

ICS
CCS

,,*,*,*



团体标准

T/CACM ****—202*
代替 T/CACM ****—****

痛风性关节炎中西医结合防治指南

The Guidelines for prevention and treatment of gouty arthritis with
integrated Chinese and Western medicine

（文件类型：公示稿）

（完成时间：2025 年 8 月）

目 录

前 言	I
引 言	II
1 范围.....	1
2 规范性引用文件.....	1
3 术语和定义.....	1
4 筛查与预防.....	2
5 诊断.....	4
6 病因病机.....	7
7 治疗.....	7
8 康复.....	17
9 随访与监测.....	19
10 健康宣教.....	20
附录 A（资料性）	21
附录 B（规范性）	27
参考文献.....	29

前 言

本文件参照GB/T1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

本文件由中国中医科学院望京医院提出。

本文件由中华中医药学会归口。

本文件起草单位：中国中医科学院望京医院、中国医学科学院北京协和医院、北京中医药大学东直门医院、福建中医药大学、浙江中医药大学、湖南中医药大学、北京大学第三医院、北京电力医院、航天中心医院、河南中医药大学第一附属医院、贵州中医药大学第二附属医院、陆军军医大学第一附属医院、山东省中医院、安徽中医药大学第一附属医院、青海省中医院、陕西中医药大学、中国中医科学院广安门医院、中国中医科学院西苑医院、中国中医科学院针灸医院、中国中医科学院、北京中医药大学东方医院、首都医科大学附属北京中医医院、北京中医医院顺义医院、天津中医药大学第一附属医院、浙江省中医院、浙江省宁波市第二医院、浙江省丽水市中医院、浙江省台州市中心医院。

本文件主要起草人：曹炜、王海隆、李梦涛、苏友新、温成平、邓奕辉。

本文件其他起草人（按姓氏拼音排序）：陈勇、高祥福、郭东艳、侯秀娟、黄传兵、黄涛、姜萍、李梦涛、李鸿涛、李琴、李松伟、刘宏潇、刘坚、刘燊仡、马武开、穆荣、邱新萍、唐今扬、王波、王国芬、王炎焱、王梅、魏戌、吴沅嶧、谢志军、张秦、张润云、张尊敬、邹庆华。

本文件方法学专家：谢雁鸣、黎元元。

引 言

痛风性关节炎（Gouty Arthritis, GA）是一种单钠尿酸盐（Monosodium Urate, MSU）沉积在关节所致的晶体相关性关节病，严重者可引发肾脏损伤、糖尿病、高血压和冠心病等，严重影响患者的健康和生活质量。近年来，随着我国经济快速发展，人民生活水平提高，膳食结构改变，痛风性关节炎的发病率逐年升高。流行病学数据显示，2015—2017年中国成人痛风的标准化患病率为3.2%，全球2020年患者约5580万，年龄标准化患病率较1990年增长22.5%，且发病率随年龄增长显著上升^[1]。因此，痛风性关节炎的防治已成为提升国民健康水平的重要任务。

目前发布的多部痛风性关节炎相关临床实践指南可规范医师决策、控制医疗成本并提升诊疗质量，然而尚存在以下问题：（1）尚未形成痛风性关节炎中西医结合全病程管理的防治方案；（2）尚未形成痛风性关节炎中西医结合防治康养一体化的管理范式。因此亟须制定痛风性关节炎中西医结合防治指南。

本文件涵盖了预防和诊治内容，依据最新的循证医学证据与专家共识，在中西医诊治的基础上覆盖预防、康复等疾病全周期，依托“未病先防、既病防变、瘥后防复”的中医治未病理念，构建中西医协同分期防治体系，实现痛风性关节炎“筛查—预防—诊疗—康复”的全周期管理，形成中西医结合防治与康养一体化方案，旨在提升痛风性关节炎的整体防治效果。

本文件充分结合循证医学证据及专家经验，针对痛风性关节炎，遴选了9条临床关键问题，并在证据检索和评价基础上通过专家共识形成了推荐意见和专家建议。

本文件将随着新的临床问题的出现和循证证据的更新进行修订。

本文件受国家重点研发计划课题“痛风分期中西医结合治疗方案优化及临床辅助决策平台构建”资助（NO.2022YFC3501201）。项目组成员在项目正式启动前均签署了“利益冲突声明书”，且已存档。本文件制定过程中无利益冲突，不会成为本文件制定的偏倚来源。

痛风性关节炎中西医结合防治指南

1 范围

本文件规定了痛风性关节炎的筛查、诊断、防治、康复等内容。

本文件适用于痛风性关节炎的中西医结合规范化防治，供各级医疗机构的中医、西医、中西医结合临床医师使用。

2 规范性引用文件

下列文件对本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件，仅注日期的版本适用于本文件。凡是不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

WS/T 560—2017 高尿酸血症与痛风患者膳食指导

GS/CACM 180—2019 中医治未病-痛风高危人群专家共识

成人高尿酸血症与痛风食养指南（2024）

影像学技术在痛风性关节炎中应用的中国专家共识（2025版）（2025）

痛风诊疗规范（2023）

2018版欧洲抗风湿病联盟痛风诊断循证专家建议更新（2018 updated European League Against Rheumatism evidence-based recommendations for the diagnosis of gout）（2018）

2015年美国风湿病学会和欧洲抗风湿病联盟共同制定的痛风分类标准（2015 Gout classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative）（2015）

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

痛风 gout

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

3.2

高尿酸血症 hyperuricemia

高尿酸血症是嘌呤代谢障碍和（或）尿酸排泄减少所引起的代谢性疾病。

3.3

痛风性关节炎 gouty arthritis

痛风性关节炎是一种单钠尿酸盐沉积在关节所致的晶体相关性关节病。

3.4

无症状高尿酸血症期 asymptomatic hyperuricemia phases

无症状高尿酸血症期指血尿酸水平升高，无MSU晶体沉积，而临床尚未出现急性痛风性关节炎或尿酸性肾结石。

3.5

无症状MSU晶体沉积期 asymptomatic MSU crystal deposition phases

无症状MSU晶体沉积期指存在MSU晶体沉积，而临床尚未出现急性痛风性关节炎或尿酸性肾结石。

4 筛查与预防

4.1 高危人群的西医筛查

4.1.1 筛查模式

建立“社区—体检中心—医院”三位一体主动筛查机制，充分利用医联体形成逐级诊疗框架，倡导在基层（社区或体检中心）针对痛风性关节炎高危人群早期开展个性化健康指导，重点强化生活方式干预及尿酸动态监测，实现疾病预防关口前移。

4.1.2 高危人群

4.1.2.1 遗传因素

有痛风家族史或先天性酶缺陷的人群更容易出现痛风。

4.1.2.2 性别因素

男性发病明显高于女性；女性在绝经后高发。

4.1.2.3 年龄因素

中青年人群发病率最高。

4.1.2.4 合并疾病因素

高血压、高脂血症、糖尿病、肥胖等代谢性疾病，心脑血管疾病以及肾病等患者群中痛风性关节炎发病率较高。

4.1.2.5 饮食因素

主要风险来源包括：高嘌呤食物：如海鲜、动物内脏、肉汤；加工调味品：含呈味核苷酸二钠的制品，如鸡精、蚝油；果葡糖浆；酒类。

4.1.2.6 生活习惯与运动因素

吸烟、剧烈运动等均与痛风性关节炎的发生相关。

4.1.2.7 其他因素

疲劳、受凉以及使用部分药物、放化疗后。

综合以上危险因素可筛查识别高危人群特征：有高尿酸或痛风性关节炎家族史；存在高嘌呤、高脂饮食等不良饮食习惯；存在久坐、熬夜、贪凉、作息不规律等不良生活方式；伴有肥胖或代谢紊乱的患者；合并心脑血管疾病或慢性肾脏病者。

4.2 中医筛查方法

高危人群体质辨识：按照 GS/CACM180—2019《中医治未病-痛风高危人群专家共识》，可分为湿热质、痰湿质、血瘀质（见附录 A.2）。湿热质：湿热内蕴，以面垢油光、口苦、苔黄腻等湿热表现为主要特征。痰湿质：痰湿凝聚，以形体肥胖、腹部肥满、口黏苔腻等痰湿表现为主要特征。血瘀质：血行不畅，以肤色晦黯、舌质紫黯等血瘀表现为主要特征。

4.3 中医特色预防

4.3.1 原则

在个性化饮食结构（嘌呤限制）及运动处方（避免关节负荷）的基础上结合中医特色代茶饮干预，代茶饮处方用药参照《成人高尿酸血症与痛风食养指南》。

4.3.2 高危人群体质代茶饮

4.3.2.1 湿热质代茶饮

（1）四妙清浊饮（共识建议）

组成：薏苡仁10g 芦根10g 苍术9g 土茯苓10g

（2）龙须饮（共识建议）

组成：玉米须10g 淡竹叶10g

4.3.2.2 痰湿质代茶饮

（1）健脾化湿饮（共识建议）

组成：薏苡仁10g 橘皮10g 茯苓10g

（2）三米饮（共识建议）

组成：薏米10g、槐米10g、玉米须10g

4.3.2.3 血瘀质代茶饮

（1）活血化浊饮（共识建议）

组成：山楂10g、桃仁10g、木耳10g

5 诊断

5.1 西医诊断

西医诊断按照《2015年美国风湿病学会和欧洲抗风湿病联盟共同制定的痛风分类标准》（见附录A.1）。

5.2 西医鉴别诊断

应与焦磷酸钙沉积病、碱性磷酸钙晶体沉积病、类风湿关节炎、银屑病性关节炎、骨关节炎等鉴别。

5.3 疾病分期

5.3.1 临床前期

5.3.1.1 无症状高尿酸血症期

指血尿酸水平升高，无MSU晶体沉积，而临床尚未出现急性痛风性关节炎或尿酸性肾结石。

5.3.1.2 无症状MSU晶体沉积期

指存在MSU晶体沉积，而临床尚未出现急性痛风性关节炎或尿酸性肾结石。

5.3.2 临床期

5.3.2.1 痛风性关节炎发作期

痛风性关节炎发作常于夜间，起病急骤，疼痛进行性加剧，12小时左右达高峰。疼痛呈撕裂样、刀割样或咬噬样，难以忍受。受累关节及周围软组织红肿，皮温升高，触痛明显。症状多于数天或2周内自行缓解。多数患者发病前无前驱症状，部分患者发病前有疲乏、周身不适及关节局部刺痛等先兆。首次发作多为单关节受累，50%以上发生于第一跖趾关节。

5.3.2.2 痛风性关节炎发作间歇期

急性关节炎发作缓解后一般无明显后遗症状，偶有炎症区皮肤色素沉着。部分患者发作后症状不能完全缓解，关节肿痛持续存在。

5.3.2.3 慢性痛风石病变期

皮下痛风石和慢性痛风石关节炎是长期血尿酸显著升高未受控制的结果，两者经常同时存在。皮下痛风石常见的发生部位为耳廓、反复发作关节的周围及鹰嘴、跟腱、髌骨滑囊等处。慢性痛风石关节炎为关节内沉积大量MSU晶体导致痛风石形成，表现为持续关节肿痛、压痛、畸形和功能障碍，可致关节骨质的破坏、关节周围组织纤维化、继发退行性变等。

