

巨刺法联合耳穴贴压及塞来昔布胶囊治疗湿热蕴结型急性 单侧痛风性关节炎的疗效观察

王瑞云¹, 石志敏¹, 张军¹, 李雪青²

(1. 唐山市中医医院内分泌二科, 河北唐山 063000; 2. 华北理工大学中医学院, 河北唐山 063210)

摘要:【目的】观察巨刺法联合耳穴贴压及塞来昔布胶囊治疗湿热蕴结型急性单侧痛风性关节炎的临床疗效。【方法】将110例湿热蕴结型急性单侧痛风性关节炎患者随机分为观察组和对照组, 每组各55例, 2组患者均给予塞来昔布胶囊口服与耳穴贴压的基础治疗, 对照组在基础治疗的同时给予常规针刺治疗, 观察组在基础治疗的同时给予巨刺法治疗, 均连续治疗14 d。治疗14 d后, 评价2组患者的临床疗效, 观察2组患者治疗前后临床症状和体征总积分(TSS)、中医证候评分的变化情况, 以及血尿酸(BUA)、血沉(ESR)水平、C反应蛋白(CRP)的情况。比较2组患者治疗前后关节超声评分的变化情况。【结果】(1)研究过程中, 观察组脱落1例(治疗期间口服其他影响疗效药物), 剔除1例(数据不全); 对照组脱落2例(自行退出), 剔除1例(数据不全)。最终观察组53例、对照组52例纳入疗效统计。(2)治疗后, 2组患者的TSS评分、中医证候积分以及关节超声评分均明显改善($P < 0.05$), 且观察组在改善TSS评分、中医证候积分以及关节超声评分方面均明显优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。 (3)治疗后, 2组患者的BUA、ESR、CRP水平均明显改善($P < 0.05$), 且观察组在改善BUA、ESR、CRP水平方面均明显优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。 (4)观察组总有效率为92.45%(49/53), 对照组为76.92%(40/52)。观察组疗效优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。【结论】巨刺法联合耳穴贴压及塞来昔布胶囊治疗湿热蕴结型急性单侧痛风性关节炎, 能明显改善患者的症状和体征, 有效降低患者的BUA、ESR、CRP水平, 疗效显著。

关键词: 巨刺法; 耳穴贴压; 塞来昔布; 急性痛风性关节炎; 湿热蕴结型; 疗效观察

中图分类号: R246.9

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2022)02-0339-06

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtc.2022.02.020

Observation on the Curative Effect of Opposing Needling Combined with Auricular Point Pressing and Celecoxib Caspules in the Treatment of Acute Unilateral Gouty Arthritis with Damp Heat Accumulation Type

WANG Rui-Yun¹, SHI Zhi-Min¹, ZHANG Jun¹, LI Xue-Qing²

(1. Dept. of Endocrinology, Tangshan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Tangshan 063000 Hebei, China; 2. Traditional Chinese Medical College, North China University of Technology, Tangshan 063210 Hebei, China)

Abstract: Objective To observe the clinical efficacy of opposing needling combined with auricular point pressing and Celecoxib Caspules on acute unilateral gouty arthritis of damp heat accumulation type. **Methods** A total of 110 patients with acute unilateral gouty arthritis of damp heat accumulation type were randomly divided into the observation group and the control group, with 55 cases in each group. The patients in the two groups were given basic treatment of oral use of Celecoxib Capsules and auricular point pressing. The control group was treated with conventional acupuncture on the basis of basic treatment, while the patients in the observation group was treated with opposing needling on the basis of basic treatment. Both treatment lasted for 14 consecutive days. After 14 days of treatment, the clinical efficacy of two groups was evaluated, and the changes of total score of clinical total symptom score(TSS), traditional Chinese medicine(TCM) syndrome scores, blood urinary acid(BUA), erythrocyte sedimentation rate(ESR) and C-reactive protein(CRP) were observed before and after treatment. The changes of

