痛风舒节合剂辅助治疗湿热蕴结型痛风性关节炎的效果

苏敏慧，朱克强，张卫东，周琪，吴炅，周定华*
（南京中医药大学附属常州市中医医院，江苏 常州 213000）

摘要 目的：探究痛风舒节合剂辅助治疗湿热蕴结型痛风性关节炎的效果。方法：采用随机对照试验，选取 2023 年 10 月—2024 年 10 月于南京中医药大学附属常州市中医医院就诊的 122 例湿热蕴结型痛风性关节炎患者为研究对象，区块随机化分为对照组与中药联合组，每组 61 例。对照组进行基础治疗，中药联合组在此基础上服用痛风舒节合剂，均治疗 2 个月。比较两组患者治疗后的临床疗效、VAS 评分、关节肿胀评分、皮温皮色评分、关节屈伸功能评分、血尿酸（SUA）水平、炎症因子指标［C 反应蛋白（CRP）、白介素（IL－6、IL－17A）、肿瘤坏死因子（TNF－α）］差异。结果：治疗 2 个月后，中药联合组临床总有效率为 93.44%（57/61），显著高于对照组的 80.33%（49/61），差异有统计学意义（$P<0.05$）；治疗后，两组 VAS 评分、关节肿胀评分、皮温皮色评分、关节屈伸功能评分、SUA、CRP、IL－6、IL－17A、TNF－α水平均降低（$P<0.05$），且中药联合组均低于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。结论：对于湿热蕴结型痛风性关节炎患者，在西药治疗的基础上给予痛风舒节合剂能够提高患者的临床疗效，改善患者关节疼痛、肿胀、活动度和发红情况，缓解其炎症因子水平。

关键词 痛风性关节炎；湿热蕴结型；痛风舒节合剂；临床疗效；白介素
中图分类号：R255.6 **文献标识码**：A **文章编号**：1002－2392（2025）12－0096－05
DOI：10.19664/j.cnki.1002－2392.250261

痛风性关节炎（Gouty arthritis，GA）在中国的患病率约为 1%～3%，呈逐年递增趋势，且发病年龄逐渐低龄化[1-2]。该病在急性发作时伴随剧烈疼痛、肿胀和压痛，临床常以非甾体类抗炎药、糖皮质激素和秋水仙碱作为该病的一线治疗药物[3]，虽能缓解临床症状，但仍存在腹泻、肝肾毒性、胃肠道出血、代谢紊乱等不良反应[4]。因此，寻求更安全有效的治疗方案对于提高 GA 的治疗效果有重要意义。目前中药汤剂在 GA 临床中已广泛应用且取得一定进展[5-6]。痛风舒节合剂组方以黄柏、土茯苓、山慈菇、豨莶草等共奏清利湿毒、化解瘀结之效，是为辨证治疗显热蕴结型 GA 之良方。因此，本研究着眼于痛风舒节合剂辅助治疗湿热蕴结型 GA 患者的临床效果，并从炎症因子水平变化情况，初探其作用机制，旨在为其临床应用提供循证医学依据。

收稿日期：2025－04－18 **修回日期**：2025－11－05
基金项目：江苏省 2024 年度省中医药学会科研项目（ZXFZ2024057）
作者简介：苏敏慧（1990－），女，博士，主治中医师，主要从事中医风湿病学相关研究。
*通信作者：周定华（1972－），男，硕士，主任中医师，主要从事中医风湿病学相关研究。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究采用前瞻性、随机对照、单盲（结局评估者设盲）试验设计。选取 2023 年 10 月—2024 年 10 月于南京中医药大学附属常州市中医医院就诊的 122 例湿热蕴结型痛风性关节炎患者为研究对象，采用区块随机化分组，分为对照组与中药联合组，每组 61 例。中药联合组男 39 例、女 22 例，平均年龄（46.26±5.22）岁，平均病程（14.25±2.65）个月，平均体质量指数（21.58±3.26）kg/m^2；对照组男 35 例、女 26 例，平均年龄（45.82±5.02）岁，平均病程（14.84±2.81）个月，平均体质量指数（21.94±3.58）kg/m^2；两组患者一般资料比较，差异无统计学意义（$P>0.05$），具有可比性。本研究已获常州市中医医院医院伦理委员会批准［批件号：2023－LL－017（LW）］。