注：疾病分期按照2023年中华医学会风湿病学分会制定的《痛风诊疗规范》和2018年欧洲抗风湿病联盟制定的《2018版欧洲抗风湿病联盟痛风诊断循证专家建议更新》。

5.4 诊断技术

5.4.1 血尿酸检测：正常嘌呤饮食状态下，非同日两次空腹检测血尿酸 $>420\mu\text{mol/L}$ (7mg/dl) 时，可诊断为高尿酸血症。

5.4.2 尿尿酸检测：通过24小时尿尿酸排泄量评估尿酸代谢类型（排泄过多型或排泄减少型）。适用于指导药物选择，无诊断特异性。

5.4.3 超声检查：表现为痛风石、聚集物（关节积液内聚集的点状高回声，后方不伴声影，又称暴风雪征）、软骨表面的双轨征和骨侵蚀。推荐用于以外周关节为主要受累部位的检查。

5.4.4 双能CT：双能CT对发现MSU晶体的灵敏度和特异度均较高，推荐用于特殊受累部位的检查。

5.4.5 X线检查：由于MSU晶体沉积导致的关节软骨下骨质破坏，表现为偏心性圆形或卵圆形囊性变，甚至呈虫噬样、穿凿样缺损，骨缺损边缘可呈悬挂边缘征。

5.4.6 核磁共振：软组织分辨率较高，可以发现少见部位的MSU晶体。

5.4.7 关节液/痛风石抽吸物MSU结晶检查：诊断“金标准”，偏振光显微镜下可见 $2\sim 20\mu\text{m}$ 负性双折光针状/杆状晶体。关节液/痛风石中检出即确诊痛风。

注：超声检查、双能CT、X线检查、核磁共振按照《影像学技术在痛风关节炎中应用的中国专家共识（2025版）》。

5.5 中医诊断辨证分型标准

5.5.1 临床前期

5.5.1.1 湿浊内蕴证

主症：①形体肥胖；②肢体困重。

次症：①口腻不渴；②大便黏滞；③嗜食肥甘。

舌脉：舌淡胖或有齿痕，苔白腻，脉滑。

5.5.1.2 脾肾亏虚证

主症：①神疲乏力；②腰膝酸软。

次症：①脘腹痞满；②头晕耳鸣；③小便不利；④大便溏稀。

舌脉：舌淡胖，有齿痕，苔白腻，脉沉细，尺脉弱。

5.5.2 临床期

5.5.2.1 痛风性关节炎发作期

5.5.2.1.1 湿热阻络证

主症：①关节红肿热痛，按之痛甚，得凉则舒；②关节骤发剧痛。

次症：①关节活动不利；②发热；③心烦；④口渴；⑤小便黄赤；⑥大便黏滞。

舌脉：舌红，苔黄腻或黄厚，脉滑数或弦滑。

5.5.2.2 痛风性关节炎发作间歇期

5.5.2.2.1 脾虚湿阻证

主症：①肢体困重；②面色萎黄；③形体消瘦或虚胖。

次症：①嗜食肥甘；②口腻不渴；③大便黏滞；④食欲不振或食后腹胀；⑤神疲乏力；⑥气短懒言。

舌脉：舌淡胖，或有齿痕，苔白腻，脉滑。

5.5.2.2.2 肾虚浊阻证

主症：①关节沉重肿胀；②腰膝酸痛。

次症：①面色晦暗；②倦怠乏力；③头晕耳鸣；④小便短少浑浊或夜尿频多。

舌脉：舌暗，苔白腻，脉沉滑。

5.5.2.3 慢性痛风石病变期

5.5.2.3.1 脾肾亏虚证

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，精神不振；②腰膝酸软；③肢体困重；④周身浮肿；⑤头晕耳鸣；⑥面色晦暗。

舌脉：舌淡苔白，脉沉缓或沉细。

5.5.2.3.2 痰瘀痹阻证

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。

注：以上各辨证分型具备主症2条，或主症1条、次症2条，结合舌脉可诊断。以上各证型分型参照《国际中医临床实践指南 痛风（2024-03-14）》^[2]、《痛风和高尿酸血症病证结合诊疗指南》^[3]、《痛风及高尿酸血症中西医结合诊疗指南》^[4]。

6 病因病机

痛风性关节炎归属于中医学“痛风”“痹症”“浊瘀痹”“痛痹”“白虎历节”等范畴，病位主要涉及脾、肾、肢体经络。病机总属本虚标实：先天禀赋不足，脾肾气化失司，精微运化无权，此为本虚之基；饮食不节酿生湿浊，七情郁结阻碍气机，复感风寒湿热外邪，致浊毒内生、瘀血痹阻，此乃标实之象。

7 治疗

7.1 治疗总则

中西医结合治疗痛风性关节炎应坚持“预防关口前移，中西协同调控”的原则：早期干预，控制疾病症状，协同止痛；平稳降低血尿酸，维持长期达标；有效防止疾病恶化及复发，减少并发症的发生，降低致残风险。

本指南构建痛风性关节炎患者“筛查—预防—诊疗—康复”疾病全周期管理体系。通过系统筛查确定痛风性关节炎高危人群；对痛风性关节炎高危人群，重点实施针对性预防措施；对痛风性关节炎患者，进行中西医联合诊疗制定个体化精准治疗方案，并结合各分期疾病特点，辅以中西医康复干预，最终实现关节功能改善与生活质量提升的闭环管理。

7.2 中西医结合分期治疗原则

7.2.1 临床前期

建议血尿酸 $>420\text{ }\mu\text{mol/L}$ 时开始生活方式干预，血尿酸 $\geq 500\text{ }\mu\text{mol/L}$ 时开始加用中医综合治疗（中药和外治法），血尿酸 $\geq 540\text{ }\mu\text{mol/L}$ 进行中西医结合治疗，平稳降低血尿酸水平，维持长期稳定达标，预防痛风性关节炎发作。

7.2.2 临床期

7.2.2.1 痛风性关节炎发作期

西医以抗炎镇痛为主，可与中医综合疗法联合应用，进一步优化治疗效果，快速缓解疼痛。

7.2.2.2 痛风性关节炎发作间歇期

中西医结合治疗降低尿酸，防范痛风性关节炎复发及并发症的发生。

7.2.2.3 慢性痛风石病变期

中医综合疗法（中药、外治法）在调节尿酸代谢、阻断痛风慢性化进程及预防并发症方面具有优势，结合西医降尿酸治疗，可实现长期控制尿酸水平，预防痛风急性复发、痛风石及肾损害等并发症。

7.3 治疗优势

中西医结合的治疗优势：中西协同，减毒增效。

降低尿酸：平稳降低尿酸，预防复发及并发症的发生；

抗炎镇痛：快速抗炎镇痛，减少西药用量，降低出现不良反应的风险；

改善症状：快速缓解症状，标本兼治，提高生活质量。

特殊人群：

①非甾体抗炎药（Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs, NSAIDs）及秋水仙碱使用禁忌人群，在痛风性关节炎发作期，可建议在糖皮质激素治疗的基础上，结合中药、针灸等进行中西医协同干预；②慢性痛风石病变期存在手术禁忌证或未达手术指征人群，可建议在抗痛风药物治疗的基础上，结合中药等进行中西医协同干预；③难治性痛风人群^[5]，可在降尿酸药物的基础上，结合中药进行中西医协同干预；④肝肾功能不全痛风人群，可在尽量避免或减量使用有肝肾毒性作用的西药的基础上，根据肝肾功能情况结合中药进行中西医协同干预。

7.4 治疗措施

7.4.1 临床前期

7.4.1.1 生活方式干预

7.4.1.1.1 合理膳食

在保证食物多样性和均衡营养的基础上，合理调整膳食，每日饮食嘌呤含量控制在200mg以下。饮食以低嘌呤食物为主，减少较高嘌呤食物的摄入，限制高嘌呤食物和含果葡糖浆饮品的摄入^[6]。常见食物嘌呤含量和推荐食物按照《成人高尿酸血症与痛风食养指南》，常见食物嘌呤含量详见附录A.3，推荐食物详见附录A.4。

7.4.1.1.2 鼓励饮水

对于心肾功能正常的痛风性关节炎患者鼓励多饮水，确保24小时尿量>2000 mL以促进尿酸排泄。推荐以白开水为主要摄入来源，饮水宜少量多次，避免短时间内大量摄入。可饮用新鲜柠檬水、淡茶、无糖咖啡。

7.4.1.1.3 戒烟限酒

戒烟，并避免长期处于二手烟环境中^[6]。

限酒，啤酒、烈性酒（白酒、威士忌等）显著升高痛风性关节炎发作风险；黄酒因嘌呤含量高需特别警惕；红酒虽风险证据不足，仍需谨慎饮用^[7]。

7.4.1.1.4 规律运动

推荐以低、中强度有氧运动为主，优先选择游泳、太极拳、八段锦、易筋经等，辅以适度抗阻训练及柔韧性练习以增强关节稳定性，需避免剧烈运动^[8, 9]。

7.4.1.1.5 合理能量摄入

能量摄入按照WS/T 560—2017《高尿酸血症与痛风患者膳食指导》，需依据个体特征（性别、年龄、身高、体重）及活动强度动态调整。

轻体力活动：正常体重者25-30 kcal/(kg·d)；超重者20-25 kcal/(kg·d)；

中等体力活动：正常体重者30-35 kcal/(kg·d)；超重者30 kcal/(kg·d)；

重体力活动：正常体重者40 kcal/(kg·d)；超重者35 kcal/(kg·d)。

针对身体质量指数（Body Mass Index, BMI） ≥ 24 kg/m²的肥胖/超重患者，推荐采取饮食管理与运动结合的方式科学减重减脂，实现每周0.5-1.0 kg的渐进式减重，最终将18-64岁患者BMI控制在18.5-23.9 kg/m²范围内， ≥ 65 岁患者BMI控制在20.0-26.9 kg/m²范围内，避免短期内体重骤降诱发尿酸波动。

7.4.1.1.6 起居有节

应重视规律作息与四时调摄以增强体质，减少急性发作风险。

作息规律：保持固定作息，确保7—8小时的优质睡眠，避免昼夜节律紊乱耗伤正气。

避寒护阳：注意保暖，特别是足部和膝部，避免低温环境暴露及冷风直吹，减少寒凉诱发急性发作。

劳逸适度：避免过度劳累，遵循“量力渐进”原则。

运动有节：避免高强度运动和长时间负重行走，减少关节冲击力，保持气血调畅，降低组织损伤与炎症反应风险。

7.4.1.2 西医治疗

在生活方式干预的基础上，痛风性关节炎临床前期的治疗以控制血尿酸为主，开始药物治疗的起点按照2023年中华医学会风湿病学分会《痛风诊疗规范》。目前国内常用的降尿酸药物包括抑制尿酸合成（别嘌醇和非布司他）和促进尿酸排泄（苯溴马隆）两类。

