

Clinical Study on the Treatment of Acute Gouty Arthritis by External Application of Yangtong Fang

Sisi Dai, Kun Liu, Xiuli Fei

Jinshan Branch of Shanghai Sixth People's Hospital, Shanghai
Email: kuailedepingzi@126.com

Received: Apr. 15th, 2020; accepted: May 20th, 2020; published: May 27th, 2020

Abstract

Objective: To observe the clinical effect of external application of Yangtong fang in the treatment of acute gouty arthritis. **Methods:** 69 patients with acute gouty arthritis were randomly divided into treatment group and control group. Both groups were treated with celecoxib 200 mg qd Po as the basic treatment. The treatment group was treated with external application of Yangtong fang at the same time of basic treatment, while the control group was treated with celecoxib 200 mg once a day. After 7 days of treatment, the changes of pain score, TCM syndrome score and laboratory test indexes (UA, ESR, IL-6) were analyzed, and the clinical effect was evaluated. **Results:** After 24 hours of treatment, the degree of pain in the two groups was significantly improved ($P < 0.05$), and the treatment group was better than the control group ($P < 0.05$). After 7 days of treatment, there was no significant difference in UA, ESR, IL-6, TCM syndrome score and pain score between the treatment group and the control group ($P > 0.05$), and there was significant difference before and after treatment in the same group ($P < 0.05$). There was no significant adverse reaction in the treatment group, and there was no significant difference in the control group. Digestive tract symptoms were found in 3 cases. **Conclusion:** Yangtong fang intervention treatment of acute gouty arthritis is more effective, can significantly improve the symptoms of swelling and pain, the safety is also higher.

Keywords

Acute Gouty Arthritis, Yangtong Fang, External Application, Blood Uric Acid, IL-6

阳痛方外敷干预治疗急性痛风性关节炎的临床研究

戴思思, 刘琨, 费秀丽

上海市第六人民医院金山分院, 上海
Email: kuailedepingzi@126.com

收稿日期: 2020年4月15日; 录用日期: 2020年5月20日; 发布日期: 2020年5月27日

摘要

目的: 观察阳痛方外敷干预治疗急性痛风性关节炎的临床疗效。**方法:** 将69例急性痛风性关节炎患者随机分为治疗组和对照组。两组均以塞来昔布胶囊200 mg qd po为基础治疗, 治疗组在基础治疗的同时, 予以发作关节阳痛方外敷, 对照组在基础治疗的同时, 加用塞来昔布胶囊200 mg, 每日一次。治疗7天后分析患者疼痛评分、中医证候积分评分和实验室检测指标(血尿酸、血沉、IL-6)变化, 并评估临床疗效。**结果:** 治疗24小时, 两组疼痛程度均有明显改善($P < 0.05$), 治疗组优于对照组($P < 0.05$), 治疗7天后, 治疗组和对照组在血尿酸、血沉、IL-6、中医证候积分以及疼痛评分方面无显著差异($P > 0.05$), 同组治疗前后对比, 均有显著差异($P < 0.05$), 治疗组无明显不良反应, 对照组有3例出现消化道症状。**结论:** 阳痛方干预治疗急性痛风性关节炎见效更加迅速, 可明显改善关节肿疼症状, 安全性也更高。

关键词

急性痛风性关节炎, 阳痛方, 外敷治疗, 血尿酸, IL-6

Copyright © 2020 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, 是由于体内尿酸水平过高, 尿酸盐结晶沉积在关节, 导致关节损伤的一种疾病, 其急性发作常常以四肢关节红肿热痛为特征, 痛风反复发作, 可导致关节畸形甚至致残, 还可引起肾功能衰竭, 最终发展成尿毒症。根据中华医学会风湿病学分会发布的《2016年中国痛风指南》推荐意见, 痛风急性发作期, 首先使用 NSAIDs 缓解症状(1B), 如双氯芬酸、布洛芬等, 但是, 此类药物的使用, 最常见的副作用就是胃肠道不良事件, 严重时可引起消化道出血, 对于肾功能不全的患者或者一部分老年患者, 还存在加剧肾功能进展的风险, 中药外敷安全性高副作用小, 除皮肤过敏忌用外无太多禁忌[1], 临床常用的有金黄膏、消痛膏、消炎膏等中药制剂, 临床应用广泛[2]且效果优于西药类软膏[3] [4] [5], 笔者采用阳痛方外敷治疗急性痛风性关节炎效果良好, 现报告如下。

