

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2023.01.019

标准与规范

痛风及高尿酸血症中西医结合诊疗指南



中国中西医结合学会风湿类疾病专业委员会

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。寒凉外搏,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及高尿酸血症已显示优势,但中西医结合的时机及具体方式目前尚无可循的临床诊疗指南。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,得出关于痛风及高尿酸血症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及高尿酸血症的时机判别和方案选择进行推荐,可指导痛风及高尿酸血症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。本指南在国际实践指南注册平台(<http://www.guidelines-registry.cn/index>)注册(注册编号:IPGRP-2020CN159)。

1 指南形成方法

1.1 指南发起机构与专家组成员

本指南由中国中西医结合学会提出,由天津中医药大学第一附属医院起草。专家组涵盖临床专家、方法学专家、营养学专家、运动学专家等多学科专家,共46名。

1.2 指南范围

本指南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,指导痛风及高尿酸血症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。

1.3 临床问题的确定

通过检索及查阅既往研究和已发表的指南,分析目前中西医结合治疗痛风及高尿酸血症指南需解决的临床问题。采用德尔菲法对43名临床专家进行问卷调查,明确了指南需解决的临床问题如下:1)痛风及高尿酸血症的分类标准;2)痛风及高尿酸血症的西医分期标准;3)痛风及高尿酸血症的中医分型标准;4)痛风及高尿酸血症患者的治疗目标;5)痛风及高尿酸血症患者的生活方式管理;6)痛风及高尿酸血症患者起始降尿酸药物治疗的时机;7)痛风及高尿酸血症患者使用中西医结合治疗的时机;8)痛风及高尿酸血症不同时期西药的选择;9)痛风及高尿酸血症的中医辨证论治;10)痛风及高尿酸血症的中医特色外治法。

1.4 证据检索

针对最终纳入的临床问题按照“人群(P)、干预(I)、对照(C)、结局(O)”原则进行检索,中文以“痛风”“痛风性关节炎”“高尿酸血症”为检索词,中文数据库包括中国知网(CNKI)、维普网、万方医学数据库;英文以“gout”“gouty arthritis”“hyperuricemia”为检索词,外文数据库包括PubMed、Cochrane Library,检索

时间为各数据库建库至 2021 年 12 月 31 日。

1.5 证据评价

为保证评价结果的客观、公正,采取“分别评价、一致通过、存疑讨论”的方法进行文献质量的评估。使用推荐意见分级的评估、制订及评价(grading of recommendations assessment, development and evaluation, GRADE)方法^[8]对证据进行评价,证据质量分为高级(A,非常确信真实效应值接近效应估计值)、中级(B,对效应估计值有中等程度的信心:真实效应值有可能接近估计效应值,但仍存在两者大不相同的可能性)、低级(C,对效应估计值的确信程度有限:真实效应值可能与效应估计值大不相同)、极低级(D,对效应估计值几乎无信心:真实效应值很可能与效应估计值大不相同)。

1.6 推荐意见的形成

专家组基于证据评价小组提供的证据概要表,考虑疗效、安全性、经济性、患者可接受程度进行推荐意见选择,采用 GRADE 网格计票法^[9]进行计票。计票规则:除了“无明确推荐意见”格以外的任何 1 格票数>50%,则达成共识,可直接确定推荐方向及强度;若“无明显推荐意见”格某一侧两格总票数>70%,则达成共识,可确定推荐方向,推荐强度为“弱”。推荐强度分级与定义:若干干预措施明显利大于弊,则为强推荐,表示方法为“1”;若干干预措施可能利大于弊,则为弱推荐,表示方法为“2”;若干干预措施可能弊大于利,则为弱不推荐,表示方法为“2”;若干干预措施明显弊大于利,则为强不推荐,表示方法为“1”。

1.7 指南的评审及发布

形成指南征求意见稿后,于 2022 年 6 月广泛征求临床医师、方法学专家、护理人员的意见。发出征求意见稿 45 份,回收 34 份,得到建议或意见 36 条,经指南专家组论证,最终采纳建议和意见 26 条。征求意见稿修订后,由中国中西医结合学会组织专家审查,进一步完善,报送中国中西医结合学会审批、发布。

