

远红外治疗凝胶联合中药外敷治疗痛风患者的疗效观察

陈进康

杭州中西医结合医院 浙江杭州 310015

摘要: 目的: 观察远红外治疗凝胶联合中药外敷对痛风患者的临床干预效果。方法: 选择本院2024年9月至2025年5月收治的痛风性关节炎患者108例, 随机分成观察组和对照组各54例。对照组采用常规口服治疗方案+中药外敷, 观察组在其基础上, 予以远红外治疗凝胶外敷, 疗程为1周。比较两组治疗前后的临床疗效、症状评分、实验室指标以及生活质量评分的变化。结果: 观察组在缓解临床症状、改善实验室指标、提高生活质量等方面均优于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 远红外治疗凝胶联合中药外敷对痛风患者关节的局部症状有较好的协同干预效果, 值得临床推广应用。

关键词: 痛风; 痛风性关节炎; 远红外治疗凝胶; 中药外敷

引言

痛风属于代谢异常引发的慢性病, 其根源在于体内嘌呤代谢出现紊乱现象, 进而导致高尿酸状况产生。当尿酸生成量增多或者排泄受阻的情况一直持续下去的时候, 血液中的尿酸含量就会有所提升, 过饱和的尿酸盐比较容易析出, 然后会沉积到关节滑膜以及周围软组织里面去, 形成一种晶体微结节。这种结晶物质会被身体当作是“异物”, 于是就引发了急性免疫反应, 在临床上常常体现为关节突然出现肿胀, 伴有红热并且疼痛难忍, 并且还会影响到日常活动等^[1]。

目前的治疗主要使用非甾体抗炎药或慢性中药, 虽然可以缓解症状, 但是存在不良反应和疗效不能长期维持的问题。近几年发现局部外治法在痛风的防治中具有一定的效果。远红外治疗凝胶有良好的组织渗透作用和理疗辅助作用, 如果配合使用有清热消肿、活络止痛的中药敷剂, 可能更好的达到临床治疗的效果。基于此, 本研究以期对两者联合应用的可能性及其临床效果有所探明。

一、资料与方法

(一) 一般资料

本研究为单中心、随机对照研究, 所有受试者均由研究人员详细告知研究内容、可能获益与风险, 充分理解后签署书面知情同意书。共纳入2024年9月至2025年5月在本院中医科就诊的急性痛风性关节炎患者108例。按照随机数字表法分为观察组与对照组, 各54例。

作者简介: 陈进康 (1993—), 男, 汉, 浙江金华, 硕士研究生, 研究方向为中医针灸疗法。

对照组男性49例, 女性5例, 年龄32 ~ 71岁, 平均 (54.63 ± 6.95) 岁; 病程3 ~ 18天, 平均 (9.26 ± 3.18) 天。受累关节分布为第一跖趾关节34例、踝关节10例、膝关节6例、其他部位4例。观察组男性50例, 女性4例, 年龄31 ~ 70岁, 平均 (53.78 ± 7.08) 岁; 病程4 ~ 17天, 平均 (9.41 ± 3.07) 天。受累关节分布为第一跖趾关节33例、踝关节12例、膝关节5例、其他部位4例。两组在性别比例、年龄构成、病程长短以及受累关节部位等方面比较差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 提示组间具有可比性。

1. 诊断标准

西医诊断参照2015年ACR/EULAR痛风分类标准。中医辨证依据《中医病证诊断疗效标准》^[2], 属湿热痹阻证, 见关节灼热红肿、舌红苔黄腻、脉滑数者可诊断。

2. 纳入标准

①符合上述中西医诊断标准, 确诊为急性痛风性关节炎; ②发病时间在72 h以内, 症状明确且可评估; ③年龄介于30 ~ 75岁, 性别不限; ④近1周末使用其他中药、外敷药或抗炎镇痛药物干预; ⑤具备完整临床资料, 知情并自愿参与研究。

3. 排除标准

①合并类风湿关节炎、骨关节病等其他关节疾病者; ②严重心、肝、肾功能不全者; ③局部皮肤破溃、感染或严重过敏体质; ④合并精神障碍或依从性差, 无法完成疗程及随访者。

(二) 方法

1. 对照组

对照组在常规口服治疗方案基础上加用中药外敷。

口服药物包括：双氯芬酸钠肠溶片（25 mg/片，国药准字 H37020787，仁和堂药业有限公司），每次 75 mg，1 次/d；联合碳酸氢钠片（0.5 g/次，3 次/d）以调节体液酸碱度，促进尿酸排出。中药外敷采用自制冰芒散，组方为冰片 100g，芒硝 100g，共研细粉，加入 20% 凡士林及适量生理盐水调成膏剂。使用时厚敷 3 ~ 5mm，覆盖范围超出病灶边缘 2cm，每日 3 次，连续使用 7 日。治疗期间均嘱咐卧床休息、低嘌呤饮食、充足饮水及避免烟酒与辛辣食物摄入。

