^{1,2)}
对照组	59	治疗前	31.98 $\pm$ 5.87	44.76 $\pm$ 7.17	49.98 $\pm$ 8.17	26.98 $\pm$ 6.13
		治疗后	23.65 $\pm$ 4.47 ¹⁾	25.17 $\pm$ 5.10 ¹⁾	40.10 $\pm$ 8.01 ¹⁾	17.23 $\pm$ 3.62 ¹⁾

注：¹⁾ $P < 0.05$ ，与同组治疗前比较；²⁾ $P < 0.05$ ，与对照组治疗后比较。

4. 讨论

原发性痛风是体内先天性酶的缺陷导致，现代研究显示尿酸盐转运子表达异常、尿酸盐阴离子交换器基因突变导致尿酸重吸收增多和滤过减少[12]。目前西医治疗慢性痛风性关节炎的药物有降低血尿酸的非布司他、减轻局部炎症反应的美洛昔康，或者用糖皮质激素减轻骨关节局部炎症反应。现代研究显示，非布司他联合非甾体抗炎药治疗慢性痛风性关节炎可以明显降低患者的血尿酸水平，同时可以有效缓解关节疼痛及肿胀，但是停药后复发率高，长期口服出现腹痛、恶心的不良症状明显增加[13]。因此，目前治疗慢性痛风性关节炎需要联合中药来达到减毒增效的作用。西药治疗痛风性关节炎，只是针对其中的一种发病机制，而痛风性关节炎是多因素导致的多种机制并存的疾病，中医从整体观念出发，应用中草药治疗，这种中西医结合方法可以取长补短，综合发挥各自优势来达到治病目的。

痛风性关节炎因为以关节疼痛肿胀为主症，在古代归属“湿病”、“白虎历节”、“痹症”、“走注风”。朱丹溪在《格致余论》中特立痛风专篇，认为湿邪是导致痛风发病的病因。《圣济总录》云：“历节风者，由血气衰弱……，悉皆疼痛”，突出了正气不足是导致外邪入侵，从而导致发病的主因。痛风性关节炎，病变部位在关节，病变脏腑与脾、肝、肾密切相关。肾为先天之本、脾为后天之本，先天禀赋不足，后天饮食失调，两者均导致气不足，气不足，无力调节人体水液代谢，上中下三焦功能紊乱，湿邪内生，积聚于关节，导致关节屈伸不利。肝主筋，主束骨而利关节。脾与肝为相克关系，而肾与肝是母子关系，三者关系密切。因此，治疗痛风性关节炎的方法为健脾益肾、舒经活络、祛湿化浊。现代中医治疗以中草药、针灸治疗为主。中草药治疗由于辨证论治各异，其临床疗效不稳定。现有研究显示，口服益气祛湿通络中草药可以明显缓解痛风性关节炎患者的关节疼痛、降低血尿酸，明显提高了生活质量[14]。针灸治疗由于选穴各异，操作手法不同，同时无大样本、多中心研究，治疗方法不统一，因此目前中医治疗仍以口服中草药治疗。现代中医认为本病的证型以气虚湿阻证最为常见，因此本研究选择气虚湿阻型为研究对象。现代中医研究显示，中草药方剂通过调节人体水液代谢从而使尿酸浊毒排除，恢复正常水液代谢可以使痛风石溶解，预防新生尿酸结晶的复发[15]。

消块止痛丹由生晒参、黄芪、防风、姜半夏、羌活、生白术、桂枝、白茯苓、薏苡仁组成。君药为黄芪、薏苡仁，黄芪温分肉，肥腠理功效，归气分；薏苡仁甘淡，微寒。两者寒温并用，共同达到祛湿而不伤正，补气而不助湿。符合痛风性关节炎的气虚湿阻病机。臣药为生晒参、姜半夏、生白术、白茯苓，生晒参可以大补元气，辅助黄芪补益人体周身之气。生白术性温，味甘苦，具有健脾益胃、燥湿利水之功效。白茯苓味淡性平，具有利水化饮、健脾化痰之功效。此四者为四君子汤去掉甘草，加半夏而成。四君

