

中 国 中 西 医 结 合 学 会 团 体 标 准

T/CAIM 004—2021

痛风中西医结合诊疗指南

**The Guideline for Diagnosis and Treatment of Gout
with Integrated Traditional Chinese and Western
Medicine
(Manuscript for review)**

2021-8-11 发布

2021-8-23 实 施

中国中西医结合学会 发布

目 次

前 言	1
引 言	2
《痛风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 分类标准	3
5. 病因病机	6
6 总体治疗原则及目标	6
7 患者的健康管理	7
8 辨证论治	8
9 西药的选择	11
10 外治法	12
临床路径导图	13
附录1.....	14
附录2.....	16
附录3.....	17
参考文献.....	19

前 言

本指南按照《中国中西医结合学会团体标准管理办法（试行）》规定的规则起草。本指南由中国中西医结合学会提出。

本指南起草单位：天津中医药大学第一附属医院。

本指南执笔人：刘维，吴沅皞，高晶月。

本指南参与单位：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。

引言

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）沉积所致的晶体相关性关节病，是临床常见的代谢性风湿病^[1]。全球的痛风患病率约为0.1%～10%^[2]。我国痛风患病率约为0.03%～10.47%。随着生活水平提高，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^[3-4]。痛风的发生与代谢综合征密切相关，包括高血压、胰岛素抵抗、2型糖尿病、高脂血症、向心性肥胖等疾病。痛风也是高血压、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等疾病的独立危险因素^[5-8]。

“痛风”病名首见于《格致余论》，该病的论述还见于中医学“痹证”、“脚气”、“白虎历节风”等病。

现代医学按照疾病的发展进程将痛风及高尿酸血症分为高尿酸血症期、痛风急性发作期、痛风间歇期、慢性关节炎期、痛风性肾病期^[9]。如果及早诊断并进行规范治疗，大多数痛风患者可正常工作生活。慢性期病变经过治疗有一定的可逆性，皮下痛风石可缩小或消失，相关的肾脏病变也可减轻、好转。痛风最佳治疗方案应包括非药物治疗和药物治疗两个方面。

临幊上运用中西医结合手段治疗痛风已显示出很大优势，但中西医何时结合、如何结合，目前尚无可遵循的中西医结合治疗痛风的临幊诊疗指南。本指南项目组通过检索国内外数据库，并对临幊证据进行评价及分级，寻找现有临幊最佳证据，结合患者的意愿和价值观，结合多学科临幊专家的专家意见，通过德尔菲法问卷调查以及专家共识会议，衡量干预措施的利弊，得出本指南推荐意见。本指南推荐中西医结合治疗痛风的时机判别和方案选择，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。

《痛风中西医结合诊疗指南》

1 范围

本文件给出了痛风的发病机制、病因病机、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

GB/T 1.1-2020 标准化工作导则

GB/T 13016 标准体系表编制原则和要求

GB/T 13017 标准化工作指南

GB/T 20348-2006 中医基础理论术语

GB/T 24421.2-2009 服务业组织标准化工作指南 第2部分：标准体系

3 术语和定义

- 1) **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。
- 2) **高尿酸血症期：**高尿酸血症期是指患者未曾发作过痛风，仅血尿酸水平升高的时期。
- 3) **痛风急性发作期：**患者关节炎突然发作的时期，起病骤急，关节红肿热痛。
- 4) **痛风间歇期：**患者痛风急性发作缓解后，关节炎症状消失，仅血尿酸水平升高的时期。
- 5) **慢性关节炎期：**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。
- 6) **尿酸排泄分数(fractional excretion of uric acid, FE_{UA})**: $FE_{UA}(\%) = (\text{尿尿酸} \times \text{血肌酐}) / (\text{血尿酸} \times \text{尿肌酐})$ ， FE_{UA} 可以评估尿酸排泄程度。

