

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2024.05.008

# 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

王安秀 杨耀鹏<sup>△</sup> 申晓红 靳小龙 周红坚

昆明医科大学第六附属医院老年医学科,云南玉溪 653100

**摘要** **目的** 观察自制中药热奄包治疗老年湿热蕴结型急性痛风性关节炎的临床疗效。**方法** 选择 102 例老年急性痛风性关节炎患者,按照随机数字表法将其分为对照组和观察组,每组 51 例。对照组给予双氯芬酸钠缓释片口服,观察组在对照组基础上采用自制中药热奄包治疗,2 组均治疗 1 周。比较 2 组临床总有效率、治疗前后血尿酸、血沉及疼痛数字评价量表(numerical rating scale,NRS)评分变化。**结果** 治疗后,观察组临床总有效率为 96.08%,明显高于对照组的 72.55%( $P < 0.05$ )。2 组血尿酸、血沉水平及 NRS 评分均低于治疗前( $P$  均  $< 0.05$ ),且治疗组上述指标均低于对照组( $P$  均  $< 0.05$ )。**结论** 应用自制中药热奄包治疗老年湿热蕴结型急性痛风性关节炎能有效改善患者关节疼痛、活动受限等症状,并降低血尿酸、血沉水平,提高临床有效率,值得推广应用。

**关键词** 中药热奄包;急性痛风性关节炎;湿热蕴结;老年人

**中图分类号** R259 **文献标志码** A

急性痛风性关节炎(acute gouty arthritis,AGA)系嘌呤代谢紊乱或尿酸排泄障碍引起尿酸钠盐在关节及关节周围组织以结晶式沉积而导致的急性炎症反应<sup>[1]</sup>。通常表现为局部关节及周围软组织的疼痛、肿胀、发热,同时还会伴有关节活动受限等症状,严重影响患者日常生活活动能力,给患者造成巨大的身心痛苦。目前 AGA 的西医治疗方法主要是应用非甾体类药物和降尿酸药物,存在副作用较大且复发率高的问题。老年患者基础疾病较多,通常几种疾病同时存在,口服用药种类不宜过多,因此探索方便实用、安全有效的治疗方法逐渐成为当前研究的热点。中医药治疗痛风具有悠久的历史,并积累了丰富的经验。中医学认为,痛风属于“痹证”范畴。其病机为人体正气不足,脏腑功能失调,以致湿、热、痰、瘀等病理产物聚于体内,留滞经络;又因外邪侵袭,饮食劳倦,房室不节,内外合邪,气血凝结不通所致<sup>[2]</sup>。中药外敷是中医治疗痛风的特色疗法,其通过局部给药,使药物直接作用于病变部位,发挥清热解毒、消肿止痛的作用。笔者应用自制中药热奄包治疗老年 AGA 取得良好疗效,现将结果报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2023 年 1 月—12 月本院收治的、符合纳入标准的老年 AGA 患者 102 例作为研究对象。根据随机数字表法将患者分为对照组和观察组,每组 51 例。对照组男 21 例,女 30 例;平均年龄(75.39±6.50)岁。观察组男 27 例,女 24 例;平均年龄(75.20±6.47)岁。2 组患者一般资料比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 诊断标准

西医诊断依据《2015 年美国风湿病学会/欧洲抗风湿联盟痛风分类标准》<sup>[3]</sup>;中医诊断依据《中医病证诊断疗效标准》<sup>[4]</sup>。

### 1.3 纳入与排除标准

纳入标准:①同时满足 AGA 西医、中医诊断标准及辨证为湿热蕴结型;②年龄≥65 岁;③无沟通障碍,理解并自愿签署知情同意书。

排除标准:①骨关节恶性肿瘤者;②对本研究所用药物过敏者;③危重症患者。

### 1.4 治疗方法

2 组患者均在入院当天做好宣教,要求患者低嘌呤饮食,每日饮水>2000 mL,抬高患肢,关节制动。对照组给予双氯芬酸钠缓释片(国药集团致君深圳坪山制药有限公司,国药准字 H10970209)口服,100

<sup>△</sup>通信作者,Corresponding author,E-mail:952308349@qq.com

mg/次,1 次/d。观察组在对照组基础上给予自制中药热奄包治疗,热奄包组方如下:鸡血藤、桑寄生、防风、海风藤、伸筋草、当归、桂枝、黄柏、怀牛藤、木瓜、苏木各 15 g,熟地黄 30 g。先将上述中药打成粉末,用中药热敷布袋装好,绑带扎紧袋口,每包重 195 g,水沸腾后上锅蒸 25~30 min,待热奄包温度冷却至 45~50℃,在患肢涌泉穴上下移动,防止皮肤被烫伤,待温度下降至温热时,采用绑带固定热敷,直至热奄包没有热力为止。2 次/d,30 min/次。2 组治疗周期均为 1 周。

### 1.5 观察指标与疗效评价标准

疼痛数字评价量表(numerical rating scale,NRS)评分:NRS 评分是视觉模拟评分的分段数字版本,信度、效度都较高<sup>[5]</sup>。其线段上均匀分布 0~10 的刻度,0 代表无痛,10 代表剧痛,患者在线段上圈出相对应的数字以表达其感受到疼痛的强度即为评分。1~3 分为轻度疼痛,4~6 分为中度疼痛,7~9 分为重度疼痛,得分越高代表疼痛感越强烈。

