

加味甘草附子汤联合雀啄灸治疗寒湿痹阻型痛风性关节炎临床研究

罗秀清, 童华锋, 程娜文, 吴小英, 刘碧珍, 章浩军

龙岩市中医院, 福建 龙岩 364000

[摘要] 目的: 观察加味甘草附子汤与雀啄灸并治寒湿痹阻型痛风性关节炎的临床疗效。方法: 共纳入2023年1月1日—2025年1月31日龙岩市中医院诊治的68例痛风性关节炎患者, 按随机数字表法分为治疗组和对照组各34例。对照组给予依托考昔片口服; 治疗组在对照组基础上联合加味甘草附子汤、雀啄灸治疗。疗程均为1周, 比较2组临床疗效及不良反应发生情况, 以及治疗前后中医证候评分、疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分、实验室血清学指标[血尿酸(BUA)、红细胞沉降率(ESR)、C-反应蛋白(CRP)、白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)]水平。结果: 治疗后, 治疗组总有效率为94.12%(32/34), 对照组为73.53%(25/34), 组间比较, 差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后, 2组中医证候评分均较治疗前降低, 且治疗组评分低于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗1、7天, 2组VAS评分均较治疗前降低, 且治疗组在相同时间点VAS评分均低于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后, 2组BUA、ESR、CRP、IL-6、TNF- α 水平均较治疗前下降($P<0.05$), 且治疗组5项指标水平均低于对照组($P<0.05$)。治疗期间, 治疗组未出现与治疗相关的不良反应; 对照组出现轻症消化道不良反应1例。结论: 加味甘草附子汤联合雀啄灸治疗寒湿痹阻型痛风性关节炎, 综合疗效优于单用依托考昔方案, 可有效改善关节肿痛等临床症状, 降低血尿酸及炎症因子水平, 且安全性良好。

[关键词] 痛风性关节炎; 寒湿痹阻型; 甘草附子汤; 雀啄灸; 炎症因子

[中图分类号] R255.6; R684.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2026) 14-0027-06

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2026.14.005

Clinical Study on Modified Gancao Fuzi Decoction Combined with Bird-Pecking Moxibustion in the Treatment of Gouty Arthritis of Cold-Damp Blockage Type

LUO Xiuqing, TONG Huafeng, CHENG Nawen, WU Xiaoying, LIU Bizhen, ZHANG Haojun

Longyan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Longyan Fujian 364000, China

Abstract: **Objective:** To observe the clinical efficacy of modified Gancao Fuzi Decoction combined with bird-pecking moxibustion in the treatment of gouty arthritis of cold-damp blockage type. **Methods:** A total of 68 patients with gouty arthritis diagnosed and treated at Longyan Hospital of Traditional Chinese Medicine from January 1, 2023 to January 31, 2025 were enrolled in this study. They were randomly divided into the treatment group and the control group using the random number table method, with 34 cases in each group. The control group received Etoricoxib Tablets; while the treatment group received modified Gancao Fuzi Decoction and bird-pecking moxibustion in addition to the treatment given to the control group. The treatment duration was one week for both groups. The clinical efficacy and incidence of adverse reactions were compared between the two groups, as well as the changes in traditional Chinese medicine syndrome scores, Visual Analogue Scale (VAS) scores for pain, and laboratory serum markers [blood uric acid (BUA), erythrocyte sedimentation rate (ESR), C-reactive protein (CRP), interleukin-6 (IL-6), tumor

[收稿日期] 2025-08-17

[修回日期] 2026-04-26

[基金项目] 龙岩市科技计划项目-龙科成[2023]18号(2023LYF17107)

[作者简介] 罗秀清(1985-), 女, 副主任中医师。

necrosis factor- α (TNF- α)] before and after treatment. **Results:** After treatment, the total effective rate was 94.12% (32/34) in the treatment group and 73.53% (25/34) in the control group, with a statistically significant difference between the two groups ($P < 0.05$). After treatment, traditional Chinese medicine syndrome scores decreased in both groups compared with those before treatment, and the scores in the treatment group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). On day one and day seven of treatment, VAS scores decreased in both groups compared with those before treatment, and the treatment group had lower VAS scores than the control group at the same time points ($P < 0.05$). After treatment, the levels of BUA, ESR, CRP, IL-6, and TNF- α decreased in both groups compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the levels of BUA, ESR, CRP, IL-6, and TNF- α in the treatment group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). During treatment, no treatment-related adverse reactions occurred in the treatment group; one case of mild gastrointestinal adverse reaction was reported in the control group. **Conclusion:** Modified Gancao Fuzi Decoction combined with bird-pecking moxibustion for gouty arthritis of cold-damp blockage type shows better comprehensive efficacy than extoricoxib alone, effectively improving clinical symptoms such as joint swelling and pain, reducing BUA levels and inflammatory factor levels, and has a good safety profile.

