

- 骨伤, 2001, 14(2): 30-31.
- [14] 于建伟, 汪利合, 张耀光. 中医特色疗法治疗神经根型颈椎病研究进展[J]. 光明中医, 2020, 35(21): 3478-3480.
- [15] 胡晓伟. 针灸治疗颈型颈椎病的研究进展[J]. 中国医疗器械信息, 2020, 26(10): 6-14.
- [16] 叶哲, 林基伟, 吴海滨, 等. 中医综合疗法治疗颈肩疼痛的研究进展[J]. 中国民间疗法, 2021, 29(2): 118-121.
- [17] 盛鹏杰, 贾燕飞, 赵娜娜, 等. 齐刺缠提法在肌筋膜病中的消灶作用探讨[J]. 光明中医, 2017, 32(20): 3041-3043.
- [18] 宁佳璐, 史玲. 齐刺法临床应用研究进展[J]. 实用中医药杂志, 2019, 35(3): 382-384.
- [19] 韩仲波, 薛明新. 齐刺法临床应用研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2017, 19(8): 188-190.
- [20] 张文兵, 霍则军. 滞针术的临床作用[J]. 北京中医, 2002, 21(1): 44-45.
- [21] 王尚臣, 单文哲, 孙淑芬, 等. 局部多针滞针刺法治疗慢性软组织损伤160例[J]. 中国针灸, 2002, 22(8): 29.
- [22] 梁龙, 于杰, 周帅琪, 等. 基于经筋理论探讨颈椎病的发病机制及颈部锻炼的分期论治[J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(8): 4201-4204.
- [23] 张明鑫. 经筋诊治在颈椎病临床治疗中的作用探讨[A]. 山东针灸学会. 山东针灸学会第四届全员代表大会暨山东针灸学会第十届学术年会论文集[C]. 济南: 山东针灸学会, 2018: 4.
- [24] 林星星, 董宝强, 马铁明. 对经筋理论中若干“点”概念的辨析与整合[J]. 中国中医基础医学杂志, 2018, 24(5): 584-585.
- [25] 马立新, 张学丽. 齐刺滞针法治疗肩背肌筋膜炎56例体会[J]. 中国中医药信息杂志, 2006, 13(5): 70.

【责任编辑: 宋威】

子午流注纳甲法联合火针治疗急性痛风性关节炎的临床观察

方晓仪, 李钊杨, 卢翠娜, 谢丽琴, 李丽霞

(广州医科大学附属中医医院针灸科, 广东广州 510130)

摘要:【目的】观察子午流注纳甲法联合火针治疗急性痛风性关节炎的临床疗效。【方法】将80例急性痛风性关节炎患者随机分为治疗组和对照组, 每组各40例, 对照组给予依托考昔片联合秋水仙碱口服, 治疗组给予子午流注纳甲法联合火针治疗。7d为1个疗程, 共治疗1个疗程。治疗1周后, 评价2组临床疗效, 观察2组患者治疗前后中医证候积分的变化情况, 比较2组患者治疗前后血尿酸的变化情况。【结果】(1)治疗后, 2组患者的中医证候积分均明显改善($P < 0.05$), 且治疗组在改善中医证候积分方面明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。(2)治疗后, 2组患者的血尿酸水平明显改善($P < 0.05$), 且观察组在改善血尿酸水平方面明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。(3)治疗组总有效率为100.00%(40/40), 对照组为80.00%(32/40)。治疗组疗效优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。【结论】子午流注纳甲法联合火针治疗急性痛风性关节炎, 能够明显地改善患者的临床症状, 降低患者血尿酸水平, 疗效显著。

关键词: 子午流注纳甲法; 火针; 急性痛风性关节炎; 血尿酸; 临床观察

中图分类号: R246.9

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2022)02-0350-06

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtem.2022.02.022

收稿日期: 2021-07-16

作者简介: 方晓仪(1987-), 女, 主治中医师; E-mail: fsw020331@126.com

通讯作者: 李钊杨(1987-), 男, 主治中医师; E-mail: 296483224@qq.com

基金项目: 广州市中医药和中西医结合科技项目(编号: 20192A011001)

