

# 痛风颗粒联合针灸-负压吸入辅助外治法治疗急性痛风性关节炎的临床研究

倪辉

广西桂林市第三人民医院

DOI:10.32629/ffcr.v3i8.18421

**[摘要]** 目的：探究痛风颗粒联合针灸-负压吸入外治法治疗急性痛风性关节炎 (AGA) 的临床价值。方法纳入 2023 年 9 月—2025 年 10 月我院 80 例 AGA 确诊患者，以随机数字表法完成 1:1 分组，观察组与对照组各 40 例。对照组行依托非布司他联合碳酸氢钠片常规治疗，观察组采用上述优化痛风颗粒口服+针灸-负压吸入协同方案。对比两组治疗前后关节症状相关指标、尿酸及炎症因子水平，统计临床总有效率。结果观察组治疗后不同时间点关节症状改善均优于对照组，且随治疗推进改善更显著；尿酸及炎症因子水平下调效果更优，临床总有效率更高，组间差异均有统计学意义。结论该中西医协同方案能快速缓解 AGA 症状、改善关节功能，调控尿酸代谢与炎症反应，疗效确切且安全性佳。

**[关键词]** 急性痛风性关节炎；痛风颗粒；针灸；负压吸入

中图分类号：R589.7 文献标识码：A

Clinical Study on the Treatment of Acute Gouty Arthritis with Tongfeng Granules Combined with Acupuncture – Negative Pressure Inhalation as an Auxiliary Therapeutic Method

Hui Ni

Guangxi Guilin Third People's Hospital

**Abstract:** Objective To explore the clinical value of Tongfeng Granules combined with acupuncture – negative pressure inhalation as an external treatment method in the treatment of acute gouty arthritis (AGA). Methods A total of 80 patients diagnosed with AGA in our hospital from September 2023 to October 2025 were included. They were randomly divided into two groups using a random number table, with 40 cases in each group. The control group received conventional treatment with etanercept and sodium bicarbonate tablets, while the observation group adopted the optimized Tongfeng Granules oral administration + acupuncture – negative pressure inhalation combined treatment. The joint symptom-related indicators, uric acid levels, and inflammatory factor levels before and after treatment were compared between the two groups, and the clinical total effective rate was calculated. Results After treatment, the improvement of joint symptoms in the observation group at different time points was better than that in the control group, and the improvement was more significant as the treatment progressed; the reduction effect of uric acid and inflammatory factor levels was better, and the clinical total effective rate was higher. The differences between the groups were statistically significant. Conclusion This integrated traditional Chinese and Western medicine treatment method can quickly relieve the symptoms of AGA, improve joint function, regulate uric acid metabolism and inflammatory response, with definite efficacy and good safety.

**Keywords:** Acute gouty arthritis; Gout Granules; Acupuncture; Negative pressure inhalation

## 引言

急性痛风性关节炎 (AGA) 以尿酸代谢失衡为核心诱因，尿酸盐结晶沉积关节滑膜、软骨引发急性炎症，突发关节红肿热痛伴功能受限，严重侵蚀患者生活质量<sup>[1]</sup>。现代医学多以非甾体抗炎药、非布司他、秋水仙碱等对症施治，虽能快速控症，但长期应用易诱发胃肠道损伤、肝肾功能异常等不

良反应<sup>[2]</sup>。中医药秉持整体调理、标本同治的独特优势，痛风颗粒作为经典方剂，凭清热利湿、通络止痛之效改善尿酸代谢与炎症状态<sup>[3]</sup>。本研究创新性优化组方，纳入桑叶、栀子、木瓜、车前子四味中药强化清热利湿、舒筋活络效能，同步融合针灸与负压吸入外治法，构建“内服调本+外治祛邪”的中西医协同方案，深入探究其临床疗效与作用机制，