2. 观察组

观察组在对照组治疗基础上，额外加用医用远红外治疗凝胶。该凝胶由长春市奥朗特生化药械科研基地有限公司生产，注册证号：吉械注准 20232090639。使用方法为每日 3 次，每次先清洁患处并擦干，再取适量凝胶涂于关节局部，轻揉使其吸收。两组治疗周期均为 7 天，结束后统一评估疗效。

（三）观察指标

（1）临床疗效

本研究疗效评定参照《中药新药临床研究指导原则》^[4]中的相关要求，建立量化评分体系。评分项目包括关节肿胀、关节疼痛、灼热感及活动障碍四个方面，每项按 0 ~ 3 分分级，累计总分为 0 ~ 12 分，总分越高表示临床症状越为严重。患者分别在治疗前及治疗结束第 7 天接受同一研究人员的统一化评估。以治疗前后总分变化率作为疗效判断依据，计算公式为：症状改善率 = (治疗前总分 - 治疗后总分) / 治疗前总分 × 100%。根据改善率分为以下四级：临床痊愈：改善率 ≥ 95%；显效：改善率在 70% ~ 94% 之间；有效：改善率在 30% ~ 69% 之间；无效：改善率 < 30%。最终疗效以“总有效率”进行统计，即：总有效率 = (临床痊愈例数 + 显效率例数 + 有效率例数) ÷ 总例数 × 100%。

（2）实验室指标

于治疗前及治疗第 7 天采集患者空腹静脉血，检测以下指标：①血清尿酸（UA），反映体内嘌呤代谢水平；②红细胞沉降率（ESR），用于评估炎症活动程度；③C 反应蛋白（CRP），作为炎症反应敏感性标志物。

（3）生活质量

生活质量评估采用简明健康状况问卷^[5]（Short Form-36 Health Survey, SF-36），涵盖躯体疼痛、日常活动能力、睡眠质量与情绪状态四个核心维度。为保证结果可比性，所有原始分数均通过统一的计算方法转换为标准化百分制分值（范围 0 ~ 100 分）。其中，得分越高表示该维度的生活功能状态越好，患者主观健康感受越积极。分别于治疗前及治疗第 7 天完成量表填写。

（四）统计学分析

本研究数据采用 SPSS 统计软件进行统计处理。计量资料为四项临床症状评分、实验室检测指标以及 SF-36 量表中生活质量各维度得分，均进行正态性检验后以均数 ± 标准差表示。两组间差异比较采用独立样本 t 检验，同组干预前后数据采用配对 t 检验；若数据分布不满足正态假设，则改用非参数检验（Mann-Whitney U 检验或 Wilcoxon 符号秩检验）。计数资料（如临床疗效分级）以例数和构成比表示，组间比较采用 χ^2 检验，当理论频数不足时使用 Fisher 确切概率法。所有统计检验均为双侧检验，当 $P < 0.05$ 时判定差异具有统计学意义。

二、结果

（一）两组临床疗效比较

7 天治疗结束后，两组患者关节症状均较基线明显缓解，但观察组总体疗效优于对照组。治疗后均明显下降，但显示观察组改善更为显著（ $P < 0.05$ ）。详见表 1、表 2。

（二）两组实验室指标比较

干预前，两组患者血清尿酸（UA）、红细胞沉降率（ESR）及 C 反应蛋白（CRP）水平均处于升高状态，组

表 1 两组患者临床疗效等级比较 [n (%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率 (%)
对照组	54	11 (20.37)	15 (27.78)	18 (33.33)	10 (18.52)	81.48
观察组	54	25 (46.30)	20 (37.04)	7 (12.96)	2 (3.70)	96.30*

注：* 为与对照组治疗后比较， $P < 0.05$ ，下同。

表 2 两组患者治疗前后临床症状评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	关节肿胀		关节疼痛		灼热感		关节活动障碍	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	54	2.78 ± 0.41	1.53 ± 0.33 [#]	2.86 ± 0.36	1.65 ± 0.35 [#]	2.52 ± 0.29	1.36 ± 0.28 [#]	2.72 ± 0.15	1.46 ± 0.11 [#]
观察组	54	2.80 ± 0.38	0.89 ± 0.26 ^{**}	2.83 ± 0.40	0.97 ± 0.29 ^{**}	2.50 ± 0.32	0.78 ± 0.25 ^{**}	2.67 ± 0.12	0.82 ± 0.14 ^{**}

注：[#] 为与本组治疗前比较， $P < 0.05$ ，下同。

表3 两组患者实验室指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	血清尿酸		ESR		CRP	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	54	527.83 ± 41.62	379.45 ± 37.26 [#]	39.78 ± 6.31	25.14 ± 4.36 [#]	29.42 ± 5.06	17.38 ± 4.17 [#]
观察组	54	529.61 ± 42.77	314.72 ± 33.58 ^{**}	40.03 ± 6.15	15.63 ± 3.41 ^{**}	30.07 ± 5.28	9.41 ± 2.73 ^{**}