Clinical Observation on Midnight-noon Ebb-flow Acupuncture Therapy Combined with Heat Needle in the Treatment of Acute Gouty Arthritis

FNAG Xiao-Yi, LI Zhao-Yang, LU Cui-Na, XIE Li-Qin, LI Li-Xia

(Dept. of Acupuncture and Moxibustion, the Affiliated TCM Hospital of Guangzhou Medical University, Guangzhou 510130 Guangdong, China)

Abstract: Objective To observe the clinical efficacy of midnight-noon ebb-flow acupuncture therapy combined with heat needle in treating acute gouty arthritis. **Methods** Eighty patients with acute gouty arthritis were randomly divided into the treatment group and the control group, with 40 cases in each group. The control group was given oral use of Etecoxib tablets combined with Colchicine tablets, and the treatment group was given midnight-noon ebb-flow acupuncture combined with heat needle therapy. Seven-day as a course of treatment, and the treatment lasted for one week. The clinical efficacy of the two groups was evaluated, the changes of traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores were observed before and after treatment, and the changes of serum uric acid were compared between the two groups before and after treatment. **Results** (1) After treatment, the TCM syndrome scores of both groups were significantly improved ($P < 0.05$), and the treatment group was significantly superior to the control group in improving the TCM syndrome scores, the difference being statistically significant ($P < 0.05$). (2) After treatment, serum uric acid level in the two groups was significantly improved ($P < 0.05$), the treatment group was significantly superior to the control group in improving serum uric acid level, the difference being statistically significant ($P < 0.05$). (3) The total effective rate was 100.00% (40/40) in the treatment group and 80.00% (32/40) in the control group. The therapeutic effect of the treatment group was superior to that of the control group, the difference being statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** Midnight-noon ebb-flow acupuncture therapy combined with heat needle exerts significant effect in treating acute gouty arthritis through improving the clinical symptoms of patients, reducing the level of serum uric acid, and the therapeutic effect is remarkable.

Keywords: midnight-noon ebb-flow acupuncture therapy; heat needle; acute gouty arthritis; serum uric acid; clinical observation

急性痛风性关节炎作为痛风的首发症状, 多见于夜间起病, 主要表现为关节红、肿、热和压痛, 伴有全身无力、发热、头痛等, 首发关节多为第一跖趾关节, 其次为踝、膝。随着社会的进步及人类生活工作模式的转变, 饮酒、暴食、过劳、精神紧张等提高了痛风性关节炎的患病率, 并且有逐渐年轻化的趋势。有关痛风性关节炎的流行病学调查显示, 我国痛风的发病率为1%~3%^[1]。另外, 因年龄和性别不同, 痛风性关节炎的发病率亦有所不同, 本病多见于40~50岁发病, 且好发于男性^[2]。有研究^[3]统计419例痛风患者, 其中, 女性占比4.5%, 而男性占比高达95.5%, 性别比例约为1:21。本研究采用子午流注纳甲法择时开穴与火针疗法配合治疗急性痛风性关节炎, 取得显著疗效, 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5月至2020年12月广州医科大学附属中医医院针灸科病房及门诊收治的80例明确诊断为急性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治疗组和对照组, 每组各40例。本研究获医院伦理委员会审议通过。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

参照《2015年美国风湿病学会/欧洲抗风湿联盟痛风分类标准》^[4]中有关急性痛风性关节炎的诊断标准拟定。

1.2.2 中医辨证标准

参照国家中医药管理局制定的《中医病证诊断疗效标准》^[5]中有关痛风病湿热夹瘀证的辨证标

准拟定：关节猝然红肿热痛伴有发热口渴，心烦不安，溲黄，舌红，苔黄腻，脉滑数。

1.3 纳入标准

①符合上述急性痛风性关节炎的诊断标准；②急性发作72 h入院；③血尿酸 $\geq 420 \mu\text{mol/L}$ ；④年龄在18~65岁之间；⑤对本研究所用药物不过敏；⑥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合并有肝肾、心脑血管严重系统性疾病的患者；②合并有其他风湿性疾病，如强直性脊柱炎等的患者；③其他疾病所导致的继发性痛风的患者；④孕妇或哺乳期妇女；⑤对本研究所用药品过敏的患者。