1.8 指南的更新

拟每 3 年进行一次更新,更新的内容取决于指南发布后新的研究证据的出现和证据变化对指南推荐意见的影响。

2 推荐意见

2.1 诊断与分类标准

2.1.1 高尿酸血症诊断标准^[10] 正常嘌呤饮食状

态下,非同日,2 次空腹血尿酸水平,男性及绝经女性>420 $\mu\text{mol/L}$ (7 mg/dL),非绝经女性>360 $\mu\text{mol/L}$ (6 mg/dL) (1B)。

2.1.2 痛风分类标准 建议参照 2015 年美国风湿病学会(ACR)/欧洲抗风湿联盟(EULAR)共同制定的痛风分类标准^[11] (1B),该标准较 1977 年 ACR 分类标准^[12] 具有更高的敏感性和特异性^[13]。

2.2 疾病分期

按照疾病的病情进展将痛风及高尿酸血症分为: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^[1,14]。痛风性关节炎经过治疗有一定的可逆性^[15],大多数患者经早期诊断并规范治疗后可正常工作生活。

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(详见附表 1,请扫描本文二维码获取),从关节疼痛、肿胀、活动度、全身症状等几个方面进行评分,根据积分将疾病分为中医证候稳定期(中医证候积分<6 分)和中医证候活动期(中医证候积分 $\geq$ 6 分) (1B)^[16]。

2.3 总体治疗原则和目标

1)本病总体的治疗原则和目标在于维持血尿酸水平持续达标,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)。

2)降尿酸治疗的目标: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)^[13]。中医证候积分建议控制在 $\leq$ 2 分^[16] (2C)。

3)高尿酸血症期治疗以控制血尿酸为主,药物治疗的起点参照《中国高尿酸血症与痛风诊疗指南(2019)》^[17]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、尿酸性肾病、肾功能损害（慢性肾脏病 2 期及以上），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^[16]（2B）。若单纯中医药治疗 3 个月未达标，则需改为中西医结合治疗。

4) 急性痛风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药治疗或中西医结合治疗。当中医证候积分 <6 分时使用单纯中医药治疗，当中医证候积分 ≥ 6 分时使用中西医结合治疗^[16]（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^[17]（2C）。

5) 痛风患者开始降尿酸药物治疗的起点参照《中国高尿酸血症与痛风诊疗指南（2019）》^[17]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：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、发病年龄 <40 岁，即开始降尿酸药物治疗（2B）。

当患者处于痛风间歇期，血尿酸水平达到药物治疗起点但 $<600 \mu\text{mol/L}$ 时推荐使用单纯中医药治疗；当血尿酸水平 $\geq 600 \mu\text{mol/L}$ 时推荐使用中西医结合治疗^[16]（2B）。若单纯中医药治疗 3 个月未达标，则需改为中西医结合治疗。

当疾病迁延不愈，病程进入慢性痛风性关节炎期后，临床多以血尿酸持续升高、关节炎症持续存在、伴有痛风石为主要表现，治疗以降尿酸、改善关节炎症症状为主。根据血尿酸水平和中医证候积分选择单纯中医药治疗或中西医结合治疗：血尿酸水平 $<540 \mu\text{mol/L}$ 且中医证候积分 <6 分时，推荐使用单纯中医药治疗；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^[16]（2B）。若单纯中医药治疗 3 个月未达标，则需改为中西医结合治疗。

总体治疗原则见附图 1（请扫描本文二维码获取）。

2.4 患者健康管理

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（1A）、每日饮水 2000~

3000 ml、限制果糖及酒精的摄入（1A），保持适当强度的运动（2B）。

多项研究^[18-21]表明，体重增加是痛风及高尿酸血症发生的独立危险因素。一项中国人群的队列研究^[18]结果显示，体重下降 $\geq 4 \text{ kg}$ 患高尿酸血症的风险降低 56%，腰围减少 $\geq 6 \text{ cm}$ 患高尿酸血症的风险降低 55%，而体重增加 $>4 \text{ kg}$ 患高尿酸血症的风险提高 1.62 倍。系统综述^[22]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。