2. 临床资料

2.1. 资料与方法

2.1.1. 病例选择

诊断标准: 参照 1977 年美国风湿病学会(ACR)制定的《急性痛风性关节炎诊断标准》。纳入标准: 符合原发性急性痛风性关节炎的诊断标准; 年龄 20~70 岁, 性别不限; 急性起病, 本次发作病程在 48 小时之内; 本次发病以来未服用相关药物者。排除标准: 年龄在 20 岁以下或 70 岁以上以及不符合诊断标准者; 合并急性心脑血管、肝、造血系统等严重原发性疾病及精神病患者; 合并类风湿关节炎、强直性

脊柱炎、系统性红斑狼疮等疾病引起的关节病变者；对本次研究用药过敏者。

2.1.2. 临床资料

选取符合纳入标准的 2018 年 01 月至 2018 年 12 月就诊于上海市金山区中心医院肾内科门诊及住院患者 69 例，按随机数字表法分为治疗组、对照组，2 组患者性别、年龄、病程、临床症状等比较，无统计学差异($P > 0.05$)，见表 1。

Table 1. General information of two groups of patients

表 1. 两组患者一般资料

组别	<i>n</i>	男	年龄(岁)	病程(年)	VAS 评分
治疗组	35	31	58.7 ± 15.0	4.0 ± 5.2	6.5 ± 0.8
对照组	34	30	58.7 ± 16.7	5.3 ± 5.8	6.7 ± 0.9

2.1.3. 治疗方法

两组患者均予以基础治疗：卧床休息，抬高患肢，避免过度劳累、紧张、受凉、受湿及关节损伤等诱发因素；食谱：低嘌呤饮食，禁止饮酒、肉汤、动物内脏、骨髓、海味、鱼虾、肉类，建议米饭、蔬菜、水果、牛奶、鸡蛋，避免饱餐，避免大量进食黄豆类食品；多喝水，保持每日尿量在 1500 ml 以上；禁用影响尿酸排泄及增加尿酸重吸收药物，如噻嗪类、汞剂、青霉素、维生素 B1 及 B12 等。

治疗组及对照组均在《2016 年中国痛风指南》推荐意见的参考下，给予塞来昔布胶囊塞来昔布胶囊 200 mg qd po 的基础治疗，治疗组在基础治疗的同时，予以发作关节阳痛方(大黄 40 g、姜黄 40 g、黄柏 40 g、白芨 30 g、青黛 20 g、白芷 20 g、饴糖适量等)外敷，每日一次，每次 4 小时，对照组在基础治疗的同时，再加用塞来昔布胶囊 200 mg qd po 治疗。观察 7 天。

2.1.4. 观察指标

以治疗前、治疗 24 小时及治疗后作为观察点，采用视觉模拟评分法(基本的方法是使用一条长约 10 cm 的游动标尺，一面标有 10 个刻度，两端分别为“0”分端和“10”分端，0 分表示无痛，10 分代表难以忍受的最剧烈的疼痛)评价患者疼痛程度，监测治疗前及治疗后血沉、血尿酸及 IL-6 水平，同时记录患者治疗过程中所出现的不良反应，以消化道症状(恶心、呕吐、胃脘疼痛等)为主。

2.1.5. 疗效评价标准

治愈：症状完全消失，关节功能恢复正常；显效：主要症状消失，关节功能基本恢复；有效：主要症状基本消失，主要关节功能有所改善；无效：与治疗前比较，各方面均无改善。(参照《中药新药临床研究指导原则》中中药新药治疗类风湿性关节炎临床研究指导原则疗效评价标准制定[6])。

2.1.6. 统计方法

采用 SPSS 25.0 统计软件进行数据统计。计量资料符合正态分布的采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示，两组均数的比较采用成组 *t* 检验；计量资料采用频数描述，采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3. 结果

3.1. 治疗过程中两组患者疼痛程度比较

治疗前两组患者 VAS 评分无统计学差异($P > 0.05$)，两组患者治疗 24 小时后，均有明显改善($P < 0.05$)，治疗组优于对照组($P < 0.05$)，两组患者治疗后均有明显改善($P < 0.05$)，但组间无明显差异($P > 0.05$)，见表 2。

Table 2. Comparison of pain score during treatment in two groups**表 2.** 两组治疗过程中疼痛评分比较

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗 24 小时	治疗后
治疗组	35	6.5 ± 0.8	3.4 ± 0.6	1.8 ± 1.4
对照组	34	6.7 ± 0.9	4.6 ± 1.2	1.1 ± 1.1

3.2. 治疗前后两组患者血清主要指标比较

治疗前两组患者血沉、血尿酸及 IL-6 水平比较均无统计学差异($P > 0.05$), 治疗后血沉、血尿酸及 IL-6 水平均有所下降($P < 0.05$), 组间相比无明显差异($P > 0.05$), 见表 3。

