

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2026.15.019

标准与规范

痛风性关节炎中西医结合防治指南



中华中医药学会痛风性关节炎中西医结合防治指南项目组

[摘要] 中西医结合治疗痛风性关节炎在控制急性发作、平稳降低尿酸水平及预防复发等方面具有特色与优势。以中西医临床关键问题为导向,遵循循证医学原则,充分结合证据及专家经验,形成了《痛风性关节炎中西医结合防治指南》,旨在规范痛风性关节炎的临床防治及提高临床疗效。

[关键词] 痛风性关节炎;中西医结合;临床实践指南

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、高血压病和冠心病等,严重影响患者的健康和生活质量。近年来,痛风性关节炎的疾病负担持续增加。流行病学数据显示,截至2020年,全球痛风患者约有5580万,且痛风患病率随年龄增长而升高^[1]。目前临床上运用中西医结合治疗痛风性关节炎已取得显著疗效,但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。

《痛风性关节炎中西医结合防治指南》(以下简称本指南)由中华中医药学会立项(项目编号:20231221-BZ-CACM),已在国际实践指南注册与透明化平台(PREPARE)注册(注册号:PREPARE-2023CN635)。本指南以循证为主、共识为辅、经验为鉴为原则,参照国际最新临床实践指南制订方法,在相关法律法规及技术文件指导下,基于中西医诊治证据,经专家充分讨论,广泛征求风湿、内分泌、肾病、针灸、骨科、药学和方法学专家意见后形成,旨在规范痛风性关节炎的临床防治,提高临床疗效。本指南于2026年3月2日由中华中医药学会正式发布,标准编号:T/CACM 1670—2026。

1 范围

本指南规定了痛风性关节炎的筛查、诊断、防治、康复等内容。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。

基金项目:国家重点研发计划(2022YFC3501201)

2 术语和定义

2.1 痛风(gout)

痛风是由嘌呤代谢紊乱和(或)尿酸排泄减少、MSU沉积所致机体损伤的代谢性风湿病。

2.2 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。

2.3 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。

2.4 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。

2.5 无症状单钠尿酸盐晶体沉积期(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。

3 筛查与预防

3.1 高危人群的西医筛查

3.1.1 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,倡导在社区和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。

3.1.2 高危因素 痛风发病的高危因素: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。2) 性别因素。男性发病率明显高于女性, 女性在绝经后高发。3) 年龄因素。中青年人群发病率最高。4) 合并疾病因素。高血压病, 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发病率较高。5) 饮食因素。主要包括海鲜、动物内脏、肉汤等高嘌呤食物, 鸡精、蚝油等含呈味核苷酸二钠的加工调味品, 以及含果葡糖浆的饮品和酒类。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。7) 其他因素。疲劳、受凉以及使用部分药物、放化疗后。

综合上述高危因素, 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。

3.2 高危人群的中医筛查

高危人群体质辨识: 按照《中医治未病-痛风高危人群专家共识》^[2], 痛风高危人群体质分型可分为湿热质、痰湿质、血瘀质。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, 以肤色晦暗、舌质紫暗等血瘀表现为主要特征。

3.3 中医特色预防

3.3.1 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》^[3]。

3.3.2 高危人群体质代茶饮(共识建议) 1) 湿热质代茶饮。四妙清浊饮: 薏苡仁 10 g、芦根 10 g、苍术 9 g、土茯苓 10 g; 龙须饮: 玉米须 10 g、淡竹叶 10 g。2) 痰湿质代茶饮。健脾化湿饮: 薏苡仁 10 g、橘皮 10 g、茯苓 10 g; 三米饮: 薏米 10 g、槐米 10 g、玉米须 10 g。3) 血瘀质代茶饮。活血化浊饮: 山楂 10 g、桃仁 10 g、木耳 10 g。

4 诊断

4.1 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》^[4]。

4.2 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。

4.3 疾病分期

疾病分期参考 2023 年中华医学会风湿病学分会制定的《痛风诊疗规范》^[5] 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》^[6]。

4.3.1 临床前期 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。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。

4.3.2 临床期 1) 痛风性关节炎发作期: 痛风性关节炎常于夜间发作, 起病急骤, 疼痛进行性加剧, 12 h 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。多数患者发病前无先驱症状, 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。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。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。

4.4 诊断技术

4.4.1 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 $>420 \mu\text{mol/L}$ (7 mg/dl) 时, 可诊断为高尿酸血症。