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组

给予依托考昔片联合秋水仙碱口服。依托考昔片(齐鲁制药有限公司,批号:H20193273)口服,每次120 mg,每天1次;秋水仙碱(广东彼迪药业有限公司,批号:H20113208)口服,每次0.5 mg,每天2次。7 d为1个疗程,共治疗1个疗程。

1.5.2 治疗组

给予子午流注纳甲法联合火针治疗。①取穴：根据子午流注纳甲法于脾经巳时(早上9点至11点)或肾经酉时(傍晚5至7点)取穴,闭穴根据“夫妻相济,合日互用”取合穴,以子午流注纳甲法所开的穴位为主穴。按照患者就诊时间将近的时辰于巳时或者酉时进行开穴治疗,此后每日固定在该时辰治疗,治疗期间若遇该时辰完全无穴可开则暂以另一时辰开穴(若巳时无开穴穴位或相对应的合穴,即在酉时取穴;反之亦然)。并随症加减,如:累及肘关节者加尺泽、手三里;累及腕关节者加腕骨、阳池、阳溪;累及掌指或指间关节者加外关;累及膝关节者加犊鼻、梁丘、血海;累及踝关节者加悬钟、昆仑、太溪;跖趾关节肿痛者加大都、行间。②操作方法:患者取坐位或仰卧位。采用安尔碘局部消毒,点燃酒精灯,医者左手持酒精灯,右手持针,靠近施术部位,用酒精灯的外焰加热火针(刘氏毫火针,江苏省吴江市神龙医疗保健品有限公司,规格:0.35 mm \times 40 mm,标准号GB2024-94)针体,当针体烧至发红后,迅速刺入穴位0.2 cm~0.3 cm,针刺部位局

部采用跌打万花油外涂。每日1次,7 d为1个疗程,共治疗1个疗程。

1.6 观察指标

1.6.1 中医证候积分

参照2002年卫生部《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[6]制定中医证候评分量表,从关节疼痛、压痛、红肿、活动障碍度共4个方面进行评定,按照症状的无、轻度、中度、重度4个等级,分别计0、1、2、3分。观察2组患者治疗前后中医证候评分的变化情况。

1.6.2 血尿酸

2组患者分别于治疗前后清晨空腹抽取静脉血,检测患者血尿酸水平。

1.7 疗效判定标准

参照国家卫生部发布的《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[6]采用尼莫地平法。疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分 $\times 100\%$ 。痊愈:90% \leq 疗效指数 $\leq 100\%$;显效:66% \leq 疗效指数 $< 90\%$;有效:33% \leq 疗效指数 $< 66\%$;无效:疗效指数 $< 33\%$ 。总有效率=(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总病例数 $\times 100\%$ 。

1.8 统计方法

采用SPSS 21.0统计软件进行数据的统计分析。计量资料采用均数 \pm 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

治疗组40例患者中,男32例,女8例;年龄34~65岁,平均(58.18 \pm 7.50)岁;病程2~10年,平均(4.63 \pm 2.37)年。对照组40例患者中,男21例,女19例;年龄30~65岁,平均(59.12 \pm 5.96)岁;病程1~8年,平均(4.73 \pm 2.66)年。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组患者治疗前后中医证候积分比较

表1结果显示:治疗前,2组患者中医证候积分(包括关节疼痛、关节压痛、关节红肿、关节活

表1 2组急性痛风性关节炎患者治疗前后中医证候积分比较

Table 1 Comparison of TCM syndrome scores between the two groups of patients with acute gouty arthritis before and after treatment