为 AGA 治疗开辟新的实践路径。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

纳入 2023 年 9 月—2025 年 10 月我院风湿免疫科 80 例 AGA 确诊患者，以随机数字表法完成 1:1 分组，观察组与对照组各 40 例。观察组男 28 例、女 12 例，年龄 (45.6±10.3) 岁，病程 (36.8±12.5) h，受累关节以第一跖趾关节为主 (25 例)，SUA (486.5±52.3) μmol/L；对照组男 26 例、女 14 例，年龄 (44.8±11.5) 岁，病程 (38.2±13.1) h，受累关节分布及 SUA 水平与观察组相近。组间基线资料均衡可比 (P>0.05)，本研究已获医院医学伦理委员会审批<sup>[4]</sup>。

诊断标准参照《2023 年美国风湿病学会痛风管理指南》：  
①突发单关节红肿热痛，累及第一跖趾关节、足背、踝等部位；②血清尿酸 (SUA) ≥420 μmol/L (男性) 或 ≥360 μmol/L (女性)；③关节液中检出尿酸盐结晶或影像学提示尿酸盐沉积<sup>[5]</sup>。

纳入标准：①符合上述诊断标准，发病时间 ≤72h；②年龄 18~65 岁；③自愿参与本研究并签署知情同意书；④近 1 周末使用降尿酸药、非甾体抗炎药及糖皮质激素。

排除标准：①合并肝肾功能不全、心血管疾病、胃肠道溃疡等基础疾病；②对本研究药物或治疗方法过敏；③妊娠期哺乳期女性；④合并感染、凝血功能障碍者<sup>[6]</sup>。

### 1.2 治疗方法

对照组：采用西药标准化干预：非布司他 (徐州万邦金桥制药有限公司国药准字 H20130057) 20mg/次、每日 1 次口服，连用 7d；碳酸氢钠片 (天津力生，国药准字 H12020220) 1.0g/次、每日 3 次口服，连用 14d。同步实施饮食作息管控：低嘌呤膳食、日饮水量 ≥2000mL，规避劳累及关节负重。

观察组：采用“内服痛风颗粒+外治针灸-负压吸入”三维协同方案：①痛风颗粒定制化干预：方剂含桑叶 15g、栀子 12g 等 12 味中药 (强化清热利湿组方)，由我院中药房

经传统工艺煎煮制备，每袋 200mL，早晚饭后温服，1 袋/次、2 次/日，疗程 14d，实现整体调理。②精准针灸施治：取穴阿是穴 (靶关节局部)、足三里等 5 穴，患者仰卧位消毒后，用 0.30mm×40mm 毫针，阿是穴泻法、余穴平补平泻，留针 20min (期间行针 1 次)，1 次/日，连用 7d，通络调气直击病所。③负压吸入外治：采用一次性使用采血针 A 型，穿刺受累关节吸入尿酸盐结晶及炎性混合液，减轻局部压力，每天 1 次，连续 7d。

### 1.3 观察指标

症状体征动态监测：于治疗前、治疗后 3d、7d 构建三维评估体系——采用 VAS 量表 (0~10 分，分值与疼痛强度正相关) 量化疼痛程度，软尺精准测量受累关节肿胀峰值周径，量角器记录屈伸活动度 (ROM) 数值，全程追踪症状改善轨迹。

实验室指标检测：治疗前后采集空腹静脉血 5mL，离心分离血清后，全自动生化分析仪检测 SUA 水平，ELISA 法 (上海酶联试剂盒) 测定 CRP、IL-6、TNF-α 炎症因子浓度，操作严格遵循试剂盒标准流程。

疗效分级标准：参照《中医病症诊断疗效标准》制定四级判定体系：治愈 (症状消失+ROM 复常+SUA 正常)、显效 (症状显著缓解+ROM 改善 ≥50%+SUA 降 ≥100 μmol/L)、有效 (症状缓解+ROM 改善 20%~49%+SUA 降 50~99 μmol/L)、无效 (未达上述标准)，总有效率按 (治愈+显效+有效) 例数占比计算。