4.4.2 尿酸检测 通过 24 h 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。

4.4.3 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。

4.4.4 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。

4.4.5 X线检查 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。

4.4.6 核磁共振 软组织分辨率较高, 可以发现少见部位的 MSU 晶体。

4.4.7 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 2~20 μm 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、核磁共振参考《影像学技术在痛风关节炎中应用的中国专家共识 (2025 版)》^[7]。

4.5 中医辨证分型标准

4.5.1 临床前期

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。

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。

4.5.2 临床期

1) 痛风性关节炎发作期。湿热阻络证。主症: 关节红肿热痛, 按之痛甚, 得凉则舒; 关节骤发剧痛。次症: 关节活动不利; 发热; 心烦; 口渴; 小便黄赤; 大便黏滞。舌脉: 舌红、苔黄腻或黄厚, 脉滑数或弦滑。

2) 痛风性关节炎发作间歇期。(1) 脾虚湿阻证。主症: 肢体困重; 面色萎黄; 形体消瘦或虚胖。次症: 嗜食肥甘; 口腻不渴; 大便黏滞; 食欲不振或食后腹胀; 神疲乏力; 气短懒言。舌脉: 舌淡胖, 或有齿痕, 苔白腻, 脉滑。(2) 肾虚浊阻证。主症: 关节沉重肿胀; 腰膝酸痛。次症: 面色晦暗; 倦怠乏力; 头晕耳鸣; 小便短少浑浊或夜尿频多。舌脉: 舌暗, 苔白腻, 脉沉滑。

3) 慢性痛风石病变期。(1) 脾肾亏虚证。主症: 关节疼痛反复发作; 关节屈伸不利、僵硬或畸形。次症: 神疲乏力, 精神不振; 腰膝酸软; 肢体困重; 周身浮肿; 头晕耳鸣; 面色晦暗。舌脉: 舌淡苔白, 脉沉缓或沉细。(2) 痰瘀痹阻证。主症: 关节肿痛, 反复发作; 局部硬结或皮色暗红。次症: 关节刺痛; 关节屈伸不利; 关节畸形。舌脉: 舌质紫暗, 苔白腻, 脉弦或弦滑。

以上各辨证分型具备主症 2 条, 或主症 1 条、次症 2 条, 结合舌脉即可诊断。以上各证型分型参照《国际中医临床实践指南 痛风 (2024-03-14)》^[8]、《痛风和高尿酸血症病证结合诊疗指南》^[9]、《痛风及高尿酸血症中西医结合诊疗指南》^[10]。

5 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。

6 治疗

6.1 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, 即早期干预, 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。

6.2 中西医结合分期治疗原则

6.2.1 临床前期 建议血尿酸 $>420 \mu\text{mol/L}$ 时开始生活方式干预, 血尿酸 $\geq 500 \mu\text{mol/L}$ 时开始加用中医综合治疗 (中药内服和外用), 血尿酸 $\geq 540 \mu\text{mol/L}$ 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。(专家共识度: 100%)

6.2.2 临床期 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 (中药内服和外用) 联合应用, 进一步优化治疗效果, 快速缓解疼痛。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。慢性痛风石病变期: 中医综合疗法 (中药内服和外用) 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,预防痛风性关节炎急性发作及痛风石、肾损害等并发症。

6.3 中西医结合治疗优势

中西医结合的治疗优势包括以下四个方面。1) 降低尿酸:平稳降低尿酸,预防复发及并发症的发生。2) 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。3) 改善症状:快速缓解症状,标本兼治,提高生活质量。4) 拓展特殊人群的治疗选择:(1) 非甾体抗炎药(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^[11],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。

6.4 治疗措施

6.4.1 临床前期

1) 生活方式干预。(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 200 mg 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^[12]。常见食物嘌呤含量和推荐食物参照《成人高尿酸血症与痛风饮食指南》^[3]。(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 h 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。(3) 戒烟限酒。戒烟,并避免长期处于二手烟环境中^[13]。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^[14]。(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^[15-16]。(5) 合理能量摄入。能量摄入按照《高尿酸血症与痛风患者膳食指导》^[17],需依据个体特征(性别、年龄、身高、体重)及体力活动水平估计能量需求。采用体质量指数(BMI)判