多项研究^[23-32]均证实，含糖饮料和酒精的摄入与血尿酸水平升高呈正相关。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含量高 0.18 mg/dl （95% CI: 0.11, 0.25）^[23]；轻度饮酒（每日乙醇摄入 $\leq 12.5 \text{ g}$ ）、中度饮酒（每日乙醇摄入 $12.6 \sim 37.4 \text{ g}$ ）、重度饮酒（每日乙醇摄入 $\geq 37.5 \text{ g}$ ）与非经常性饮酒之间的相对危险度（RR）分别为 1.16（95% CI: 1.07, 1.25）、1.58（95% CI: 1.50, 1.66）、2.64（95% CI: 2.26, 3.09）^[30]，表明重度饮酒者痛风发病的风险是非经常性饮酒者的 2.64 倍。

适当的运动也可有效降低尿酸水平，减少痛风发作。研究^[33-34]显示，每周进行 3~5 次，最大心率（HRmax）保持在 64%~76% 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，减少痛风发作频率。

对痛风患者进行健康管理，有助于控制血尿酸水平。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，限制摄入高嘌呤的食物，适量饮水等^[35]（1C）。

2.5 辨证论治

2.5.1 湿浊内蕴证

常见于高尿酸血症期和痛风间歇期^[36-37]。

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》）^[38]（1C）。

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。

推荐中成药：参苓白术丸^[39]（2C），口服，每袋 6 g，每次 6 g，每日 3 次。

2.5.2 湿热毒蕴证

常见于急性痛风性关节炎期^[36-37]。

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》）^[40-41]（1B），秦皮痛风方（《圣济总录》秦皮散化裁）^[42-43]（1B），当归拈痛汤（《医学启源》）合宣痹汤（《温病条辨》）^[44-45]（1B）。

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。

推荐中成药：1) 新痹片^[46-48]（2C），口服，每片 0.32 g，每次 0.64~1.28 g，每日 3 次。本药含有吲哚美辛，不宜与非甾体类抗炎药联用，胃及十二指肠溃疡者、肾功能不全者及孕妇慎用，有消化道出血史者忌用。2) 通滞苏润江胶囊^[49-50]（2C），口服，每粒 0.3 g，每次 1.5~2.1 g，每日 2 次。3) 四妙丸^[51-52]（1C），口服，每袋 6 g，每次 6 g，每日 2 次。4) 湿热痹颗粒^[53-54]（2C），开水冲服，每袋 5 g，每次 5 g，每日 3 次。5) 滑膜炎颗粒^[55-56]（2C），温开水冲服，每袋 12 g，每次 12 g，每日 3 次。6) 正清风痛宁缓释片^[57-59]（2C），口服，每片 60 mg，每次 60~120 mg，每日 2 次。7) 痛风定胶囊^[60-62]（2C），口服，每粒 0.4 g，每次 1.2~1.6 g，每日 3 次。8) 风痛安胶囊^[63]（2D），口服，每粒 0.3 g，每次 0.9~1.5 g，每日 3 次。9) 当归拈痛丸^[64]（2C），口服，每袋 9 g，每次 9 g，每日 2 次。

2.5.3 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》）^[65-66]（1B），桂枝芍药知母汤（《金匮要略》）^[67-69]（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。

2.5.4 痰瘀痹阻证

常见于慢性痛风性关节炎期^[36-37]。

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》）^[70-71]（2C），双合汤（《万病回春》）^[72]（1C）。

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。

推荐中成药：瘀血痹颗粒^[73]（2C），开水冲服，每袋 10 g，每次 10 g，每日 3 次；益肾蠲痹丸^[74-75]（2C），口服，每袋 8 g，每次 8~12 g，每日 3 次。

2.5.5 脾虚湿热证

常见于慢性痛风性关节炎期^[36-37]。

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》）^[76]（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。

2.5.6 脾肾亏虚证

常见于痛风性肾病期及慢性痛风性关节炎期^[36-37]。

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》)^[77] (2B)。

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、草薢、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。

推荐中成药: 黄葵胶囊^[78] (1C), 口服, 每粒 0.5 g, 每次 2.5 g, 每日 3 次; 草薢分清丸^[79] (2D), 口服, 每瓶 6 g, 每次 6~9 g, 每日 2 次。