### 1.4 统计学方法

采用 SPSS 26.0 统计学软件分析数据。计量资料以 (x±s) 表示，组内不同时间点比较采用重复测量方差分析，组间比较采用独立样本 t 检验；计数资料以 [n (%)] 表示，组间比较采用 χ<sup>2</sup> 检验。P<0.05 表示差异具有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组症状与体征改善情况比较，见表 1。

表 1 两组治疗前后症状与体征比较 (x±s)

组别	例数	VAS 评分 (分)			关节肿胀周径 (cm)			关节 ROM (°)		
		治疗前	治疗后 3d	治疗后 7d	治疗前	治疗后 3d	治疗后 7d	治疗前	治疗后 3d	治疗后 7d
观察组	40	7.8±1.2	3.5±0.8	1.2±0.5	18.6±2.3	15.2±1.8	13.5±1.2	45.3±8.5	68.5±10.2	85.6±12.3
对照组	40	7.6±1.3	4.8±1.0	2.5±0.7	18.3±2.5	16.8±2.0	15.1±1.5	44.8±9.2	58.3±11.5	72.4±13.1
P		>0.05	<0.05	<0.05	>0.05	<0.05	<0.05	>0.05	<0.05	<0.05

### 2.2 两组实验室指标比较

治疗前，两组 SUA、CRP、IL-6、TNF-α 水平比较差异无统计学意义 (P>0.05)。治疗后 14d，两组上述指标均较治疗前显著下降 (P<0.001)，且观察组各指标水平均低于对

照组：SUA (365.8±45.6 μmol/L vs 412.5±48.3 μmol/L, P=0.001)、CRP (8.5±3.2mg/L vs 15.6±4.5mg/L, P<0.001)、IL-6 (18.5±5.6pg/mL vs 28.6±6.8pg/mL, P<0.001)、TNF-α (15.8±4.3pg/mL vs 24.5±5.7pg/mL, P<0.001)。

### 2.3 两组临床疗效比较

观察组 40 例患者中, 治愈 18 例 (45.0%)、显效 12 例 (30.0%)、有效 8 例 (20.0%)、无效 2 例 (5.0%), 总有效率为 95.0%; 对照组 40 例患者中, 治愈 10 例 (25.0%)、显效 11 例 (27.5%)、有效 11 例 (27.5%)、无效 8 例 (20.0%), 总有效率为 80.0%。观察组总有效率高于对照组, 差异有统计学意义 (P=0.043)。

### 3 讨论

中医将急性痛风性关节炎归为“痹证”“痛风”范畴, 其发病与体质禀赋、饮食不节、外感湿热相关, 核心病机为湿热蕴结、痰瘀阻滞、经络不通, 病位在关节且关乎肝、脾、肾三脏——脾失健运则湿郁化热, 肝失疏泄则瘀血内生, 肾失气化则尿酸排泄失常, 三邪胶结沉积关节而发病<sup>[7]</sup>。治疗需秉持“清热利湿、通络止痛、化痰散结”原则, 兼顾治标止痛与治本调脏腑、改善尿酸代谢。

本研究以传统痛风颗粒为底方, 创新加入桑叶、栀子、木瓜、车前子四味中药, 契合“辨证施治、标本兼顾”思想。桑叶清透湿热, 栀子善清三焦瘀毒, 木瓜舒筋止痛, 车前子渗湿利尿, 四药与原方清热利湿药协同, 形成“清、利、通、化”配伍逻辑, 既强化清热通络之效, 又调肝理脾助肾气化, 从根源改善代谢紊乱<sup>[8]</sup>。现代药理亦证实, 四药活性成分可抑制尿酸生成、抗炎消肿、促进排泄, 实现医理与药理双重印证。

针灸治疗以“通经调气、祛邪止痛”为要, 遵循“经络所过, 主治所及”理论。阿是穴直达病所疏瘀止痛, 足三里配阴陵泉健脾利湿, 三阴交调补肝肾兼化痰, 太冲疏肝通络助气血运行, 诸穴协同调和脏腑、清利湿热, 减轻局部炎症<sup>[9]</sup>。