定体重状况, $18.5 \text{ kg/m}^2 \leq \text{BMI} < 24.0 \text{ kg/m}^2$ 为正常体重, $24.0 \text{ kg/m}^2 \leq \text{BMI} < 28.0 \text{ kg/m}^2$ 为超重, $\text{BMI} \geq 28.0 \text{ kg/m}^2$ 为肥胖。轻体力活动时,每日摄入能量:正常体重者 25~30 kcal/(kg·d),超重/肥胖者 20~25 kcal/(kg·d);中等体力活动时,每日摄入能量:正常体重者 30~35 kcal/(kg·d),超重/肥胖者 30 kcal/(kg·d);重体力活动时,每日摄入能量:正常体重者 40 kcal/(kg·d),超重/肥胖者 35 kcal/(kg·d)。针对 $\text{BMI} \geq 24 \text{ kg/m}^2$ 的超重/肥胖者,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,18~64 岁患者 BMI 控制在 18.5~23.9 kg/m^2 范围内, ≥ 65 岁患者 BMI 控制在 20.0~26.9 kg/m^2 范围内,避免短期内体重骤降诱发尿酸波动。(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^[18],确保 7~8 h 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,以免寒凉诱发急性发作。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。

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参照《痛风诊疗规范》^[5]。目前国内常用的降尿酸药物包括抑制尿酸合成(如别嘌醇和非布司他)和促进尿酸排泄(如苯溴马隆)两类。

3) 辨证论治。(1) 湿浊内蕴证。推荐经典方剂:平胃散(《太平惠民和剂局方》)合五苓散(《伤寒论》)^[19](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。(2) 脾肾亏虚证。推荐经典方剂: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、山萸肉、山药、泽泻、牡丹皮、茯苓、桂枝、炮附片;功效:补益脾肾,利水渗湿。

4) 中医外治。针刺:针刺治疗无症状高尿酸血症期,可降低血尿酸水平^[20](C 级证据;弱推荐)。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^[21](D 级证据;弱推荐)。

6.4.2 临床期

1) 痛风性关节炎发作期,西医治疗参照《痛风诊疗规范》^[5]。(1) 秋水仙碱,建议在痛风性关

节炎急性发作 12 h 内尽早使用, 超过 36 h 疗效显著下降。(2) NSAIDs, 建议选择速效剂型, 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, 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)、累及大关节或全身症状明显的痛风性关节炎患者。

辨证论治: 湿热阻络证。推荐经典方剂: 四妙散(《成方便读》)^[22-35](B 级证据; 强推荐)。组成: 苍术、黄柏、牛膝、薏苡仁; 功效: 清热利湿, 通络止痛。

推荐中成药: (1) 如意珍宝丸^[36](C 级证据; 弱推荐)。用法: 口服, 每次 2.0~2.5 g, 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(药品说明书)。(2) 四妙丸(C 级证据; 弱推荐)^[37]。用法: 口服, 每次 6 g, 每日 2 次; 功效: 清热利湿; 适用范围: 用于湿热下注所致的痹病, 症见足膝红肿、筋骨疼痛(药品说明书)。

中医外治: (1) 针刺(B 级证据; 强推荐)。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^[38-55]。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。(2) 火针(B 级证据; 弱推荐)。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^[45, 50, 55-63]。(3) 中药外敷(B 级证据; 强推荐)。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^[64-89]。

2) 痛风性关节炎发作间歇期, 西医治疗参照痛风性关节炎临床前期西医治疗。

辨证论治: (1) 脾虚湿阻证。推荐方剂: 祛浊通痹方^[90](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。(2) 肾虚浊阻证。推荐经典方剂: 草薢分清饮(《杨氏家藏方》)^[91](C 级证据; 弱推荐)。组成: 川草薢、益智仁、石菖蒲、乌药; 功效: 益肾利湿, 分清化浊。

3) 慢性痛风石病变期, 西药治疗以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。

辨证论治: (1) 脾肾亏虚证。推荐经典方剂:

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、北柴胡、升麻、生姜、大枣、山药、山萸肉、熟地黄、泽泻、牡丹皮、茯苓; 功效: 健脾祛湿, 补肾益气。(2) 痰瘀痹阻证。推荐方剂: 化浊散结除痹方^[92](B 级证据; 强推荐)。组成: 苍术、土茯苓、黄柏、薏苡仁、肿节风、草薢、金钱草、猫爪草、马鞭草、川牛膝; 功效: 健脾利湿化浊, 清热祛瘀活血。

中医外治: 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^[93]。(D 级证据; 弱推荐)

6.4.3 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、神经系统疾病等。具体诊断标准及处置原则按照《痛风诊疗规范》^[5]执行。