收稿日期: 2021-05-16

作者简介: 王瑞云(1977-), 女, 主管护师; Email: lijunmin78@126.com

通讯作者: 李雪青(1978-), 女, 硕士, 副教授; Email: lixue36666@163.com

基金项目: 河北省中医药管理局中医药类科研计划课题(编号: 2020388)

joint ultrasound scores were compared between the two groups before and after treatment. **Results** (1) During the study, the one case fell off in the observation group (oral administration of other drugs affecting curative effect during the treatment), and one case was eliminated (data incomplete); two cases fell off in the control group (self-exited), and one case was eliminated (incomplete data). Finally, 53 cases in the observation group and 52 cases in the control group were included in the curative effect statistics. (2) After treatment, TSS score, TCM syndrome scores and joint ultrasonic score of two groups were significantly improved ($P < 0.05$), and the observation group was significantly superior to the control group in improving TSS score, TCM syndrome scores and joint ultrasound score, the differences being statistically significant ($P < 0.05$). (3) After treatment, BUA, ESR and CRP levels in the two groups being significantly improved ($P < 0.05$), and the observation group was significantly superior to the control group in improving BUA, ESR and CRP levels, the differences being statistically significant ($P < 0.05$). (4) The total effective rate was 92.45% (49/53) in the observation group and 76.92% (40/52) in the control group, and the therapeutic effect of the observation group was superior to that of the control group, the difference being statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** Opposing needling combined with auricular point pressing and Celecoxib Capsules has significant effect in improving the symptoms and signs of patients with acute unilateral gouty arthritis of damp heat accumulation type and reducing the levels of BUA, ESR and CRP.

Keywords: opposing acupoint; auricular point pressing; Celecoxib; acute gouty arthritis; damp heat accumulation type; Clinical observation

痛风性关节炎是由于尿酸盐沉积在关节囊、滑囊、软骨、骨质和其他组织中而引起的病损及炎性反应。痛风性关节炎主要表现为单侧跖趾关节、踝关节、膝关节的突然剧痛,并且数小时出现热痛、肿胀、局部皮肤发红。尿酸盐沉积是导致急性痛风性关节炎的主要致病因素,而尿酸盐沉积是由于血尿酸过多所致^[1]。随着人类生活方式的改变,海产品、动物内脏及啤酒的过量摄入,痛风性关节炎的发病率逐年升高,且呈年轻化趋势,男性发病率大于女性^[2]。急性痛风性关节炎治疗的关键是在控制临床症状的同时,降低血尿酸、调节血清炎症因子水平,阻滞病情向慢性发展。目前,西药治疗常用的药物为塞来昔布,塞来昔布是治疗急性痛风性关节炎的基本用药,非甾体抗炎药不良反应多,部分患者不能耐受,同时在降低血尿酸、阻止病情复发方面疗效不佳^[3]。耳穴贴压临床操作简单,在治疗急性痛风性关节炎方面,具有起效快,作用持久的优势。巨刺法是右病治左,左病治右的针刺经脉方法,临床多用于治疗各种痛症。本研究在应用塞来昔布胶囊及耳穴贴压的基础上采用巨刺法治疗急性单侧痛风性关节炎湿热蕴结型取得了较好的临床疗效,现将研究结果报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象及分组

选取2019年2月至2020年9月唐山市中医医院病房及门诊收治的110例明确诊断为湿热蕴结型急性单侧痛风性关节炎的患者为研究对象。按随机数字表将患者随机分为观察组和对照组,每组各55例。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

参照《中国高尿酸血症与痛风诊疗指南(2019)》^[4]的痛风性关节炎的诊断标准。根据临床症状、X线检查、关节液检查可以确诊。

1.2.2 中医辨证标准

参照《中医病证诊断疗效标准》^[5]痛风的证候分类中的湿热证拟定。

1.3 纳入标准

①符合上述中西医诊断标准;②年龄在30~65岁之间;③为单侧、急性发病的患者;④自愿参加本研究并签署知情同意书的患者。

1.4 排除标准

①慢性痛风性关节炎或继发性痛风的患者;②合并严重肾功能不全的患者;③假性痛风、感染性关节炎、类风湿性关节炎、急性风湿性关节

炎、银屑病关节炎、丹毒与蜂窝织炎的患者；④过敏体质的患者；⑤妊娠或哺乳期妇女。

1.5 脱落及剔除标准

①在治疗期间口服其他影响疗效的药物者；②接受研究期间，依从性差，未按研究方案要求服药者；③接受研究期间，出现严重不良事件者；④治疗结束后，电话失访者。

1.6 治疗方法

1.6.1 基础治疗

2组患者均给予塞来昔布胶囊联合耳穴贴压疗法治疗。塞来昔布胶囊(辉瑞制药有限公司分装,批号:国药准字J20020063)口服,每次0.2g,每日2次。耳穴贴压疗法。选穴:神门(三角窝内,对耳轮上下脚分叉处稍上方),枕小神经刺激点(耳壳外侧面耳轮结节上缘0.2cm处的内侧面)。操作:患者取坐位,医者采用75%酒精消毒、脱脂、清洁患者耳廓局部,医者左手固定耳廓,右手用镊子夹取粘有王不留行籽的胶布块对准穴位贴压。嘱患者每日按压3~5次,每次3~5min,2d换贴1次,左耳、右耳交替进行。连续治疗14d。