组别	例数/例	时间	关节疼痛	关节压痛	关节红肿	关节活动度	总积分
对照组	40	治疗前	3.71 ± 0.47	2.71 ± 0.47	2.24 ± 0.75	2.47 ± 0.52	11.12 ± 1.97
	40	治疗后	1.00 ± 1.17 ^①	1.18 ± 0.73 ^①	0.82 ± 0.73 ^①	0.88 ± 0.86 ^①	2.30 ± 1.72 ^①
治疗组	40	治疗前	3.65 ± 0.49	2.65 ± 0.49	2.41 ± 0.51	2.47 ± 0.51	11.18 ± 1.74
	40	治疗后	0.24 ± 0.44 ^{①②}	0.29 ± 0.47 ^{①②}	0.17 ± 0.39 ^{①②}	0.11 ± 0.33 ^{①②}	0.82 ± 1.38 ^{①②}

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

度及总积分)比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2组患者的中医证候积分(包括关节疼痛、关节压痛、关节红肿、关节活动度及总积分)均明显改善($P < 0.05$), 且治疗组在改善中医证候积分方面明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.3 2组患者治疗前后血尿酸水平比较

表2结果显示: 治疗前, 2组患者血尿酸水平比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2组患者的血尿酸水平明显改善($P < 0.05$), 且观察组在改善血尿酸水平方面明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组急性痛风性关节炎患者治疗前后血尿酸水平比较

Table 2 Comparison of serum uric acid levels between the two groups of patients with acute gouty arthritis before and after treatment ($\bar{x} \pm s, \mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$)

组别	例数/例	治疗前	治疗后
对照组	40	507.53 ± 52.53	455.71 ± 46.60 ^①
治疗组	40	496.00 ± 87.01	413.88 ± 57.95 ^{①②}

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组患者临床疗效比较

表3结果显示: 治疗组总有效率为100.00%(40/40), 对照组为80.00%(32/40)。治疗组疗效优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表3 2组急性痛风性关节炎患者临床疗效比较

Table 3 Comparison of clinical efficacy between the two groups of patients with acute gouty arthritis [例(%)]

组别	例数/例	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	40	6(15.00)	16(40.00)	10(25.00)	8(20.00)	32(80.00)
治疗组	40	26(65.00)	12(30.00)	2(5.00)	0(0)	40(100.00) ^①

① $P < 0.05$, 与对照组比较

3 讨论

急性痛风性关节炎主要表现为关节的红肿疼痛, 属于中医学“痹病”“肢体痹”等范畴^[7], 也称为“白虎历节病”, 另外还称为“痛风”“脚气”“痛痹”等^[8]。元代朱丹溪的《丹溪心法》中最早提出了“痛风”的概念: “痛风, 四肢百节走痛是也。他方谓之白虎历节风证。”“又有痛风而痛有定处, 其痛处赤肿灼热, 或浑身壮热。”《外台秘要·卷十三·白虎方》中云: “其疾昼静而夜发, 发即彻骨, 酸痛乍歇, 其病如白虎之嗜, 故名曰白虎之病也。”《张氏医通》中有曰: “痛风而痛有常处, 其痛上赤肿灼热或浑身壮热……。”随着时代的变迁与发展, 不同医家对于痛风的病因

病机有着不同的见解。郭峰^[9]归其病因多为过食膏粱厚味, 致脾失运化、肾失分泌清浊之功, 湿热互结; 或为禀赋不足, 感受外来之邪, 邪郁化热、凝滞为痰, 阻滞经络。其病机为湿热痰浊痹阻经络, 气血不畅, 不通则痛, 若流注关节, 筋骨失养, 则可见关节僵肿畸形。宋绍亮^[10]指出本病病机为脏腑积热、内伏热毒。安玉芳等^[11]认为, 急性痛风性关节炎类似于风湿热痹, 存在湿热内蕴、稽留骨骼的内因, 以及外感风邪入络的外因, 在内外因双重作用下, 邪气所滞留的关节处则红肿热痛。无论古今医家均认为急性痛风性关节炎与火、热有关, 为火郁之证, 责其脏腑多集中为脾肾。