2.5.7 中药使用注意事项

部分中药具有毒副作用, 临床使用应谨慎。如附子使用过量或煎煮不当可能出现四肢、口舌及全身发麻、烦躁、头晕、心律失常等^[80], 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)。

2.6 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, 可在本病的治疗中体现独特的优势。

痛风急性发作期针刺穴位多选三阴交、足三里、阴陵泉、太冲、曲池、合谷、内庭、行间以及阿是穴^[81-82] (2C)。刺络放血多选用阿是穴、太冲、行间、内庭、委中等^[83] (2C)。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^[84] (2C), 需要强调的是中药泡洗水温宜与体温相近, 忌高温。

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, 痰瘀痹阻证可配伍血海等活血化瘀, 脾肾亏虚证可配伍太溪、照海等补益脾肾^[81-82] (2C)。外用药物寒湿痹阻证可选择川乌、草乌等; 痰瘀痹阻证可选择乳香、没药、桃仁、红花及虫类药物等; 脾虚湿热证选择清热祛湿药物与急性期相似, 可酌情加用健脾药物^[84] (2C)。

2.7 西药的选择

2.7.1 痛风急性发作期药物

1) 非甾体类抗炎药 (NSAIDs)。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^[13,85-89]。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, 心功能不全者应慎用。使用依托考昔时应注意, 用量为 60 mg/d 时用药不宜超过 4 周, 用量为 120 mg/d 时用药不宜超过 8 天; 老年人、肾功能不全、既往有消化道溃疡、出血、穿孔病史的患者应慎用。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)。

2) 秋水仙碱。与大剂量相比, 小剂量秋水仙碱治疗急性痛风发作同样有效且不良反应明显减少^[16,87-90], 因此推荐秋水仙碱小剂量使用, 推荐服药方式为口服, 每次 0.5 mg, 每日 1~3 次 (2C)。

3) 糖皮质激素。对 NSAIDs 和秋水仙碱不耐受, 或病情难以控制的患者, 可推荐使用口服或注射糖皮质激素, 疗程一般不超过 10 天 (2C)^[16,86-89]。

2.7.2 降尿酸药物

1) 黄嘌呤氧化酶抑制剂。①别嘌醇: 常规剂量为 300 mg/d, 起始剂量 100 mg/d, 逐步增加至 200~300 mg/d, 最大剂量为 600 mg/d。慢性肾脏病 3 期或 4 期患者起始剂量为 50 mg/d, 每 4 周增加 50 mg/d, 最大剂量为 200 mg/d。慢性肾脏病 5 期患者禁用。由于别嘌醇容易出现过敏反应, 且已证实 HLA-B*5801 基因与别嘌醇超敏反应存在明显相关性, 故使用前应筛查 HLA-B*5801 基因, 对于 HLA-B*5801 阳性患者均不推荐使用^[87-88,91-93] (1B)。②非布司他: 起始剂量 20 mg/d, 2~4 周可增加 20 mg/d, 最大剂量为 80 mg/d。慢性肾脏病 4 期或 5 期患者建议优先使用非布司他, 最大剂量为 40 mg/d。合并心血管疾病患者慎用。患者使用时需定期检测肝功能^[87-88,94-95] (1B)。

2) 促尿酸排泄药物。苯溴马隆, 起始剂量为 25 mg/d, 2~4 周可增加 25 mg/d, 常用剂量为 50 mg/d。肾小球滤过率 (eGFR) < 20 ml/(min·1.73 m²) 或肾结石患者禁用, 合并慢性肝病患者慎用^[96-97] (1B)。

指南负责人: 刘维 (天津中医药大学第一附属医院)。

方法学专家: 刘建平 (北京中医药大学)。

指南专家组成员 (按姓氏笔画排序): 于慧敏 (哈尔滨医科大学附属第二医院); 马武开 (贵州中医药大学第二附属医院); 王北 (首都医科大学附属北京中医医院); 王成武 (长春中医药大学附属医院); 王志文 (华北理工大学附属医院); 王钢 (甘肃中医药大学附属医院); 王新昌 (浙江省新华医院); 卞华 (南阳理工学院张仲景国医学院); 方勇飞 (重庆西南医院); 叶志中 (深圳市第四人民