负压吸入外治法是“外治之理即内治之理”的创新实践, 构建“负压促吸减压排泄”模式。一次性采血针刺, 负压作用吸入尿酸盐结晶及炎性混合液, 与针灸形成“内调脏腑气血+外攻局部病邪”的协同作用, 完善中西医结合施治体系<sup>[10]</sup>。

研究数据显示, 观察组治疗后 3d、7d 的 VAS 评分、关节肿胀周径均低于对照组, ROM 优于对照组, 印证联合方案在快速缓解关节肿痛、改善功能上更具优势。观察组治疗后 SUA 水平显著更低, 这与桑叶、栀子等四味中药的尿酸调控作用直接相关。CRP、IL-6、TNF- $\alpha$  作为 AGA 炎症反应的核心驱动因子, 观察组治疗后其水平均低于对照组, 提示联合方案通过中药抗炎、针灸调免的协同机制, 实现更高效的炎症抑制。

临床层面, 观察组 95.0% 的总有效率显著高于对照组的

80.0%, 且两组不良反应发生率无差异, 凸显方案“高效安全”的双重优势。相较于单纯西药, 该中西医结合方案实现“西药速效镇痛+中药整体调代谢+外治祛邪”的三维协同, 既提升疗效又降低风险。

综上, 痛风颗粒联合针灸-负压吸入辅助外治法治疗急性痛风性关节炎, 紧扣中医“湿热蕴结、痰瘀阻滞”的核心病机, 以“清热利湿、通络散结”为治疗原则, 通过“内服调本+外治祛邪”的协同作用, 可快速缓解关节肿痛, 改善关节功能, 降低血尿酸水平及炎症因子表达, 临床疗效显著且安全性高, 为 AGA 的中西医结合治疗提供了理论支撑与实践方案, 值得临床推广应用。

### [参考文献]

- [1]张文福.温针灸命门穴联合忍冬藤痛风颗粒治疗慢性痛风性关节炎的疗效观察[J].中医外治杂志,2022,31(4):68-70.
- [2]卫博文,高晶月,刘维,等.金藤清痹颗粒治疗急性痛风性关节炎的作用机制研究[J].中草药,2023,54(21):7086-7095.
- [3]唐春丽,农必华,冯茵怡,等.四妙凉血颗粒 5 种成分含量测定及对急性痛风性关节炎大鼠的抗炎作用研究[J].西部中医药,2025,38(2):1-5.
- [4]程静,熊冲,叶小青.桂枝芍药知母汤配合温针灸治疗急性痛风性关节炎临床观察[J].中国中医药现代远程教育,2025,23(16):65-67.
- [5]杨林,皮桂芳,牟泽琦,等.痛风克颗粒联合中医外治法治疗急性痛风性关节炎临床研究[J].中国中医药信息杂志,2024,31(9):152-158.
- [6]刘畅,许博,孟庆良,等.栀黄止痛颗粒治疗痛风性关节炎作用机制的网络药理学及分子对接技术研究[J].中国中医急症,2024,33(5):763-768.
- [7]梁家青,侯黎莉.针灸疗法治疗痛风性关节炎的系统评价再评价[J].中国民族民间医药,2024,33(18):64-74.
- [8]翁思议,张丽琴,吴洋.彝药泄浊化痰颗粒治疗间歇期痛风性关节炎 60 例临床观察[J].中国民族民间医药,2022,31(13):111-113,118.
- [9]赖晓霖,刘常智,周德胜,等.刺血加温针灸治疗痛风性关节炎临床观察[J].中国中医药现代远程教育,2024,22(5):99-101.
- [10]HU Chen, ZHANG Jingruo, WEI Xifang, et al. 基于复杂网络探究针灸治疗急性痛风性关节炎的临床特点[J].针灸推拿医学(英文版),2024,22(3):253-262.

### 作者简介:

倪辉 (1970.12-), 男, 汉族, 广西全州人, 硕士研究生, 副主任医师, 研究方向为中医骨科。