Keywords: Gouty arthritis; Cold-damp blockage type; Gancao Fuzi Decoction; Bird-pecking moxibustion; Inflammatory factors

痛风性关节炎是一种因嘌呤代谢失调致尿酸池失衡(尿酸生成增多或排泄减少)的风湿代谢相关性疾病。尿酸代谢异常形成单钠尿酸盐,可导致血清中红细胞沉降率(ESR)、C-反应蛋白(CRP)、白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-1 β (IL-1 β)等炎症指标水平升高,诱发炎症反应,导致患者出现关节疼痛、肿胀、功能障碍等症状,严重影响患者的身心健康^[1]。近年来,我国痛风性关节炎的发病率逐年上升,而且呈年轻化趋势^[2]。针对痛风性关节炎急性发作,西医常采用秋水仙碱、非甾体类药物乃至激素治疗方案,以求快速消炎镇痛,然此类药物副作用明显,且治疗后病情易反复,存在一定的局限性^[3]。

在中医学理论体系中,痛风性关节炎的临床表现与痹证、历节、痛风、浊瘀痹等病症相类似。本病的发生常与“阳化气”失常相关,阳气气化不利,痰浊、寒湿等“阴成形”太

过,引起尿酸盐结晶沉积于关节,治疗上当温补阳气促气化,艾灸通络消阴浊。本研究观察加味甘草附子汤联合雀啄灸综合治疗寒湿痹阻型痛风性关节炎的临床疗效,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《中国高尿酸血症与痛风诊疗指南(2019)》^[4]中痛风性关节炎相关的诊断标准。

1.2 辨证标准 参照《中西医结合临床风湿病学》^[5]中寒湿痹阻型辨证标准。主症:关节固定性冷痛,重着,屈伸不利;次症:关节肿胀,局部皮肤不热,肌肤麻木或见皮下结节(痛风石);舌脉:舌淡、苔白腻,脉弦紧或濡缓。

1.3 纳入标准 符合前述西医诊断标准及中医辨证标准;年龄 ≥ 18 岁;发作前未服用降尿酸、止痛药物;患者对本研究知情同意,且依从性良好。

1.4 排除标准 受累关节局部皮肤有感染或

破溃,存在和本研究用药过敏史者;妊娠或哺乳期妇女;合并严重心、脑、肾、肺等重要脏器疾病者。

1.5 一般资料 共纳入2023年1月1日—2025年1月31日龙岩市中医院招募的痛风性关节炎68例患者,按随机数字表法分为治疗组和对照组各34例。治疗组男31例,女3例;年龄20~60岁,平均 (35.55 ± 5.23) 岁;平均病程 (4.28 ± 3.34) 年。对照组男32例,女2例;年龄21~62岁,平均 (31.22 ± 3.25) 岁;平均病程 (3.64 ± 3.12) 年。2组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经龙岩市中医院伦理委员会审批同意(编号:20221220089)。

2 治疗方法

2组均给予低嘌呤饮食,禁止饮酒和剧烈运动。

2.1 对照组 口服依托考昔片(成都苑东生物制药股份有限公司,国药准字H20193303),每次120 mg,每天1次。

2.2 治疗组 在对照组基础上给予加味甘草附子汤联合雀啄灸治疗。加味甘草附子汤处方:桂枝15 g,炙甘草10 g,制附子(先煎)25 g,炒白术15 g,姜黄10 g,茯苓10 g,泽泻10 g,猪苓6 g,萆薢20 g,土茯苓20 g,威灵仙15 g。每天1剂,水煎,取药液400 mL,分早晚各温服200 mL。雀啄灸治疗:选取阿是穴以及关元、双侧阴陵泉、双侧足三里进行艾灸,方式选用雀啄灸,每个穴位5 min,隔天1次,每周共施灸3次。

2组疗程均为1周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①中医证候评分。于治疗前后参照《中医病证诊断疗效标准》^[6]评估患者中医证候,涵盖关节肿胀、疼痛、屈伸不利、