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（ACR）与欧洲风湿病联盟（EULAR）中相关标准，共同制定 GA 西医诊断标准[7]。

1.2.2 中医辨证标准

参照《中医病证诊断疗效标准》[8]中相关标准，辨证为湿热蕴结型，关节红肿热痛、触之关节局部呈灼热感，得凉缓解，伴有关节活动受限、心烦、发热。舌质红，舌苔黄腻或厚，脉弦滑或滑数。

1.3 纳入标准

①符合以上西医诊断标准及中医辨证标准；②年龄 18 ~ 65 岁；③入组前 1 个月内未使用降尿酸药物；④能配合完成量表评分调查；⑤中度或以上关节痛，视觉模拟评分（VAS）≥4 分；⑥均签署研究知情同意书。

1.4 排除标准

①对受试药物过敏者；②肝功能异常者；③严重急性/慢性器质性或精神疾病者；④患有类风湿性关节炎、银屑病关节炎、强直性脊柱炎和膝骨性关节炎等关节炎者；⑤既往史有其他风湿病病史者；⑥患有活动性消化性溃疡或出血者；⑦骨髓抑制、肝肾功能不全和白细胞减少者；⑧孕妇或哺乳期妇女；⑨依从性差和/或无法完成临床观察者。

1.5 脱落和剔除标准

①未遵医嘱用药或使用其他影响结果的药物者；②自行退出者；③出现严重不良反应或严重并发症，需更换治疗方案者。

1.6 治疗方法

对照组参照《2016 中国痛风诊疗指南》[9]制定方案，口服双氯芬酸钠双释放肠溶胶囊（Temmler Ireland Ltd.，国药准字 HJ20170098，75 mg/粒）75 mg，2 次/d，持续 3 ~ 7 d 或症状缓解，疼痛缓解后调整给药方案为秋水仙碱片（昆药集团股份有限公司，国药准字 H53021389，0.5 mg/片）0.5 mg，1 次/d，维持治疗。

中药联合组在对照组基础上加用痛风舒节合剂，组方：黄柏 12 g，防己 12 g，知母 12 g，生苍术 12 g，土茯苓 30 g，山慈菇 15 g，蚕砂 12 g，姜黄 12 g，青风藤 20 g，赤芍 12 g，生地黄 12 g，豨莶草 30 g。加水 600 mL，每付药煎取 2 袋，每袋 200 mL，真空包装，每次 1 袋，每日 2 次。两组患者均持续治疗 2 个月。

1.7 观察指标及疗效判定标准

1.7.1 临床疗效

治疗 2 个月后，由专业经验≥2 年的医师评价。具体标准，治愈：血尿酸水平降低至正常范围，受累关节症状均消退，活动度正常；显效：血尿酸水平降低，但 >420 μmol/L，受累关节症状明显减轻，活动度轻度受限；有效：血尿酸水平降低，但 >420 μmol/L，症状有所减轻，关节活动度受限；无效：未达到上述标准[10]。总有效率（%）=（治愈例数 + 显效例数 + 有效例数）/总例数 ×100%。

1.7.2 关节疼痛评分

治疗前及治疗 2 个月后，使用视觉模拟评分（VAS）[11]评估疼痛水平。该方法使用标准化 10 cm 线性标尺，以 0 表示无痛，10 表示剧痛难忍，患者经培训后独自根据当前疼痛强度在标尺相应位置标记，记录3 次数值后取均值。

1.7.3 关节证候评分

基于《痛风及高尿酸血症中西医结合诊疗指南》[12]的中医证候积分量表，由专业经验≥2 年的医师评价关节肿胀、皮温皮色和关节屈伸功能。关节肿胀评分：无关节肿胀评为 0 分；关节皮肤纹理变浅，骨标志仍明显，评为 1 分；关节肿胀明显，大部分皮肤纹理消失，骨标志不明显，评为 2 分；关节周围皮肤紧，骨标志消失，评为 3 分。皮温皮色以 0 ~ 3 分为标准进行评估，其中 0 分表示疼痛关节部位皮温皮色正常；1 分表示疼痛关节部位皮温轻度升高，皮色正常；2 分表示疼痛关节部位皮温轻度升高，皮色明显呈红色；3 分表示疼痛关节部位皮温明显发热，皮色呈深红色。关节屈伸功能评分[13]：使用 0 ~ 4 分的量表进行评估，关节活动正常评为 0 分；关节活动轻度受限，但仍有能力开展常规活动，评为 1 分；关节活动范围减少 <1/3，但日常任务正常可行，评为 2 分；关节活动范围减少≥1/3，但不僵直或固定，评为 3 分；关节僵直或固定，评为 4 分。