子午流注针法的临床应用来自于子午流注的基本运动方式。《素问》中提到：“人以天地之气生，四时之法成。”早在两千多年前古人便认识到人体内环境与自然界是相通的。疾病方面，《灵枢》中亦有记载：“夫百病者，多以旦慧，昼安，夕加，夜甚。”认为随着一天中阴阳的此消彼长，疾病也会有所转变，有些疾病，发作期和间歇期交替出现，某些疾病在一天中的一定时段易于发作。子午流注针法，正是顺应了不同时间人体正气及邪气盛衰的特点，择时干预而起到调整这一过程的作用，从而达到事半功倍的效果。《灵枢·寿夭刚柔》篇云：“阴中有阳，阳中有阴，审之阴阳，刺之有方。得病所始，刺之有理。谨度病端，与时相应。内合于五脏六腑，外合于筋骨皮肤。是故内有阴阳，外亦有阴阳。”谨度病端，即是强调临床辨证取穴要严格按照辨证规律审视把握病情，既要“谨候其时，气可与期”，等候符合病证的最佳时间开穴针治，又要在辨证之后，在按时开穴的基础上加入适合病证的时穴治疗。所以，按时取穴不但不违背辨证论治的原则，相反，是更深一层地把握“人以天地之气生，四时之法成”的规律，灵活辨证来选取时穴的。目前，临床上报道了很多采用子午流注治疗痹证的相关案例，但治疗痹证的范围集中于骨性关节炎、强直性脊柱炎、颈椎病、肩周炎等，未涉及痛风性关节炎。在基础研究方面，亦有学者通过造模痹症动物实验，对子午流注纳甲法的机制作用进行探讨^[12]。孙云廷等^[13]通过对类风湿性关节炎大鼠采用子午流注纳甲法针刺，以探讨纳甲法的治疗作用和机制，证实子午流注纳甲法针刺对模型大鼠关节肿胀情况和病理方面均有明显的改善作用，其针刺的作用机制可能与生物节律等时间因素有关。

火针疗法早在《黄帝内经》中就有初步描述，《素问》谓“燔针”“淬针”，《灵枢·官针》中有记载：“淬刺者，刺燔针则取痹也。”到了汉代，火针疗法的应用已相当普遍，张仲景的《伤寒论》将火针称为“烧针”和“温针”，肯定了火针的治疗作用并强调了其适应证。明代是火针疗法的鼎盛时期，《针灸大成》《针灸聚英》《名医类案》等该时代的著作均有提及火针。其中，以《针灸聚英》对火针的论述最为全面。明代高武在

论著《针灸聚英》中阐明了火针的治病机理，“一为引气之功，二为发散之功”，书中云：“火针亦行气，火针惟借火力，无补泄虚实之害。”又云：“盖火针大开其针孔，不塞其门，风邪从此而出。”在急性痛风性关节炎时，机体正气不足，外邪侵袭机体，经脉痹阻，不通则痛。而兼备“引气”“发散”这两种功效的火针疗法，可行气活血、引邪外出，使得不通之处气血畅行从而达到消癥散结、行气止痛之功效。此外，现代学者通过大量基础研究探讨火针疗法消炎镇痛的作用机理。实验研究^[14-15]表明，火针针刺后可使类风湿关节炎模型大鼠血清白细胞介素(IL)-1、IL-6和肿瘤坏死因子(TNF)含量水平明显降低。亦有研究^[16]发现，火针可使类风湿关节炎模型大鼠血清皮质醇升高、IL-1 β 水平下降，从而缓解关节的肿胀情况。火针疗法对病灶的强刺激及热效应，可以加快炎症消散，降低局部血管张力，从而促进新陈代谢，有效控制病情加重，疗效显著且持久，安全性好^[17-18]。

目前，在临床上，不同于中医的因人施治、辨病辨证，西医在痛风的治疗方面多采用对症治疗，故痛风易反复发作，无法彻底根治^[19]。2012年美国风湿学会痛风诊治指南将秋水仙碱、非甾体消炎药以及糖皮质激素作为治疗痛风急性发作的一线用药^[2]。西药治疗的优点是见效快、短期内疗效显著，但以上三类药物均存在不可控的不良反应，无法长期应用，且糖皮质激素停药后常常有“反跳”现象。