畏寒怕冷等症状,分别按严重程度计分:无(0分)、轻度(2分)、中度(4分)、重度(6分)。

②疼痛评分。分别于治疗前后采用视觉模拟评分法(VAS)^[7]评估关节疼痛程度,范围0~10分,10分代表剧痛,0分代表无痛。③实验室血清指标。于治疗前后抽取患者静脉血,检测血尿酸(BUA)、ESR、CRP、IL-6、TNF- α 水平的变化情况。④安全性评价。记录患者治疗期间出现的不良反应情况,包括胃肠道反应、肝肾功能异常及皮疹等。

3.2 统计学方法 本研究数据采用SPSS25.0软件进行统计分析。符合正态分布的计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)描述,组间比较采用成组样本 t 检验,组内治疗前后比较采用配对样本 t 检验;计数资料以百分比(%)描述,采用 χ^2 检验进行组间比较。以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参考《中医病证诊断疗效标准》^[6]判定临床疗效。显效:关节部位症状(肿胀、疼痛等)消退,活动自如,中医证候评分降幅 $\geq 70\%$;有效:关节部位症状(肿胀、疼痛等)有好转,关节活动出现轻度受限,30% $\leq$ 中医证候评分降幅 $<70\%$;无效:关节(肿胀、疼痛)完全无缓解或加重,中医证候评分降幅 $<30\%$ 。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治疗后,治疗组总有效率为94.12%,对照组为73.53%,组间比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表1 2组临床疗效比较					例(%)
组别	例数	显效	有效	无效	总有效
治疗组	34	18(52.94)	14(41.18)	2(5.88)	32(94.12)
对照组	34	11(32.35)	14(41.18)	9(26.47)	25(73.53)
χ^2 值					5.320
P 值					0.021

4.3 2组治疗前后中医证候评分比较 见表2。治疗前,2组中医证候评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,2组中医证候评分均较治疗前降低,且治疗组评分低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表2 2组治疗前后中医证候评分比较($\bar{x}\pm s$) 分					
组别	例数	治疗前	治疗后	t 值	P 值
治疗组	34	16.0 $\pm$ 3.71	4.93 $\pm$ 1.41	18.762	<0.001
对照组	34	15.3 $\pm$ 3.81	8.48 $\pm$ 1.79	9.245	<0.001
t 值		0.776	8.680		
P 值		0.441	<0.001		

4.4 2组治疗前后疼痛VAS评分比较 见表3。治疗前,2组疼痛VAS评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,2组VAS评分均较

治疗前降低,且治疗组VAS评分低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表3 2组治疗前后疼痛VAS评分比较($\bar{x}\pm s$) 分			
组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	34	6.52 $\pm$ 0.92	1.94 $\pm$ 0.77 ^①
对照组	34	6.48 $\pm$ 1.03	4.84 $\pm$ 0.74 ^①
t 值		0.130	15.200
P 值		0.897	<0.001

注:①与本组治疗前比较, $P<0.05$ 。

4.5 2组治疗前后实验室指标水平比较 见表4。治疗前,2组实验室指标水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,2组ESR、CRP、BUA、IL-6、TNF- α 水平均较治疗前明显下降($P<0.05$);治疗组5项指标水平均低于对照组($P<0.05$)。

表4 2组治疗前后实验室指标水平比较($\bar{x}\pm s$)				
指标	治疗组(例数=34)		对照组(例数=34)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
ESR(mm/h)	11.90 $\pm$ 9.28	2.94 $\pm$ 2.36 ^{①②}	10.10 $\pm$ 7.11	7.72 $\pm$ 2.25 ^①
CRP(mg/L)	18.20 $\pm$ 18.80	4.14 $\pm$ 3.74 ^{①②}	15.60 $\pm$ 15.20	9.21 $\pm$ 4.48 ^①
BUA(μ mol/L)	541.00 $\pm$ 32.80	381.00 $\pm$ 40.60 ^{①②}	547.00 $\pm$ 33.90	474.00 $\pm$ 15.90 ^①
IL-6(ng/mL)	18.30 $\pm$ 14.30	3.65 $\pm$ 2.31 ^{①②}	19.40 $\pm$ 17.80	8.63 $\pm$ 3.31 ^①
TNF- α (ng/mL)	47.20 $\pm$ 23.30	5.13 $\pm$ 2.06 ^{①②}	51.40 $\pm$ 21.40	14.20 $\pm$ 3.70 ^①