4 分类标准

4.1 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)^[10] (1A)。

4.2 痛风分类标准

建议参照2015年ACR/EULAR共同推出新版痛风分类标准^[11] (表1) (1A)。2015年ACR/EULAR版痛风分类标准较1977年分类标准相比，具有更高的敏感性和特异性^[12]。

4.3 疾病分型

建议高尿酸血症的分型应根据24小时尿尿酸排泄量 (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 $\leq600\text{mg/d/(1.73m}^2\text{)}$ ，且FE_{UA} $<5.5\%$ ；(2) 肾脏负荷过多型：UUE $>600\text{mg/d/(1.73m}^2\text{)}$ ，且FE_{UA} $\geq5.5\%$ ；(3) 混合型：UUE $>600\text{mg/d/(1.73m}^2\text{)}$ 且FE_{UA} $<5.5\%$ ；(4) 其他型：UUE $\leq600\text{mg/d/(1.73m}^2\text{)}$ 且FE_{UA} $\geq5.5\%$ ^[13] (1B)。

4.4 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) (1B)。

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 第一跖趾关节受累	1 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 符合上述2个特点 符合上述3个特点	1 2 3
	(3) 典型的急性发作：①疼痛达峰 $<24\text{h}$ ；②症状缓解 $\leq14\text{d}$ ；③发作间期完全缓解； 曾有1次典型发作 曾有2次及以上典型发作	1 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 存在痛风石	0 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 μ mol/L) 4~<6mg/dl (240 ~ < 360 μ mol/L) 6~<8mg/dl (360 ~ < 480 μ mol/L) 8~<10mg/dl (480 ~ < 600 μ mol/L) ≥10mg/dl (≥ 600 μ mol/L)	-4 0 2 3 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 尿酸钠晶体阴性	0 -2
	(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 存在(任一方式)	0 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 存在	0 4

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 type="checkbox"/> 0
	1分: 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: 疼痛较重、工作或休息均受到影响	<input type="checkbox"/> 2
	3分: 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: 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: 关节中度肿、关节肿胀明显, 皮肤纹理基本消失, 骨标志不明显	<input type="checkbox"/> 2
	3分: 关节重度肿胀、关节肿胀甚、皮肤紧、骨标志消失	<input type="checkbox"/> 3
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
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
发热	0分: 无	<input type="checkbox"/> 0
	1分: 间断发热	<input type="checkbox"/> 1
	2分: 持续发热	<input type="checkbox"/> 2
烦躁	0分: 无	<input type="checkbox"/> 0
	1分: 有	<input type="checkbox"/> 1
口渴	0分: 无	<input type="checkbox"/> 0
	1分: 有	<input type="checkbox"/> 1

小便黄	0分：无 1分：有	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
大便粘滞	0分：无 1分：有	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1

5. 病因病机

痛风初起的主要病因在于饮食不节，酗酒或过食肥甘厚味，损伤脾胃，或先天禀赋不足，导致脾胃运化无力，肾脏排泄功能障碍，导致痰湿内生，痰湿日久化热，湿热互结，阻滞于关节，不通则痛，则致关节红、肿、热、痛。

若疾病失治误治，迁延日久，则正气不足，更导致痰湿排泄不利，留滞经脉；且久病致瘀，血脉凝涩，津液凝聚，痰浊瘀血闭阻经络而致关节疼痛、畸形、僵硬、关节周围结节，甚则内损脏腑，可并发有关脏腑病证，病情复杂而严重。

本病病位初期以湿热之实证为主，病位在肢体、关节；后期病性虚实夹杂，病位在关节及脏腑。本病在出现症状之前，即有先天禀赋不足，脾肾功能失调，不可忽略。本病的性质是本虚标实，以脾肾失调为本，后及他脏，以痰浊、湿热、瘀血等病理因素为标。

6 总体治疗原则及目标

1) 本病总体的治疗原则和目标在于使患者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）。

2) 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)》^[13]的推荐：高尿酸血症患者血尿酸水平 $\geq 540 \mu\text{mol/L}$ （1A），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($\geq \text{CKD 2 期}$)，即开始降尿酸药物治疗（1B）。