7 康复

7.1 康复目标及原则

康复目标: 1) 减轻或消除关节疼痛, 阻止和延缓疾病进展; 2) 保护关节, 减轻受累关节的负荷; 3) 恢复关节功能, 改善关节活动度, 增强肌力和全身耐力; 4) 改善日常生活活动能力, 提高生活质量; 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)

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)

7.2 基础康复

7.2.1 休息 痛风性关节炎发作期患者需保证受累关节充分休息^[94]。(共识建议)

7.2.2 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)

7.3 运动康复

7.3.1 运动 推荐痛风性关节炎患者适当运动, 并遵循下列建议^[94-98](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 或 5 次为宜, 每次 30~60 min, 每周 ≥ 150 min。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。3) 有氧: 运动形式应以有氧运动为主, 如慢跑、游泳等。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大量饮

水。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。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。

7.3.2 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^[99-100]。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。(共识建议)

7.4 物理康复

7.4.1 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^[101]。(C级证据; 弱推荐)

7.4.2 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)

7.5 中医康复

7.5.1 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作用。(共识建议)

7.5.2 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^[40, 102-127]。(B级证据; 强推荐)

7.5.3 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)

7.5.4 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病变期选择含有沉香、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曲目辅助调节情志, 促进康复。(共识建议)

8 随访与监测

8.1 随访和监测的频率(共识建议)

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1次, 评估病情进展、药物疗效及安全性。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。

8.2 随访和监测的内容(共识建议)

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。

2) 指标评估: 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者需 $<300 \mu\text{mol/L}$)。

3) 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。

4) 安全性监测: 每3个月检测1次肝肾功能指标, 如丙氨酸氨基转移酶、门冬氨酸氨基转移酶、血肌酐、尿素氮、 γ -谷氨酰转肽酶等, 必要时调整用药方案。

5) 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。

8.3 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。

9 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。

利益冲突声明

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。

指南负责人: 曹炜(中国中医科学院望京医院)

指南执笔人: 曹炜(中国中医科学院望京医院)✉、李梦涛(中国医学科学院北京协和医院)、

范肃 (中国中医科学院望京医院)

✉ 通讯作者: academic_caowei66@163.com

起草专家组 (按姓氏拼音排序): 陈勇 (宁波市第二医院)、高祥福 (浙江省中医院)、郭东艳 (陕西中医药大学)、侯秀娟 (北京中医药大学东方医院)、黄传兵 (安徽中医药大学第一附属医院)、黄涛 (中国中医科学院针灸研究所)、姜萍 (山东中医药大学附属医院)、李鸿涛 (中国中医科学院中医药信息研究所)、李梦涛 (中国医学科学院北京协和医院)、李琴 (青海省中医院)、李松伟 (河南中医药大学第一附属医院)、刘宏潇 (中国中医科学院广安门医院)、刘坚 (航天中心医院)、刘燊伦 (中国中医科学院望京医院)、马武开 (贵州中医药大学第二附属医院)、穆荣 (北京大学第三医院)、邱新萍 (北京中医医院顺义医院)、唐今扬 (中国中医科学院西苑医院)、王波 (中国中医科学院望京医院)、王国芬 (台州市中心医院)、王梅 (中国中医科学院望京医院)、王炎炎 (北京电力医院)、魏戌 (中国中医科学院望京医院)、吴沅峰 (天津中医药大学第一附属医院)、谢志军 (浙江中医药大学)、张秦 (首都医科大学附属北京中医医院)、张润云 (中国中医科学院广安门医院)、张尊敬 (丽水市中医院)、邹庆华 (陆军军医大学第一附属医院)。

方法学专家: 谢雁鸣 (中国中医科学院中医临床基础医学研究所)、黎元元 (中国中医科学院中医临床基础医学研究所)。

工作组: 石金杰、马锐、魏光成、张馨文、李晓旭、杨宏宇、张盛琪、杨越、智恺、张解玉、范肃 (中国中医科学院望京医院)。

参考文献

- [1]GBD 2021 Gout Collaborators. Global, regional, and national burden of gout, 1990–2020 and projections to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021 [J]. Lancet Rheumatol, 2023, 8(6): e507–e517.
- [2]中华中医药学会. 中医治未病-痛风高危人群专家共识 [EB/OL]. (2019-03-14) [2025-07-14]. <http://zyybz.weicms.com.cn/wp-content/uploads/2019/04/51-%E7%97%9B%E9%A3%8E%E9%AB%98%E5%8D%B1%E4%BA%BA%E7%BE%A4%E4%B8%93%E5%AE%B6%E5%85%B1%E8%AF%86.pdf>.
- [3]中华人民共和国国家卫生健康委员会. 成人高尿酸血症与痛风食养指南[J]. 全科医学临床与教育, 2024, 22

(2):100–102.