子汤具有补气健脾之功效,以防补气壅滞气机,故去甘草,加姜半夏燥湿化痰、消痞散结。防风、羌活为佐助药,两者味辛性温,具有祛风胜湿、通络止痛、解痉之功效。防风为风药之润剂,祛风胜湿而不伤阴。《本草纲目》云:“羌后、独活,皆能逐风胜湿,透关节,但气有刚劣不同尔”。使药为桂枝,桂枝有温阳通脉的作用,可以引诸药于四肢关节及肌肤腠理。全方共奏益气化湿、通阳除痹、通络止痛之功效。现代研究显示,消块止痛丹可以益气化湿,可以改善痛风性关节炎肿胀疼痛症状^[16]。

炎症因子在痛风性关节炎发病中起着重要作用,炎症因子水平的高低可以反映病情的轻重,观察组在调节血清 TNF- α 、IL-6、IL-8、hs-CRP 水平上优于对照组,是由于本方中加用了防风、羌活、桂枝祛风通络药,现代研究显示防风、羌活、桂枝祛风通络药可以明显降低痛风性关节炎患者的炎症因子水平,同时可以降低血尿酸水平,具有抗炎止痛的作用,在缓解关节肿胀疼痛方面具有明显优势^[17]。综上,消块止痛丹联合西药可以明显改善痛风性关节炎患者的症状及体征、降低尿酸水平。

参考文献

- [1] 潘媛,徐立,时乐,等. 痛风性关节炎的发生与尿酸盐结晶沉积[J]. 安徽医药, 2009, 13(11): 1305-1307.
- [2] 郭赫,倪青. 高尿酸血症与痛风的诊断与中医药治疗策略[J]. 中国临床医生杂志, 2018, 46(11): 1268-1270.
- [3] 卢舒浩,赵婷,张喜召,等. 范永升应用四妙散治疗痛风性关节炎经验举隅[J]. 浙江中医药大学学报, 2017, 41(10): 806-809.
- [4] 杨雪,薛愉,邹和建,等. 慢性痛风的治疗[J]. 上海医药, 2015, 36(11): 7-11.
- [5] 黄文莉,那蕊,高菲,等. 痛风石切除术后患者快速康复影响因素的探讨[J]. 临床医药文献杂志, 2017, 4(23): 4418-4419.
- [6] 沙湖,梁翼,余文景,等. 双合汤加减联合非布司他治疗慢性痛风石性关节炎临床观察[J]. 四川中医, 2019, 37(5): 129-132.
- [7] 杜静. 中医药治疗痛风临床研究概况[J]. 山东中医药大学学报, 2014, 38(2): 174-177.
- [8] 金彩云,谢红艳,谢春光. 痛风中医病机的探讨[J]. 光明中医, 2018, 33(1): 44-46.
- [9] 中华医学会风湿病学分会. 2016 中国痛风诊疗指南[J]. 浙江医学, 2017, 39(21): 1823-1832.
- [10] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 50.
- [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: 115-119.
- [12] 李丹,张剑勇. 痛风现代流行病学及降尿酸药物研究进展[J]. 风湿病与关节炎, 2016, 5(4): 73-76.
- [13] 赖爱云,徐健,陶丽. 非布司他片联合依托考昔治疗痛风性关节炎的效果及对血清炎症因子的影响[J]. 中国医药导报, 2018, 15(9): 101-104.
- [14] 程俊敏,陈丽川,熊源胤. 张荒生教授治疗痛风性关节炎经验[J]. 时珍国医国药, 2017, 28(6): 1471-1472.
- [15] 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, 36(6): 529-535.
- [16] 李满意,娄玉铃. 痛风的源流及历史文献复习[J]. 风湿病与关节炎, 2018, 7(6): 57-62.
- [17] 肖楠,董雨潇,刘佳伟,等. 利用文献研究中医治疗痛风性关节炎的用药特点[J]. 沈阳药科大学学报, 2019, 36(5): 427-432.