

I**.* **.* **
C**



团体标准

T/CACM ****—202*

代替 T/CACM ****—****

痛风及高尿酸血症中西医结合诊疗指南

**The Guideline for Diagnosis and Treatment of Gout and Hyperuricemia
with Integrated Traditional Chinese and Western Medicine**

(公示稿)

(完成时间：2022年12月)

20**-**-**发布

20**-**-**实施

中华中医药学会发布

目 次

前言	1
引言	2
痛风及高尿酸血症中西医结合诊疗指南	3
1 范围	3
2 规范性引用文件	3
3 术语和定义	3
4 规范性技术要素	4
临床思维导图	17
附录 A（资料性）食物嘌呤含量表	18
参考文献	20

前 言

本文件参照GB/T1.1—2020《标准化工作导则第1部分:标准的结构和编写》、《世界卫生组织指南制定手册》、GB/T 7714-2015《文后参考文献著录规则》、《中国制订/修订临床诊疗指南的指导原则(2022版)》有关规则起草。

本诊疗方案由中华中医药学会提出并归口。

本文件起草单位:天津中医药大学第一附属医院,浙江中医药大学,北京中医药大学,上海市光华中西医结合医院,河南风湿病医院,中国人民解放军总医院,云南省中医医院,辽宁中医药大学附属医院,深圳市第四人民医院香蜜湖风湿病分院,北京大学人民医院,南方医科大学中西医结合医院,山东中医药大学附属医院,浙江省新华医院,长春中医药大学附属医院,天津中医药大学,安徽中医药大学第一附属医院,北京中医药大学东方医院,中日友好医院,南昌大学第一附属医院,贵州中医药大学第二附属医院,白求恩国际和平医院,首都医科大学附属北京中医医院,中国中医科学院广安门医院,上海市中医医院,上海中医药大学附属龙华医院,上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院,广州中医药大学附属第一医院,广东省中医院,深圳市中医医院,南通良春风湿病医院,重庆西南医院,广西中医药大学附属瑞康医院,福建省第二人民医院,华中科技大学同济医学院附属同济医院,新疆医科大学附属中医医院,重庆医科大学附属第一医院,哈尔滨医科大学附属第二医院,甘肃中医药大学附属医院,华北理工大学附属医院,南阳理工学院张仲景国医学院。

本文件主要起草人:刘维、范永升、刘建平。

本文件其他起草人:于慧敏、马武开、王北、王成武、王志文、王钢、王新昌、卞华、方勇飞、叶志中、曲环、朱跃兰、朱婉华、刘英、刘俊荣、刘健、苏励、苏晓、李兆福、李艳玲、李振彬、肖长虹、吴沅皞、吴宽裕、吴锐、何东仪、张华东、张学武、张剑勇、林昌松、庞学丰、荣晓凤、娄玉铃、高明利、涂胜豪、陶庆文、黄烽、黄清春、曹炜、彭江云、照日格图、薛鸾。

引 言

痛风(gout)是由于嘌呤代谢紊乱和(或)尿酸排泄减少,导致机体血尿酸水平(uric acid, UA)升高,形成高尿酸血症(hyperuricemia),单钠尿酸盐(monosodium urate, MSU)析出、沉积所致的晶体相关性关节病,是临床常见的代谢性风湿病^[1],高尿酸血症是痛风发生的病理基础。2015年的统计数据显示,全球的痛风患病率为0.1%~10%^[2];2019年发布的一项研究显示,我国痛风患病率为0.03%~10.47%^[3]。随着饮食结构的改变,痛风患病率呈逐年上升趋势,且发病年龄趋于年轻化,沿海及高原地区发病率高于内陆地区^[4]。痛风及高尿酸血症的发生与代谢综合征密切相关,包括高血压病、胰岛素抵抗、2型糖尿病、高脂血症、向心性肥胖等疾病;同时痛风及高尿酸血症也是糖尿病、心脑血管疾病、慢性肾病、勃起功能障碍、阻塞性睡眠呼吸暂停综合征等疾病的独立危险因素^[5-7]。

“痛风”中医病名首见于《格致余论·痛风论》,曰:“彼痛风者,大率因血受热已自沸腾,其后或涉冷水,或立湿地,或扇取凉,或卧当风。寒凉外转,热血得寒,污浊凝涩,所以作痛”。痛风相关症状的记载还见于中医学“痹证”“脚气”“白虎历节风”等相关论述。现代临床上运用中西医结合治疗痛风已显示优势,但中西医结合的时机及具体方式目前尚无可遵循的临床诊疗指南。本指南通过检索国内外数据库,并对临床证据进行评价及分级,寻找现有临床最佳证据,结合患者的意愿以及多学科专家的意见,通过德尔菲法问卷调查及专家共识会议,衡量干预措施的利弊,得出关于痛风的中西医结合临床诊疗推荐意见。本指南针对中西医结合治疗痛风的时机判别和方案选择进行推荐,可指导痛风的中西医结合规范化诊疗,发挥中西医结合治疗本病的最大优势。

痛风及高尿酸血症中西医结合诊疗指南

1 范围

本文件提出了痛风及高尿酸血症的诊断与分类标准、患者健康管理、中西医结合治疗、预防调护等内容，突出中西医结合治疗的特色，指导痛风的中西医结合规范化诊疗。适用于各级医院的中医、西医、中西医结合临床医师。

2 规范性引用文件

本诊疗方案以中西医临床需求为导向，遵循循证医学原则，参考了以下文件：

2020 年美国风湿病学会《痛风管理指南》

2020 年中华中医药学会《痛风和高尿酸血症病证结合诊疗指南》

2019 年中华医学会内分泌学会《中国高尿酸血症与痛风诊疗指南》

2017 年中国医师协会肾脏病内科医师分会《中国肾脏疾病高尿酸血症诊疗的实践指南》

2016 年中华医学会风湿病学分会《2016 中国痛风诊疗指南》

2016 年欧洲抗风湿联盟《痛风循证管理建议》

3 术语和定义

痛风(gout):是由于嘌呤代谢紊乱和(或)尿酸排泄减少,单钠尿酸盐(monosodium urate, MSU)沉积所致机体损伤的代谢性风湿病。

高尿酸血症期:患者未曾发作过痛风,仅血尿酸水平升高的时期。

急性痛风性关节炎期:患者关节炎突然发作的时期,关节红肿热痛,疼痛剧烈。

痛风间歇期:指两次急性痛风性关节炎发作之间的阶段。

慢性痛风性关节炎期:患者关节持续疼痛,血尿酸水平持续波动,可伴有痛风石出现的时期。

痛风性肾病期:微小的尿酸盐结晶沉积于肾间质,导致慢性肾小管-间质肾炎,引起肾小管萎缩变形、间质性纤维化,导致肾功能不全的时期。

尿酸排泄分数(fractional excretion of uric acid, FEUA): $FEUA(\%) = (\text{尿尿酸} \times \text{血肌酐}) / (\text{血尿酸} \times \text{尿肌酐})$, FEUA 可以评估尿酸排泄程度。

4 规范性技术要素

4.1 分类标准

4.1.1 高尿酸血症诊断标准

正常嘌呤饮食状态下，非同日，2次空腹血尿酸水平，男性及绝经期女性 $>420\ \mu\text{mol/L}$ （ 7mg/dL ），非绝经期女性 $>360\ \mu\text{mol/L}$ （ 6mg/dL ）^[8]（1A）。