- [4]Neogi T, Jansen T L, 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]中华医学会风湿病学分会. 痛风诊疗规范[J]. 中华内科杂志, 2023, 62(9):1068–1076.
- [6]Richette P, Doherty M, Pascual E, et al. 2018 updated European League Against Rheumatism evidence-based recommendations for the diagnosis of gout[J]. Ann Rheum Dis, 2020, 79(1):31–38.
- [7]中国医师协会风湿免疫科医师分会影像学组, 海峡两岸医药卫生交流协会风湿免疫病学专业委员会影像学组. 影像学技术在痛风关节炎中应用的中国专家共识 (2025版)[J]. 中华风湿病学杂志, 2025, 29(1):1–7.
- [8]世界中医药学会联合会. 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.
- [9]中华中医药学会风湿病分会. 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.
- [10]中国中西医结合学会风湿类疾病专业委员会. 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.
- [11]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.
- [12]Chi X, Cen Y Y, Yang B W, 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.
- [13]关宝生, 白雪, 王艳秋, 等. 痛风/高尿酸血症患者生活习惯的危险因素[J]. 中国老年学杂志, 2014, 34(2):455–457.
- [14]Chen W W, Cai Y, Sun X H, 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.
- [15]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.
- [16]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.
- [17]WS/T 560—2017 高尿酸血症与痛风患者膳食指导 [S].
- [18]Zhang X W, Wei G C, Zhang X Y, et al. Association of sleep duration and daytime napping with risk of hyperuricemia: a systematic review and meta-analysis[J]. Int J Rheum Dis, 2025, 28(1):e70050.

- [19]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.
- [20]Huang Y J, Meng J, Sun B G, 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. DOI: 10.1016/j.ijcard. 2017. 01. 016.
- [21]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.
- [22]Jia W Y, Wei M Y, Zhang W H, et al. Efficacy and safety of Jiawei Simiao powder combined with celecoxib for acute gouty arthritis: a meta-analysis[J]. J Tradit Chin Med Sci, 2024, 11(3): 283-292.
- [23]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.
- [24]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.
- [25]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.
- [26]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.
- [27]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.
- [28]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.
- [29]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.
- [30]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、血液流变学及炎症标志物的影响[J]. 陕西中医, 2023, 44(2): 199-204.
- [31]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.
- [32]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.
- [33]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.
- [34]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.
- [35]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.
- [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]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.
- [38]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.
- [39]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.
- [40]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.
- [41]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.
- [42]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.
- [43]陈日兰, 朱英, 庞学丰, 等. 点刺放血结合壮医药线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.
- [44]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.
- [45]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.
- [46]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.
- [47]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.
- [48]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.
- [49]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.
- [50]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.
- [51]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.
- [52]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.
- [53]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.
- [54]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.
- [55]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.
- [56]Deng K F, Li L H, Pan T Z, et al. Meta-analysis and trial sequential analysis on blood uric acid and joint function in gouty arthritis treated with fire needling therapy in comparison with western medication [J]. World J Acupunct-Mox, 2022,32(1):49-60.
- [57]郭敏宗. 火针围刺法治疗痛风性关节炎的临床研究[D]. 广州:广州中医药大学, 2019:23.
- [58]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.
- [59]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, 2015,25(3):19-20.
- [60]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:广州中医药大学, 2014:17-22.
- [61]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.
- [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]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.
- [64]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.
- [65]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.
- [66]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.
- [67]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.
- [68]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.
- [69]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.
- [70]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.
- [71]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.
- [72]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.
- [73]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.
- [74]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.
- [75]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.
- [76]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.
- [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]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.
- [79]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.
- [80]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.
- [81]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.
- [82]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.
- [83]杨青, 段文吕, 聂晨. 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.
- [84]韩庆龙, 张高锋, 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.
- [85] 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.
- [86] 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.
- [87] 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.
- [88] 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.
- [89] 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.
- [90] Xie Z J, Wu H X, Jing X Q, 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): e631.
- [91] 寇俊梓, 李钊. 加味草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.
- [92] 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.
- [93] 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.
- [94] 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.
- [95] 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.
- [96] 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.
- [97] Green H J, Fraser I G. Differential effects of exercise intensity on serum uric acid concentration [J]. Med Sci Sports Exerc, 1988, 20(1): 55-59.
- [98] Kakutani-Hatayama M, Kadoya M, Okazaki H, et al. Nonpharmacological management of gout and hyperuricemia: hints for better lifestyle [J]. Am J Lifestyle Med, 2017, 11(4): 321-329.
- [99] 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.
- [100] 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.
- [101] 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.
- [102] Liu P, Deng L, Lv Y W, et al. Single acupuncture treatment can reduce the level of uric acid and alleviating pain in gouty arthritis: a meta-analysis [J]. Acupuncture Electro, 2021, 46(2): 147-158.
- [103] 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.
- [104] 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, 107.
- [105] 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.
- [106] 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.
- [107] 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.
- [108] 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.
- [109] 李伟雄. 腹针治疗痛风性关节炎疗效观察 [C]// 中国针灸学会. 首届腹针国际学术研讨会论文集汇编. 广州: 中国针灸学会, 2005: 143-145.
- [110] 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.
- [111] 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): 17-18.
- [112] 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.
- [113] 杨焜琼. 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, 2016(15): 106.
- [114] 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.
- [115] 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(综合一), 2016, 36(6): 361.
- [116] 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, 24(21): 59.
- [117] 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(s1): 491-492.
- [118] 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): 179-180.
- [119]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(21):243.
- [120]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.
- [121]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(12):258.
- [122]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.
- [123]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, 6(6):92-93.
- [124]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(12):125.
- [125]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.
- [126]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.
- [127]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.