Table 3. Comparison of main indexes of serum before and after treatment in two groups**表 3.** 治疗前后两组患者血清主要指标比较

组别	<i>n</i>	ESR (mm/h)		IL-6 (ng/L)		血 UA (mmol/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	35	29.0 ± 1.4	15.5 ± 1.3	69.8 ± 7.5	70.9 ± 12.5	468.8 ± 91.6	378.5 ± 111.9
对照组	34	28.3 ± 1.4	16.0 ± 1.4	52.6 ± 4.8	57.5 ± 7.7	453.2 ± 110.1	365.0 ± 120.4

3.3. 不良反应

治疗过程中, 治疗组无恶心呕吐、腹痛腹泻等不良反应发生, 但对照组有 3 例出现食欲不振, 2 例在治疗 3 天后出现上腹部隐痛, 影响进食。

3.4. 治疗后两组总疗效比较

治疗 7 天后, 治疗组治愈 5 例, 显效 21 例, 有效 2 例, 无效 0 例, 对照组治愈 9 例, 显效 23 例, 有效 2 例, 无效 0 例, $P = 0.719$, 两组比较临床疗效无明显差异。

4. 讨论

痛风, 是嘌呤代谢紊乱和(或)尿酸排泄障碍所致的一组异质性疾病, 高尿酸血症是疾病发生的关键因素, 往往伴随反复发作的急性痛风性关节炎, 后期出现痛风石、关节畸形, 甚至伴有尿酸性肾结石。痛风的西医诊疗非常规范, 根据中华医学会风湿病学分会发布的《2016 年中国痛风指南》推荐意见, 急性发作时以秋水仙碱、NSAIDs 和糖皮质激素消炎止痛为主, 毒副作用大, 对老年患者及有消化系统疾病、肾功能不全患者均有不同程度的限制。

中医对痛风的认识和诊疗具有悠久的历史和丰富的经验, 《灵枢》最早出现“痛风”症状的描述: “贼风邪气伤人也, 有所伤于湿气, 藏于血脉之间, 分肉之间, 久留而不去。”此后, 痛风大多归于“痹症”、“热痹”、“历节”、“风湿”范畴, 元代医家朱丹溪在其论著《格致余论》中提出: “彼痛风者, 大率因血受热, 已自沸腾, 其后或涉冷水, 或立湿地, 或扇取凉, 或卧当风, 寒凉外搏, 热血得寒, 汗浊凝涩, 所以作痛, 夜则痛甚, 行于阴也。”“痛风”一词正式成为疾病名称。

纵观中医痛风发展历程, 其“痛风”病名, 并不能完全等同于西医的痛风性关节炎, 但是, 痛风性关节炎急性发作期, 以“红、肿、热、痛”为典型特征, 一派热象, 非常符合中医湿热蕴结证型的辨证分型。阳痛方为我科自拟方, 由大黄、姜黄、黄柏、青黛、饴糖等药物组成, 其中大黄、黄柏清热解毒, 片姜黄辛温通散, 擅消痈肿, 青黛清热解毒凉血, 饴糖缓急止痛, 诸药研粉合用, 故能迅速缓解疼痛, 改善症状。

急性痛风性关节炎症状典型，中医辨证分型相对单一，西医治疗手段有限，以口服药物迅速消炎止痛为主，运用中医传统的外敷治法，以清热解毒、活血消肿止痛药物局部外敷，体现出了临床疗效以及安全性方面的优势，值得临床进一步推广运用。

参考文献

- [1] 李俊毅, 孔赏, 马虎升, 等. 中医外治法治疗痛风性关节炎的研究进展[J]. 中国中医急症, 2020, 29(1): 182-184, 188.
- [2] 周蜜, 王一飞, 周茹, 等. 系列痛风颗粒联合金黄膏分期治疗痛风性关节炎疗效观察[J]. 中国中西医结合杂志, 2013, 33(12): 1603-1607.
- [3] 王从榕, 徐晋. 消痛膏外敷治疗湿热蕴结型痛风性关节炎临床疗效[J]. 山东中医杂志, 2018, 37(5): 375-377, 384.
- [4] 杨仲, 潘永雄, 潘锰. 消炎膏外敷结合四妙散加味内服治疗痛风性关节炎[J]. 现代中西医结合杂志, 2013, 22(16): 1742-1743.
- [5] 史佳, 陈思环, 唐南淋. 宣痹汤联合消炎散外敷治疗急性痛风性关节炎 30 例疗效观察[J]. 海南医学, 2013, 24(13): 1972-1973.
- [6] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 第 2 辑. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 179-183.