实验室指标:观察 2 组治疗前后血尿酸及血沉改善情况。患者在治疗前和治疗 1 周后分别进行静脉血液采集,送至检验科进行检测。检测方法:血尿酸检测使用自动化学分析仪,样本中的尿酸通过化学反应转换成可测定的信号,如光度变化或电信号,从而计算出血尿酸的浓度。血沉检测使用魏氏法(Westergren 法)进行测量,即通过观察红细胞在一定时间内沉降的速度来评估炎症反应程度。

临床疗效评价:参考文献[6]进行疗效评价,治愈:关节功能恢复正常,疼痛感和肿胀感消失,血尿酸

水平<380 μmol/L,血沉值降至正常水平;显效:关节功能基本恢复,疼痛感和肿胀感基本消失,血尿酸水平<416 μmol/L,血沉值恢复至正常水平;有效:关节功能有所改善,疼痛感和肿胀感明显减轻,血尿酸水平、血沉值等实验室检查有所改善;无效:患者临床症状无改善。临床总有效率=[(治愈+显效+有效)例数/总例数]×100%。

### 1.6 统计学方法

采用 SPSS 21.0 软件进行统计分析,服从正态分布的计量资料以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,组内比较采用配对  $t$  检验,组间比较采用独立样本  $t$  检验;计数资料以例数和百分比(%)表示,采用  $\chi^2$  检验;以  $P < 0.05$  表示差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 2 组临床总有效率比较

治疗后,观察组总有效率为 96.08%,对照组总有效率为 72.55%,观察组临床总有效率明显高于对照组( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 2 组患者临床总有效率比较( $n=51$ ,例,%)

| 组别  | 治愈 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率                   |
|-----|----|----|----|----|------------------------|
| 对照组 | 16 | 14 | 7  | 14 | 37(72.55)              |
| 观察组 | 28 | 15 | 6  | 2  | 49(96.08) <sup>△</sup> |

与对照组比较<sup>△</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.2 2 组治疗前后血尿酸、血沉以及 NRS 评分比较

治疗后,2 组血尿酸、血沉水平及 NRS 评分均较前降低( $P$  均 $< 0.05$ ),且观察组上述指标均低于对照组( $P$  均 $< 0.05$ )。见表 2。

表 2 2 组患者治疗前后血尿酸、血沉以及 NRS 评分比较( $n=51$ , $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 时间  | 血尿酸(μmol/L)                | 血沉(mm/h)                  | NRS 评分(分)               |
|-----|-----|----------------------------|---------------------------|-------------------------|
| 对照组 | 治疗前 | 522.78±62.60               | 44.35±10.79               | 5.78±1.58               |
|     | 治疗后 | 402.51±121.37*             | 20.96±10.45*              | 2.90±1.17*              |
| 观察组 | 治疗前 | 546.06±56.27               | 50.49±12.38               | 5.88±1.48               |
|     | 治疗后 | 340.45±97.05* <sup>△</sup> | 16.04±11.82* <sup>△</sup> | 2.22±1.00* <sup>△</sup> |

与治疗前比较\* $P < 0.05$ ;与对照组比较<sup>△</sup> $P < 0.05$ 。

## 3 讨论

我国的痛风患病率为 0.03%~10.47%,存在明显的地域和性别差异<sup>[7]</sup>,且患病率的增长和年龄增加呈正相关;其中云南省勐海县布朗族人患病率高达 9.39%<sup>[8]</sup>。根据《中医病证诊断疗效标准》<sup>[4]</sup>,痛风可分为 4 种证型,分别为湿热蕴结型、痰浊阻滞型、瘀热阻滞型和肝肾阴虚型。中医认为痛风发病是因正气不足又外感风寒湿邪,本为肾虚,标为湿毒瘀滞,其

治疗应以祛除邪气为主,应采用清热燥湿、泄浊解毒、通络止痛、活血化瘀等疗法。

有研究显示,AGA 以湿热蕴结型最为常见<sup>[9]</sup>,主要与肝脾相关,脾胃失司,内生湿热,导致脾气失运,湿、痰留于体内,闭滞不畅。中医药治疗湿热蕴结型痛风有独特的优势,中药内服或外敷、针刺、中药熏蒸等方法均具有良好的临床效果。本研究采用中药热奄包疗法,利用热效应实现中药有效成分的吸收,并通过经络、腧穴的特殊性和药物的理化作用,使药效