1.6.2 对照组

在基础治疗的同时,给予常规针刺治疗^[6]。选穴:选择患者疼痛下肢的腧穴:八风、内庭、昆仑、申脉、膝眼、阳陵泉。操作:患者取仰卧位,应用75%乙醇对所选腧穴穴区进行常规消毒,采用华佗牌一次性使用无菌针灸针(苏州医疗用品厂有限公司,规格:0.35mm×13mm、0.35mm×40mm)。针刺申脉穴使用0.35mm×13mm针灸针,其余穴位均使用0.35mm×40mm针灸针,八风穴、内庭穴朝向心方向斜刺,刺入15mm,昆仑穴直刺15mm,申脉穴直刺10mm,膝眼穴针尖向膝中,直刺20mm,阳陵泉穴直刺20mm。操作手法采用平补平泻手法,以拇指、食指持针,不断地做左右旋转,同时做上提和下插动作,得气后留针15min。每天1次,连续治疗14d。

1.6.3 观察组

在基础治疗的同时,给予巨刺法治疗。选穴:选择患者不疼痛下肢的腧穴,为单侧、患肢对侧选穴:八风、内庭、昆仑、申脉、膝眼、阳陵泉。操作:患者取仰卧位,采用75%乙醇对所选腧穴穴区进行常规消毒,采用华佗牌一次性使用无菌针灸针(苏州医疗用品厂有限公司,规格:

0.35mm×13mm、0.35mm×40mm)。针刺申脉穴使用0.35mm×13mm针灸针,其余穴位均选用0.35mm×40mm针灸针,八风穴、内庭穴朝向心方向斜刺,刺入15mm,昆仑穴直刺15mm,申脉穴直刺10mm,膝眼穴针尖向膝中,直刺20mm,阳陵泉穴直刺20mm。操作手法采用平补平泻手法,以拇指、食指持针,不断地做左右旋转,同时做上提和下插动作,得气后留针15min。每天1次,连续治疗14d。

1.7 观察指标

①临床症状和体征总积分(total symptom score, TSS)^[7]。2组患者分别于治疗前后进行TSS评分,TSS评分包括关节疼痛评分、关节肿胀程度评分、触诊压痛评分、皮肤红晕程度评分、痛风石评分、关节畸形评分共6个项目。每个项目的评分根据症状的无、轻、中、重,分别计为0、1、2、3分。分值范围为0~18分。②中医证候积分。2组患者分别于治疗前后进行中医证候评分,中医证候包括关节疼痛、口渴、尿黄、心烦不安,每项评分根据症状的无、轻、重,分别计为0、2、4分。中医证候积分分值范围为0~16分。③血尿酸(BUA)、血沉(ESR)水平、C反应蛋白(CRP)检测。2组患者分别于治疗前后进行检测。BUA、CRP检测:清晨抽取患者空腹静脉血3mL,应用自动化生化分析仪进行检测。血沉检测:清晨抽取患者空腹静脉血5mL,抗凝后在特有试管留置检测。④关节超声评分。2组患者分别于治疗前后对患病关节进行超声检查,根据不同超声表现由轻到重分别计为0、1、2、3分。0分:无双轨征、强回声团点,骨质表面光滑。1分:2~4个强回声点,滑膜厚度2~5mm,滑膜内有1~2处血流信号,骨表面不光滑但无骨质缺损,少量积液。2分:散在分布强回声点,滑膜厚度5~9mm,滑膜内有3~4处短线状血流信号且分布不超过滑膜面的一半,骨表面轻微、骨质缺损,中量积液。3分:有双轨征及强回声团,强回声点呈暴风雪征,滑膜厚度9mm以上,滑膜内有树枝状、网状血流信号且分布超过滑膜面的一半,骨表面凹凸不平、骨质缺损广泛,大量积液。

1.8 疗效判定标准

参照《中医病证诊断疗效标准》^[8]采用尼莫地平法。根据TSS评分进行判定,疗效指数=(治疗

前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。治愈：90%≤疗效指数≤100%，BUA、ESR正常；显效：70%≤疗效指数<90%，BUA正常；有效：30%≤疗效指数<70%；无效：疗效指数<30%。总有效率=(治愈例数+显效例数+有效例数)/总病例数×100%。