本研究结果表明，运用子午流注纳甲法配合火针疗法方案治疗急性痛风性关节炎，临床疗效显著，可有效缓解患者症状，降低血尿酸水平，疗效优于西医治疗。鉴于痛风病机与火、热有关，病位多属脾肾，故选取脾经巳时或肾经酉时进行开穴以火针针刺，在最佳时机刺激穴位以达到疏通经络、散邪止痛之功效。

综上所述，子午流注纳甲法联合火针治疗急性痛风性关节炎，可以明显提高临床疗效，降低血尿酸水平，值得在临床进一步推广应用。

参考文献：

- [1] 石白，殷海波，张锦花. 痛风现代流行病学及其发病机制研究进展[J]. 风湿病与关节炎, 2012, 1(6): 51-55.

- [2] KHANNA D, KHANNA P P, FITZGERALD J D, et al. 2012 American College of Rheumatology guidelines for management of gout. Part 2: Therapy and antiinflammatory prophylaxis of acute gouty arthritis [J]. *Arthritis Care Res*, 2012, 64 (10): 1447-1461.
- [3] 赵圣川. 痛风的诊断与治疗[M]. 北京: 军事医学科学出版社, 2002: 7-8.
- [4] NEOGI T, JANSEN T L T A, DALBETH N, et al. 2015 Gout Classification Criteria: an American college of rheumatology/european league against rheumatism collaborative initiative [J]. *Arthritis Rheumatol*, 2015, 67(10): 2557-2568.
- [5] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 31.
- [6] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 20.
- [7] 蔡光先, 赵玉庸. 中西医结合内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2005: 8.
- [8] 张程悦, 汪悦. 四妙草薏苡饮治疗湿热蕴结型痛风32例疗效观察[J]. *长春中医药大学学报*, 2012, 28(1): 120-121.
- [9] 郭峰. 痛风性关节炎的中医治疗研究辑要[J]. *中医药学刊*, 2004, 2(2): 275-276.
- [10] 宋绍亮. 热痹证治新说[M]. 北京: 北京中医古籍出版社, 2000: 133.
- [11] 安玉芳, 邵雅华, 陈成诗. 清热养阴解毒散结法治疗急性痛风性关节炎970例临床报告[J]. *中国初级卫生保健*, 2008, 22(2): 89.
- [12] 朱婉华, 张爱红, 顾冬梅, 等. 痛风性关节炎中医证候分布规律探讨[J]. *中医杂志*, 2012, 53(19): 1667-1670.
- [13] 孙云廷, 魏铭, 姜学连, 等. 子午流注取穴治疗类风湿性关节炎临床研究[J]. *中华中医药杂志*, 2009, 24(2): 227-229.
- [14] 罗海鸥, 唐勇, 蒲艺, 等. 火针对类风湿关节炎大鼠TNF- α 的影响[J]. *辽宁中医学院学报*, 2003, 5(2): 167.
- [15] LORENZ H M. New therapy developments in rheumatoid arthritis[J]. *Z Rheumatol*, 2001, 60(5): 326-332.
- [16] 李晖, 邓春雷. 火针对类风湿关节炎模型大鼠血清皮质醇和IL-1 β 的影响[J]. *上海针灸杂志*, 2006, 25(2): 37-39.
- [17] 刘维, 赵文甲, 吴沅峰. 刺络放血治疗痛风性关节炎疗效及安全性Meta分析[J]. *辽宁中医药大学学报*, 2017, 19(12): 5.
- [18] 丁德良. 火针刺络放血治疗急性痛风性关节炎的效果观察[J]. *世界最新医学信息文摘*, 2017, 17(78): 135.
- [19] 陈灏珠, 林果为, 王吉耀. 实用内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 2668.

【责任编辑: 宋威】

欢迎关注《广州中医药大学学报》“微信公众号”



本刊微信公众平台已开通, 通过手机个人微信“扫一扫”本刊“微信公众号”二维码并关注, 即可进入本刊微信公众平台。通过此手机微信平台, 可及时、准确地了解本刊的最新资讯、动态, 并能及时查询已投稿件处理状况, 检索论文, 浏览下载过刊。快来关注我们的公众号吧!

·《广州中医药大学学报》编辑部·