4.1.2 痛风的分类标准。

建议参照2015年ACR/EULAR共同推出新版痛风分类标准^[9]（表1）（1A）。2015年ACR/EULAR分类标准将“发生至少1次外周关节或滑囊的肿胀、疼痛或触痛”作为诊断流程准入的必要条件，“偏振光显微镜检证实在（曾）有症状关节或滑囊或痛风石中存在尿酸钠晶体”作为确诊的充分条件，若不符合充分条件则依据临床症状、实验室及影像学检查结果累计得分 ≥ 8 分可临床诊断痛风。有研究表明与既往分类标准相比，2015年ACR/EULAR版痛风分类标准具有更高的敏感性和特异性^[10]。

表 1. 2015ACR/EULAR 痛风分类标准

1. 适用标准（符合适用标准方可应用本标准）：存在至少1次外周关节或滑囊的肿胀、疼痛或压痛；

2. 确定标准（金标准，无需进行分类诊断）：偏振光显微镜检证实在（曾）有症状关节或滑囊或痛风石中存在尿酸钠晶体；

3. 分类标准（符合准入标准但不符合确定标准时）：以下评分标准累计 ≥ 8 分可诊断痛风

	评分标准	评分
临床症状	(1) 受累关节分布：曾有急性症状发作的关节/滑囊部位（单或寡关节炎）	
	踝关节或足部（非第一跖趾关节）关节受累	1
	第一跖趾关节受累	2
	(2) 受累关节急性发作时症状：①皮肤发红（患者主诉或医生查体）；②触痛或压痛；③活动障碍	
	符合上述1个特点	1
	符合上述2个特点	2
	符合上述3个特点	3
	(3) 典型的急性发作：①疼痛达峰 $<24\text{h}$ ；②症状缓解 $\leq 14\text{d}$ ；③发作间期完全缓解；	
	曾有1次典型发作	1

	曾有 2 次及以上典型发作	2
	(4) 痛风石证据：皮下灰白色结节，表面皮肤薄，血供丰富；典型部位：关节、耳廓、鹰嘴滑囊	
	没有痛风石	0
	存在痛风石	4
实验室检查	(5) 血尿酸水平：非降尿酸治疗中、距离发作>4 周时检测，可重复检测；以最高值为准	
	<4mg/dl (<240 μmol/L)	-4
	4~<6mg/dl (240~<360 μmol/L)	0
	6~<8mg/dl (360~<480 μmol/L)	2
	8~<10mg/dl (480~<600 μmol/L)	3
	≥10mg/dl (≥600 μmol/L)	4
	(6) 关节液分析：由有经验的医生对有症状关节或滑囊进行穿刺及偏振光显微镜镜检	
	未做检	0
	尿酸钠晶体阴性	-2
影像学检查	(7) (曾)有症状的关节或滑囊处尿酸钠晶体的影像学证据：关节超声“双轨征”，或双能 CT 的尿酸钠晶体沉积	
	无(两种方式)或未做检	0
	存在(任一方式)	4
	(8) 痛风相关关节破坏的影像学证据：手/足 X 线存在至少一处骨侵蚀(皮质破坏，边缘硬化或边缘突出)	
	无或未做检查	0
	存在	4

4.2 痛风及高尿酸血症的疾病分型

4.2.1 痛风及高尿酸血症的疾病进程及西医分型。

按照疾病的病情进展将痛风和高尿酸血症分为：1) 高尿酸血症期：患者未曾发作过痛风，仅血尿酸水平升高的时期；2) 急性痛风性关节炎期：患者关节炎突然发作的时期，关节红肿热痛，疼痛剧烈；3) 痛风间歇期：指两次急性痛风性关节炎发作之间的阶段；4) 慢性痛风性关节炎期：患者关节持续疼痛，血尿酸水平持续波动，可伴有痛风石出现的时期；5) 痛风性肾病期：微小的尿酸盐结晶沉积于肾间质，导致慢性肾小管-间质肾炎，引起肾小

管萎缩变形、间质性纤维化，导致肾功能不全的时期^[1,11]。

高尿酸血症的分型应根据 24 小时尿酸排泄量（UUE）和尿酸排泄分数（FE_{UA}）综合判定，可分为：（1）肾脏排泄不良型：UUE≤600mg/d/(1.73m²），且 FE_{UA}<5.5%；（2）肾脏负荷过多型：UUE>600mg/d/(1.73m²），且 FE_{UA}≥5.5%；（3）混合型：UUE>600mg/d/(1.73m²）且 FE_{UA}<5.5%；（4）其他型：UUE≤600mg/d/(1.73m²）且 FE_{UA}≥5.5%^[12]（1B）。

痛风性关节炎经过治疗有一定的可逆性^[13]，大多数患者经早期诊断并规范治疗后可正常工作生活。

4.2.2 痛风及高尿酸血症基于中医证候的分期诊断标准。

基于中医证候的分期标准参照本指南推荐的中医证候积分量表（表 2），从关节疼痛、肿胀、活动度、全身症状等几个方面进行积分，将疾病分为稳定期（中医证候积分<6 分）和活动期（中医证候积分≥6 分）^[14]（1B）。

表 2. 中医证候积分量表

症状	描述	计分
关节疼痛	0 分：关节不疼痛或疼痛消失	<input checked="" type="radio"/> 0
	1 分：1 个关节疼痛；疼痛轻，尚能忍受，或仅劳累或天气变化时疼痛，基本不影响工作	<input type="checkbox"/> 1
	2 分：2~3 个关节疼痛；或疼痛较重、工作或休息均受到影响	<input type="checkbox"/> 2
	3 分：大于 3 个关节疼痛；或疼痛严重，难以忍受，严重影响休息和工作，甚至需使用止痛药物	<input type="checkbox"/> 3
关节肿胀	0 分：关节无肿胀或肿胀消失	<input type="checkbox"/> 0
	1 分：1 个关节肿胀，关节轻度肿、皮肤纹理变浅，关节的骨标志仍明显	<input type="checkbox"/> 1
	2 分：2~3 个关节肿胀；或关节中度肿，皮肤纹理基本消失，骨标志不明显	<input type="checkbox"/> 2
	3 分：大于 3 个关节肿胀；或关节重度肿胀、皮肤紧、骨标志消失	<input type="checkbox"/> 3
屈伸不利	0 分：关节活动正常	<input type="checkbox"/> 0
	1 分：关节活动轻度受限，关节活动范围减少<1/3	<input type="checkbox"/> 1
	2 分：关节活动明显受限，关节活动范围减少≥1/3，甚至僵直	<input type="checkbox"/> 2
皮温皮色	0 分：疼痛关节部位皮温皮色正常	<input type="checkbox"/> 0
	1 分：疼痛关节部位皮温轻度升高，皮色正常	<input type="checkbox"/> 1
	2 分：疼痛关节部位皮肤明显发热，皮色发红	<input type="checkbox"/> 2
皮下硬结	0 分：无	<input type="checkbox"/> 0
	1 分：有	<input type="checkbox"/> 1
发热	0 分：无	<input type="checkbox"/> 0
	1 分：有	<input type="checkbox"/> 1
烦躁不安	0 分：无	<input type="checkbox"/> 0
	1 分：有	<input type="checkbox"/> 1
畏寒	0 分：无	<input type="checkbox"/> 0
	1 分：有	<input type="checkbox"/> 1
神疲乏力	0 分：无	<input type="checkbox"/> 0
	1 分：有	<input type="checkbox"/> 1

肢 体 困 重	0分：无 1分：有	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
腰 膝 酸 软	0分：无 1分：有	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
口 臭	0分：无 1分：有	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
小 便 黄	0分：无 1分：有	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
大 便 黏 滞	0分：无 1分：有	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1