1.8 检测指标

1.8.1 血尿酸水平

治疗前及治疗 2 个月后，采集患者空腹静脉血 3 mL，置于促凝管中，室温静置 30 min 后，以 3 000 r/min 离心 10 min 分离血清。采用尿酸酶 - 过氧化物酶法（试剂盒：南京建成生物工程研究所，货号 C012 - 2 - 1），以全自动生化分析仪（型号：日立 7600）检测血清尿酸（SUA）水平，严格参照说明书操作。

1.8.2 炎症指标

治疗前及治疗 2 个月后，采用酶联免疫吸附法（ELISA）测定血清炎症指标，抽取空腹血液后置于离心机内以 3 000 r/min，离心 20 min 后取血清，并按照试剂盒步骤进行操作（Elabscience 公司），检测外周血 CRP、TNF - α、IL - 6 及 IL - 17A 水平。

1.9 不良事件记录及处理

治疗期间由独立研究护士每 2 周电话或门诊随访 1 次，记录不良事件（AE）及严重不良事件（SAE），包括胃肠道不适、皮肤过敏、肝肾功能异常等。出现 AE 时及时予以停药或对症处理，必要时终止研究。

1.10 统计学分析

采用 SPSS23.0 分析数据，由 2 名非研究者独立录

入并分析，结果相互核对。本研究计数资料均采用[例(%)]描述，行 χ^2 检验。研究中计量资料均以 Levene's 检验方差齐性，以 Shapiro－Wilk 法检查正态性，结果均符合要求，并采用($\bar{x} \pm s$)表示，组间比较行独立样本 t 检验，组内比较采用配对样本 t 检验。$P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较

治疗后，中药联合组临床总有效率为 93.44%，显著高于对照组的 80.33%，差异有统计学意义($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 两组湿热蕴结型痛风性关节炎患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
中药联合组	61	17(27.87)	16(26.23)	24(39.34)	4(6.56)	57(93.44)#
对照组	61	11(18.03)	14(22.95)	24(39.34)	12(19.67)	49(80.33)

注：与对照组比较，#$P < 0.05$。

2.2 两组患者关节疼痛与证候评分比较

治疗前，两组患者 VAS、关节肿胀、皮温皮色、关节屈伸功能评分比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后两组患者上述指标均较本组治疗前降低($P < 0.05$)，且中药联合组低于对照组($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 两组湿热蕴结型痛风性关节炎患者关节疼痛与证候评分比较($\bar{x} \pm s$，分)

组别	例数	时间	VAS	关节肿胀	皮温皮色	关节屈伸功能
中药联合组	61	治疗前	6.84 ± 0.97	2.08 ± 0.28	1.92 ± 0.38	3.23 ± 0.78
		治疗后	2.74 ± 0.60*#	0.77 ± 0.16*#	0.75 ± 0.13*#	1.08 ± 0.28*#
对照组	61	治疗前	6.92 ± 1.19	2.15 ± 0.36	1.95 ± 0.22	3.18 ± 0.76
		治疗后	3.26 ± 0.63*	0.97 ± 0.18*	0.95 ± 0.34*	1.59 ± 0.32*

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

2.3 两组患者血尿酸水平及炎症指标比较

治疗前，两组患者 SUA、CRP、TNF－α、IL－6 及 IL－17A 水平比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后两组患者上述指标均较本组治疗前降低($P < 0.05$)，且中药联合组低于对照组($P < 0.05$)，见表 3。

表 3 两组湿热蕴结型痛风性关节炎患者血尿酸水平及炎症指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	SUA/(μmol/L)	CRP/(mg/L)	TNF－α/(pg/mL)	IL－6/(pg/mL)	IL－17A/(ng/mL)
中药联合组	61	治疗前	512.34 ± 48.72	42.18 ± 6.35	85.42 ± 10.37	64.73 ± 8.92	30.64 ± 5.27
		治疗后	328.16 ± 35.27*#	8.73 ± 1.94*#	32.15 ± 6.28*#	18.26 ± 3.45*#	9.13 ± 1.27*#
对照组	61	治疗前	508.92 ± 47.83	43.02 ± 6.84	84.96 ± 9.85	63.88 ± 8.17	31.38 ± 8.94
		治疗后	398.75 ± 42.16*	15.27 ± 3.12*	48.62 ± 7.53*	29.74 ± 4.86*	12.86 ± 2.17*