7.4.1.3 辨证论治

7.4.1.3.1 湿浊内蕴证

（1）经典方剂

平胃散（《太平惠民和剂局方》）合五苓散（《伤寒论》）（D级证据；强推荐）

组成：苍术、厚朴、陈皮、炙甘草、猪苓、泽泻、白术、茯苓、桂枝。

功效：燥湿利水，健脾化浊。

证据描述：1项平胃散联合五苓散治疗高尿酸血症患者的RCT^[10] (n=72, 36/36)，其中治疗组采用平胃散联合五苓散，对照组采用别嘌醇片，结局指标为总有效率，研究结果显示：总有效率：与对照组相比治疗组有效率明显提高，RR = 1.43, 95% CI = (1.10, 1.87), $P < 0.05$ 。

7.4.1.3.2 脾肾亏虚证

(1) 经典方剂

四君子汤（《太平惠民和剂局方》）合金匱肾气丸（《金匱要略》）（共识建议）

组成：人参、白术、茯苓、炙甘草、熟地黄、山茱萸、山药、泽泻、牡丹皮、茯苓、桂枝、附子。

功效：补益脾肾，利水渗湿。

(2) 中成药

针对痛风性关节炎临床前期患者出现体倦乏力，食少便溏等症状，建议服用参苓白术丸（共识建议）。

7.4.1.4 中医外治

7.4.1.4.1 针刺

针刺治疗无症状高尿酸血症期，可降低血尿酸水平。（C级证据；弱推荐）

证据概要：1项针刺治疗无症状高尿酸血症期的RCT^[11] (n=123, 61/62)，其中针刺组采用脾经五腧穴（隐白、大都、太白、商丘、阴陵泉），对照组采用假针刺治疗，结局指标为血尿酸。研究结果显示：与对照组相比，针刺组血尿酸显著降低，SMD = -1.02, 95% CI = (-1.39, -0.64), $P < 0.01$ 。

7.4.1.4.2 耳穴压丸

耳穴压丸治疗无症状高尿酸血症期患者，可提高尿酸达标率。（D级证据；弱推荐）

证据概要：1项耳穴压丸、耳轮刺络放血治疗无症状高尿酸血症期的RCT^[12] (n=60, 30/30)，其中治疗组采用耳穴压丸、耳轮刺络放血（肝、脾、肾、三焦、内分泌）联合饮食指导，对照组采用饮食指导，结局指标为尿酸达标率、SUA水平。研究结果显示：

尿酸达标率：与对照组相比，治疗组尿酸达标率明显提高，OR = 4.13, 95% CI = (1.39, 12.27), $P < 0.05$ ；

SUA：与对照组相比，治疗组SUA明显降低，SMD = -0.56, 95% CI = (-1.07, -0.04), P

<0.05。

7.4.2 临床期

7.4.2.1 痛风性关节炎发作期

7.4.2.1.1 西医治疗

西医治疗按照2023年中华医学会风湿病学分会的《痛风诊疗规范》。

(1) 秋水仙碱

秋水仙碱建议在痛风性关节炎急性发作12小时内尽早使用，超过36小时疗效显著下降。

(2) NSAIDs

NSAIDs选择速效剂型，建议应在痛风性关节炎急性发作时尽早足量应用。

(3) 糖皮质激素

糖皮质激素适用于秋水仙碱和NSAIDs无效或存在禁忌（如肾功能不全、消化道高危患者）及累及大关节或全身症状明显的痛风性关节炎患者。

7.4.2.1.2 辨证论治

湿热阻络证

(1) 经典方剂

四妙散（《成方便读》）（B级证据：强推荐）

组成：苍术、黄柏、牛膝、生薏苡仁。

功效：清热利湿，通络止痛。

证据描述：1项加味四妙散联合塞来昔布治疗痛风性关节炎的Meta^[13]，纳入13篇RCTs^[14-26]（n=1007，512/495），其中试验组采用加味四妙散联合塞来昔布，对照组采用塞来昔布，结局指标为VAS评分，SUA、ESR和CRP水平。研究结果显示：

VAS：纳入7篇RCTs（n=540，277/263），与对照组相比治疗组疼痛显著减轻，MD= -1.70，95%CI=（-2.18,-1.23），P<0.001；

SUA：纳入9篇RCTs（n=757，381/376），与对照组相比治疗组SUA显著降低，MD= -66.32，95%CI=（-80.97,-51.67），P<0.001；

ESR：纳入10篇RCTs（n=795，406/389），与对照组相比治疗组ESR显著降低，MD= -6.05，95%CI=（-8.29,-3.82），P<0.001；

CRP：纳入8篇RCTs（n=558，280/278），与对照组相比治疗组CRP显著降低，MD= -7.39，95%CI=（-11.15,-3.63），P<0.001。

（2）中成药

①通滞苏润江胶囊（B级证据；强推荐）

用法：口服，每次1.5—2.1g，每日2次。

功效：开通阻滞，消肿止痛。

适用范围：关节骨痛，风湿病，类风湿关节炎，坐骨神经痛。

证据概要：1项通滞苏润江胶囊单独或者联合常规药物治疗痛风性关节炎（未标明分期）的Meta^[27]，纳入8篇RCTs^[28-35]（n=551，283/268），治疗组单独使用通滞苏润江胶囊或在对照组治疗基础上联合使用通滞苏润江胶囊，对照组采用痛风定胶囊、别嘌醇片、秋水仙碱、碳酸氢钠、双氯芬酸钠等常规治疗药物，结局指标为总有效率、痊愈率、关节功能改善水平、SUA、ESR。研究结果显示：

总有效率：纳入6篇RCTs（n=449，230/219），与对照组相比治疗组总有效率明显升高，OR=2.21，95%CI=(1.26,3.86)， $P<0.05$ ；

痊愈率：纳入6篇RCTs（n=449，230/219），与对照组相比治疗组痊愈率明显升高，OR=1.65，95%CI=(1.06,2.58)， $P<0.05$ ；

关节功能改善水平：纳入3篇RCTs（n=233，121/112），与对照组相比治疗组关节功能明显改善，OR=0.14，95%CI=(0.06,0.22)， $P<0.05$ ；

SUA：纳入5篇RCTs（n=365，187/178），与对照组相比治疗组SUA显著降低，OR=-87.36，95%CI=(-123.85,-50.87)， $P<0.001$ ；

ESR：纳入5篇RCTs（n=355，182/173），与对照组相比治疗组ESR明显降低，OR=-3.73，95%CI=(-5.78,-1.67)， $P<0.05$ 。

②如意珍宝丸（C级证据；弱推荐）

用法：口服，每次2—2.5g，每日2次。

功效：清热，醒脑开窍，舒经通络，干黄水。

适用范围：瘟热、陈旧热症、白脉病，四肢麻木，瘫痪，口眼歪斜，神志不清，痹症，痛风，肢体强直，关节不利。对白脉病有良效。

证据概要：1项治疗痛风性关节炎发作期的RCT^[36]（n=150，100/50）显示：治疗组采用如意珍宝丸联合常规治疗方案，对照组采用常规治疗方案（扶他林缓释片+碳酸氢钠），结局指标为关节肿痛指数。研究结果显示：与对照组相比，治疗组关节肿痛指数明显改善，MD=-2.11，95%CI=（-2.82,-1.40）， $P<0.05$ 。

③湿热痹颗粒

针对痛风性关节炎发作期患者出现肌肉或关节红肿热痛，有沉重感，步履艰难，发热，口渴不欲饮，小便黄淡等症状，建议服用湿热痹颗粒（共识建议）。

7.4.2.1.3 中医外治

（1）针刺

针刺有助于改善痛风性关节炎发作期患者病情，可减轻疼痛、提高总有效率。（B级证据；强推荐）常用阿是穴、曲池、合谷、阴陵泉、梁丘、足三里、太溪、三阴交、昆仑、行间等穴位。

证据概要：1项针刺治疗痛风性关节炎发作期的Meta^[37]分析，纳入17篇RCTs^[38-54]（n=1206, 615/591），其中针刺组采用穴位：阿是穴、曲池、合谷、阴陵泉、梁丘、足三里、太溪、三阴交、昆仑、行间等治疗，对照组采用口服吲哚美辛/别嘌醇/芬必得/秋水仙碱治疗，结局指标为VAS评分、总有效率、SUA水平，研究结果显示：

VAS：纳入5篇RCTs（n=872, 438/434），与对照组相比治疗组疼痛明显减轻，MD= -2.28, 95%CI=（-2.55,-2.02）， $P<0.05$ ；

总有效率：纳入17篇RCTs（n=1206, 615/591），与对照组相比治疗组总有效率明显提高，RR=1.14, 95%CI=（1.10,1.19）， $P<0.05$ ；

SUA：纳入13篇RCT（n=337, 170/167），与对照组相比治疗组SUA明显降低，MD= -42.18, 95%CI=（-48.57,-35.78）， $P<0.05$ 。

（2）火针

火针治疗有助于改善痛风性关节炎发作期患者病情，可减轻疼痛。（B级证据；弱推荐）

证据概要：1项火针治疗痛风性关节炎发作期的Meta分析^[55]，纳入10篇RCTs^[44, 49, 54, 56-62]（n=775, 390/385），其中治疗组采用^[60]火针疗法治疗，对照组采用吲哚美辛肠溶片/阿洛噻醇片/尼美舒利片/考来昔酸片/埃托昔布/布洛芬等常规药物治疗，结局指标为VAS评分和SUA水平。研究结果显示：

VAS：纳入5篇RCTs（n=359, 180/179），与对照组相比治疗组疼痛显著减轻，MD=-1.44, 95% CI=（-1.93,-0.95）， $P<0.01$ ；

SUA：纳入7篇RCTs（n=555, 280/275），与对照组相比治疗组SUA显著降低，MD=-40.47, 95% CI=（-80.21,-0.72）， $P<0.01$ 。

（3）中药外敷

中药外敷治疗有助于改善痛风性关节炎发作期患者病情，可减轻疼痛。（B级证据；强推荐）

证据概要：1项中药外敷治疗痛风性关节炎发作期的Meta分析^[63]，纳入25篇RCTs^[64-88]（n=2094, 1052/1042），试验组采用药物：金黄膏、双柏散、栀黄止痛散、四黄水蜜等，对照组采用依托考昔/别嘌醇/双氯芬酸钠/秋水仙碱/顽痹清丸，结局指标为VAS评分、关节肿胀评分、ESR、CRP水平。研究结果显示：

VAS：纳入8篇RCTs（n=767, 385/382），与对照组相比治疗组疼痛明显减轻，MD=-0.95，95%CI=（-1.31,-0.58），P<0.05；

关节肿胀评分：纳入8篇RCTs（n=748, 375/373），与对照组相比治疗组关节肿胀明显减轻，MD=-0.92，95%CI=（-1.42,0.43），P<0.05；

ESR：纳入5篇RCTs（n=477, 238/239），与对照组相比治疗组ESR明显降低，MD=-5.13，95%CI=（-7.26,-3.01），P<0.05；

CRP：纳入4篇RCTs（n=365, 183/182），与对照组相比治疗组CRP明显降低，MD=-5.09，95%CI=（-2.68,1.65），P<0.05。