1.9 统计方法

采用SPSS 23.0统计软件进行数据的统计分析。计量资料采用均数±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；计数资料采用率或构成比表示，组间比较采用卡方检验；等级资料组间比较采用Ridit分析。

以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者基线资料比较

表1结果显示：2组患者的性别、年龄、病程等一般情况比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)，表明2组患者的基线特征基本一致，具有可比性。

2.2 2组患者失访情况比较

研究过程中，观察组脱落1例(治疗期间口服其它影响疗效药物)，剔除1例(数据不全)；对照组脱落2例(自行退出)，剔除1例(数据不全)。最终观察组53例、对照组52例纳入疗效统计。

表1 2组湿热蕴结型急性单侧痛风性关节炎患者一般资料比较

Table 1 Comparison of general data between the two groups of patients with acute unilateral gouty arthritis of damp heat accumulation type ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数/例	性别/例		年龄/岁			病程/h			发病关节数/个
		男	女	最小	最大	平均	最短	最长	平均	
观察组	53	44	9	35	59	41.6 ± 4.2	6	28	14.2 ± 1.5	1.90 ± 0.19
对照组	52	42	10	36	57	40.2 ± 4.1	5	27	14.7 ± 1.4	1.80 ± 0.17

2.3 2组患者治疗前后TSS评分、中医证候积分以及关节超声评分比较

表2结果显示：治疗前，2组患者TSS评分、中医证候积分以及关节超声评分比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后，2组患者的TSS评

分、中医证候积分以及关节超声评分均明显改善($P < 0.05$)，且观察组在改善TSS评分、中医证候积分以及关节超声评分方面均明显优于对照组，差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组湿热蕴结型急性单侧痛风性关节炎患者治疗前后TSS评分、中医证候积分以及关节超声评分比较

Table 2 Comparison of TSS score, TCM syndrome scores and joint ultrasound score between the two groups of patients with acute unilateral gouty arthritis of damp heat accumulation type before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数/例	时间	TSS评分	中医证候积分	关节超声评分
观察组	53	治疗前	12.95 ± 1.36	14.56 ± 1.53	2.52 ± 0.26
	53	治疗后	3.87 ± 0.41 ^{①②}	3.66 ± 0.37 ^{①②}	0.68 ± 0.07 ^{①②}
对照组	52	治疗前	13.07 ± 1.41	14.87 ± 1.60	2.49 ± 0.25
	52	治疗后	8.25 ± 0.85 ^①	9.67 ± 0.96 ^①	1.56 ± 0.16 ^①

① $P < 0.05$ ，与同组治疗前比较；② $P < 0.05$ ，与对照组治疗后比较

2.4 2组患者治疗前后BUA、ESR、CRP水平比较

表3结果显示：治疗前，2组患者BUA、ESR、CRP水平比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后，2组患者的BUA、ESR、CRP水平均明显改善($P < 0.05$)，且观察组在改善BUA、ESR、CRP水平方面均明显优于对照组，差异均有

统计学意义($P < 0.05$)。

2.5 2组患者临床疗效比较

表4结果显示：观察组总有效率为92.45%(49/53)，对照组为76.92%(40/52)。观察组疗效优于对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表3 2组湿热蕴结型急性单侧痛风性关节炎患者治疗前后BUA、ESR、CRP水平比较

Table 3 Comparison of BUA, ESR and CRP levels between the two groups of patients with acute unilateral gouty arthritis of damp heat accumulation type before and after treatment ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数/例	时间	BUA/($\mu\text{mol}\cdot\text{L}^{-1}$)	ESR/($\text{mm}\cdot\text{h}^{-1}$)	CRP/($\text{mg}\cdot\text{L}^{-1}$)
观察组	53	治疗前	480.43 \pm 49.46	51.40 \pm 6.72	25.11 \pm 2.55
	53	治疗后	344.87 \pm 34.56 ^{①②}	25.32 \pm 0.27 ^{①②}	6.34 \pm 0.65 ^{①②}
对照组	52	治疗前	478.51 \pm 49.25	50.34 \pm 6.45	25.08 \pm 0.24
	52	治疗后	435.41 \pm 45.15 ^①	40.37 \pm 0.45 ^①	15.26 \pm 1.59 ^①

① $P < 0.05$, 与同组治疗前比较; ② $P < 0.05$, 与对照组治疗后比较

表4 2组湿热蕴结型急性单侧痛风性关节炎患者临床疗效比较

Table 4 Comparison of clinical efficacy between the two groups of patients with acute unilateral gouty arthritis of damp heat accumulation type [例(%)]

