

# 中药内服加外敷治疗湿热蕴结型 急性痛风性关节炎临床研究\*

阮诗兰 周胜利\*\*

(合肥市第二人民医院,安徽合肥 230041)

**摘要:**目的 观察自拟痛风宁汤内服加如意金黄散外敷治疗湿热蕴结型急性痛风性关节炎的临床疗效。  
**方法** 将符合纳入标准的湿热蕴结型急性痛风患者按就诊顺序单双号,分为对照组和治疗组各24例。对照组口服塞来昔布,治疗组在其基础上,予以自拟痛风宁汤内服加如意金黄散外敷,两组疗程均为7天;治疗结束后观察两组临床疗效、中医证候积分、疼痛评分和实验室指标等情况。**结果** 治疗组总有效率为95.83%,对照组总有效率为75.00%,治疗组疗效明显优于对照组( $P < 0.05$ );疗程结束后,两组患者的中医证候积分、疼痛视觉评分(VAS评分)、血沉(ESR)、C反应蛋白(CRP)水平均较治疗前明显下降( $P < 0.05$ ),且治疗组优于对照组( $P < 0.05$ );且治疗组能有效降低患者血清尿酸(UA)水平;治疗结束后,两组患者均未出现肝肾功能改变。**结论** 自拟痛风宁汤内服加如意金黄散外敷,能有效降低湿热蕴结型急性痛风性关节炎患者炎症指标,有很好的临床疗效,且安全性好,值得推广。

**关键词:** 痛风宁汤;如意金黄散;湿热蕴结型;急性痛风性关节炎

**中图分类号:** R589.7

**文献标识码:** A

**文章编号:** 2096-1340(2022)04-0109-04

**DOI:** 10.13424/j.cnki.jsctcm.2022.04.024

痛风,又名单钠尿酸盐痛风,属于代谢性风湿病,其发病机制为嘌呤代谢异常和(或)尿酸排泄障碍导致尿酸盐结晶沉积于四肢骨关节、肾脏、皮下、耳廓等部位,从而诱发急、慢性炎症并造成机体组织损伤<sup>[1]</sup>。近年来痛风的发病率呈逐年上升且发病有年轻化趋势,主要的原因是人们经济水平的提高和生活作息的改变<sup>[2]</sup>。痛风反复多年发作的患者可出现小关节的破坏,并发肾脏病变,同时高脂血症、2型糖尿病、肥胖等其他代谢综合征以及心脑血管疾病如动脉硬化及冠心病等也常伴发,且高尿酸血症还是2型糖尿病、高血压、冠心病的独立危险因素<sup>[3]</sup>。路杰,崔凌凌等研究发现,在西医常规治疗基础上联合中医药特色治疗痛风,能起到增效减毒的作用<sup>[4]</sup>。笔者采用塞来昔布联合中药内服加外敷治疗湿热蕴结型急性痛风,取得了较好的临床疗效,特报道如下,以期为中西医结合治疗急性痛风性关节炎提供一定的治疗思路与研究基础。

## 1 资料与方法

**1.1 患者资料** 将2018年4月—2020年12月于我科住院治疗的48例湿热蕴结型急性痛风性关节炎患者,按照就诊顺序随机分为治疗组和对照组各24例。治疗组年龄26~84岁,平均(56.54±17.83)岁;男性20例、女性4例;病程3个月~20年,平均(6.84±5.13)年。对照组年龄24~84岁,平均(62.67±15.15)岁;男性19例、女性5例;病程5个月~19年,平均(6.67±4.65)年。两组患者的一般病例资料比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。该研究方案已通过我院医学伦理委员会审核,全部患者均签署了知情同意书。

## 1.2 诊断标准

**1.2.1 西医诊断标准** 参考第八版《内科学》中美国风湿病协会标准拟定<sup>[5]</sup>:具备以下12项(临床、实验室、X线表现)中6项即可诊断:①急性关节炎发作>1次;②炎症反应在1天内达高峰;③

\* 基金项目:合肥市“十四五”中医专项[合卫中医(2021)167]

\*\* 通讯作者:周胜利,主任医师。E-mail:viczhou003@126.com

单关节炎发作;④可见关节发红;⑤第一跖趾关节疼痛或肿胀;⑥单侧第一跖趾关节受累;⑦单侧跗骨关节受累;⑧可疑痛风石;⑨高尿酸血症;⑩不对称关节内肿胀(X线证实);⑪无骨侵蚀的骨皮质下囊肿(X线证实);⑫关节炎发作时关节液微生物培养阴性。