4.3 痛风及高尿酸血症的总体治疗原则及目标。

本病总体的治疗原则和目标在于维持稳定的血尿酸水平，减少痛风发作，减少合并症的发生。在选择治疗方案时应考虑患者的接受程度，最大限度维护患者对治疗的选择权(1B)。

无合并症高尿酸血症患者建议血尿酸控制在 $<420 \mu\text{mol/L}$ ，伴合并症时建议控制在 $<360 \mu\text{mol/L}$ (2B)。无合并症痛风患者建议血尿酸控制在 $<360 \mu\text{mol/L}$ ，伴合并症时建议血尿酸控制在 $<300 \mu\text{mol/L}$ ，不建议将血尿酸长期控制在 $<180 \mu\text{mol/L}$ (2B)^[12]。中医证候积分建议控制在2分以下^[14] (2C)。

4.4 起始降尿酸药物治疗的时机，以及起始中西医结合治疗的时机。

高尿酸血症期治疗以控制血尿酸为主，开始药物治疗的起点参照《中国高尿酸血症与痛风诊疗指南(2019)》^[12]的推荐：高尿酸血症患者血尿酸水平 $\geq 540 \mu\text{mol/L}$ (2B)，或血尿酸水平 $\geq 480 \mu\text{mol/L}$ 且有下列合并症之一：高血压、脂代谢异常、糖尿病、肥胖、脑卒中、冠心病、心功能不全、尿酸性肾石病、肾功能损害(\geq CKD 2期)，即开始降尿酸药物治疗(2B)。

当高尿酸血症期患者血尿酸水平达到药物治疗起点，但 $<600 \mu\text{mol/L}$ 时推荐使用单纯中医治疗；当血尿酸水平 $\geq 600 \mu\text{mol/L}$ 时推荐使用中西医结合治疗^[14] (2B)。若单纯中医治疗3个月未达标，则需改为中西医结合治疗。

急性关节炎期治疗以改善症状、抗炎镇痛为主，根据中医证候积分选择单纯中医治疗或中西医结合治疗。当中医证候积分 <6 分时使用单纯中医治疗，当中医证候积分 ≥ 6 分时使用中西医结合治疗^[14]（2B）。痛风发作控制2~4周后开始降尿酸治疗，已服用降尿酸药物治疗的患者急性发作期可考虑不停用降尿酸药物^[12]（2C）。

痛风患者开始药物治疗的起点参照《中国高尿酸血症与痛风诊疗指南(2019)》^[12]的推荐：痛风患者建议血尿酸 $\geq 480 \mu\text{mol/L}$ ，或血尿酸 $\geq 420 \mu\text{mol/L}$ 且合并下列任何情况之一时起始降尿酸药物治疗：痛风发作次数 ≥ 2 次/年、痛风石、慢性痛风性关节炎、肾结石、慢性肾脏疾病、高血压、糖尿病、血脂异常、脑卒中、缺血性心脏病、心力衰竭和发病年龄 <40 岁，即开始降尿酸药物治疗（2B）。

当痛风患者处于间歇期，血尿酸水平达到药物治疗起点，但 $<600 \mu\text{mol/L}$ 时推荐使用单纯中药治疗；当血尿酸水平 $\geq 600 \mu\text{mol/L}$ 时推荐使用中西医结合治疗^[14]（2B）。若单纯中医治疗3个月未达标，则需改为中西医结合治疗。

当患者迁延不愈，病程进入慢性关节炎期后，临床多以血尿酸持续升高、关节炎症状持续存在、伴有痛风石为主要表现。治疗多以降尿酸、改善关节炎症状为主。根据血尿酸水平和中医证候积分选择单纯中医治疗或中西医结合治疗。当血尿酸水平 $<540 \mu\text{mol/L}$ 且中医证候积分 <6 分时，推荐使用单纯中医治疗。当血尿酸水平 $\geq 540 \mu\text{mol/L}$ ，或中医证候积分 ≥ 6 分时，推荐使用中西医结合治疗^[14]（2B）。若单纯中医治疗3个月未达标，则需改为中西医结合治疗。

4.5 痛风及高尿酸血症患者如何进行生活管理。

无论是否开始药物治疗，患者都应注意控制体重（1A），限制高嘌呤食物（食物嘌呤含量表见附录1）、每日饮水2000~3000ml、限制果糖、酒精的摄入（1A），保持适当强度的运动（2B）。

多项研究^[15-18]表明, 体重增加是痛风发生的独立危险因素。一项中国人群的队列研究^[15]结果显示, 体重下降 ≥ 4 公斤患高尿酸血症的风险降低 56%, 腰围下降 ≥ 6 厘米患高尿酸血症的风险降低 55%, 而体重增加 >4 公斤的受试者患高尿酸血症的风险提高 1.62 倍。一项 Meta 分析^[16]显示体重下降可显著提高患者尿酸水平的达标率, 降低痛风急性发作频率。

多个国家的研究均显示, 含糖饮料和酒精的摄入与血尿酸水平升高呈正相关^[20-29]。Meta 分析显示, 最高水平含糖饮料摄入者比最低水平含糖饮料摄入者的血尿酸高出 0.18mg/dl (95%CI: 0.11, 0.25)^[20]。另一项 Meta 分析显示轻度饮酒 (≤ 12.5 g 乙醇/天)、中度 (12.6-37.4 g 乙醇/天) 和重度饮酒 (≥ 37.5 g 乙醇/天) 与非经常性饮酒之间的 RR 分别为 1.16 (95%CI: 1.07, 1.25), 1.58 (95%CI: 1.50, 1.66) 和 2.64 (95%CI: 2.26, 3.09), 表明重度饮酒者痛风发病风险是非经常饮酒者的 2.64 倍^[27]

适当地运动也可有效降低尿酸水平, 减少痛风发作。研究显示每周进行 3~5 次, 心率保持在 64%~76%最大心率 (HRmax) 的中低强度运动, 如慢跑、瑜伽、太极拳、八段锦等, 可有效降低患者血尿酸水平, 减少痛风发作^[30, 31]。

对痛风患者进行健康管理, 包括使患者了解嘌呤与高尿酸血症之间的关系, 以及尿酸与痛风之间的关系; 告知患者要遵循低嘌呤、低糖、低盐、低脂的饮食原则, 避免高嘌呤的食物, 适量饮水等, 可有效提高低嘌呤饮食患者的数量, 有助于患者控制血尿酸水平^[32] (1C)。

4.6 痛风及高尿酸血症的常见中医证型。

临床常见湿浊内蕴、湿热毒蕴、寒湿痹阻、痰瘀痹阻、脾虚湿热及脾肾亏虚 6 个证型。高尿酸血症期及间歇期常见湿浊内蕴证, 急性关节炎期常见湿热毒蕴证, 慢性关节炎期常见痰瘀痹阻证、脾虚湿热证及脾肾亏虚证^[33-34]。

4.7 痛风及高尿酸血症的辨证论治

4.7.1 湿浊内蕴证

诊断：主症：1) 肢体困重；2) 形体肥胖。次症：1) 嗜食肥甘；2) 口腻不渴；3) 大便黏滞。舌脉：舌淡胖，或有齿痕，苔白腻，脉滑。具备主症 2 条，或主症 1 条、次症 2 条，结合舌脉可诊断。