医院香蜜湖风湿病分院); 曲环汝 (上海中医药大学附属龙华医院); 朱跃兰 (北京中医药大学东方医院); 朱婉华 (南通良春风湿病医院); 刘英 (山东中医药大学附属医院); 刘俊荣 (天津中医药大学); 刘健 (安徽中医药大学第一附属医院); 苏励 (上海中医药大学附属龙华医院); 苏晓 (上海市中医医院); 李兆福 (云南省中医医院); 李艳玲 (天津中医药大学第一附属医院); 李振彬 (白求恩国际和平医院); 肖长虹 (南方医科大学中西医结合医院); 吴沅皞 (天津中医药大学第一附属医院); 吴宽裕 (福建省第二人民医院); 吴锐 (南昌大学第一附属医院); 何东仪 (上海市光华中西医结合医院); 张华东 (中国中医科学院广安门医院); 张学武 (北京大学人民医院); 张剑勇 (深圳市中医医院); 范永升 (浙江中医药大学); 林昌松 (广州中医药大学附属第一医院); 庞学丰 (广西中医药大学附属瑞康医院); 郝慧琴 (山西中医药大学); 荣晓凤 (重庆医科大学附属第一医院); 姜泉 (中国中医科学院广安门医院); 姜玉铃 (河南风湿病医院); 高明利 (辽宁中医药大学附属医院); 涂胜豪 (华中科技大学同济医学院附属同济医院); 陶庆文 (中日友好医院); 黄烽 (中国人民解放军总医院); 黄青春 (广东省中医院); 曹炜 (中国中医科学院望京医院); 彭江云 (云南省中医医院); 照日格图 (新疆医科大学附属中医医院); 薛鸾 (上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院)。

执笔人: 刘维[✉] (天津中医药大学第一附属医院)

✉ 通讯方式: fengshiliuwei@163.com

秘书组: 吴沅皞 (天津中医药大学第一附属医院), 高晶月 (天津中医药大学第一附属医院), 樊一桦 (成都中医药大学附属医院)。

利益冲突声明

本指南制定未受到资助, 无利益冲突。

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): 649-662.
- [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, MALLEN 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: 86. doi: 10.1186/s13075-020-02175-2.
- [7] BARDIN T, RICHETTE P. Impact of comorbidities on gout and hyperuricaemia: an update on prevalence and treatment options [J]. BMC Med, 2017, 15: 123. doi: 10.1186/s12916-017-0890-9.
- [8] GUYATT GH, OXMAN AD, VIST GE, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations [J]. BMJ, 2008, 336(7650): 924-926.
- [9] JAECHKE R, GUYATT GH, DELLINGER P, et al. Use of GRADE grid to reach decisions on clinical practice guidelines when consensus is elusive [J]. BMJ, 2008, 337(744): 327-330.
- [10] 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.
- [11] NEOGI T, TLTAJANSEN, DALBETH N, et al. 2015 Gout classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative [J]. Ann Rheum Dis, 2015, 75(2): 1789-1798.
- [12] WALLACE SL, ROBINSON H, MASI AT, et al. Preliminary criteria for the classification of the acute arthritis of primary gout [J]. Arthritis Rheum, 1977, 20(3): 895-900.
- [13] 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.
- [14] 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.
- [15] 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.
- [16] 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.
- [17] 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.
- [18]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.
- [19]AUNE D, NORAT T, VATTEN LJ. 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.
- [20]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.
- [21]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.
- [22]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.
- [23]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.
- [24]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.
- [25]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.
- [26]SIQUEIRA JH, MILL JG, VELASQUEZ-MELENDZ 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.
- [27]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, 10(5):e0125543. doi: 10.1371/journal.pone.e0125543.
- [28]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.
- [29]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):306-312.
- [30]WANG M, JIANG X, WU W, et al. A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of gout[J]. *Clin Rheumatol*, 2013, 32(11):1641-1648.
- [31]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):41-47.
- [32]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.
- [33]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, 18(13):204-206.
- [34]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.
- [35]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.
- [36]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.
- [37]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.
- [38]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.
- [39]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.
- [40]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, 28(3):449-452.
- [41]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.
- [42]FAN Y, LIU W, LU H, et al. Efficacy and safety of Qinpi Tongfeng Formula in the treatment of acute gouty arthri-