**1.2.2 中医证候标准** 参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[6]</sup>、中医病证诊断疗效标准<sup>[7]</sup>拟定。湿热蕴结型急性痛风辩证分型标准:主要症状:四肢小关节突发急性红肿痛,拒按,触诊时患处皮肤灼热、得凉则舒,关节功能活动受限;次要症状:身热、口渴、喜饮水,四肢困重,大便溏而不爽,小便黄赤;舌红苔黄腻,脉滑数。

**1.2.3 纳入标准** 首先符合中西医诊断标准;发病前一月未服用过降尿酸药物治疗;年龄在18周岁到84周岁之间;且同意签署知情同意书的患者。

**1.2.4 排除标准** 治疗过程中出现疼痛加剧且无法耐受疼痛的;合并严重心、脑血管、肝、肾、及血液系统等原发性疾病患者;有精神病患者;妊娠期或哺乳期妇女、过敏体质及对本治疗方案用药物过敏者。患有乙肝、丙肝、结核等传染病。依从性差的患者。

**1.2.5 脱落标准** 研究过程中出现严重不良事件者或出现疼痛加剧且无法耐受疼痛的患者。

### 1.3 治疗方法

**1.3.1 常规治疗** 清淡饮食,控制总热量摄入;限制饮酒和高嘌呤食物(如心、肝、肾等)的大量摄入;多喝水增加尿酸的排泄;慎用影响尿酸代谢的药物如噻嗪类、阿司匹林等;避免各种诱发因素和积极治疗相关疾病的<sup>[5]</sup>。

**1.3.2 对照组** 常规口服塞来昔布胶囊(国药准字:J20120063,商品名:西乐葆,辉瑞制药有限公司生产),200 mg 一天2次,饭后服用,连续服用7天。塞来昔布是选择性环氧酶-2(COX-2)抑制剂,安全性较高,临床适应症广,不良反应少。

**1.3.3 治疗组** 在对照组治疗基础上,加用自拟痛风宁汤内服,药物组成:生石膏40 g(先煎半小时),桂枝18 g,知母18 g,山药20 g,苍术15 g,牛膝15 g,黄柏15 g,薏苡仁15 g,炙甘草6 g,每日一剂,分两次服用(中药汤剂由我院煎药室统一配药

代煎),连续服用7天。加外敷如意金黄散(江苏七0七天然制药有限公司生产,国药准字:Z32020732)。如意金黄散按白醋:蜂蜜:金黄散1:1:2调制为糊状,外敷于患处后予一次性医用药棉包裹,每次敷6~8小时(注意观察服药部位有无不良反应),每天换药1次,连续治疗7天。

### 1.4 观察指标

**1.4.1 治疗前后中医证候积分** 参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[6]</sup>和《中医病证诊断疗效标准》<sup>[7]</sup>,按照分级量化评分表,轻度、中度、重度分别计1、2、3分,在治疗前和治疗后进行评分。

**1.4.2 治疗前后关节疼痛积分** 采用VAS测试,其中0分为完全无痛,1~3分为轻度疼痛,4~6分为中度疼痛,7~9分为重度疼痛,10分为剧痛。

**1.4.3 治疗前后实验室指标** 抽血检测患者ESR、CRP、UA等实验室指标。

**1.4.4 安全性观察指标** 观察治疗前后两组患者的血常规、肝功能、肾功能,并记录其他不良事件。

**1.5 疗效判定标准** 参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[7]</sup>进行。临床痊愈:症状体征基本消失,中医证候积分减少>95%;显效症:状体征明显改善,中医证候积分减少71%~95%;有效:症状体征有所改善,中医证候积分减少31%~70%;无效:症状体征未见改善或加重,中医证候积分减少≤30%。总有效率=临床痊愈例数+显效例数+有效例数/总例数×100%。

**1.6 统计学方法** 采用SPSS22.0统计软件进行统计学分析,计量资料采用均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,计数资料用频数( $f$ )、百分率( $P$ )表示,因两组病例总数均小于40,故两组临床疗效的比较采用Fisher确切概率法检验,等级资料组间比较采用秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组患者临床疗效的比较** 治疗组总有效率明显优于对照组,经Fisher卡方检验( $P = 0.47 < 0.05$ )差异有统计学意义。见表1。

**2.2 两组患者治疗前后证候积分的比较** 治疗后两组患者中医证候评分较治疗前均有下降,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );组间比较,治疗组优

于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 1 临床疗效比较 [ $n(\%)$ ]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	24	5(20.83)	11(45.83)	7(29.17)	1(4.17)	23(95.83)
对照组	24	3(12.50)	4(16.67)	11(45.83)	6(25.00)	18(75.00)