表4 两组患者生活质量评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	躯体疼痛		日常活动能力		睡眠质量		情绪状态	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	54	58.47 ± 8.35	71.62 ± 7.28 [#]	61.03 ± 9.26	73.89 ± 8.14 [#]	57.36 ± 7.45	68.14 ± 6.82 [#]	59.84 ± 8.01	70.26 ± 7.67 [#]
观察组	54	58.26 ± 8.19	81.34 ± 6.93 ^{**}	61.42 ± 8.76	85.07 ± 7.51 ^{**}	57.11 ± 7.21	78.23 ± 6.25 ^{**}	60.05 ± 7.92	80.12 ± 7.34 ^{**}

间比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。经过7天治疗后, 组间比较结果显示, 治疗后观察组各指标均低于对照组 ($P < 0.05$) (见表3)。

(三) 两组生活质量变化

治疗结束后, 两组患者生活质量评分均较基线改善, 但观察组提升幅度更为明显。组间比较显示, 四个维度治疗后均呈现显著差异 ($P < 0.05$) (见表4)。

三、讨论

痛风性关节炎属于嘌呤代谢紊乱与尿酸排泄异常引发的急性炎症疾病, 近些年来, 在中老年群体中的发病率逐年增长, 反复发作不仅干扰正常生活, 而且容易波及关节组织, 引发慢性滑膜损伤, 间接引发腱鞘炎, 伴随关节炎症状。现在常用的常规治疗方法主要是服用非甾体抗炎药等药物, 可以缓解急性症状, 但是药物代谢压力较大、局部症状改善较慢、依从性与安全性问题日益凸显。本研究就是在此背景下, 探究远红外治疗凝胶联合中药外敷对痛风性关节炎治疗的实际效果。

从本次观察结果可见, 观察组在关节肿胀、疼痛、灼热感、活动障碍方面改善程度更大, 可能与中药冰芒散外敷直达病灶, 发挥清热利湿、活血散结的作用, 减少胃肠道负担有关。钱焕萍等^[6]也提示局部药物可以提高抗炎镇痛的效果, 与本研究结果相符。在实验室指标上, 观察组血清尿酸、ESR、CRP下降更多, 说明联合疗法可以有效控制代谢异常和炎症水平, 可能与远红外治疗凝胶在渗透层次和局部循环上的优势有关。远红外治疗凝胶释放的远红外线可深入皮下4-5cm, 产生共振吸收效应, 促进毛细血管扩张和代谢加速, 使炎症因子的清除速度加快。凝胶基质的黏稠度适中, 成膜性好, 能保持药效并留滞药物, 提高局部治疗的持续性, 有一定优势。胡云辉^[7]也提到渗透促进、消肿镇痛的效果, 本研究结果与此相符。在生活品质评价上, 观察组改善更明显, 这表示症状有所缓解就能直接带动心理、睡眠、日常活动等各方面改善, 一方面是因为局部疼痛和红肿

感迅速消除, 减少了病人对疾病的不确定感以及焦虑程度, 远红外治疗凝胶在深层扩张毛细血管并推动微循环的时候, 间接改善了局部组织缺氧和毒性代谢物堆积情况, 使得夜间痛感减轻, 睡眠质量提高, 另一方面是因为中药外敷成分里的芒硝和冰片有清热通络、芳香开窍的作用, 有助于缓解关节压痛和僵硬, 从而利于恢复正常活动。

综上所述, 远红外治疗凝胶联合中药外敷能够协同改善痛风患者关节肿胀、疼痛、灼热感、活动障碍以及伴随腱鞘炎的局部症状及全身炎症指标, 值得推广使用。

参考文献

- [1] 吴徐红. 改良“四黄散”外敷治疗痛风性关节炎的疗效观察[J]. 浙江临床医学, 2025, 27(05): 671-672.
- [2] 肖又嘉, 邓奕辉. 邓奕辉基于“阳化气, 阴成形”理论治疗慢性痛风性关节炎经验[J]. 湖南中医杂志, 2025, 41(04): 62-64.
- [3] 余祖年, 杜曜宇. 自拟三黄冰芒散外敷治疗湿热痹阻型痛风性关节炎的临床疗效观察[J]. 中华中医药杂志, 2024, 39(06): 3196-3199.
- [4] 张丽. 中药外敷联合内服治疗湿热蕴结型急性痛风性关节炎疗效观察[J]. 中国初级卫生保健, 2023, 37(11): 85-87.
- [5] 李梦圆. 穴位贴敷与中药外敷治疗急性痛风性关节炎临床疗效对比观察[D]. 重庆医科大学, 2022.
- [6] 钱焕萍, 余广田, 郭燕, 等. 冰芒散联合非布司他治疗急性痛风性关节炎的临床研究[J]. 中国中医急症, 2025, 34(04): 616-619.
- [7] 胡云辉. 远红外治疗凝胶辅助治疗在多种骨关节疾病及软组织损伤康复中的临床疗效研究[C]// 中国生命关怀协会. 生命关怀与智慧康养系列学术研讨会论文集——护理管理中的破冰行动. 南阳张仲景医院(肿瘤外科), 2024: 677-678.