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

4.6 不良反应 治疗期间,2组均无出现肝肾损害;治疗组未出现相关不良反应,对照组出现轻症消化道不良反应1例,可自行缓解。

5 讨论

中医学认为,脾主运化,为后天之本;肾寓元阳,为先天之本。脾土既伤,运化水湿之职失司,则湿邪内停;肾阳不足,难以温煦中焦,则气化不利。阳化气功能不足,水饮、痰湿、浊瘀等阴寒之邪胶结于筋脉、关节,致使气血运行不畅,引发关节肿胀、疼痛及尿酸结晶(痛风石)形成,最终发为痹病。因此,笔者认为痛风性关节炎发病机制在于阳化气不足,阴寒积聚,此即为《黄帝内经》中所述“阳化

气,阴成形”之“阴成形”过程,其中寒湿痹阻型为本病临床上常见证型。《素问·生气通天论》有云:“阳气者,若天与日,失其所,则折寿而不彰。”此强调了阳气之于人体,犹如天日之于自然,为生命之根蒂与动力之源,于生理活动中占据核心地位。福建闽西地区呈现“高湿、湿冷”地理气候环境,当地民众喜饮酒,贪凉饮冷,易耗伤人体阳气,久之累及脾肾。治疗上当重视阳气,扶阳以抑阴。痛风性关节炎病程长,临床单纯依靠中药治疗,疗效有限。《医学入门》有言“药之不及,针之不到,必须灸之”,故本研究采用加味甘草附子汤联合局部艾灸综合治疗,既发挥中药扶阳

抑阴、温阳化气、散寒除湿的作用，又兼顾艾灸散寒止痛、见效快、疗效持久的特点，二者内外结合，标本兼治。

加味甘草附子汤以《伤寒论》甘草附子汤为主方，融合五苓散，加萆薢、姜黄、威灵仙、土茯苓等而成。《伤寒论》175条记载：“风湿相搏，骨节疼烦，掣痛不得屈伸，近之则痛剧……甘草附子汤主之。”该方具有温阳散寒、祛风除湿止痛之功效，契合《黄帝内经》“阳气者，精则养神，柔则养筋”的理论。五苓散亦出自《伤寒论》，具有温阳化气、利湿行气。组方中制附子辛甘大热，补火助阳，散寒除湿止痛，使阳气旺则气血行，寒结得散；桂枝温通经脉、助阳化气，促进气血运行，配伍祛风湿药，可增强祛风寒、止痹痛、利关节等作用；炒白术健脾燥湿，使湿有所制；炙甘草调和诸药，缓急止痛，补脾理气，与附子相配，温壮元阳，以杜绝寒湿之源；茯苓、泽泻、猪苓健脾利水、祛湿泻浊，使湿有出路；萆薢、土茯苓能利湿泄浊、通利关节；姜黄通经止痛、破血行气，并可助阳通痹；威灵仙辛散温通，可升可降，祛风除湿，通络止痛。诸药合用，共奏温阳散寒、祛风除湿、通络止痛之功效。治疗中甘草附子汤温补肾阳以恢复“气化”功能(减少尿酸生成)，五苓散通利三焦以促进“阴浊”排泄(增加尿酸清除)，二者共奏标本兼治之效。艾灸选穴遵循“以痛为腧之局部取穴”和“治病求本之远端取穴”相结合的原则，选用热感强的雀啄灸，刺激量更大。艾灸局部阿是穴可直达病所，快速见效；远端之关元穴可温补肾阳，激发阳气以驱散寒湿；足三里乃胃经之合穴，亦为强壮之要穴，有健脾祛湿之功；阴陵泉为脾经合穴，亦为祛湿要穴，可健脾利湿。中药联合艾灸，内外相合，祛寒逐冷，除风燥湿，则元阳得补，

阴邪自消，邪去正安，痹痛遂解。

急性痛风性关节炎是由于单钠尿酸盐刺激，诱发机体如IL-1 β 、IL-6、TNF- α 、ESR、CRP等一系列炎症因子水平升高，形成高炎症反应。而NLRP3炎症小体是痛风急性期炎症瀑布反应的核心开关，抑制其活化可阻断IL-1 β 驱动的炎症级联反应。IL-6是炎症反应的关键因子，TNF- α 为炎症反应的诱导因子。现代药理学研究表明，附子所含生物碱具有显著抗炎、镇痛及免疫调节作用，通过抑制NF- κ B信号通路及丝裂原活蛋白激酶(MAPK)信号通路阻断炎症介质合成，减轻痛风炎症反应^[8]。茯苓三萜类化合物可抑制TLR4/MyD88表达，阻断MSU晶体引发的炎症级联反应^[9]。泽泻萜类成分泽泻醇A可激活PPAR γ 信号通路，阻断NLRP3炎症小体活化，抑制下游炎症因子释放^[10]。猪苓多糖通过上调LC3-II/Beclin-1表达增强自噬活性，加速尿酸盐结晶清除，降低关节局部TNF- α 和IL-1 β 炎症水平^[11]。土茯苓可抑制机体黄嘌呤氧化酶的活性，从而减少尿酸生成^[12]，亦能下调URAT1的mRNA表达，促进尿酸排泄^[13]；萆薢含有多种甾体皂苷、蛋白质等成分，有抗炎、镇痛、保护肾脏、降尿酸等作用^[14]。萆薢总皂苷可抑制NLRP3的激活，从而减少炎性细胞因子IL-1 β 、IL-6、IL-8和TNF- α 等的生成和释放，改善关节炎反应，缓解疼痛；威灵仙能有效镇痛，溶解尿酸盐成分、降尿酸^[15]。可见加味甘草附子汤可通过多成分、多靶点、多通路作用机制来抑制炎症反应，降低血尿酸水平。