- tis: a double-blind, double-dummy, multicenter, randomized controlled trial [J]. Evid Based Complement Alternat Med, 2022; 7873426. doi: 10.1155/2022/7873426.
- [43] 刘维, 吴沅峰, 张磊, 等. 清热解毒、利湿化浊法治疗痛风的临床随机对照试验[J]. 中华中医药杂志, 2016, 31(3): 1113-1116.
- [44] 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.
- [45] 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.
- [46] 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.
- [47] 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.
- [48] 陈永法, 戈颖莹, 雷媛, 等. 新癍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.
- [49] 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.
- [50] 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.
- [51] 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.
- [52] 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.
- [53] 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.
- [54] 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): 9-11.
- [55] 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.
- [56] 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性因子的影响[J]. 中国医药导报, 2020, 17(11): 153-156.
- [57] 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.
- [58] 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.
- [59] 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.
- [60] 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.
- [61] 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.
- [62] 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.
- [63] 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. 北京: 中国中西医结合学会, 2006: 1.
- [64] 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.
- [65] 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.
- [66] 吴咏妍, 邱联群. 桂枝附子汤加味配合外用药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(6): 796-800.
- [67] 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.
- [68] 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.
- [69] 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.
- [70] 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.
- [71] 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.
- [72] 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.

- [73] 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, 2002, 14(6): 13-15.
- [74] 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.
- [75] 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.
- [76] 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, 25(10): 142-144.
- [77] 凌天佑. 济生肾气丸合参苓白术散为主治疗痛风性肾病 34 例[J]. 湖南中医杂志, 1999, 21(1): 26.
- [78] 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(9): 804-807.
- [79] 张卓君, 孙颖, 杨晓凌, 等. 草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.
- [80] 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.
- [81] 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.
- [82] 张金焕, 陈伊谔, 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.
- [83] 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): 115-119.
- [84] 朱俊发. 中药外洗治疗痛风的 Meta 分析[D]. 广州: 广州中医药大学, 2018.
- [85] 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.
- [86] 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.
- [87] 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.
- [88] 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.
- [89] 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.
- [90] 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.
- [91] STAMP LK, CHAPMAN PT, PALMER SC. Allopurinol and kidney function: an update[J]. Joint Bone Spine, 2016, 83(1): 19-24.
- [92] 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.
- [93] 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.
- [94] 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.
- [95] 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.
- [96] 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.
- [97] 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.

(收稿日期: 2022-03-06; 修回日期: 2022-09-18)

[编辑: 焦 爽]

《中医杂志》稿约

(2023 年 1 月修订)

《中医杂志》(ISSN 1001-1668, CN 11-2166/R)是由国家中医药管理局主管, 中华中医药学会、中国中医科学院主办的国家级综合性中医药学术期刊。办刊宗旨是发扬中医特色, 以中医学术为本, 促进中医现代化和中西医结合事业的发展, 提高为主, 兼顾普及, 面向临床, 兼重基础理论, 努力促进中医药和中西医结合学术的交流与发展。本刊为半月刊, 每月 2 日、17 日出版, 每期 108 页, 国内外公开发行人。

作者在投稿前应仔细阅读本刊稿约, 之后的投稿行为即视为对以下所述原则的认可。

1 主要栏目

《中医杂志》主要栏目有: 学术探讨、当代名医、思路与方法、循证中医药、临床研究、实验研究、文献研究、临证心得、综述、百家园、标准与规范、学术争鸣、病例报告/病例讨论等。请阅读以往出版的《中医杂志》了解各栏目刊出文章的内容范围和体例格式。

2 关于投稿

1) 本刊不接受打印稿, 所有稿件均通过本刊采编平台投送电子版。作者投稿唯一官方网址: <http://www.jtcm.net.cn>。本刊未与任何机构合作开展征集稿件事宜, 一切声称与本刊合作征稿的行为均为侵权行为, 本刊将通过法律途径维护合法权益。

2) 本刊不接受一稿两投及重复发表稿件, 并对全部来稿进行查重。投稿时须注明该文稿是否已在非公开发行的刊物上发表, 或在学术会议交流过。如已用其他文种发表, 应同时提供征得首发期刊同意在我刊再次发表的书面授权文件。