组别	例数/例	治愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	53	24(45.28)	15(28.30)	10(18.87)	4(7.55)	49(92.45) ^①
对照组	52	15(28.85)	10(19.23)	15(28.85)	12(23.08)	40(76.92)

① $P < 0.05$, 与对照组比较

3 讨论

急性痛风性关节炎是由于尿酸钠结晶沉积于关节及其周围组织而导致局部炎性反应的疾病。沉积于关节滑膜的尿酸钠结晶使内皮细胞中的单核巨噬细胞的粘附与渗出增加,吞噬尿酸钠微晶的中性粒细胞释放炎性细胞因子^[8]。病变关节的红肿热痛是关节内滑膜及其周围组织急性炎症的表现,其诱发关节组织炎性反应,反复刺激关节滑膜,引起关节的剧烈疼痛,关节灼热肿胀等一系列症状。塞来昔布胶囊是选择性的环氧化酶抑制剂,广泛地应用在关节疾病疼痛患者中。现代研究显示,应用塞来昔布胶囊可以明显改善患者急性痛风性关节炎的红肿热痛症状,明显缩短住院时间,相对其它非甾体抗炎药,其消化道不良反应小^[9]。耳穴贴压联合针刺治疗痛风性关节炎,可以明显改善患者的疼痛症状,缩短病程。在西药治疗的基础上联合应用耳穴贴压和针刺治疗痛风性关节炎,不仅可以减轻西药的不良反应,还可以明显缓解患者的疼痛症状,且复发率低^[10]。但是,不同的针刺手法治疗痛风性关节炎,其临床疗效有一定的差异性,选择最优的针刺手法,是本研究的关键。本研究结果表明,在西药、耳穴贴压治疗的基础上联合巨刺法治疗急性痛风性关节炎,其临床疗效明显高于常规针刺疗法。

急性单侧痛风性关节炎归属于中医“湿热痹证”的范畴。湿、热是急性单侧痛风性关节炎最

重要的病性要素。祛湿清热、止痛通络是中医治疗急性单侧痛风性关节炎的基本治疗方案。本研究中,耳穴贴压治疗选穴为神门、枕小神经刺激点。神门穴具有消炎止痛、镇静的作用,可以调节大脑皮层的兴奋与抑制,为止痛的要穴。枕小神经刺激点又名枕小神经耳穴,有“枕小神经通肢末”之说,枕小神经刺激点具有镇静止痛、通经活络的作用。急性痛风性关节炎病变部位多在单侧下肢,虽然病变部位在下肢关节,根据下病上治的原则,选择在人体上部的耳穴为治疗点,可以有效地缓解下肢的疼痛。现代研究证实,耳穴贴压可以明显改善下肢的疼痛,同时,具有改善患者心理状态的功能,减少西药止痛药的药量及用药频率^[11]。

《灵枢·官针》云:“巨刺者,左取右,右取左。”《针灸大成·巨刺论》云:“巨刺刺经脉,缪刺刺络脉,所以别也。”巨刺法是治疗各种痛症常用的一种针刺手法。急性痛风性关节炎病变部位多在单侧下肢,虽然病变部位在下肢关节,根据左病右治、右病左治的原则,选择在人体下肢对侧的腧穴为治疗点,可以有效地缓解病变下肢关节的疼痛。现代研究证实,巨刺法可以明显改善对侧病变下肢的疼痛,由于病变下肢本身就疼痛,接受针刺治疗,部分患者不能耐受,选择对侧腧穴治疗,则依从性高,复发率低^[12]。

本研究结果显示:治疗后,2组患者的TSS评

分、中医证候积分以及关节超声评分均明显改善($P < 0.05$),且观察组在改善TSS评分、中医证候积分以及关节超声评分方面均明显优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后,2组患者的BUA、ESR、CRP水平均明显改善($P < 0.05$),且观察组在改善BUA、ESR、CRP水平方面均明显优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。观察组总有效率为92.45%(49/53),对照组为76.92%(40/52)。观察组疗效优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