7.4.2.2 痛风性关节炎发作间歇期

7.4.2.2.1 西医治疗

参照 7.4.1.2 痛风性关节炎临床前期西医治疗。

7.4.2.2.2 辨证论治

（1）脾虚湿阻证

①推荐方剂

祛浊通痹方（B级证据；强推荐）

组成：土茯苓、川草薢、玉米须、炒薏苡仁、豨莶草、山慈菇、姜黄、桑寄生、延胡索、佛手。

功效：运脾除湿，祛浊通痹。

证据概要：1项祛浊通痹方治疗的痛风性关节炎发作间歇期多中心、大样本、双盲随机对照RCT^[89]（n=216, 108/108），其中治疗组采用祛浊通痹方治疗，对照组采用中药安慰剂治疗，结局指标为关节肿痛复发次数、SUA水平。研究结果显示：

关节肿痛复发次数：与对照组相比治疗组复发次数显著减少，RR=0.61，95%CI=（0.47,0.81），P<0.05；

SUA：与对照组相比治疗组SUA明显降低，MD=-45.45，95%CI=（-74.75,-16.15）， $P<0.05$ 。

②中成药

针对痛风性关节炎发作间歇期患者出现体倦乏力，食少便溏等症状，建议服用参苓白术丸（共识建议）。

（2）肾虚浊阻证

经典方剂

萆薢分清饮（《杨氏家藏方》）（C级证据；弱推荐）

组成：萆薢、益智仁、石菖蒲、乌药。

功效：益肾利湿，分清化浊。

证据概要：1项加味萆薢分清饮治疗间歇期痛风性关节炎的RCT^[90]（n=80，40/40），其中治疗组使用加味萆薢分清饮治疗，对照组使用秋水仙碱片及依托考昔片治疗，结局指标为临床显效率。结果显示：与对照组相比，治疗组在临床显效率方面优于治疗组，RR= 2.58，95%CI=（1.56,4.27）， $P<0.001$ 。

7.4.2.3 慢性痛风石病变期

7.4.2.3.1 西医治疗

药物治疗以 7.4.1.2 痛风性关节炎临床前期西医治疗为主；手术治疗用于痛风石出现局部并发症（感染、破溃、压迫神经等）患者，但术后仍要控制尿酸。

7.4.2.3.2 辨证论治

（1）脾肾亏虚证

①经典方剂

补中益气汤（《脾胃论》）合六味地黄丸（《小儿药证直诀》）（共识建议）

组成：黄芪、人参、炙甘草、白术、当归、陈皮、柴胡、升麻、生姜、大枣、山药、山茱萸、熟地黄、泽泻、牡丹皮、茯苓。

功效：健脾祛湿，补肾益气。

②中成药

针对慢性痛风石病变期患者出现关节疼痛、肿大、红肿热痛、屈伸不利、肌肉疼痛、瘦削或僵硬，畸形的顽痹等症状，建议服用益肾蠲痹丸（共识建议）。

（2）痰瘀痹阻证

①推荐方剂

化浊散结除痹方（B级证据；强推荐）

组成：苍术、土茯苓、黄柏、薏苡仁、肿节风、萆薢、金钱草、猫爪草、马鞭草、川牛膝。

功效：健脾利湿化浊，清热祛痰活血。

证据概要：1项化浊散结除痹方联合常规治疗方案治疗慢性痛风石病变期的多中心、大样本、双盲RCT^[91]（n=152，52/50/50），中药组采用化浊散结除痹方治疗，西药组采用嘌吟醇片治疗，联合组采用化浊散结除痹方联合嘌吟醇片治疗，结局指标为关节肿胀评分、ESR水平。研究结果显示：

关节肿胀评分：与西药组相比中药组关节肿胀评分明显降低，MD=-6.83，95%CI=（-8.43,-5.23），P<0.05；

ESR：与西药组相比中药组ESR明显降低，MD= -2.97，95%CI=（-3.95,-1.99），P<0.05。

②中成药

针对慢性痛风石病变期患者出现肌肉关节剧痛、痛处拒按、固定不移、可有硬节或瘀斑等症状，建议服用瘀血痹颗粒（共识建议）。

7.4.2.3.3 中医外治法

耳穴压丸

耳穴压丸治疗慢性痛风石病变期患者，可减少关节疼痛时间。（D级证据；弱推荐）

证据概要：1项^[92]耳穴压丸联合中药治疗慢性痛风石病变期的病例对照研究^[92]（n=60，30/30），其中治疗组采用健脾补肾二仙颗粒联合耳穴治疗（常用穴位：神门、肾上腺、皮质下、枕小神经刺激点等），对照组采用常规性西医治疗，结局指标为关节疼痛时间、SUA、CRP、ESR水平。研究结果显示：

关节疼痛时间：与对照组相比，治疗组关节疼痛时间明显减少，SMD= -1.24，95%CI=（-1.79,-0.68），P<0.05；

SUA：与对照组相比，治疗组SUA明显降低，SMD= -1.92，95%CI=（-2.54,-1.30），P<0.05；

CRP：与对照组相比，治疗组CRP明显降低，SMD= -1.28，95%CI=（-1.84,-0.72），P<0.05；

ESR：与对照组相比，治疗组ESR明显降低，SMD=-2.03，95%CI=（-2.66，-1.40），P

<0.05。

7.4.3 并发症和伴发疾病

痛风性关节炎常见的并发症和伴发疾病包括：肾脏病变、代谢综合征、心血管疾病、神经系统疾病。具体诊断标准及处置原则按照2023年中华医学会发布的《痛风诊疗规范》执行。

8 康复

8.1 康复目标及原则

8.1.1 康复目标

8.1.1.1 减轻或消除关节疼痛，阻止和延缓疾病进展（共识建议）；

8.1.1.2 保护关节，减轻受累关节的负荷（共识建议）；

8.1.1.3 恢复关节功能，改善关节活动度，增强肌力和全身耐力（共识建议）；

8.1.1.4 改善日常生活活动能力，提高生活质量（共识建议）；

8.1.1.5 对于已存在并发症的患者，改善受累系统生理功能（共识建议）。

8.1.2 康复原则

早期介入、个性化治疗、循序渐进、医患配合、长期坚持（共识建议）。

8.2 基础康复

8.2.1 休息

痛风性关节炎发作期患者需保证受累关节充分休息^[93]（共识建议）。

8.2.2 辅助器具

痛风性关节炎发作期患者可根据需要使用辅助器具，如轮椅、拐杖、助行器等减轻受累关节负荷，帮助患者移动、支撑身体，提高自理能力和活动能力（共识建议）。

8.3 运动康复

8.3.1 运动原则

推荐痛风性关节炎患者适当运动，并遵循下列原则（World原则，W: weather, 天气 / water, 饮水；O: oxygen, 氧气，有氧；R: regular, 规律；L: low-intensity, 低强度；D: disease, 合并症或并发症）^[93, 94]（共识建议）。

（1）**规律**：痛风性关节炎患者建议规律锻炼。运动次数以每周4—5次为宜，每次0.5—1 h，每周≥150分钟^[95]（共识建议）。

（2）**低强度**：痛风性关节炎患者的运动应从低强度开始，逐步过渡至中等强度运动，避免剧烈运动^[96]（共识建议）。

(3) **有氧**: 运动形式应以有氧运动为主, 如慢跑、游泳等(共识建议)。

(4) **饮水**: 运动期间或运动后, 应适量饮水, 保证血容量, 但需要避免短时间大量出汗或快速大量饮水^[97](共识建议)。

(5) **天气**: 运动应选择温暖干燥的天气条件。避免在寒冷、潮湿或雾霾天气进行户外运动(共识建议)。

(6) **合并症或并发症**: 对有心血管、肺部基础疾病、尿酸性肾病的患者, 应适度降低运动强度和缩短运动时间(共识建议)。

8.3.2 康复训练

对于痛风性关节炎引起的关节损伤, 康复训练可增强受累关节周围肌力, 提高关节稳定性, 改善本体感觉并延缓疾病进程。具体形式包括持续被动训练、低强度有氧训练、受累关节周围肌肉力量训练、关节本体感觉训练、关节非负重位的活动度训练等。必要时建议康复科就诊^[98,99](共识建议)。

8.4 物理康复

8.4.1 特定电磁波谱疗法

特定电磁波谱疗法治疗急性痛风性关节炎期患者可显著改善关节症状, 降低炎症指标, 降低血尿酸。(C级证据; 弱推荐)

证据概要: 1项特定电磁波谱疗法治疗痛风性关节炎发作期的RCT^[100](n=252, 126/126), 其中治疗组采用特定电磁波谱疗法进行治疗, 对照组采用秋水仙碱治疗, 结局指标为有效率、SUA、ESR、WBC水平, 研究结果显示:

有效率: 与对照组相比治疗组有效率明显提高, $RR=1.60$, $95\%CI=(1.36,1.88)$, $P<0.05$;

SUA: 与对照组相比治疗组SUA明显降低, $SMD=-5.16$, $95\%CI=(-5.68,-4.64)$, $P<0.05$;

ESR: 与对照组相比治疗组ESR明显降低, $SMD=-0.76$, $95\%CI=(-1.01,-0.50)$, $P<0.05$;

WBC: 与对照组相比治疗组WBC明显降低, $SMD=-0.38$, $95\%CI=(-0.63,-0.13)$, $P<0.05$ 。

8.4.2 其他

对于痛风性关节炎发作间歇期及慢性痛风石病变期患者, 热疗、电疗、光疗等可以改善关节功能, 促进局部血液循环, 缓解肌肉疲劳, 改善慢性疼痛(共识建议)。

8.5 中医康复

8.5.1 传统功法

中医传统功法（太极拳、八段锦和易筋经等）可调节气血、疏通经络、增强体质，促进患者康复，同时对心理状态也有积极的调节（共识建议）。

8.5.2 针刺

针刺治疗可以改善血尿酸水平，有助于增强受累关节周围肌肉力量，提高关节稳定性，促进患者康复。（B级证据；强推荐）

证据概要：1项针刺治疗痛风性关节炎的Meta分析，纳入26篇RCTs^[39, 101-126]（n=2048, 1036/1012），其中针刺组使用针刺治疗，对照组使用西医治疗（别嘌醇、秋水仙碱、美洛昔康、吲哚美辛等），结局指标为总有效率、SUA水平研究结果显示：

总有效率：纳入26篇RCTs（n=2048, 1036/1012），针刺治疗的总有效率显著高于对照组，OR=4.33, 95%CI=（3.22, 5.82），P<0.001；

SUA：纳入10篇RCTs（n=832, 427/405），与对照组相比治疗组SUA明显降低，MD=-68.39, 95%CI=（-97.47, -39.31），P<0.05。

8.5.3 推拿

中医推拿手法可以疏通经络，调节脏腑，扶正祛邪，帮助患者稳定代谢，改善关节症状，促进患者康复（共识建议）。

8.5.4 芳香音乐疗法

中医芳香疗法具有和合五脏、扶助正气、化湿醒脾、行气活血等功效，对调节心理状态，改善脾胃运化功能，调畅周身气机具有积极作用，促进患者康复。无症状高尿酸血症期选择含有砂仁、豆蔻、陈皮等药物的香方；痛风性关节炎间歇期和慢性痛风石变期选择含有沉香、肉桂等药物的香方（共识建议）。