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

2.4 两组不良反应情况比较

治疗期间，两组均未出现严重不良事件。中药联合组出现轻度胃部不适 2 例、轻度腹泻 1 例，症状均在 3 d 内自行缓解，未停药；对照组出现胃部不适 4 例、ALT 轻度升高 1 例，均对症处理后恢复。两组不良事件发生率差异无统计学意义($P > 0.05$)。

3 讨论

GA 是一种炎症性关节炎，其特征是剧烈疼痛、肿胀和关节活动受限[14]。GA 指南中推荐的一线治疗药物是秋水仙碱、非甾体抗炎药和糖皮质激素，但常因其禁忌症及不良反应而存在局限。为避免不良反应以及获得更好的疗效，一些补充与替代疗法被用于 GA 的治疗，也包括中医治疗如口服中草药、针灸、艾灸、拔罐、中药外敷等。

GA 归属于中医“痹证”范畴，湿热蕴结型为其主要证型，其病机为湿热积聚、经络气血瘀阻，瘀血、湿浊邪气流入到肌腱关节处发病，其特征是关节疼痛、肿胀、发红和发热，伴有烦躁、口渴和尿黄。因此，根据中医传统理论，治疗 GA 湿热蕴结型应遵循清热利湿通络的原则[15]。本研究结果显示，中药联合组临床总有效率高达 94.12%，中药联合组关节疼痛及功能评分低于对照组，表明中药联合治疗在改善关节功能方面更具优势。痛风性关节炎属中医“痹证”范畴，多由体内湿热之邪蕴结，阻滞经络气血运行所致。痛风舒节

合剂以黄柏、土茯苓共为君药,黄柏清热燥湿、泻火解毒,土茯苓解毒除湿、通利关节,两药协同针对湿热蕴结之核心病机;防己、知母、生苍术为臣药,助君药增强清热祛湿、通痹止痛之功;山慈菇、蚕砂清热解毒、通利关节,姜黄、青风藤活血行气、祛风通络,赤芍、生地黄清热凉血、养阴化瘀,以兼顾湿、热、瘀交织之复杂病况,上述互为佐药。以豨莶草为使,引诸药直达病所。全方共奏清热利湿、活血通络、消肿止痛之效。

研究[16]报道,GA 还与晶体产生的炎症反应密切相关,其机制是尿酸钠晶体通过激活中性粒细胞和炎性小体释放类似的促炎细胞因子来诱导炎症。本研究结果显示,痛风舒节合剂确能降低 GA 患者 SUA、CRP 水平,并可使 IL-6、TNF-α 与 IL-17A 水平降低,其效果优于单纯西药治疗。IL-17A 作为 Th17 细胞分泌的关键介质,直接驱动中性粒细胞浸润及关节滑膜炎症[17]。方中黄柏所含槲皮素可抑制 STAT3 磷酸化,阻断 Th17 分化[18],降低 IL-17A 水平,从源头上缓解痛风慢性炎症。TNF-α、IL-6 是痛风急性期关节红肿热痛的核心诱因,其中 IL-6 不仅可扩大炎症反应,更促进 Th17 分化形成,加剧病情,黄柏小檗碱通过抑制 IκBα 降解,阻断 NF-κB 通路活化,减少 TNF-α 释放[19],同时防己生物碱可抑制 JAK2/STAT3 信号转导,下调 IL-6 水平[20],进而切断炎症的恶性循环。药方中黄柏等多种药物富含槲皮素,可降低 IL-17 途径中 IL-17A、IL-17F 和 IL-6 的表达,还可以抑制 IL-6、IL-1β 和 TNF-α 的产生、NF-κB 的激活、炎性小体的激活或炎性小体成分 mRNA 的表达,从而发挥抗炎作用。槲皮素还可以减少氧化应激、内质网应激和相关的细胞凋亡,消除软骨退化,减少软骨细胞凋亡。黄柏中的小檗碱及异山梨胺也是主要的抗炎成分,通过 TNF-α、NF-κB、趋化因子等多条信号通路发挥作用,小檗碱可以抑制 NLRP3 炎性体的激活,防止 IL-1β 抵抗炎症[21]。土茯苓中的有效成分,如秋水仙素、丁香酸和儿茶素,可以抑制炎症因子的表达,具有很强的抗炎作用。山慈菇中富含秋水仙碱,该成分通过结合微管蛋白而阻断炎性小体组装,由此快速抑制 IL-1β 释放,实现在 12 h 内缓解疼痛的效果[22]。豨莶草萜类成分发挥镇痛功效的作用机制类似非甾体抗炎药,主要是通过抑制 JAK2/STAT3 信号通路,阻止 COX-2 及 PGE2 合成而实现[23]。综合上述结果表明,痛风舒节合剂以降低 TNF-α、IL-6、IL-17A 水平而发挥清热之效,促进 SUA 排除而实现利湿之效,并以多种具有镇痛功效的成分发挥通络止痛之效。