3) 所投稿件应为作者基于最新学术研究成果撰写的学术论文。稿件内容应具有科学性、创新性和实用性, 数据准确, 论点明确, 文字精炼, 层次清楚。稿件内容应确保真实, 不得存在数据伪造及虚假信息, 不得涉及抄袭、剽窃等侵犯他人知识产权的行为。

4) 建议投稿时以附件形式上传作者所在单位介绍信及基金项目任务书首页扫描件。

5) 根据《中华人民共和国著作权法》并结合本刊实际情况, 凡稿件投本刊 3 个月内未接到处理通知者, 系仍在审阅中。作者如欲投他刊, 请先与本刊联系从投稿系统中撤稿。

6) 依照有关规定, 编辑部可对来稿做文字修改、删节, 凡有涉及原意的修改, 则提请作者考虑。

3 关于作者

作者是指对论文作出了实质性贡献的自然人、法人或组织。作者署名次序原则上以贡献大小决定排序, 由论文全体署名作者在投稿前共同商定, 投稿后原则上不得变更。确需变更时应向编辑部说明变更原因并必须提交全部作者亲笔签名同意变更的书面文件。署名作者在 2 人以上(含 2 人)及以集体作者署名时, 应标注通讯作者。通讯作者应由全体署名作者在投稿前自行确定, 按照国际惯例, 未标注通讯作者的论文第一作者即为通讯作者。作者须在投稿时按照本刊提供的模板格式提交作者贡献声明, 说明每位作者对论文的贡献。

4 关于稿件评审

本刊实行编辑评审与同行专家评审相结合的审稿制度。同行评审专家均为相关学科具有较强影响力且较为活跃的学者, 每篇稿件根据需要选择 1~3 名同行专家进行评审, 并根据稿件内容选择单盲或双盲方法进行评审。审稿过程中编辑部及审稿专家对作者稿件的内容保密。对稿件处理有不同意见者, 作者有权申请复议, 并提出申诉的文字说明。

5 关于伦理审查与受试者保护

依据中华人民共和国国家卫生健康委员会公布的《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》, 报告涉及人的生物医学研究时, 需说明所采用的试验程序是否经过国家的或所在机构设立的伦理审查委员会的评估与批准, 并注明批准文号。涉及人的生物医学研究包括以下活动: 1) 采用现代物理学、化学、生物学、中医药学和心理学等方法对人的生理、心理行为、病理现象、疾病病因和发病机制, 以及疾病的预防、诊断、治疗和康复进行研究的活动; 2) 医学新技术或者医疗新产品在人体上进行试验研究的活动; 3) 采用流行病学、社会学、心理学等方法收集、记录、使用、报告或者储存有关人的样本、医疗记录、行为等科学研究资料的活动。如果所在机构没有正式的伦理委员会, 作者需说明研究是否符合世界卫生组织《涉及人的生物医学研究国际伦理准则》和世界医学协会最新修订的《赫尔辛基宣言》的相关规定。

临床研究报告应说明受试者保护情况。在没有获得知情同意的情况下, 可辨认身份的信息, 包括患者姓名和其首字母缩写, 或住院号, 都不应在书面描述、照片或遗传谱系中公开, 以保护患者的隐私权。

研究对象为实验动物时, 应说明是否经过相关伦理委员会审查, 或说明是否遵循了国家或机构的有关实验

动物管理和使用的规定。

6 利益冲突声明

作者投稿时需告知与该研究有关的潜在利益冲突,说明可能导致其研究结果和论文撰写产生偏倚的经济关系和私人关系,并对所提供的利益冲突公开声明的真实性负责。同行审稿专家应向编辑部公开任何可能使其对稿件评价产生偏倚的利益冲突,必要时应主动回避对稿件的审阅。

7 稿件撤销

经证实存在以下行为者,按相关规定及流程对已发表的论文予以撤销并在本刊印刷版及网络版刊登撤销声明:1) 论文存在学术剽窃、数据伪造和篡改等学术不端行为;2) 所报道的学术研究违背医学伦理规范;3) 重复发表;4) 审稿过程中存在出版伦理问题;5) 由于作者主观故意或非主观故意的错误导致该论文所报道的发现和结果不可信;6) 存在违反法律、法规的问题。