中医五音疗法具有调节人体气血运行，平衡脏腑功能，促进身心健康的作用。无症状高尿酸血症期可在平静放松的状态下选择五音乐谱辅助调节情志，促进康复（共识建议）。

9 随访与监测

9.1 随访和监测的频率

急性痛风发作期、降尿酸治疗初始3个月内，建议患者每4周复查一次，评估病情进展、药物疗效及安全性（共识建议）。

建议血尿酸持续达标、无急性发作满3个月，随访间隔可延长至每3—6个月1次（共识建议）。

9.2 随访和监测的内容

9.2.1 病情评估

9.2.1.1 症状评估

评估关节疼痛和肿胀的范围以及活动受限程度；观察痛风石体积的变化，并评估皮肤破溃的风险（共识建议）。

9.2.1.2 指标评估

血尿酸评估：检测血尿酸水平，确保血尿酸值达标（ $<360\mu\text{mol/L}$ ，合并痛风石或慢性肾病患者需 $<300\mu\text{mol/L}$ ）（共识建议）。

9.2.2 合并症监测

痛风患者易并发肾脏病变、代谢紊乱、心血管疾病和神经系统疾病等，需定期随访和监测（共识建议）。

9.2.3 安全性监测

每3个月检测1次肝肾功能指标，如谷丙转氨酶、谷草转氨酶、血肌酐、尿素氮、 γ -谷氨酰转肽酶等，必要时调整用药方案（共识建议）。

9.2.4 其他相关检查

根据患者具体情况进行双能CT检查，以评估尿酸盐沉积情况（共识建议）。

9.3 随访和监测的平台

利用短视频、社交媒体、直播互动等新媒介，依托智能平台，开展中西医结合防治痛风性关节炎的随访、监测与宣教，提升公众防治意识，增强痛风性关节炎高危人群的风险预警能力。

10 健康宣教

通过公众健康教育活动，提升公众对疾病风险的认知水平，强化风险人群的自我管理意识与行为依从性。宣教形式依托多元化渠道展开，包括社区讲座、媒体专栏、线上科普课程、医患互动研讨会等，重点倡导低嘌呤饮食结构、科学运动模式及定期监测习惯。通过知识普及与行为干预双轨并行，助力患者实现疾病早防、发作可控、并发症可阻的综合管理目标。

附录A（资料性）

A. 1 2015 年美国风湿病学会和欧洲抗风湿病联盟共同制订的痛风分类标准

项目	分类	评分
临床		
症状发作曾累及的关节/滑囊	踝关节或中足（作为单关节或寡关节的一部分发作而没有累及第一跖趾关节）	1
	累及第一跖趾关节（作为单关节或寡关节发作的一部分）	2
关节炎发作特点（包括以往的发作）		
受累关节发红（患者自述或医生观察到）	符合左栏 1 个特点	1
受累关节不能忍受触摸、按压	符合左栏 2 个特点	2
受累关节严重影响行走或无法活动	符合左栏 3 个特点	3
发作或者曾经发作的时间特征（无论是否抗炎治疗，符合下列≥2 项为 1 次典型发作）		
到达疼痛高峰的时间<24h	1 次典型的发作	1
症状在≤14d 内缓解	典型症状复发（即≥2 次）	
发作间期症状完全消退（恢复至基线水平）		2
痛风石的临床证据		
透明皮肤下的皮下结节有浆液或粉笔灰样物质，常伴有表面血管覆盖，位于典型的部位：关节、耳廓、鹰嘴黏液囊、指腹、肌腱（如跟腱）	存在	4
实验室检查		
血尿酸（SUA）：通过尿酸酶方法测定		
理想情况下，应该在患者没有接受降尿酸治疗的时候和症状发生 4 周后进行评分	<240μmol/L	-4
（如发作间期），如果可行，在这些条件下	360μmol/L≤SUA<480μmol/L	2
	480μmol/L≤SUA<600μmol/L	3

进行复测，并以最高的数值为准	$\geq 600\mu\text{mol/L}$	4
有症状关节或滑囊进行滑液分析（需要由有经验的检查者进行检测）影像学	单钠尿酸盐阴性	-2
尿酸盐沉积在（曾）有症状的关节或滑囊中的影像学证据：超声中“双轨征”“或双能 CT”显示有尿酸盐沉积”	存在（任何 1 个）	4
痛风相关关节损害的影像学证据：双手和（或）足在传统影像学表现有至少 1 处骨侵蚀	存在	4

注：表中分值相加 >8 分即可分类为痛风

1) 症状发作是指包括外周关节（或滑囊）的肿胀、疼痛和（或）压痛在内的有症状时期；

2) 透明软骨表面不规则的回声增强，且与超声波束的声波作用角度相独立（注意：假阳性的“双轨征”可能出现在软骨表面，改变超声波束的声波作用角度时会消失）；

3) 在关节或关节周围的位置存在颜色标记的尿酸盐，使用双能 CT 扫描获取影像，在 80kV 和 140kV 扫描能量下获取数据，使用痛风特异性软件应用 2 个材料分解算法分析颜色标记的尿酸盐，阳性结果被定义为在关节或关节周围的位置存在颜色标记的尿酸盐，应排除甲床、亚毫米波、皮肤、运动、射束硬化和血管伪影造成的假阳性；

4) 侵蚀被定义为骨皮质的破坏伴边界硬化和边缘悬挂突出，不包括远端指间关节侵蚀性改变和鸥翼样表现。

A.2 中医体质学

(1) 湿热质

总体特征：湿热内蕴，以面垢油光、口苦、苔黄腻等湿热表现为主要特征。

形体特征：形体中等或偏瘦。

常见表现：面垢油光，易生痤疮，口苦口干，身重困倦，大便黏滞不畅或燥结，小便短黄，男性易阴囊潮湿，女性易带下增多，舌质偏红，苔黄腻，脉滑数。

心理特征：容易心烦急躁。

发病倾向：易患疮疖、黄疸、热淋等病。

对外界环境适应能力：对夏末秋初湿热气候，湿重或气温偏高环境较难适应。

(2) 痰湿质

总体特征：痰湿凝聚，以形体肥胖、腹部肥满、口黏苔腻等痰湿表现为主要特征。

形体特征：体形肥胖，腹部肥满松软。

常见表现：面部皮肤油脂较多，多汗且黏，胸闷，痰多，口黏腻或甜，喜食肥甘甜黏，苔腻，脉滑。

心理特征：性格偏温和、稳重，多善于忍耐。

发病倾向：易患消渴、中风、胸痹等病。

对外界环境适应能力：对梅雨季节及湿重环境适应能力差。

(3) 血瘀质

总体特征：血行不畅，以肤色晦黯、舌质紫黯等血瘀表现为主要特征。

形体特征：胖瘦均见。

常见表现：肤色晦黯，色素沉着，容易出现瘀斑，口唇黯淡，舌黯或有瘀点，舌下络脉紫黯或增粗，脉涩。

心理特征：易烦，健忘。

发病倾向：易患癥瘕及痛证、血证等。

对外界环境适应能力：不耐受寒邪。

A. 3 常见食物嘌呤含量

一般将食物按嘌呤含量分为四类，供选择食物时参考， 详见下表：

嘌呤含量	分类 [*]	食物举例
150~1000 mg/100g	第一类（高嘌呤）	肝、肾；海苔、紫菜(干)；鲭鱼、贻贝、生蚝、海兔、鱿鱼等
75~150 mg/100g	第二类（较高嘌呤）	牛肉、猪肉、羊肉；兔、鸭、鹅；鲤鱼、比目鱼、草鱼等
30~75 mg/100g	第三类（较低嘌呤）	大米、燕麦、荞麦；豆角、菜花；香菇（鲜）、金针菇（鲜）、口蘑（鲜）等
≤30 mg/100g	第四类（低嘌呤）	马铃薯、甘薯；胡萝卜、油菜、生菜、竹笋；水果类；奶及奶制品等