治法：祛湿化浊。

推荐方剂：平胃散（《太平惠民和剂局方》）合五苓散（《伤寒论》）^[35]（1C）。推荐中成药：参苓白术丸^[36]（2C）。

推荐药物：苍术、厚朴、陈皮、猪苓、泽泻、车前子、桂枝、白术、土茯苓、萆薢、薏苡仁、玉米须、冬瓜皮、木瓜。

4.7.2 湿热毒蕴证

诊断：主症：1) 关节红肿热痛；2) 关节痛剧；3) 关节疼痛频繁发作。次症：1) 发热；2) 烦躁不安；3) 口苦、口臭；4) 大便黏滞不爽或臭秽。舌脉：舌质红，苔黄腻或黄厚，脉弦滑或滑数。具备主症 2 条，或主症 1 条、次症 2 条，结合舌脉可诊断。

治法：清热解毒，利湿化浊。

推荐方剂：四妙散（《成方便读》）^[37-39]（1B），秦皮痛风方（《圣济总录》化裁）^[14, 40]（1B），当归拈痛汤（《医学启源》）合宣痹汤（《温病条辨》）^[41-42]（1B）。推荐中成药：1) 新痹片^[43-45]（2C），2) 通滞苏润江胶囊^[46, 47]（2C），3) 四妙丸^[48, 49]（1C），4) 湿热痹颗粒^[50, 51]（2C），5) 滑膜炎颗粒^[52, 53]（2C），6) 正清风痛宁缓释片^[54-56]（2C），7) 痛风定胶囊^[57-59]（2C），8) 风痛安胶囊^[60]（2D），9) 当归拈痛丸^[61]（2C）。

推荐药物：苍术、黄柏、牛膝、薏苡仁、秦皮、黄连、防风、车前子、土茯苓、山慈菇、萆薢、豨莶草、泽泻、当归、黄芩、葛根、防己、生石膏、车前草、猪苓、虎杖、秦艽、忍冬藤、金钱草、蜂房、赤芍、牡丹皮、茵陈、马齿苋、槐花、菊苣。

4.7.3 寒湿痹阻证

诊断：主症：1) 关节冷痛，得寒痛剧，得热痛减；2) 关节拘急。次症：1) 畏寒肢冷；2) 喜温 3) 口淡不渴。舌脉：舌质淡，苔白或腻，脉弦或紧。具备主症 2 条，或主症 1 条、次症 2 条，结合舌脉可诊断。

治法：温经散寒，祛湿通络。

推荐方剂：桂枝附子汤（《伤寒论》）^[62-63]（1B），桂枝芍药知母汤（《金匮要略》）^[64-66]（2B）。

推荐药物：桂枝、黑顺片（先煎）、麻黄、防风、白术、白芍、知母、生姜、细辛、羌活、独活、黄芪、牛膝、山药、白芷。

4.7.4：痰瘀痹阻证

诊断：主症：1）关节肿痛，反复发作；2）局部硬结或皮色暗红。次症：1）关节刺痛；2）关节屈伸不利；3）关节畸形。舌脉：舌质紫暗，苔白腻，脉弦或弦滑。具备主症2条，或主症1条、次症2条，结合舌脉可诊断。

治法：化痰散结，活血通络。

推荐方剂：上中下通用痛风方（《丹溪心法》）^[67,68]（2C），双合汤（《万病回春》）^[69]（1C）。推荐中成药：1）瘀血痹颗粒^[70]（2C），1）益肾蠲痹丸^[71,72]（2C）。

推荐药物：当归、白芍、川芎、生地黄、清半夏、陈皮、土茯苓、桃仁、红花、白芥子、黄柏、胆南星、防己、威灵仙、龙胆草、皂角刺、土贝母、萆薢、赤芍、丹参、泽兰、络石藤、僵蚕、地龙、水蛭、姜黄。

4.7.5 脾虚湿热

诊断：主症：1）关节肿痛缠绵难愈；2）身重烦热。次症：1）局部硬结；2）脘腹胀满；3）大便黏滞或溏稀。舌脉：舌淡胖，或有齿痕，舌苔白腻或黄腻，脉细滑。具备主症2条，或主症1条、次症2条，结合舌脉可诊断。

治法：益气健脾，清热利湿。

推荐方剂：防己黄芪汤（《金匮要略》）^[73]（2C）。

推荐药物：防己、黄芪、白术、苍术、黄柏、牛膝、薏苡仁、土茯苓、泽泻、车前子、萆薢、太子参、山药、莲子、防风、茯苓、陈皮、茵陈、丝瓜络。

4.7.6 脾肾亏虚证

诊断：主症：1) 关节疼痛反复发作；2) 关节屈伸不利、僵硬或畸形。次症：1) 神疲乏力；2) 腰膝酸软；3) 肢体困重；4) 周身浮肿。舌脉：舌淡苔白，脉沉缓或沉细。具备主症 2 条，或主症 1 条、次症 2 条，结合舌脉可诊断。

治法：健脾益肾，燥湿化浊。

推荐方剂：济生肾气丸（《济生方》）合参苓白术散（《太平惠民和剂局方》）^[74]（2B）。

推荐中成药：1) 黄葵胶囊^[75]（2C），2) 萆薢分清丸^[76]（2D）。

推荐药物：熟地黄、山萸肉、山药、泽泻、牡丹皮、茯苓、黑顺片（先煎）、肉桂、党参、白术、薏苡仁、黄芪、萆薢、车前子、牛膝、杜仲、土茯苓、陈皮、独活、桑寄生、淫羊藿、续断、女贞子、黄精、枸杞子。=

4.8 中药使用注意事项

一些中草药具有毒副作用，临床使用中应谨慎应用。如过量使用细辛可能会出现呕吐、烦躁、抽搐、呼吸麻痹，肾损害，肝损害等^[77]，过量使用附子可能出现心律不齐、传导阻滞等^[78]，因此在临床应用时应掌握好剂量及煎煮时间，避免发生中毒反应（2D）。

4.9 痛风及高尿酸血症的中医外治法

中医特色外治法，包括刺络放血、针灸、中药外敷、中药泡洗等，也在本病的治疗中体现独特的优势。

急性关节炎期针刺穴位多选三阴交、足三里、阴陵泉、太冲、曲池、合谷、内庭、行间等清热祛湿、健脾泄浊的穴位，以及阿是穴。慢性关节炎期针刺可选用足三里、三阴交、阴陵泉等健脾利湿穴位，痰瘀痹阻证可配伍血海穴等活血化瘀，脾肾亏虚证可配伍太溪穴、照海穴等补益脾肾^[79,80]（2C）

刺络放血多选用阿是穴、太冲、行间、内庭、委中等^[81]。

外用药物以清热祛湿药物常见，临床可选用大黄、苍术、黄柏、牛膝、忍冬藤、虎杖、

威灵仙等药物泡洗、外敷。寒湿痹阻证外用药物可选择川乌、草乌，痰瘀痹阻证患者，可选择乳香、没药、桃仁、红花及虫类药物等；脾虚湿热证患者选择清热利湿药物与急性期相似，可酌情加用健脾药物^[82] (2C)。中药泡洗强调水温宜与体温相近，忌高温。

4.10 痛风及高尿酸血症的西医治疗

4.10.1 急性痛风性关节炎的治疗

急性关节炎期以抗炎止痛为主，选用非甾体类抗炎药 (NSAIDs)、秋水仙碱及糖皮质激素。

非甾体类抗炎药是痛风急性期的一线用药，建议早期足量服用，首选起效快、胃肠道不良反应少的药物^[13,83-87]。选择性环氧酶-2 (COX-2) 抑制剂胃肠道不良反应发生率较少，但可能引起心血管事件的危险性增加，心功能不全者慎用。使用依托考昔时应注意，用量为 60mg/d 时，用药不宜超过 4 周；用量为 120mg/d 时，用药不宜超过 8 天。老龄、肾功能不全、既往有消化道溃疡、出血、穿孔的患者应慎用。NSAIDs 使用过程中需监测肾功能，严重肾功能不全患者不建议使用 (1C)。