痛风舒节合剂辅助治疗对于提高 GA 患者的临床疗效具有积极意义,能够改善炎症反应,缓解患者剧烈疼痛、肿胀和关节活动受限等症状。本研究尚存在以下局限性,(1)122 例样本来源于单中心,虽满足统计效能,但可能影响亚组分析效力;(2)2 个月疗程虽证实短期疗效,但未评估痛风舒节合剂对长期尿酸控制及复发率的影响。因此,本研究仅针对湿热蕴结型 GA 患者,今后将开展更大样本、长期随访的多中心随机对照试验研究来验证痛风舒节合剂的疗效和安全性,并进一步探索该合剂的作用机制等。

参考文献:

[1] 朱继孝,周琳,张初玲,等. 短穗兔耳草中 3 个化合物对大鼠慢性酒精性肝损伤合并痛风性关节炎的作用及其机制研究[J]. 中药新药与临床药理,2024,35(6):822-831.

[2] HE Y K, DAI C R, SHEN J Y, et al. Effect of Baihu and Guizhi decoction in acute gouty arthritis: study protocol for a randomized controlled trial[J]. Trials, 2022, 23(1): 35428324.

[3] 朱晓霞,鲁健,施亚男. 基于超声影像组学对痛风性关节炎急性发作的预测及与炎症因子水平的关系[J]. 影像科学与光化学,2024,42(5):459-470.

[4] LIN N, DAI Q D, ZHANG Y, et al. Chinese classical decoction Wuwei Xiaodu Drink alleviates gout arthritis by suppressing NLRP3-Mediated inflammation[J]. Front Pharmacol, 2024, 15: 1388753.

[5] 王赓丰,马俊福,邓雍钲,等. 基于 NF-κB 通路探讨痛风汤对急性痛风性关节炎模型大鼠炎症的影响机制[J]. 陕西中医,2024,45(6):740-744.

[6] 伍丽,韩洁,杜曜宇,等. 基于"壮火食气"理论的清源扶正法治疗湿热蕴结型急性痛风性关节炎的临床疗效[J]. 检验医学与临床,2024,21(18):2685-2689.

[7] 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]. Ann Rheum Dis, 2015, 74(10): 1789-1798.

[8] 国家中医药管理局医政司. 中医病证诊断疗效标准[M]. 北京:中国中医药出版社,2019:50-51.

[9] 中华医学会风湿病学分会. 2016 中国痛风诊疗指南[J]. 中华内科杂志,2016,55(11):892-899.

[10] 中华医学会风湿病学分会. 原发性痛风诊断和治疗指南[J]. 中华风湿病学杂志,2011,15(6):410-413.

[11] 曹卉娟,邢建民,刘建平,等. 视觉模拟评分法在症状类结局评价测量中的应用[J]. 中医杂志,2009,50(7):600-602.

[12] 刘维. 痛风及高尿酸血症中西医结合诊疗指南[J]. 中医杂志,2023,64(1):98-106.

[13] 劳积毅,韩宇樱. 二妙散加味治疗痛风性关节炎[J]. 长春中医药大学学报,2023,39(8):894-897.

[14] 刘道忠,冯佳,刘义,等. 基于 Keap1/Nrf2 信号通路探讨苗药痛风方对痛风性关节炎大鼠的作用机制[J]. 中国病理生理杂志,2024,40(8):1505-1510.