较长时间地停留在相应的腧穴而发挥疗效。此外,中药热奄包利用热力促进皮肤吸收中药药效成分,并以经脉、血络为通道,从而达到调节机体免疫系统功能的效果。本研究自制中药热奄包组方中鸡血藤、桑寄生、海风藤、伸筋草、苏木具有祛风散寒、补血活血、除湿通络、止痹痛等功效;当归、熟地黄为补血活血的经典用药<sup>[10-11]</sup>;桂枝、防风可发汗解肌,祛风解表,温通经脉<sup>[12]</sup>;黄柏具有抗炎、镇痛、降尿酸、抗痛风等多种药理活性<sup>[13]</sup>,可改善血液循环;怀牛膝活血化瘀、引药下行,具有消肿止痛的作用及补肝肾、强筋骨的功效<sup>[14]</sup>。该组方中药成分吸收入体内,可刺激相应经络,渗透全身筋骨,发挥活血化瘀、消肿止痛、舒筋活络的功效。本研究结果显示,治疗后观察组总有效率为 96.08%,明显高于对照组的 72.55%;且治疗后,观察组血尿酸、血沉及 NRS 评分均低于对照组;与既往研究结果相似<sup>[15]</sup>。

综上所述,自制中药热奄包治疗老年湿热蕴结型 AGA 可有效改善患者关节疼痛症状,有效降低血尿酸、血沉水平,提高治疗效果;其简单易行,副作用小,老年患者较易接受,值得临床推广应用。

参 考 文 献

[1] 贾西,张进安. 痛风治疗新理念——EULAR2016 痛风诊治指南的更新要点和解读[J]. 上海医药, 2018, 39(2): 3-7.

[2] 刘潇铭,高明利. 湿热蕴结型痛风性关节炎因病机及治则探讨[J]. 风湿病与关节炎, 2022, 11(12): 43-45, 57.

[3] 张冰清,盛峰,谷俊杰,等. 《2015 年美国风湿病学会/欧洲抗风湿联盟痛风分类标准》摘译[J]. 中华临床免疫和变态反应杂志, 2015, 9(4): 333-336.

[4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 北京:

中国中医药出版社, 2017: 50.

[5] 严广斌. NRS 疼痛数字评价量表 numerical rating scale [J]. 中华关节外科杂志(电子版), 2014, 8(3): 410.

[6] 黄豪杰,周建华,杨鸿川. 白虎加桂枝汤治疗急性痛风性关节炎患者的疗效观察[J]. 广州中医药大学学报, 2019, 36(4): 495-499.

[7] 杨丽华,刘晓丽,蒋雅琼,等. 我国痛风的患病率及危险因素[J]. 医学研究杂志, 2019, 48(12): 4-6, 10.

[8] 晋松,张娴,郑红梅,等. 云南布朗山地区布朗族人群高尿酸血症及痛风的流行病学调查[J]. 实用医学杂志, 2018, 34(22): 3796-3800.

[9] 李慧乐. 299 例痛风性关节炎患者症状、证候的调查研究及用药疗效的 Meta 分析[D]. 广州: 广州中医药大学, 2019.

[10] 郭双岩,梁旗,吕洁丽,等. 中药当归的药理作用及机制研究进展[J]. 新乡医学院学报, 2023, 40(7): 678-685.

[11] 方云,洪若洋,岳涛,等. 基于网络药理学和分子对接探讨牛膝-熟地黄-当归防治膝骨关节炎的作用机制[J]. 中医临床研究, 2023, 15(31): 1-8.

[12] 谢志忠,洪伟男,刘爱维. 加味桂枝附子汤对急性痛风性关节炎寒湿痹阻型患者的临床疗效[J]. 中国医学创新, 2023, 20(28): 88-91.

[13] 李敏,全云云,王婷,等. 川黄柏及其活性成分治疗痛风病作用研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2024, 30(1): 286-298.

[14] 李学峰,霍艳蕊,尹磊,等. 依托考昔联合祛湿化瘀解毒定痛汤治疗急性痛风性关节炎疗效观察及对炎性因子的影响[J]. 河北医药, 2017, 39(3): 353-357.

[15] 王平,杜敏,李明珠,等. 加味通苓散联合中药热奄包治疗急性痛风性关节炎的疗效及对 NLRP3 炎性体的影响[J]. 中国老年学杂志, 2023, 43(3): 564-568.

(收稿日期: 2024-06-07)

(上接第 322 页)

[11] Cui S, Chen S, Wu Q, et al. A network pharmacology approach to investigate the anti-inflammatory mechanism of effective ingredients from *Salvia miltiorrhiza* [J]. Int Immunopharmacol, 2020, 81: 106040.

[12] 赵永娜,曹利君. 丹参多酚酸对抑郁症大鼠模型的治疗效果及机制研究[J]. 中国临床药理学杂志, 2023, 39(12): 1768-1772.

[13] 李聪,周威. 芍药苷对伴刀豆球蛋白诱导的小鼠急性肝损伤

的保护作用[J]. 中国临床药理学杂志, 2022, 38(5): 427-431.

[14] 袁维,孙克伟,银思涵,等. 芍药苷抑制 TGF- $\beta$ 1 诱导的肝星状细胞活化及自噬[J]. 中西医结合肝病杂志, 2023, 33(4): 332-336.

[15] 陈艳,王桂洁,余青. 当归注射液对肝硬化大鼠门静脉压力及 TGF $\beta$ 1/PI3K 通路的调节作用[J]. 中西医结合肝病杂志, 2022, 32(7): 617-621.

(收稿日期: 2024-06-08)