小剂量秋水仙碱治疗急性痛风发作与大剂量相比，同样有效且不良反应明显减少^[13,85-88]，因此推荐使用低剂量秋水仙碱，推荐服药方式为 0.5mg/次，每日 1~3 次 (2C)。

对非甾体类抗炎药和秋水仙碱不耐受，或病情难以控制的患者可考虑推荐使用口服或注射糖皮质激素，疗程一般不超过 10 天 (2C)^[13,84-87]。

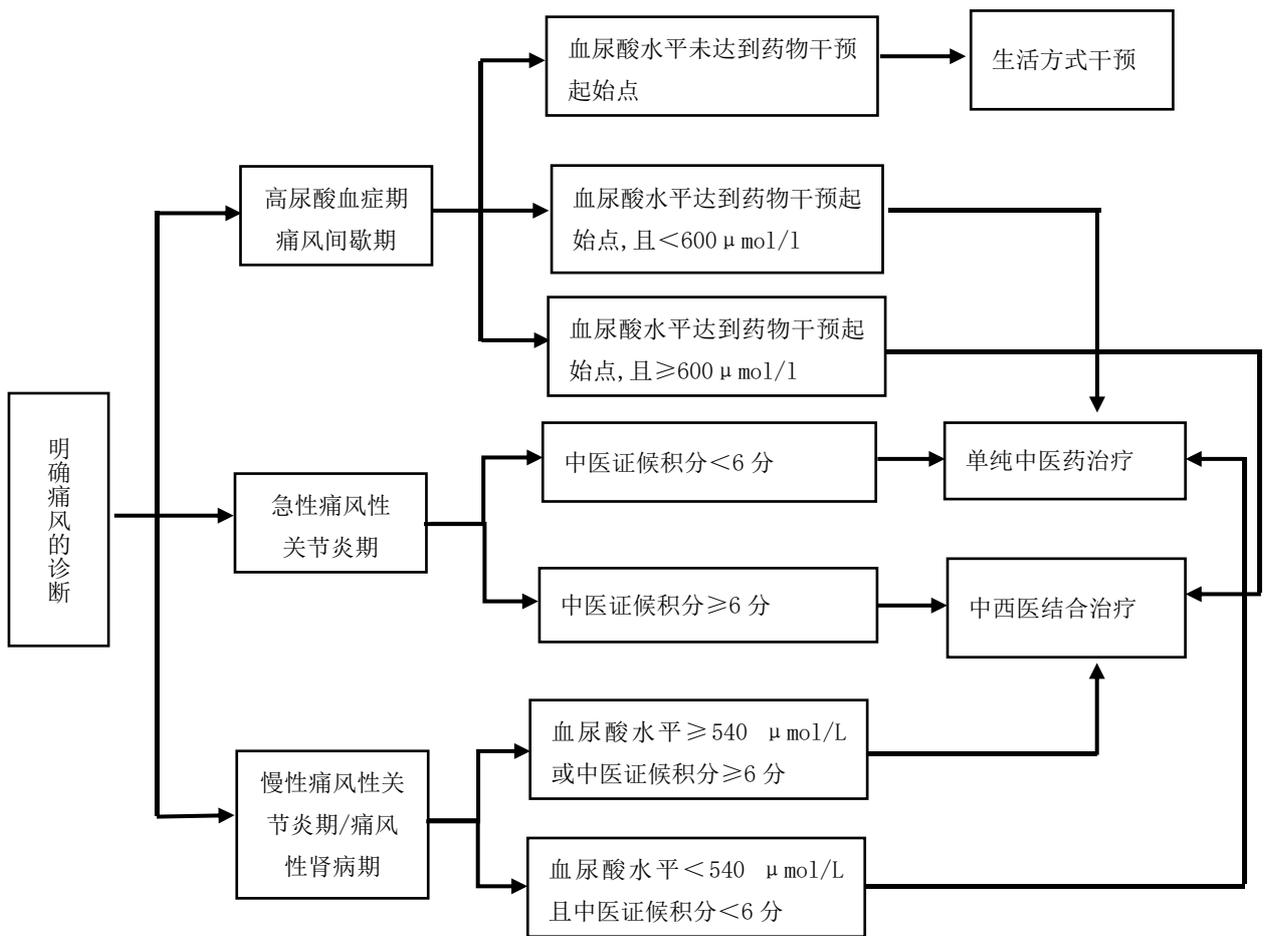
4.10.2 降尿酸药物的选择

降尿酸药物包括抑制尿酸生成及促进尿酸排泄两类。抑制尿酸生成药物包括别嘌醇和非布司他，促进尿酸排泄药物主要为苯溴马隆。

别嘌醇常规剂量为 300mg/d，起始剂量 100mg/d，逐步增加剂量至 200~300mg/d，最大剂量为 600mg/d。CKD3 或 4 期起始剂量 50mg/d，每 4 周增加 50mg，最大剂量 200mg/d。CKD5 期禁用。由于别嘌醇容易出现过敏反应，使用前应筛查 HLA-B*5801 基因，已证实该

基因与别嘌醇超敏反应存在明显相关性,对于 HLA-B*5801 阳性患者国内外指南均不推荐使用别嘌醇^[85, 86, 89-91] (1B)。非布司他起始剂量 20mg/d, 2~4 周可增加 20mg/d, 最大剂量为 80mg/d。CKD4 或 5 期患者建议优先使用非布司他, 最大剂量为 40mg。合并心血管疾病患者慎用, 使用时需定期检测肝功能^[85, 86, 92, 93] (1B)。

苯溴马隆起始剂量为 25mg/d, 2~4 周可增加 25mg/d, 常用剂量为 50mg/d。eGFR< 20ml/min/1.73m² 或肾结石患者禁用。合并慢性肝病患者慎用^[94, 95] (1B)。



临床思维导图

附录 A
(资料性)
食物嘌呤含量表

含嘌呤较少食物 (100g 食物嘌呤含量 < 50mg)

蔬菜	嘌呤	水果	嘌呤	谷薯	嘌呤	其他	嘌呤	坚果、果干	嘌呤
冬瓜、南瓜	2.8	杏	0.1	红薯	2.4	牛奶	1.4	葡萄干	5.4
洋葱	3.5	石榴	0.8	马铃薯	3.6	白酒	2	核桃	8.4
西红柿	4.3	苹果、 凤梨、葡萄	0.9	小米	7.3	茶	2.8	桂圆	8.6
黄秋葵	3.9	西瓜、鸭梨	1.1	玉米	9.4	鸡蛋、番 茄酱	3	瓜子	24.5
西葫芦	7.2	香蕉	1.2	高粱米	9.7	蜂蜜	3.2	杏仁、枸 杞子	31.7
萝卜	7.5	桃、枇杷	1.3	芋头	10.1	鸭蛋	3.4	花生	32.4
苋菜、 青椒、蒜	8.7	木瓜	1.6	通心粉	16.5	海参	4.2	栗子	34.6
胡萝卜	8.9	橙子	1.9	小麦粉	17.1	红酒	5		
芹菜	10.3	芒果	2	糯米	17.7	木耳	8.8		
丝瓜	11.4	橘子	2.2	大米	18.1	海蜇皮	9.3		
大白菜、 卷心菜	12.4	荸荠	2.6	糙米	22.4	猪血	11.8		
茄子	14.3	哈密瓜	4	燕麦、薏 苡仁	25	奶粉	15.7		
黄瓜、 绿豆芽	14.6	李子	4.2	莲子	40.9	豆浆	27.8		
芥蓝	18.5	枣	6			猪皮	29.8		
菜花、香菜	20	樱桃	17			奶酪	32		
菠菜、芦笋	23	草莓	21						
韭菜	25	火龙果	<25						
蘑菇	28	榴莲	>25						
四季豆	29.7								
油菜	30.3								
茼蒿	33								