表 2 治疗前后中医证候积分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	24	19.28 ± 4.36	5.86 ± 2.14
对照组	24	19.73 ± 3.92	9.58 ± 3.42

**2.3 两组治疗前后 VAS 评分的比较** 治疗后,两组患者 VAS 评分均较前下降,差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ );组间比较,治疗组优于对照组 ( $DP < 0.05$ )。见表 3。

表 3 治疗前后 VAS 评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	24	7.61 ± 1.42	1.46 ± 1.23
对照组	24	7.58 ± 1.53	3.02 ± 1.56

**2.4 两组患者治疗前后实验室指标的比较** 治疗后两组患者的 ESR、CRP 水平均较前下降,差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ );组间比较,治疗组在降低患者 ESR、CRP 水平方面优于对照组;治疗后对照组患者的血清 UA 较前有所下降,但差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ),而治疗组患者的血清 UA 较前明显下降 ( $P < 0.05$ )。见表 4。

表 4 治疗前后实验室指标比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	ESR( $\text{mm} \cdot \text{h}^{-1}$ )	CRP( $\text{mg} \cdot \text{L}^{-1}$ )	UA( $\mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$ )
治疗组	治疗前	51.53 ± 11.78	47.29 ± 11.53	552.35 ± 46.87
	治疗后	22.13 ± 9.25	12.67 ± 5.96	407.34 ± 56.49
对照组	治疗前	50.47 ± 12.63	45.89 ± 12.78	547.67 ± 50.72
	治疗后	27.86 ± 13.25	20.02 ± 15.65	520.67 ± 62.65

**2.5 安全性评价** 疗程结束后,两组患者均未发生明显不良反应事件;治疗前后,两组患者肝肾功能未见明显改变。

### 3 讨论

目前现代医学对于痛风性关节炎急性发作期的治疗主要有非甾体抗炎药、秋水仙碱、糖皮质激素等,严重时对于残毁关节行手术治疗,但这些治疗都有一定的局限性,使得患者的依从性和耐受性受到了一定的限制。在临床实践中,笔者发现

祖国医学可以作为治疗痛风性关节炎很好的补充。祖国医学对于痛风的记载最早可追溯到汉代。比如:医圣张仲景《金匱要略》记载“历节”之名,又名“白虎历节”“白虎风”。王焘的《外台秘要》述其症状痛如虎啮,昼静夜发,发即痛入骨髓,故名曰“白虎之病”,此与痛风性关节炎急性发作期的临床症状如出一辙;元代著名医家朱震亨首次明确提出“痛风”病名,并创立治疗痛风的著名方剂“痛风方”;后世医家在前人基础上也多有自己的用药发挥。笔者临证时采用中药内服加外敷治疗湿热蕴结型急性发作期痛风患者,临床疗效满意,其功效分析如下。

自拟痛风宁汤是由白虎桂枝汤合四妙散去粳米为山药而成,方中重用辛甘大寒之生石膏为君药,功善清解,透热出表;知母性苦寒为臣药,清热滋阴润燥,既能助石膏清热泻火解毒,又能滋阴润燥热,清热不伤阴;山药健脾生津、护中和胃,可防石膏、知母大寒伤中。桂枝辛散发表、解肌通络,可资石膏、知母通达四肢,增强药性;还可反佐石膏、知母之大寒,有取其用而去其性之功;苍术味辛苦性温,具有燥胃强脾、发汗除湿之功效;黄柏味苦性寒,有清热燥湿、泻火解毒之功效,治疗下焦湿热证力专。薏苡仁味甘淡性微寒,有健脾渗湿以除挛痹,且入胃经以祛湿热而活筋络;牛膝味苦、甘、酸、性平,具有入肝经可活血通经、入肾经强健筋骨功效,还可引药下行,增强药性;炙甘草可助山药和中护胃兼调和诸药。现代药理学研究发现:生石膏的主要有效成分为  $\text{CaSO}_4 \cdot 2\text{H}_2\text{O}$ ,有解热抗炎的功效<sup>[8]</sup>;知母不仅具有免疫调节抑制还有解热止痛、抗炎等作用<sup>[9]</sup>;石膏退热虽快,但作用强度较弱且作用时间短暂,知母退热虽缓但作用较强而持久,两药合用,退热效果效果显著<sup>[10]</sup>;桂枝挥发油中含有桂皮醛、桂皮酸有效成分,可抑制 NLRP<sub>3</sub> 炎症小体并激活和发挥抗炎作用<sup>[11]</sup>;山药现代药理作用十分广泛,具有免疫调节、抗肿瘤、抗细胞氧化、抗细胞衰老、调控血糖等作用<sup>[12]</sup>;苍术的主要有效活性成分为苍术多糖,可增强机体免疫和抗炎作用<sup>[13]</sup>;盐制黄柏可有效降低高尿酸血症小鼠血尿酸水平,具有抗痛风的作用<sup>[14]</sup>;现代药理研究发现薏苡仁中含有的有效成