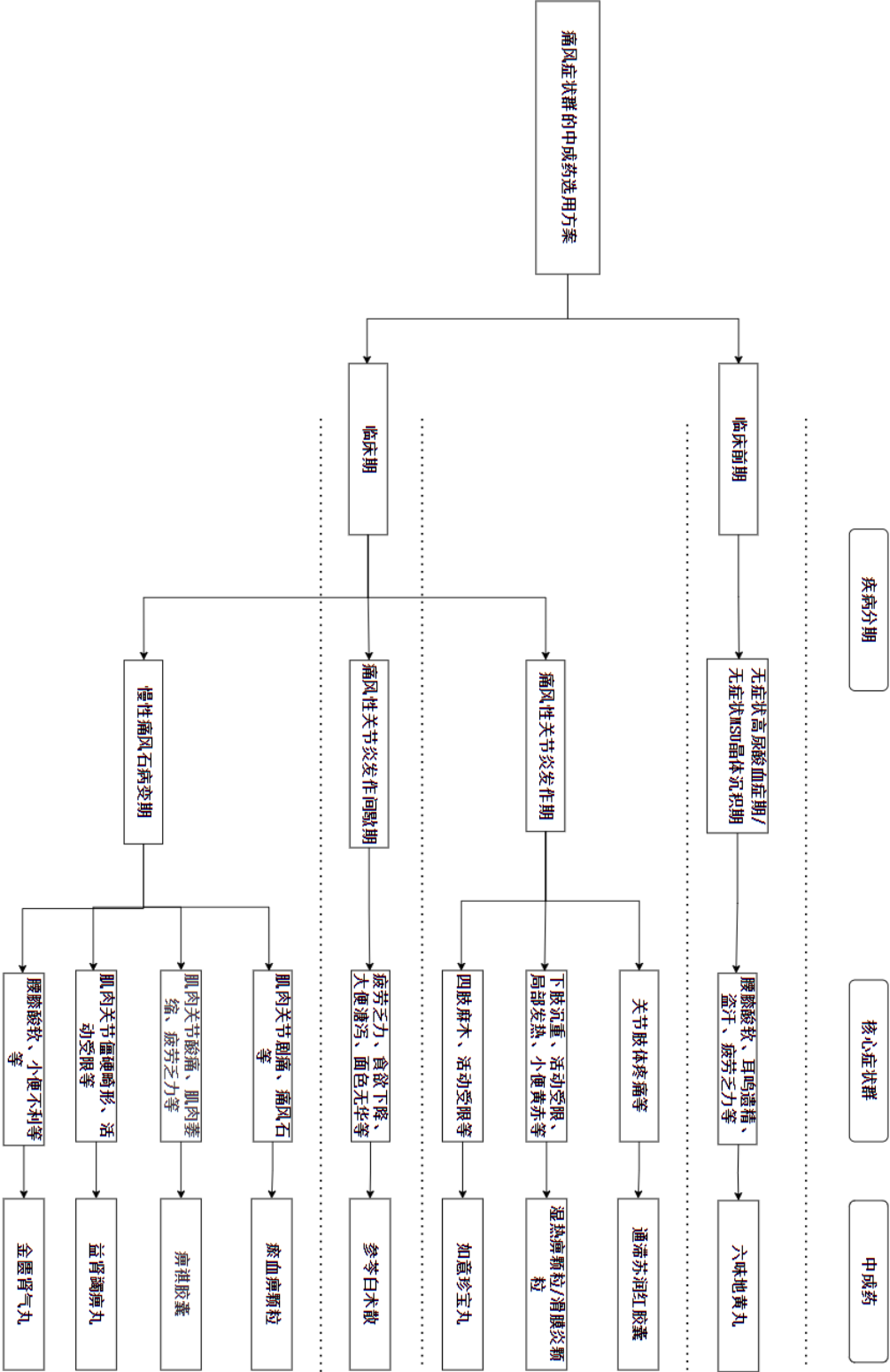
*注：分类依据《成人高尿酸血症与痛风食养指南（2024 年版）》

A. 4 成人高尿酸血症与痛风人群推荐食物名单

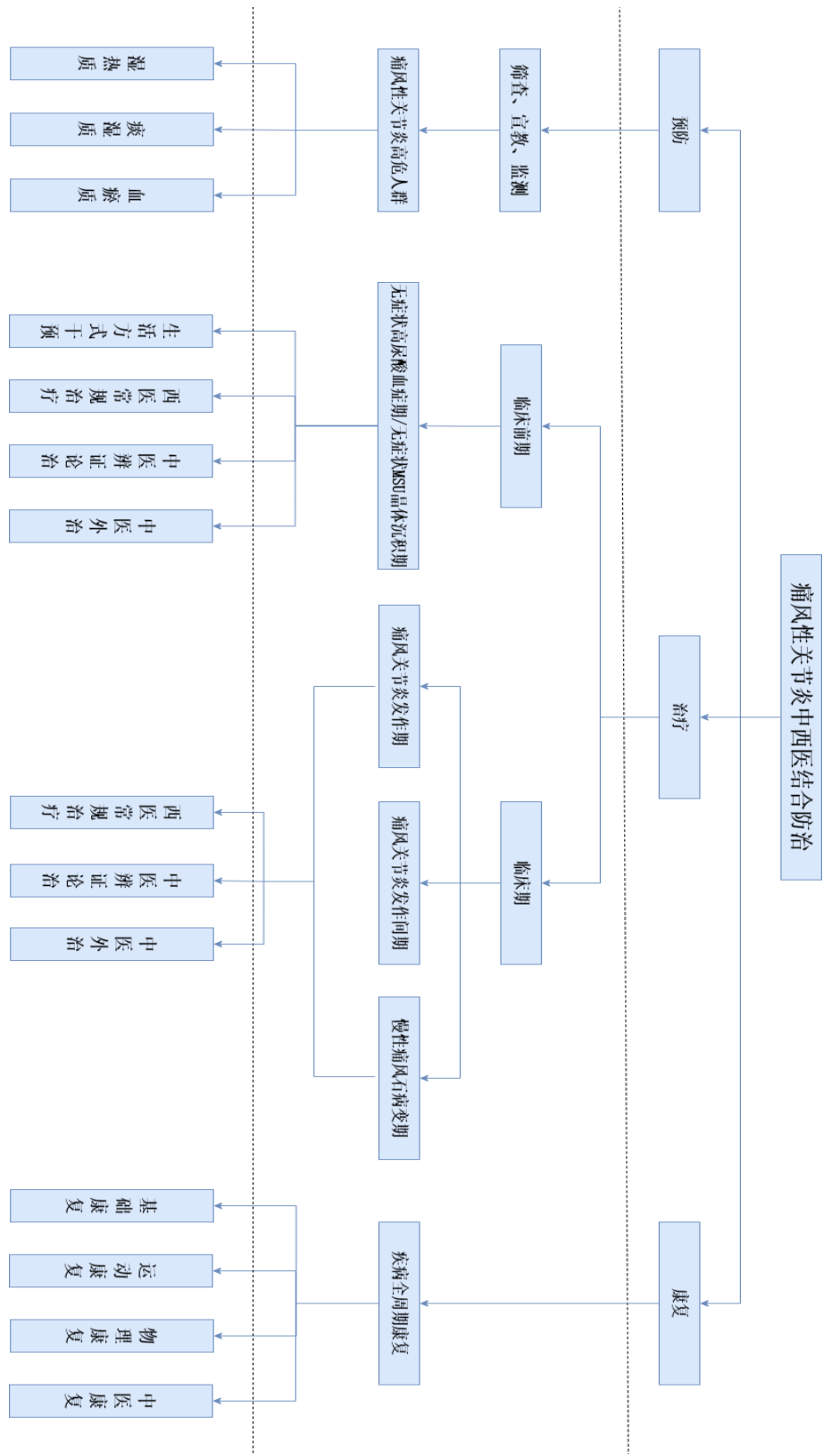
食物类别	优选食物	不宜食物
谷薯类	糙米、全麦面粉、玉米、青稞、荞麦、黄米、燕麦、小米、高粱、藜麦、红薯、紫薯等	黄油面包、糕点等高能量加工食品，和油条、油饼等油煎油炸食品，饼干、蛋糕、甜甜圈等糖含量较高的加工食品
肉类	瘦肉、去皮禽肉等适量食用	肥肉、动物内脏，咸肉、腊肉等加工肉制品，以及鱼籽、蟹黄、鱿鱼、牡蛎、蛤蜊等海鲜水产
蛋类	鸡蛋、鸭蛋等	咸蛋等
奶类	脱脂奶、低脂奶、鲜牛奶、纯牛奶、低糖酸奶等	奶油、黄油等
大豆及制品类	豆腐、豆腐干等	油豆腐皮、豆腐泡等油炸豆制品
蔬菜类	新鲜蔬菜	腌制蔬菜
水果类	樱桃、草莓、菠萝、桃子等新鲜水果	添加糖含量高的水果制品，如果汁、水果罐头等
食用油	紫苏油、亚麻籽油、核桃油、橄榄油、茶籽油、菜籽油、葵花籽油、玉米油、芝麻油、豆油、花生油、胚芽油等	棕榈油、猪油、牛油、羊油及其他动物油
调味品	低钠盐（每天不超过5g）	酱类、腐乳等高盐调味品；红糖、白糖、糖浆等

依据《成人高尿酸血症与痛风食养指南（2024 年版）》

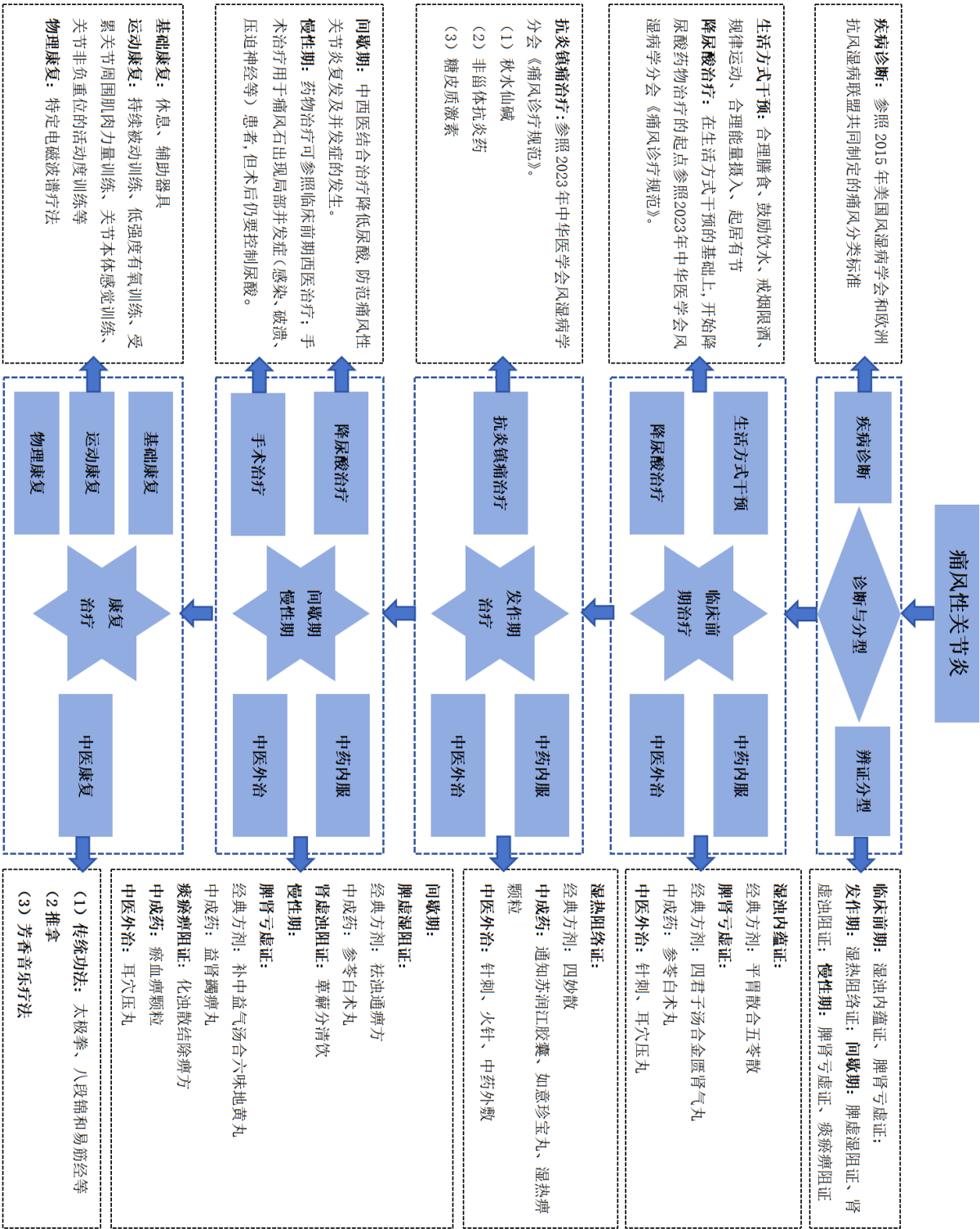
A. 5 痛风性关节炎症状群的中成药选用方案图



附录 B（规范性）
B.1 痛风性关节炎指南流程图



B.2 痛风性关节炎诊疗流程图



参考文献

- [1] Global, regional, and national burden of gout, 1990–2020, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021 [J]. *Lancet Rheumatol*, 2024, 6(8): 507–517.
- [2] 世界中医药学会联合会, 温成平. 国际中医临床实践指南 痛风(2024-03-14) [J]. *世界中医药*, 2024, 19(9): 1223–1229.
- [3] 姜泉, 韩曼, 唐晓颇, 等. 痛风和高尿酸血症病证结合诊疗指南 [J]. *中医杂志*, 2021, 62(14): 1276–1288.
- [4] 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.
- [5] 司可, 陈颖, 王颜刚. 难治性痛风中西医结合治疗专家共识(2023) [J]. *精准医学杂志*, 2023, 38(6): 471–474, 480.
- [6] Chi X, Cen Y, Yang B, et al. Effects of dietary factors on hyperuricaemia and gout: a systematic review and meta-analysis of observational studies [J]. *Int J Food Sci Nutr*, 2024, 75(8): 753–773.
- [7] Chen W, Cai Y, Sun X, et al. Dose-Response Relationship Between Alcohol Consumption and Gout Risk: Do Subtypes of Alcoholic Beverages Make a Difference? [J]. *J Rheumatol*, 2024, 51(8): 818–824.
- [8] 张琳, 祝波, 孙琳, 等. 饮食与运动对痛风影响的研究 [J]. *哈尔滨医科大学学报*, 2013, 47(4): 360–362.
- [9] 成晓翠, 孙明艳, 孙巧云, 等. 有氧运动和抗阻运动在痛风患者延续管理中的应用效果比较 [J]. *山东医药*, 2021, 61(35): 72–75.
- [10] 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.
- [11] Huang Y, Meng J, Sun B, et al. Acupuncture for serum uric acid in patients with asymptomatic hyperuricemia: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial [J]. *Int J Cardiol*, 2017, 232: 227–232.
- [12] 谢占国, 张洋, 李利红, 等. 耳轮刺络放血、耳穴压丸联合饮食指导干预无症状高尿酸血症疗效观察 [J]. *北京中医药*, 2022, 41(4): 436–439.