本研究结果显示，治疗后治疗组总有效率高高于对照组，中医证候评分及VAS评分均低于对照组，提示加味甘草附子汤联合雀啄灸能更好地缓解关节疼痛、改善中医证候，从而提高总有效率。此外，治疗组血清CRP、ESR、

IL-6及TNF- α 等炎症指标水平也低于对照组,这一结果与文献[16]报道相似。

综上所述,加味甘草附子汤联合雀啄灸治疗寒湿痹阻型痛风性关节炎,综合疗效优于单用西药方案,不仅能有效改善关节肿痛、屈伸不利等临床症状,还可降低血尿酸水平,调控机体炎症状态,疗效确切,且安全性较好,值得临床借鉴。

[参考文献]

- [1] 崔经和,许慧根,孙各琴.动态联合检测HsCRP、ESR在痛风发作期诊疗价值的临床研究[J].现代医药卫生,2021,37(21):3636-3639.
- [2] 吴菲虹,郭燕芬,赵钟文,等.急性痛风性关节炎112例临床资料回顾性分析[J].福建医药杂志,2021,43(4):104-107.
- [3] 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):182-188.
- [4] 中华医学会内分泌学分会.中国高尿酸血症与痛风诊疗指南(2019)[J].中华内分泌代谢杂志,2020,36(1):1-2.
- [5] 范永升.中西医结合临床风湿病学[M].北京:中国医药科技出版社,2021:459.
- [6] 国家中医药管理局.ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:31-33.
- [7] 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.
- [8] GUO C C, HE L F, HU N H, et al. Aconiti Lateralis Radix Praeparata lipid-soluble alkaloids alleviates IL-1 β -induced inflammation of human fibroblast-like synoviocytes in rheumatoid arthritis by inhibiting NF- κ B and MAPK signaling pathways and inducing apoptosis[J]. Cytokine, 2022, 151: 155809.
- [9] 王磊,张华,李敏,等.茯苓三萜类成分调控TLR4/MyD88通路抑制痛风性关节炎的机制研究[J].中国中药杂志,2019,44(15):3248-3254.
- [10] 陈明,李芳,王强,等.泽泻醇A通过调控PPAR γ /NLRP3通路改善糖尿病肾病肾小管炎症损伤的机制研究[J].中国药理学通报,2020,36(6):789-795.
- [11] 张伟,刘晓,王芳,等.猪苓多糖调控巨噬细胞自噬对痛风性关节炎尿酸盐结晶清除的影响[J].中国免疫学杂志,2021,37(10):1205-1212.
- [12] 孙红,王少明,庄捷,等.土茯苓等中药抑制URAT1表达及降尿酸作用筛选研究[J].中国临床药理学与治疗学,2012,17(4):403-407.
- [13] 计康.桂枝附子汤加减联合依托考昔治疗寒湿痹阻型急性痛风性关节炎的疗效观察[J].贵州医药,2022,46(6):878-879.
- [14] 白子兴,曹旭含,孙承颐,等.基于网络药理学的“草薢、土茯苓”药对治疗痛风性关节炎作用机制研究[J].海南医学院学报,2020,26(8):611-617.
- [15] 郝博川,谢克波,熊淋霄,等.加味四妙散联合正骨散治疗痛风性关节炎急性发作期临床观察[J].实用中医药杂志,2023,39(11):2102-2104.
- [16] 丁青梅.加味桂枝附子汤治疗痛风性关节炎寒湿痹阻型患者的效果[J].中国民康医学,2021,33(23):119-121.

[责任编辑:冯天保,蒋维超(英文)]