含嘌呤较高的食物（100g 食物嘌呤含量 50~150mg）

豆类及制品	嘌呤	肉类	嘌呤	海鲜	嘌呤	其他	嘌呤	坚果、果干	嘌呤
红豆	53.2	猪脑	66.3	小龙虾	60	笋干	53.6	黑芝麻	57
豆腐	55.5	猪大肠	69.8	螃蟹	81.6	米糠	54	李干、无花果	64
杂豆	57	牛肚	79	乌贼	87.9	菜豆	58.5	腰果	80
豆腐干	66.5	牛肉	83.7	鳝鱼	92.8	金针菇	60.9	白芝麻	89.5
绿豆	75.1	兔肉	107.6	鳕鱼	109	啤酒	79.3		
豌豆	75.7	羊肉	111.5	鱼翅	110.6	海带	96.6		
黑豆	137.4	鸭肠	121	鲍鱼	112.4	银耳	98.9		
		猪肉	122.5	鳗鱼	113.1				
		鸡心	125	龙虾	118				
		猪肚	132.4	刀鱼	134.9				
		猪肾	132.6	鲤鱼、鲫鱼	137.1				
		鸭肉	138.4	虾	137.7				
		猪肺	138.7	草鱼、红鲌	140.3				
		鸡肉	140.3	黑鲟鱼	140.6				

含嘌呤高的食物（100g 食物嘌呤含量 >150mg）

1 肉类	嘌呤	海鲜	嘌呤	其他	嘌呤
鹅肉	165	鲨鱼	166.8	黄豆	166.5
猪肝、牛肝	169.5	目鱼	180	香菇	214.5
猪小肠	262.2	鲢鱼	202.4	紫菜	274
鸡肝	293.5	白鲟鱼	238.1	酵母	589.1
鸭肝	301.5	牡蛎	239	浓肉汤	160~400
猪心	530	泥鳅	247	鸡精	518
		带鱼	291.6		
		沙丁鱼	295		
		鲑鱼	297		
		凤尾鱼	363		
		干贝	390		
		蚌蛤	436.3		
		虾皮、虾干、蟹黄	>150		
		小鱼干	1538.9		

参考文献

- [1] 中华医学会.临床诊疗指南:风湿病分册[M].北京:人民卫生出版社,2005:120.
- [2] KUO CF, GRAINGE MJ, ZHANG W, et al.Global epidemiology of gout: prevalence, incidence and risk factors[J].Nat Rev Rheumatol, 2015, 11(11): 649-62.
- [3] 杨丽华,刘晓丽,蒋雅琼,等.我国痛风的患病率及危险因素[J].医学研究杂志,2019,48(12):4-6, 10.
- [4] 罗卉,方卫纲,左晓霞,等.我国痛风患者临床特点及诊疗现状分析[J].中华内科杂志,2018,57(1):27-31.
- [5] KUO CF, GRAINGE MJ, MALLEEN C, et al. Comorbidities in patients with gout prior to and following diagnosis: case-control study[J].Ann Rheum Dis, 2016, 75 (1) : 210-217.
- [6] COLANTONIO LD, SAAG KG, SINGH JA, et al. Gout is associated with an increased risk for incident heart failure among older adults: the REasons for Geographic And Racial Differences in Stroke (REGARDS) cohort study[J]. Arthritis Res Ther,2020,22(1):86.(已核)
- [7] BARDIN T, RICHELLE P. Impact of comorbidities on gout and hyperuricaemia: an update on prevalence and treatment options[J]. BMC Med, 2017, 15(1):123.(已核)
- [8] 中国医师协会肾脏内科医师分会.中国肾脏疾病高尿酸血症诊治的实践指南(2017版)[J].中华医学杂志,2017,97(25):1927-1936.
- [9] NEOGI T, JANSEN TLTA, DALBETH N, et al. 2015 Gout classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative[J].Ann Rheum Dis,2016,75(2):473-473.
- [10] 张倩茹,王昱,张卓莉.2015 ACR/EULAR 痛风分类标准与既往标准诊断价值的比较研究[J].北京大学学报(医学版),2017, 49(6):979-984.
- [11] 中华医学会,中华医学会杂志社,中华医学会全科医学分会,等.痛风及高尿酸血症基层诊疗指南(2019年)[J].中华全科医师杂志,2020, 19(4):293-303.
- [12] 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):1-13.
- [13] 李滋聪,王川红,曾炳亮,等.双能量 CT 对别嘌醇片及非布司他治疗痛风石的研究分析[J].江西医药,2019,54(11):1466-1468.
- [14] LIU W, WU YH, XUE B, et al. Effect of integrated traditional Chinese and Western medicine on Gout [J].J Tradit Chin Med, 2021, 41 (5): 806-816.
- [15] Zhou Z , Li K , Li X, et al. Independent and joint associations of body mass index, waist circumference, waist-height ratio and their changes with risks of hyperuricemia in middle-aged and older Chinese individuals: a population-based nationwide cohort study[J].Nutr Metab (Lond)., 2021, 18 (1) :62.

- [16] Aune D , Norat T , Vatten L J . Body mass index and the risk of gout: a systematic review and dose–response meta-analysis of prospective studies[J].*Eur J Nutr.*, 2014, 53(8):1591-1601.
- [17] MASANARI K , REMI K , KOICHIRO N , et al. Different risk for hypertension, diabetes, dyslipidemia, and hyperuricemia according to level of body mass index in Japanese and American subjects[J]. *Nutrients*, 2018, 10(8):1011.
- [18] Choi HK, Atkinson K, Karlson EW, et al. Obesity, Weight Change, Hypertension, Diuretic Use, and Risk of Gout in Men: The Health Professionals Follow-up Study [J].*Arch Inter Med*, 2005, 165 (7): 742-748.
- [19] NIELSEN SM, BARTELS EM, HENRIKSEN M, et al. Weight loss for overweight and obese individuals with gout: A systematic review of longitudinal studies[J].*Ann Rheum Dis*, 2017, 76(11):1870-1882.
- [20] EBRAHIMPOUR-KOUJAN S, SANEEI P , LARIJANI B, et al. Consumption of sugar-sweetened beverages and serum uric acid concentrations: a systematic review and meta-analysis[J]. *J Hum Nutr Diet*, 2021, 34(2):305-313.
- [21] Lin WT, Kao YH, Lin HY, et al. Age difference in the combined effect of soda drinks consumption and body adiposity on hyperuricaemia in US adults[J]. *Public Health Nutr*, 2021, 24(17):5756-5768.
- [22] MENESES-LEÓN J, LEÓN-MALDONADO L, MACÍAS N, et al. Sugar-sweetened beverage consumption and risk of hyperuricemia: a longitudinal analysis of the Health Workers Cohort Study participants in Mexico[J]. *Am J Clin Nutr*, 2020, 112(3):652-660.
- [23] SIQUEIRA JH, MILL JG, VELASQUEZ-MELENDEZ G, et al. Sugar-sweetened soft drinks and fructose consumption are associated with hyperuricemia: cross-sectional analysis from the Brazilian longitudinal study of adult health (ELSA-Brasil)[J]. *Nutrients*, 2018, 27, 10(8):981.
- [24] MURPHY R, THORNLEY S, DE ZOYSA J, et al. Sugar Sweetened Beverage Consumption among Adults with Gout or Type 2 Diabetes[J]. *PLoS One*, 2015, 15;10(5): e0125543.
- [25] BAE J, CHUN BY, PARK PS, et al. Higher consumption of sugar-sweetened soft drinks increases the risk of hyperuricemia in Korean population: The Korean Multi-Rural Communities Cohort Study[J]. *Semin Arthritis Rheum*, 2014, 43(5):654-661.
- [26] GAO X, QI L, QIAO N, et al. Intake of added sugar and sugar-sweetened drink and serum uric acid concentration in US men and women[J]. *Hypertension*, 2007, 50(2):306-12.
- [27] WANG M, JIANG X, WU W, et al. A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of gout[J]. *Clinical Rheumatology*, 2013, 32(11):1641-1648.