- [13] Jia W, Wei M, Zhang W, et al. Efficacy and safety of Jiawei Simiao powder combined with celecoxib for acute gouty arthritis: A meta-analysis [J]. Journal of Traditional Chinese Medical Sciences, 2024, 11(3): 283-292.
- [14] 刘敏, 项新, 陆玲娜, 等. 加味四妙汤联合塞来昔布治疗湿热蕴结型痛风疗效观察 [J]. 现代中西医结合杂志, 2016, 25(34): 3827-3828.
- [15] 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, 36(12): 1975-1977.
- [16] 马菲菲, 张萍, 任通, 等. 联合应用四妙丸水丸治疗急性痛风性关节炎的临床观察 [J]. 实用中西医结合临床, 2019, 19(9): 1-2, 145.
- [17] 何斌华, 李建武. 加味四妙汤联合塞来昔布治疗湿热蕴结型痛风临床疗效观察 [J]. 中西医结合研究, 2014, 6(5): 245-246.
- [18] 胡梁深, 谈荣珍, 范少勇, 等. 四妙丸加味方联合塞来昔布治疗痛风性关节炎(湿热蕴阻型)的临床疗效观察 [J]. 广州中医药大学学报, 2021, 38(8): 1617-1620.
- [19] 赵国青. 加味四妙散联合塞来昔布治疗急性痛风性关节炎临床研究 [J]. 亚太传统医药, 2015, 11(20): 111-112.
- [20] 辛婧, 叶磊, 沈亚非, 等. 四妙丸联合塞来昔布治疗急性痛风性关节炎的临床研究 [J]. 中国基层医药, 2019, 26(1): 70-72.
- [21] 郭良, 谭昱, 马春涛, 等. 四妙散加减治疗湿热蕴结型急性痛风性关节炎疗效及对患者 T 细胞亚群、血液流变学及炎性标志物的影响 [J]. 陕西中医, 2023, 44(2): 199-204.
- [22] 钟志国, 罗磊玲. 四妙散联合塞来昔布治疗急性关节炎期痛风的临床疗效研究 [J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2019, 40(15): 1881-1882.
- [23] 戴森华, 余丽玲. 西药联合加味四妙汤治疗急性痛风发作 30 例临床观察 [J]. 中国民族民间医药, 2018, 27(22): 81-83, 92.
- [24] 陈瑞锋, 翟明玉. 加味四妙散配合塞来昔布治疗急性痛风性关节炎临床研究 [J]. 亚太传统医药, 2017, 13(7): 126-127.
- [25] 张燕英, 孙志刚, 郭泽莹, 等. 加味四妙汤联合塞来昔布治疗湿热蕴结型痛风 41 例 [J]. 中国民族民间医药, 2017, 26(12): 96-97, 109.

- [26] 王焜. 加味四妙散结合塞来昔布对急性痛风性关节炎的治疗效果分析 [J]. 中医临床研究, 2019, 11(16): 87-88.
- [27] 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.
- [28] 邵楠, 贾会欣. 通滞苏润江胶囊治疗痛风性关节炎的效果及超声影像学观察 [J]. 临床医学研究与实践, 2016, 1(5): 67.
- [29] 汪洋. 通滞苏润江胶囊治疗痛风性关节炎临床研究 [J]. 亚太传统医药, 2015, 11(6): 121-122.
- [30] 王瑞, 宋平, 高海峰. 通滞苏润江胶囊在治疗痛风性关节炎中的应用 [J]. 山西中医, 2014, 30(10): 52-53.
- [31] 朱芳晓, 周润华, 莫汉有, 等. 通滞苏润江胶囊治疗急性痛风性关节炎的临床研究及对 IL-1 β 、TNF- α 的影响 [J]. 时珍国医国药, 2013, 24(3): 687-689.
- [32] 朱辉军, 谭宁, 黄胜光. 通滞苏润江胶囊治疗痛风性关节炎临床观察 [J]. 山东中医药大学学报, 2013, 37(2): 127-129.
- [33] 鲁姝, 武莹, 张毅. 通滞苏润江胶囊治疗痛风性关节炎疗效观察 [J]. 亚太传统医药, 2013, 9(1): 171-172.
- [34] 伍红桦, 张波, 邓少林, 等. 通滞苏润江胶囊治疗急性痛风性关节炎疗效观察 [J]. 中国中医骨伤科杂志, 2009, 17(12): 53-54.
- [35] 李同相. 中西医结合治疗痛风性关节炎 32 例 [J]. 中国中医骨伤科杂志, 2009, 17(10): 45-46.
- [36] 宋恩峰, 梅莎莎. 如意珍宝丸治疗急性痛风性关节炎疗效观察 [J]. 现代中西医结合杂志, 2013, 22(1): 41-42.
- [37] 农国勇, 唐荣珍, 李瑞燕. 针灸治疗急性痛风性关节炎疗效和安全性的 Meta 分析 [J]. 湖南中医杂志, 2023, 39(10): 147-153.
- [38] 王相奇. 针刺治疗痛风性关节炎急性发作疗效观察 [J]. 上海针灸杂志, 2009, 28(5): 260-261.
- [39] 谢新群, 曹耀兴, 李丰, 等. 围刺法治疗急性痛风性关节炎疗效对比观察 [J]. 中国针灸, 2009, 29(5): 375-377.
- [40] 赵庆伟, 刘靖, 曲向东, 等. 电针并刺络放血拔罐结合饮食干预治疗急性痛风性关

- 节炎 [J]. 中国针灸, 2009, 29(9): 711-713.
- [41] 金弘, 孙忠人. 电针配合刺血疗法治疗急性痛风性关节炎 [J]. 针灸临床杂志, 2009, 25(4): 3-4.
- [42] 陈日兰, 朱英, 庞学丰, 等. 点刺放血结合壮医药线点灸治疗急性痛风性关节炎临床观察 [J]. 辽宁中医杂志, 2009, 36(9): 1563-1564.
- [43] 乌英别兢. 刺络放血治疗维吾尔族急性痛风性关节炎疗效观察 [J]. 内蒙古中医药, 2010, 29(7): 70-71.
- [44] 旷秋和. 改良火针治疗急性痛风性关节炎临床疗效观察 [J]. 中国中医急症, 2010, 19(3): 414-416.
- [45] 宗静杰, 高宇, 王淑颖, 等. 温针灸治疗急性痛风性关节炎 20 例 [J]. 四川中医, 2011, 29(3): 115-117.
- [46] 吴镇阳, 钟惠华. 董氏奇穴针刺放血治疗急性痛风性关节炎临床观察 [J]. 上海中医药杂志, 2012, 46(7): 58-59.
- [47] 吴云天, 许明珠, 郑盛惠, 等. 电针配合火针刺血疗法治疗急性痛风性关节炎的临床研究 [J]. 辽宁中医杂志, 2012, 39(7): 1400-1402.
- [48] 朱艳, 俞红五, 潘喻珍, 等. 刺血加艾灸治疗急性痛风性关节炎临床疗效观察 [J]. 中国针灸, 2015, 35(9): 885-888.
- [49] 徐晓明, 马小平. 火针刺络放血治疗急性痛风性关节炎 45 例 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2016, 14(21): 93-95.
- [50] 雷春霞. 针灸治疗急性痛风性关节炎效果观察 [J]. 基层医学论坛, 2015, 19(20): 2814-2815.
- [51] 严宏达. 扬刺配合放血治疗急性痛风性关节炎疗效观察 [J]. 广西中医药大学学报, 2018, 21(2): 41-44.
- [52] 郭清影. 三联疗法治疗急性痛风性关节炎疗效观察 [J]. 实用中医药杂志, 2017, 33(7): 837-838.
- [53] 廖雪, 段晓荣, 李彩莲. 围刺结合放血疗法治疗急性痛风性关节炎 36 例 [J]. 云南中医中药杂志, 2017, 38(7): 53-55.
- [54] 骆军. 姜炷灸联合刺络放血对急性痛风性关节炎治疗 [J]. 家庭心理医生, 2015, 11(5): 97-98.

- [55] 邓凯烽, 李梁慧智, 潘珽朕, 等. 火针对比西药治疗痛风性关节炎血尿酸及关节功能影响 Meta 分析及试验序贯分析 (英文) [J]. World Journal of Acupuncture-Moxibustion, 2022, 32(1): 49-60.
- [56] 胡丰村, 陈飞, 郑润杰, 等. 火针点刺放血疗法治疗急性痛风临床观察 [J]. 中医正骨, 2007, 19(1): 9-10+81-82.
- [57] 李勤慧. 火针治疗湿热蕴结型急性痛风性关节炎的临床疗效观察 [D]. 广州中医药大学, 2014.
- [58] 黄继英. 火针点刺放血联合护理干预急性痛风随机平行对照研究 [J]. 实用中医内科杂志, 2014, 28(12): 141-143.
- [59] 郭敏宗. 火针围刺法治疗痛风性关节炎的临床研究 [D]. 广州中医药大学, 2019.
- [60] 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+144.
- [61] 潘明甫, 韦远必, 谭栋. 火针刺血疗法治疗痛风性关节炎 60 例 [J]. 中国民间疗法, 2015, 23(3): 19-20.
- [62] 章珍明. 火针点刺放血治疗急性痛风性关节炎临床观察 [J]. 新中医, 2012, 44(10): 87-89.
- [63] 郭子琳, 高阳鹭, 何加乐, 等. 中药外敷合并用药治疗痛风急性期疗效和安全性的 Meta 分析 [J]. 世界中西医结合杂志, 2023, 18(3): 478-487+500.
- [64] 周厚明, 陈树清, 孙保国, 等. 四黄水蜜外敷合加味四妙散内服治疗急性痛风性关节炎的临床研究 [J]. 中药材, 2007, 30(9): 1196-1198.
- [65] 丁庆余, 宋恩峰, 任开明, 等. 痛风膏治疗痛风的临床观察 [J]. 中国中医骨伤科杂志, 2009, 17(10): 20-22.
- [66] 陈江非, 熊屹, 程志刚, 等. 金黄膏外敷治疗急性痛风性关节炎 45 例疗效观察 [J]. 辽宁中医杂志, 2010, 37(2): 286-287.
- [67] 马宝东, 赵用, 陈岩松. 刺络放血配合清痹散外敷治疗急性痛风性关节炎疗效观察 [J]. 中华中医药学刊, 2010, 28(12): 2680-2681.
- [68] 赵瑞勤. 三棱针点刺放血配合金黄膏外敷治疗急性痛风性关节炎临床观察 [J]. 新中医, 2011, 43(5): 114-116.
- [69] 刘晓玲. 中药内服外敷治疗痛风性关节炎临床观察 [J]. 中医药临床杂志, 2013,

25(2): 130-131.