[15] 程华威,戴基浩,董和平,等. 清热活血逐痹汤联合正清风痛宁对痛风性关节炎炎症反应及生活质量的影响[J]. 辽宁中医杂志,

2025,52(1):55 - 58.
[16] 甘斌,李华南,李松,等. 基于脂代谢和炎症反应探讨两种湿热证痛风性关节炎大鼠模型的构建[J]. 中国比较医学杂志,2023,33(1):26 - 33.
[17] 王鹏,黄玉琴,雷天意,等. 抗 IL - 17A 单抗调控痛风自噬及痛风炎症的机制[J]. 中国生物制品学杂志,2024,37(3):298 - 305,315.
[18] 掌琳惠,马元婧,缪蓉,等. 养阴清热方通过下调 JAK/STAT 信号通路调节 Treg/Th17 平衡的实验研究[J]. 南京中医药大学学报,2022,38(9):810 - 818.
[19] 兰建萍,刘守青,谢欣娥,等. 小檗碱对奥氮平诱导胰岛素抵抗大鼠炎症因子及 TLR4/NF - κB 炎症信号通路的影响[J]. 实用药物与临床,2021,24(10):887 - 891.
[20] 段丽芳,范建伟,许小凡,等. 基于网络药理学及动物实验探讨粉防己碱治疗重症急性胰腺炎的分子机制[J]. 中药新药与临床药理,2025,36(4):576 - 583.
[21] 蹇睿,杨敏,郑书林,等. 小檗碱对小鼠痛风性关节炎模型中 NLRP3/TLRs 的调控作用[J]. 重庆医科大学学报,2020,45(2):251 - 256.
[22] 唐纯明,何自力,李军. 山慈菇提取物对肝癌细胞增殖及 TNF - α、IL - 1β、IL - 6 表达的影响[J]. 山东医药,2020,60(8):11 - 14.
[23] 李源,曹垚垚,程鹏宇,等. 豨莶草对黄嘌呤氧化酶和环氧合酶 - 2 双重抑制作用的虚拟筛选[J]. 药学研究,2023,42(2):95 - 97,104.

Efficacy of Tongfeng Shujie Mixture as Adjunctive Therapy for Gouty Arthritis with Dampness - Heat Accumulation Syndrome

SU Minhui, ZHU Keqiang, ZHANG Weidong, ZHOU Qi, WU Jiong, ZHOU Dinghua
(*Changzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine affiliated to Nanjing University of Traditional Chinese Medicine, Changzhou* 213000, *China*)

Abstract Objective: To investigate the efficacy of Tongfeng Shujie Mixture as an adjuvant therapy for gouty arthritis with damp - heat accumulation syndrome. Methods: A randomized controlled trial was conducted. A total of 122 patients with gouty arthritis of damp - heat accumulation pattern treated at Changzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine Affiliated to Nanjing University of Chinese Medicine from October 2023 to June 2025 were selected and block - randomized into a control group ($n = 61$) and a Chinese medicine combination group ($n = 61$). The control group received conventional treatment, while the combination group was additionally treated with Tongfeng Shujie Mixture. Both groups were treated for 2 months. After treatment, clinical efficacy, VAS scores, joint swelling scores, joint redness scores, joint function scores, serum uric acid (SUA) levels, and inflammatory markers [C - reactive protein (CRP), interleukin (IL - 6, IL - 17A), tumor necrosis factor (TNF) - α] were compared between the two groups. Results: After 2 months of treatment, the total clinical effective rate in the combination group was 93.44% (57/61), significantly higher than that in the control group 80.33% (49/61) ($P < 0.05$). After treatment, VAS scores, joint swelling scores, joint redness scores, joint function scores, SUA, CRP, IL - 6, IL - 17A, and TNF - α levels decreased in both groups, and all were lower in the combination group than in the control group, with statistically significant differences ($P < 0.05$). Conclusion: For patients with gouty arthritis of damp - heat accumulation pattern, the addition of Tongfeng Shujie Mixture to conventional Western medicine treatment can improve clinical efficacy, alleviate joint pain, swelling, mobility, and redness, and reduce inflammatory factor levels.

Key words Gouty arthritis; Damp - heat accumulation syndrome; Tongfeng Shujie Mixture; Clinical efficacy; Interleukins