8 论文著作权

来稿一经接受,由全体作者亲笔签署《著作权转让声明》,论文的专有使用权归中医杂志社所有,中医杂志社有权以电子期刊、光盘版、移动终端等其他方式出版所刊登的论文,未经中医杂志社同意,该论文的任何部分不得转载他处。如有不同意见请在投稿时说明。

9 稿件具体要求

1) 文题

文题应简明扼要,重点突出。一般以 20 个汉字以内为宜,尽量不用缩略语。

2) 基金项目

稿件属于基金论文的,应注明基金项目来源及编号。项目来源应按国家有关部门规定的正式名称书写,并须提供基金项目任务书及其他相关证明材料。

3) 著者

著者姓名在文题下按序排列,排序应在投稿时确定。投稿时应注明著者职称、主要研究方向、所属单位全称、所在科室及详细地址、邮政编码、联系电话;1 个以上著者时请注明通讯作者姓名及联系方式(电子信箱、电话号码)。

4) 摘要

论著类稿件须附中英文摘要。论文的摘要应具有独立性和自明性,即不阅读全文,就能获得必要的信息。其中临床研究、实验研究论著应按照目的、方法、结果、结论的结构编写摘要,其他论著应附指示性摘要。摘要字数一般以 200~300 个汉字为宜。中文摘要一般使用第三人称撰写,不列图、表,不引用文献,不加评论和解释。摘要中首次出现的缩略语、代号须注明全称或加以说明。英文摘要一般与中文摘要内容相对应。

5) 关键词

关键词是指论文中最能反映主题信息的特征词或词组。关键词标引原则是以主题词为主,若无相对应的主题词可直接选用规范学术名词作为自由词进行标引。关键词应使用全称,不用非公知公认的缩写。一般每篇论文标注 3~8 个关键词,有英文摘要的论文,应标注与中文关键词对应的英文关键词。

6) 数字与计量单位

数字用法执行《出版物上数字用法》(GB/T 15835-2011)。物理量量值必须用阿拉伯数字,并正确使用法定计量单位。如:150 km、600 mg、39 °C 等。计量单位执行中华人民共和国国家标准《国际单位制及其应用》(GB 3100-1993)。

7) 统计学符号

按《统计学名词及符号》(GB 3358-82)的有关规定书写,常用符号举例如下:样本的算术平均数用英文小写 m (中位数用 M);标准差用英文小写 s ;标准误用英文小写 s_e ; t 检验用英文小写 t ; F 检验用英文大写 F ;卡方检验用希文小写 χ^2 ;相关系数用英文小写 r ;自由度用希文小写 ν ;概率用英文大写 P (P 值前应给出具体检验值,如 t 值、 χ^2 值、 q 值等)。以上符号均用斜体。

8) 图表

表格一般采用三横线表格式。论文中使用的图片应另附单独的图片文件,并且分辨率不低于 300 dpi。每幅图(表)应有独立、完整的图(表)题并有序号。图表中涉及数量值的应标明数值的计量单位。其他说明性的文字应置于图(表)下方注释中,并在注释中标明图表中使用的全部非公知公用的缩写。

9) 参考文献

作者引用已发表的文章中的内容须按规定正确标注参考文献。每篇稿件参考文献数量一般应不少于 5 条。参考文献采用顺序编码制。著录格式参考《信息与文献参考文献著录规则》(GB/T 7714-2015)。文中参考文献角码依照其出现的先后顺序用阿拉伯数字加方括号在正文右上角标出。同一文献作者不超过 3 人全部著录,超过 3 人只著录前 3 人,后加“等”。中文期刊用全称,外文期刊名称缩写以 Index Medicus 格式为准。

10 其他说明

1) 本刊不指定个人接受与业务工作相关的汇款,涉及财务事项请认准本社对公账号。

2) 稿件刊登后将寄赠第一作者当期杂志 1 册。

3) 编辑部联系方式

地址:北京市东直门南小街 16 号

邮政编码:100700,电子信箱:jtcmen@188.com

联系电话:(010) 64089195, (010) 64035632

官方网址: <http://www.jtcm.net.cn>