- [70] 杨青, 段文吕, 聂晨, 等. 中西医结合内外合治痛风性关节炎疗效观察 [J]. 湖北中医药大学学报, 2013, 15(2): 54-55.
- [71] 韩庆龙, 张高峰, 徐峰, 等. 白虎加桂枝汤加味合金黄膏治疗湿热夹瘀型急性痛风性关节炎临床研究 [J]. 新中医, 2013, 45(3): 63-64.
- [72] 李云涛, 段文旭, 穆刚. 中西医结合内服外用治疗急性痛风性关节炎的临床观察 [J]. 天津中医药, 2014, 31(7): 403-405.
- [73] 刘晓平, 马泽仁, 王佳. 中药痛风方内服联合金黄膏外敷治疗痛风性关节炎的临床研究 [J]. 现代诊断与治疗, 2017, 28(21): 3942-3943.
- [74] 吴雪华, 曹岐新. 金黄膏外敷结合中药内服治疗急性痛风性关节炎临床观察 [J]. 新中医, 2017, 49(3): 64-65.
- [75] 黄飞, 马文凤. 加味四妙散内服合金黄膏外敷对急性痛风性关节炎的疗效及镇痛作用 [J]. 中国中医急症, 2017, 26(3): 526-529.
- [76] 吴淑琼, 曹春丽, 章晶晶, 等. 痛风膏外敷治疗痛风性关节炎湿热蕴结证的疗效观察 [J]. 现代医院, 2018, 18(1): 125-127+130.
- [77] 范华雨, 杨鑫, 张向东, 等. 平乐外用 5 号方联合秋水仙碱治疗急性痛风性关节炎(湿热蕴结证)的临床观察 [J]. 中国中医急症, 2018, 27(12): 2195-2197.
- [78] 雷俊, 罗玲艳, 雷远忠. 针灸配合金黄膏外敷治疗急性痛风性关节炎 80 例临床疗效观察 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(51): 102-103.
- [79] 何青, 张齐娟. 双柏散合金黄散外敷治疗急性痛风性关节炎临床研究 [J]. 实用中医药杂志, 2020, 36(7): 951-952.
- [80] 刘俊华, 杜维祥, 孟超英. 加味五苓散口服合金黄膏外敷治疗痛风性关节炎的临床疗效观察 [J]. 中医临床研究, 2020, 12(7): 86-87.
- [81] 刘雪君, 王晓萍, 王海东. 痛风方内服配合四黄散外敷治疗急性痛风性关节炎的经验研究 [J]. 中医临床研究, 2020, 12(3): 81-83.
- [82] 李莉, 马金荣, 潘红梅, 等. 中药内服外敷辅助秋水仙碱治疗急性痛风性关节炎 60 例 [J]. 安徽医药, 2020, 24(11): 2276-2279.
- [83] 陈群群, 崔俊英, 李朋, 等. 四黄膏外敷结合清热利湿通络法治疗急性痛风性关节炎(湿热蕴结证)的疗效观察 [J]. 中国中医急症, 2020, 29(2): 323-325.

- [84] 曾继勇, 廖婧, 江斌, 等. 中药痛风清解汤联合止痛消炎软膏与金黄散外敷治疗急性期痛风性关节炎的效果分析 [J]. 实用中医内科杂志, 2021, 35(8): 138-140.
- [85] 梁汉坚, 彭自强, 钟康华, 等. 刺血疗法联合四黄清热散外敷治疗急性痛风性关节炎的临床研究 [J]. 中国医药科学, 2022, 12(3): 83-86.
- [86] 王桂珍, 刘健, 黄传兵, 等. 黄芩清热除痹胶囊配合中药外敷治疗急性痛风性关节炎的效果及对细胞因子的影响 [J]. 中国临床保健杂志, 2021, 24(2): 209-213.
- [87] 赵明媛, 赵玉凤, 贾宇东, 等. 中药外敷联合顽痹清丸治疗急性痛风性关节炎临床观察 [J]. 辽宁中医杂志, 2021, 48(11): 126-128.
- [88] 高干, 文银霞. 加味四妙散联合中药外敷治疗痛风性关节炎临床疗效观察 [J]. 中国处方药, 2021, 19(4): 119-120.
- [89] Xie Z, Wu H, Jing X, et al. Hypouricemic and arthritis relapse-reducing effects of compound tufuling oral-liquid in intercritical and chronic gout: A double-blind, placebo-controlled, multicenter randomized trial [J]. Medicine (Baltimore), 2017, 96(11): 6315.
- [90] 寇俊梓, 李钊. 加味萆薢分清饮治疗痛风性关节炎临床研究 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2014, 16(3): 171-172.
- [91] 郭洁梅, 张英杰, 肖艳, 等. 化浊散结除痹方及其联合别嘌醇治疗慢性痛风性关节炎疗效观察 [J]. 福建中医药, 2024, 55(3): 4-7+12.
- [92] 柯明珠, 冯小燕, 黎胜驹, 等. 健脾补肾二仙颗粒联合耳穴治疗慢性痛风性关节炎的临床疗效观察 [J]. 中国医学创新, 2020, 17(31): 84-88.
- [93] 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.
- [94] 黄叶飞, 杨克虎, 陈澍洪, 等. 高尿酸血症/痛风患者实践指南 [J]. 中华内科杂志, 2020, 59(7): 519-527.
- [95] 吴昱苇, 朱江, 郑兵, 等. 运动调控尿酸的作用机制 [J]. 中国组织工程研究, 2024, 28(34): 5552-5557.
- [96] Green H J, Fraser I G. Differential effects of exercise intensity on serum uric acid concentration [J]. Medicine & Science in Sports & Exercise, 1988, 20(1): 55.

- [97] Kakutani-Hatayama M, Kadoya M, Okazaki H, et al. Nonpharmacological Management of Gout and Hyperuricemia: Hints for Better Lifestyle [J]. American Journal of Lifestyle Medicine, 2015, 11(4): 321-329.
- [98] 王庆华, 于泽漾, 张梦琳, 等. 手指操锻炼和饮食干预对老年痛风性关节炎病人康复效果的影响 [J]. 卫生职业教育, 2019, 37(5): 140-142.
- [99] 张春红. 探讨手指操锻炼和饮食干预对老年痛风性关节炎患者康复效果的影响 [J]. 中国现代药物应用, 2023, 17(8): 161-165.
- [100] 刘丹荣. TDP 治疗老年急性痛风性关节炎发作 126 例疗效观察 [J]. 中国老年保健医学, 2011, 9(2): 22-23.
- [101] Liu P, Deng L, Lv Y, et al. Single Acupuncture Treatment Can Reduce the Level of Uric Acid and Alleviating Pain in Gouty Arthritis, a Meta-Analysis [J]. Acupuncture & Electro-therapeutics Research, 2021, 46(2): 147-158.
- [102] 陈振锋. 针灸治疗急性痛风性关节炎的临床疗效观察 [J]. 中国医学创新, 2019, 16(3): 75-78.
- [103] 李广胜. 针灸治疗急性痛风性关节炎的临床疗效观察 [J]. 中国处方药, 2016, 14(1): 106-106, 107.
- [104] 吴顺林, 熊巍, 邓志亨, 等. 针灸治疗急性痛风性关节炎的疗效分析 [J]. 内蒙古中医药, 2016, 35(12): 62-63.
- [105] 张廷明, 刘念, 谢家平, 等. 针灸治疗痛风性关节炎的临床疗效及血尿酸变化研究 [J]. 中国继续医学教育, 2020, 12(3): 136-138.
- [106] 宣丽华, 陈文照. 针刺治疗痛风性关节炎 38 例 [J]. 四川中医, 2002, 20(3): 75-76.
- [107] 马小平. 针刺治疗痛风性关节炎及对血清尿酸的影响 [J]. 中国针灸, 2002, 22(3): 151-152.
- [108] 李伟雄. 腹针治疗痛风性关节炎疗效观察 [C]// 首届腹针国际学术研讨会论文汇编. 143-145.
- [109] 奚玉凤, 邹婷, 艾宙, 等. 清热利湿祛瘀针刺法治疗急性痛风性关节炎的临床分析 [J]. 针刺研究, 2006, 31(6): 362-364.

- [110] 徐西林, 杨珺, 张晓峰. 针灸治疗急性痛风性关节炎的临床疗效观察 [J]. 针灸临床杂志, 2011, 27(8): 2.
- [111] 王罡, 蔡玮. 针刺治疗急性痛风性关节炎疗效观察 [J]. 上海针灸杂志, 2013, 32(7): 583-585.
- [112] 杨炽琼. 针灸治疗急性痛风性关节炎的临床效果观察 [J]. 养生保健指南: 医药研究, 2015, 14(21): 106.
- [113] 潘青花. 急性痛风性关节炎采用针灸治疗的有效性评价 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2016, 3(56): 11119+11122.
- [114] 龚明发. 针灸治疗急性痛风性关节炎的临床价值探析 [J]. 湖南中医药大学学报, 2016, 36(1): 258.
- [115] 柴小宁. 分析应用针灸疗法对患有痛风性关节炎的患者进行治疗的临床效果 [J]. 心理医生, 2018, 14(21): 59.
- [116] 胡君雁. 中医针灸治疗痛风性关节炎的临床价值分析 [J]. 中国全科医学, 2018, 21(z1): 491-492.
- [117] 胡惠娟, 伏晓虎. 对痛风性关节炎患者进行针刺治疗的效果评价 [J]. 当代医药论丛, 2018, 16(19): 258.
- [118] 赵伟. 针灸治疗急性痛风性关节炎的临床价值分析 [J]. 特别健康 2018 年 21 期 243 页, 2018, 11(21): 243.
- [119] 郭艳波. 中医针灸治疗痛风性关节炎的临床治疗效果观察 [J]. 中医临床研究, 2018, 10(35): 76-78.
- [120] 余梅. 急性痛风性关节炎给予针灸治疗的效果分析 [J]. 养生保健指南, 2019, 000(12): 258.
- [121] 张宇博, 冯慧. 中医针灸治疗痛风性关节炎的临床分析 [J]. 中国保健营养, 2019, 29(29): 293.
- [122] 曹霄翔, 张刘军. 针灸治疗急性痛风性关节炎的临床疗效观察 [J]. 饮食保健, 2019, 16(3): 75-78.
- [123] 熊筱强. 中医针刺治疗痛风性关节炎的临床效果和对生活质量的影响评价 [J]. 医药界, 2019, 14(21): 125.
- [124] 王高峰, 孙伟, 李元哲. 针灸在急性痛风性关节炎临床治疗中的疗效评价 [J]. 首

都食品与医药, 2019, 26(21): 198.

- [125] 刘俊. 用针灸疗法治疗痛风性关节炎的临床效果分析 [J]. 当代医药论丛, 2015, 4(19): 29-30.
- [126] 湛河琴. 针灸治疗急性痛风性关节炎的临床疗效分析 [J]. 内蒙古中医药, 2015, 34(5): 121-122.