Guidelines for the Prevention and Treatment of Gouty Arthritis with Integrated Traditional Chinese and Western Medicine

Project Group of Guideline for the Prevention and Treatment of Gouty Arthritis with Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, China Association of Chinese Medicine

ABSTRACT Integrated traditional Chinese and western medicine offers distinct advantages in managing gouty arthritis, particularly in controlling acute attacks, steadily lowering uric acid levels, and preventing recurrence. Guided by key clinical questions in both traditional Chinese and western medicine and adhering to evidence-based principle, the project group integrates evidence and expert experience to develop the *Guideline for the Prevention and Treatment of Gouty Arthritis with Integrated Traditional Chinese and Western Medicine*. This guideline aims to standardize the clinical prevention and treatment strategies for gouty arthritis and ultimately enhance the clinical efficacy.

Keywords gouty arthritis; integrated traditional Chinese and western medicine; clinical practice guidelines

(收稿日期: 2025-12-05; 录用日期: 2026-03-31; 修回日期: 2026-06-02)

[编辑: 焦 爽]

读者·作者·编者

中医药学术论文中药名称及名词术语的使用

中医药学术论文中正确使用中药名称及术语对于提高论文的科学性具有重要意义。中药学名词术语应使用全国科学技术名词审定委员会公布的《中医药学名词》和相关学科的名词。中药名称应以最新版《中华人民共和国药典》为主要依据。暂未公布者及《中华人民共和国药典》未收录的品种可参考团体标准 ZGZYXH/T 1-2015《中药学基本术语》《中药大辞典》以及新版全国高等中医院校统编教材《中药学》。地方及少数民族药物可遵照地方相关标准或药物的习称。

中药名称的使用应根据其概念范畴使用相应的名称。中药材使用药材名称,必要时需注明拉丁学名;临床处方应使用饮片名称,若其无法定名称,论述时可使用药材名称。由特定种质、产区,以及特定的生产加工技术生产的道地药材加工炮制而成的饮片,可在药材名前加产地名称作为特殊的饮片名称,如“岷当归”“川厚朴”等。处方中饮片为生品者,有法定名称的遵法定名称,无法定名称且毒性较强的,用生品时,应在其药材名称前加注“生”字,以免误用,如生大黄。无法定名称的炮制品,可在其药材名称之前或之后加炮制术语炒、焦、煨、炙、盐、炭、曲等作为饮片名称,如姜炭、半夏曲等。无法定饮片名称的鲜品入药时,应在药材名前加“鲜”字,如鲜薄荷。使用特定药用部位入药的饮片,如无法定饮片名称,表述时可在其药材名称前或后加药用部位名称,如当归尾。有特殊煎煮要求的中药,应在饮片名称后加圆括号注明煎服法,如薄荷(后下)、生石膏(先煎)、三七粉(冲服)等。中成药名称以国家药典委员会《中成药通用名称》为准,暂未公布者可依次参照国家食品药品监督管理总局批准的中成药通用名、新版全国高等中医院校统编教材《方剂学》。

(本刊编辑部)