- [28] SUGIE T, IMATOU T, MIYAZAKI M, et al. The effect of alcoholic beverage type on hyperuricemia in Japanese male office workers[J]. J Epidemiol, 2005, 15(2):41-7.
- [29] CHOI HK, ATKINSON K, KARLSON EW, et al. Alcohol intake and risk of incident gout in men: a prospective study[J]. Lancet, 2004, 363(9417):1277-1281.
- [30] 辛东岭,刘淑文,戴剑松.不同剂量运动对高尿酸血症影响的试验研究[J]. 科技资讯,2020, 586(13):210-212.
- [31] 黄叶飞, 欧嘉勇, 刘琪,等. 不同运动频次对高尿酸血症患者痛风发作影响的研究[J]. 新医学, 2018, 49(5):355-358.
- [32] 刘静,武静美.对间歇期原发性痛风患者进行社区饮食护理干预的效果观察[J].当代医药论丛,2019, 17(13):270-271.
- [33] 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.
- [34] 丁宇康,喻建平,莫丽莎,等.痛风性关节炎与湿热浊瘀互结病机相关性的临床研究[J].中国中医药现代远程教育,2020,18(13):73-75.
- [35] 周苇.平胃散合五苓散治疗高尿酸血症 36 例[J].浙江中医药大学学报, 2007, 31(2):182.
- [36] 梁晖,吴禹池,吴一帆.体质调节法干预治疗气虚夹痰湿体质的高尿酸血症[J].时珍国医国药,2014,25(11):2705-2706.
- [37] 李萍,王银洁,曹义.四妙散加减对比秋水仙碱治疗痛风疗效和安全性的 Meta 分析[J].中国中医急症,2019, 028(003):449-452.
- [38] 荣三群,周月红,姜艳,等.加味四妙散治疗湿热蕴结型痛风性关节炎临床观察[J].光明中医, 2021, 373(12):1975-1977.
- [39] 陈伟,江文杰,卢景宜.加味四妙散治疗急性痛风性关节炎对患者关节肿痛及 CRP、UA 的影响[J].中国实用医药,2020,15(22):156-158.
- [40] FAN Y, LIU W, LU H., et al.Efficacy and safety of Qinpi Tongfeng Formula in the treatment of acute gouty arthritis: a double-blind, double-dummy, multicenter, randomized controlled trial[J]. Evid Based Complement Alternat Med, 2022:7873426. doi: 10.1155/2022/7873426.
- [41] 李雯,戴晓云,柯新桥.当归拈痛汤合宣痹汤加减治疗湿热蕴结型急性痛风性关节炎的临床观察[J].中国实验方剂学杂志,2020,26(14):117-122.
- [42] 王鹏程,舒建国,花宇琪.当归拈痛汤合宣痹汤治疗急性痛风性关节炎湿热蕴结证 75 例[J].浙江中医杂志,2021,56(4):274.
- [43] 罗徐, 李芊. 新癍片对急性痛风性关节炎患者血清白细胞介素 1 β 和肿瘤坏死因子 α 的影响研究[J]. 现代诊断与治疗, 2014,25(24):5531-5533.
- [44] 张明, 周敏. 新癍片治疗急性痛风性关节炎 210 例临床观察[J]. 中国中西医结合杂志, 2000, 20 (3) :232-232.

- [45] 戈颖莹, 雷媛, 祁舒, 等. 新癘片治疗急性痛风性关节炎的成本效果分析[J]. 中国药物评价, 2018, 35(1):56-61.
- [46] 余通, 冯芸, 张东宁等. 通滞苏润江胶囊治疗痛风性关节炎的 Meta 分析[J]. 湖南中医杂志, 2019, 35 (8):120-125.
- [47] 周俊, 肖微, 吴锐等. 通滞苏润江胶囊治疗急性痛风性关节炎有效性与安全性的系统评价[J]. 风湿病与关节炎, 2016, 5(2):21-27.
- [48] 赵明久, 曹毅, 王利等. 四妙丸联合苯溴马隆治疗痛风性关节炎的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2019, 34(3):820-823.
- [49] 向珍蛹, 邓钰敏, 谭海灯. 四妙丸联合别嘌醇对痛风性关节炎的疗效[J]. 河南医学研究, 2019, 28(14):2628-2630.
- [50] 刘润萍, 刘冬梅, 曾芳馨. 湿热痹颗粒辅助苯溴马隆片对痛风性关节炎患者血清免疫、炎症指标表达的影响[J]. 世界中西医结合杂志, 2021, 16(4):748-752.
- [51] 韩新峰, 杜天信, 李无阴. 湿热痹颗粒治疗湿热痹阻型风湿病的临床观察[J]. 中医正骨, 2002, 14(4):11-13.
- [52] 张意侗, 谢秋芳, 梁晖等. 滑膜炎颗粒治疗湿热蕴结型痛风性关节炎的临床研究[J]. 现代中药研究与实践, 2020, 34(4):70-73.
- [53] 张意侗, 梁晖, 解纪惠, 等. 滑膜炎颗粒对湿热蕴结型痛风性关节炎血清炎症因子的影响[J]. 中国医药导报, 2020, 541(11):159-162.
- [54] 郭军强. 正清风痛宁片联合非布司他治疗痛风性关节炎的作用机制分析[J]. 临床研究, 2019, 27(3):118-119.
- [55] 黄楚泉, 林揆斌, 丁云岗等. 正清风痛宁片联合非布司他治疗痛风性关节炎的疗效观察及作用机制研究[J]. 成都医学院学报, 2018, 13(2):224-227, 232.
- [56] 肖敬, 尹智功, 陈艺方等. 正清风痛宁治疗湿热蕴结型老年急性痛风性膝关节炎的临床疗效观察[J]. 湖北中医杂志, 2017, 39(10):8-11.
- [57] 林国敬, 阮国梅, 刘基凤. 痛风定胶囊联合苯溴马隆片治疗高尿酸血症的临床研究[J]. 实用中西医结合临床, 2021, 21(9):122-123.
- [58] 段华, 邓少清. 苯溴马隆与痛风定胶囊联合治疗痛风性关节炎的临床效果分析[J]. 中国医药科学, 2020, 10(5):75-77, 127.
- [59] 王倩. 别嘌醇联合痛风定胶囊对痛风患者炎症因子, 肝肾功能及痛风相关指标的影响分析[J]. 中国现代药物应用, 2019, 13(12):134-135.
- [60] 尚秀兰, 卢雪红, 康英. 中西医结合治疗急性痛风 60 例的临床疗效观察[C]// 中国中西医结合学会风湿类疾病专业委员会. 第六届中国中西医结合风湿病学术会议论文汇编. 中国中西医结合学会风湿类疾病专业委员会: 中国中西医结合学会, 2006:1.
- [61] 孙维晰, 卫四来. 当归拈痛丸配合水调散治疗急性期痛风性关节炎 51 例[J]. 实用中医内科