分薏苡素,可抑制 PG<sub>2</sub>、过氧化物及炎性因子的合成,有解热、镇痛、抗炎、镇静的作用<sup>[15]</sup>。

如意金黄散出自明·陈实功《外科正宗》卷一,又称神效金黄散,后世称之为“疮家良便方”,方中君药为大黄和黄柏,大黄可清火泄热、活血消肿,黄柏清热燥湿、解毒消肿。臣药为姜黄、白芷、天花粉,姜黄行气活血止痛,白芷消湿化痛,消肿排脓,天花粉排脓消肿。佐以陈皮、厚朴、苍术燥湿行气化痰,天南星燥湿化痰、散结止痛,使药甘草解毒、缓急止痛、调和诸药。诸药合用,共奏清火消肿、散瘀止痛之功效。现代药理研究证实,如意金黄散有增强巨噬细胞功能,抑制金黄色葡萄球菌、大肠杆菌、绿脓杆菌,提高血清溶菌酶含量,控制炎症范围等作用<sup>[16-18]</sup>。

综上所述,自拟痛风宁汤内服可清热健脾利湿、活血通络止痛,有内清外透之功效,如意黄金散蜜调后敷患处可清热解毒,消肿止痛。二者合用起到内清湿热化瘀解毒,外透病邪,对抑制急性痛风性关节炎的炎症反应有较好疗效。

#### 参考文献

- [1] Anthony S. Fauci, Carol A. Langford. 哈里森风湿病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2009:215-218.
- [2] 李志军. 痛风及高尿酸血症的诊断与治疗[J]. 中华全科医学,2020,1(1):5-6.
- [3] 中华医学会风湿病学分会,中国医学科学院北京协和医学院北京协和医院风湿免疫科,GRADE 中国中心/兰州大学循证医学中心. 2016 中国痛风诊疗指南[J]. 浙江医学,2017,39(21):1823-1832.
- [4] 路杰,崔凌凌,李长贵. 原发性痛风流行病学研究进展[J]. 中华内科杂志,2015,54(3):244-247.
- [5] 葛俊波,徐永健. 内科学[M]. 8 版. 北京:人民卫生出版

社,2013:857.

- [6] 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.
- [7] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:31-32.
- [8] 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]. 陕西中医学院报,2012,35(5):74-76.
- [9] 雷霞,董文婷,笔雪艳,等. 知母各化学拆分组分的抗炎及免疫调节活性[J]. 中药材,2015,38(9):1904-1907.
- [10] 邓中甲. 方剂学[M]. 北京:中国中医药出版,2003:94.
- [11] 徐锋. 基于 NLRP3 炎症小体通路桂枝抗炎有效部位抗炎作用机制研究[D]. 成都:成都中医药大学,2017.
- [12] 邵礼梅,许世伟. 山药化学成分及现代药理研究进展[J]. 中医药学报,2017,4(45):125-127.
- [13] 张明发,沈雅琴. 苍术抗炎、抗肿瘤和免疫调节作用的研究进展[J]. 药物评价研究,2016,39(10):885-889.
- [14] 张雅男. 清热化湿降浊法治疗高尿酸血症的临床疗效观察[D]. 石家庄:河北北方学院,2021.
- [15] 杨澄,朱继孝,王颖,等. 盐制对黄柏抗痛风作用的影响[J]. 中国中药杂志,2005,30(2):145.
- [16] 张明发,沈雅琴. 薏苡仁药理研究进展[J]. 上海医药,2007,28(8):360-363.
- [17] 张远哲,沈涛,朱晓燕,等. 如意金黄散对阳证疮疡大鼠局部皮肤 TNF- $\alpha$  及 IL-1, IL-8 的影响研[J]. 时珍国医国药,2016,27(7):1564-1566.
- [18] 张远哲,朱晓燕,黎豫川. 如意金黄散对阳证疮疡大鼠疗效及 INF- $\gamma$  表达的影[J]. 中华中医药杂志,2017,32(3):1280-1282.

(修回日期:2021-09-05 编辑:蒲瑞生)