本研究针刺选穴为八风、内庭、昆仑、申脉、膝眼、阳陵泉。八风属经外奇穴,具有祛风通络、清热解毒的功效。《素问·刺疟》:“先足胫酸痛者,先刺足阳明十指间出血。”现代研究显示,针刺八风穴辅助治疗急性痛风性关节炎,不仅可以增强疼痛效果,而且不良反应少,复发率低^[13]。内庭为足阳明胃经的荥穴,具有清热泻火的作用,可以使对侧病变关节的湿热之邪从对侧肢体腧穴而出。现代研究表明,针刺内庭穴不但可以治疗人体上部的牙痛、咽喉肿痛,而且可以改善对侧肢体的疼痛、肿胀^[14]。昆仑为足太阳膀胱经经穴,《类经》曰:“凡病邪久留不移者,必于四肢八溪之间有所结聚,故当节之会处索而刺之。”申脉为足太阳膀胱经经穴,为八脉交会穴,通于阳跷脉,同时亦为孙思邈十三鬼穴之鬼路,具有通络止痛、安神镇静的作用。现代研究显示,针刺昆仑、申脉穴,可以使湿邪从足太阳膀胱经腧穴而走,多用于治疗因湿邪导致的各种痛症^[15]。膝眼为经外奇穴,具有通利关节、通络止痛的作用,《胜玉歌》云:“两膝无端肿如斗,膝眼三里艾当施。”阳陵泉系位于足少阳胆经之腧穴,为八会穴之筋会。《马丹阳天星十二穴歌》曰:“膝肿并麻木,冷痹及偏风,举足不能起,坐卧似衰翁,针入六分止,神功妙不同。”故阳陵泉是治疗筋病的要穴,特别是下肢筋病,临床较为常用,其具有舒筋和壮筋的作用。现代研究显示,针刺膝眼、阳陵泉不但可以治疗膝关节各种痛症,而且对下肢各个关节骨病、滑膜病变均有疗效^[16]。

综上所述,在口服塞来昔布胶囊及耳穴贴压的基础上联合巨刺法治疗湿热蕴结型急性单侧痛风性关节炎可有效改善急性痛风性关节炎患者疼痛、红肿等临床症状,有效地降低BUA、ESR、CRP水平,临床疗效显著。但是,目前研究样本

量偏少,今后需要多中心、大样本进行研究,以评价巨刺疗法治疗急性痛风性关节炎的有效性和安全性。

参考文献:

- [1] 吴玮芳,陈宝军,金莉娜.非布司他对高尿酸血症痛风患者血清炎症因子及血管内皮细胞的影响及疗效观察[J].中国现代医生,2020,58(10):122-125.
- [2] 李林,朱小霞,戴宇翔,等.中国高尿酸血症相关疾病诊疗多学科专家共识[J].中华内科杂志,2017,56(3):235-248.
- [3] 尹磊,林丽雅,李学峰.急性痛风性关节炎中西医结合治疗研究进展[J].河北医药,2017,39(5):751-767.
- [4] 中华医学会内分泌学会.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):1-13.
- [5] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:50.
- [6] 高树中.针灸治疗学[M].上海:上海科学技术出版社,2018:50.
- [7] 张仲博,史栋梁,杜旭召,等.加味萆薢胜湿汤治疗急性痛风性关节炎湿热痹阻证的临床观察[J].中国实验方剂学杂志,2020,26(22):65-70.
- [8] 杨娜,胡家才,邓巧丽,等.双醋瑞因联合依托考昔治疗急性痛风性关节炎疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2018,27(6):601-605.
- [9] 万雷,黄宏兴,王伟.痛风方联合塞来昔布胶囊治疗湿热蕴结型急性痛风性关节炎临床观察[J].新中医,2018,50(8):115-117.
- [10] 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.
- [11] 石秀群,李佩澜,张小娟.耳穴贴压联合茵陈五苓散治疗急性痛风性关节炎的疗效观察[J].广州中医药大学学报,2019,36(9):1348-1352.
- [12] 黄海,姚捷,徐建斌,等.巨刺法联合中药熏蒸治疗风寒湿阻型膝骨关节炎的疗效观察[J].辽宁中医杂志,2020,47(11):181-184.
- [13] 张晓宇,王兴强,肖勇洪,等.基于数据挖掘针刺治疗痛风性关节炎的规律探析[J].辽宁中医杂志,2020,47(7):140-143.
- [14] 何建平.针灸治疗痛风性关节炎患者的临床效果及对血清炎症因子水平的影响[J].检验医学与临床,2020,17(1):128-131.
- [15] 刘金星,胡琼,张虹.中医疗法治疗足跟痛的研究进展[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(88):86-88.
- [16] 刘维,刘美燕,吴沅皞.针灸治疗痛风性关节炎的临床选穴规律分析[J].上海针灸杂志,2016,35(3):359-362.

【责任编辑:宋威】