- 杂志,2011,25(2):65-66.
- [62] 欧凡,郭健,刘婷.加味桂枝附子汤联合依托考昔治疗寒湿痹阻型急性痛风性关节炎的疗效[J].中国老年学杂志,2020,40(1):122-125.
- [63] 吴咏妍,邱联群.桂枝附子汤加味配合外用药物治疗寒湿痹阻型痛风性关节炎疗效观察[J].广州中医药大学学报,2019,36(06):796-800.
- [64] 计康,卢永屹.桂枝芍药知母汤加减治疗寒湿痹阻型痛风急性期患者对其VAS评分、UA、CRP、ESR水平的改善情况[J].医药论坛杂志,2021,42(20):56-59.
- [65] 包乌吉斯古冷,刘睿,陈爱林.桂枝芍药知母汤加减治疗寒湿痹阻型痛风急性期患者的疗效观察[J].实用临床医药杂志,2020,24(4):57-59.
- [66] 朱慧敏.桂枝芍药知母汤加味辨治风寒湿痹型急性痛风性关节炎45例[J].河南中医,2019,39(4):508-511.
- [67] 李晶晶,郝冬林,周腊梅,等.上中下通用痛风方联合美洛昔康治疗急性痛风性关节炎疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2021,30(31):3460-3463, 3471.
- [68] 罗正凯,张凤,王金环,等.上中下通用痛风方治疗急性痛风性关节炎35例[J].河南中医,2018,38(9):1381-1383.
- [69] 沙湖,梁翼,余文景,等.双合汤加减联合非布司他治疗慢性痛风石性关节炎临床观察[J].四川中医,2019,37(5):129-132.
- [70] 秦克枫,冯素萍,张进川.瘀血痹颗粒治疗瘀血痹阻型风湿病的临床观察[J].中医正骨,2014,14(6):13-15.
- [71] 王勤志,陈崎,徐立军,等.益肾蠲痹丸内服配合双柏散外敷治疗急性痛风性关节炎疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2019,28(16):1781-1784.
- [72] 万琦兵,杨惠琴.益肾蠲痹丸治疗急性痛风性关节炎30例[J].中医药导报,2012,18(6):96-97.
- [73] 杨晓凌,刘欢,陈亮,等.防己黄芪汤与非布司他对脾虚湿阻型痛风性关节炎的疗效[J].中国继续医学教育,2018,10(25):142-144.
- [74] 凌天佑.济生肾气丸合参苓白术散为主治疗痛风性肾痛病34例[J].湖南中医杂志,1999,21(1):26-26.
- [75] 顾雪,张莉,孟梅霞,等.黄葵胶囊联合苯溴马隆治疗尿酸性肾病临床研究[J].国际中医中药杂志,2016,38(09):804-807.
- [76] 张卓君,孙颖,杨晓凌,等.萆薢分清丸联合别嘌醇治疗痛风患者高尿酸血症的临床疗效和安全性[J].复旦学报(医学版),2020,47(2):245-250.
- [77] 宗时宇,刘洋,孙婷婷,等.细辛毒性及其控制方法研究进展[J].中国药师,2020,23(5):942-945.
- [78] 何健,吴萍,董宇,等.附子不良反应分析及应用网络药理学对其产生心脏毒性的机制预测[J].中国中药杂志,2019,44(5):1010-1018.

- [79] 李智慧,陈敏,唐纯志.针灸治疗痛风性关节炎预后及安全性的Meta分析[J].中国临床研究, 2022,35(2):149-156, 166.
- [80] 张金焕,陈伊镨,兰凯,等.不同针灸疗法治疗急性痛风性关节炎的有效率和对血尿酸及疼痛影响的网状Meta分析[J].中国全科医学,2021,24(8):1001-1010.
- [81] 张云,甘文渊,刘昌璇,等.刺血疗法治疗痛风性关节炎的Meta分析[J].中医药导报, 2018, 24(18):119-123.
- [82] 朱俊发 (CHOO CHUN HUAT). 中药外洗治疗痛风的Meta分析[D].广州: 广州中医药大学,2018.
- [83] VAN DURME CM, WECHALEKAR MD, LANDEWÉ RB, et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for acute gout[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2021,12(12):CD010120. doi: 10.1002/14651858.CD010120.
- [84] WECHALEKAR MD, VINIK O, MOI JH, et al. The efficacy and safety of treatments for acute gout: results from a series of systematic literature reviews including Cochrane reviews on intraarticular glucocorticoids, colchicine, nonsteroidal antiinflammatory drugs, and interleukin-1 inhibitors[J]. J Rheumatol Suppl, 2014,92:15-25.doi: 10.3899/jrheum.140458.
- [85] FITZGERALD JD, DALBETH N, MIKULS T, et al. 2020 American College of Rheumatology Guideline for the Management of Gout[J]. Arthritis Care Res (Hoboken), 2020, 72(6):744-760.
- [86] RICHETTE P, DOHERTY M, PASCUAL E, et al. 2016 updated EULAR evidence-based recommendations for the management of gout[J]. Ann Rheum Dis, 2017,76(1):29-42.
- [87] KHANNA D, KHANNA PP, FITZGERALD JD, 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 (Hoboken), 2012, 64(10):1447-1461.
- [88] TERKELTAUB RA, FURST DE, BENNETT K, et al. High versus low dosing of oral colchicine for early acute gout flare: Twenty-four-hour outcome of the first multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel-group, dose-comparison colchicine study[J]. Arthritis Rheum, 2010, 62(4):1060-1068.
- [89] STAMP LK, CHAPMAN PT, PALMER SC. Allopurinol and kidney function: An update[J]. Joint Bone Spine, 2016,83(1):19-24.
- [90] JUTKOWITZ E, DUBREUIL M, LU N, et al. The cost-effectiveness of hla-b*5801 screening to guide initial urate-lowering therapy for gout in the united states[J]. Semin Arthritis Rheum, 2017,46 (5): 594-600.
- [91] WANG CW, DAO RL, CHUNG WH. Immunopathogenesis and risk factors for allopurinol severe cutaneous adverse reactions[J]. Curr Opin Allergy Clin Immunol, 2016, 16

(4):339-345.

- [92] BECKER MA, SCHUMACHER HR, ESPINOZA LR, et al. The urate-lowering efficacy and safety of febuxostat in the treatment of the hyperuricemia of gout: the CONFIRMS trial[J]. *Arthritis Res Ther*,2010,12(2):R63. doi: 10.1186/ar2978.
- [93] MÜLLER-WIELAND D, NITSCHMANN S. Cardiovascular risk in gout patients : Cardiovascular Safety of Febuxostat or Allopurinol in Participants with Gout and Cardiovascular Comorbidities (CARES).[J] *Internist (Berl)*, 2018,59(11):1224-1228.
- [94] Haring B, Kudlich T, Rauthe S, et al. Benzbromarone: a double-edged sword that cuts the liver?[J].*Eur J Gastroenterol Hepatol*, 2013 , 25(1):119-121.DOI: 10.1097/MEG.0b013e328358ace9.
- [95] Yu H, Liu X, Song Y, et al. Safety and efficacy of benzbromarone and febuxostat in hyperuricemia patients with chronic kidney disease: a prospective pilot study[J].*Clin Exp Nephrol*, 2018 , 22(6):1324-1330. DOI: 10.1007/s10157-018-1586-y.