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]（1B）。

3) 痛风急性发作期治疗以改善症状、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]（1B）。

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^[13]（1C）。

4) 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)》^[13]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（1B）。

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]（1B）。

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]（1B）。

5) 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 $<360 \mu\text{mol/L}$ （1B）。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 $<180 \mu\text{mol/L}$ （1B）^[13]。中医证候积分建议控制在2分以下^[14]（1C）。

7 患者的健康管理

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（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（1B）。

有队列研究^[15]表明，体重增加是痛风发生的独立危险因素；也有Meta分析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^[16]。Meta分析显示含糖饮料的摄入与血尿酸水平呈正相关^[17]，酒精摄入与痛风发病风险呈正相关^[18]。每周进行3~5次，心率保持在64%~76%HRmax的中低强度运动，可有效降低患者血尿酸水平^[19]。

对痛风患者进行健康管理，内容包括：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^[20]（1C）。

8 辨证论治

8.1 湿浊内蕴证（常见于高尿酸血症期和间歇期^[21-22]）

8.1.1 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大便粘滞。

舌脉：舌淡胖，或有齿痕，苔白腻，脉滑。

具备主症两条；或主症一条，次症两条，结合舌脉可诊断。

8.1.2 治法：祛湿化浊。

8.1.3 推荐方剂：平胃散（《太平惠民和剂局方》）合五苓散（《伤寒论》）^[23]（苍术15g、厚朴10g、陈皮6g、土茯苓15g、萆薢15g、猪苓10g、泽泻10g、车前子10g、桂枝10g、白术10g、甘草6g）（1C）。

8.1.4 推荐中药：薏苡仁30g，玉米须30g，冬瓜皮30g，西瓜翠衣30g，赤小豆30g，木瓜10g。

8.1.5 推荐中成药：

参苓白术丸^[24]（1B）：口服，一次6g，一日3次。

8.2 湿热毒蕴证（常见于痛风急性发作期^[21-22]）

8.2.1 诊断：

主症：①关节红肿热痛；②关节痛剧骤发。

次症：①关节活动不利；②发热；③心烦。

舌脉：舌质红，苔黄腻或黄厚，脉弦滑或滑数。

具备主症两条；或主症一条，次症两条，结合舌脉可诊断。

8.2.2 治法：清热解毒，利湿化浊。

8.2.3 推荐方剂：四妙散（《成方便读》）^[25-26]（1B），秦皮痛风方（《圣济总录》化裁）^[14]（1B），当归拈痛汤（《医学启源》）^[27-28]（1B）。（苍术15g、黄柏15g、牛膝10g、薏苡仁30g、秦皮20g、黄连10g、防风10g、车前子10g、土茯苓15g、萆薢15g、豨莶草15g、羌活15g、泽泻10g、黄芩10g、葛根10g、当归身10g）

8.2.4 推荐中药：防己10g，生石膏30g，车前草15g，威灵仙10g，猪苓10g，山慈姑6g，虎杖10g，秦艽10g，忍冬藤15g，金钱草15g，僵蚕6g，蜂房5g，当归10g，赤芍10g，牡丹皮15g，茵陈10g。

8.2.5 推荐中成药：

新癀片^[30-31]（1B）：口服，一次2-4片，一日3次。

通滞苏润江胶囊^[32] (1B) : 口服, 一次5~7粒, 一日2次。

四妙丸^[33] (1B) : 口服, 一次6g(1袋), 一日2次。

湿热痹颗粒^[34] (1B) : 开水冲服, 一次1袋, 一日3次。

滑膜炎颗粒^[35] (1B) : 温开水冲服, 一次1袋, 一日3次。

正清风痛宁缓释片^[36-37] (1B) : 口服, 一次1~2片, 一日2次。

痛风定胶囊^[38] (1B) : 口服, 一次3~4粒, 一日3次。

风痛安胶囊^[39] (1C) : 口服。一次3~5粒, 一日3次。

当归拈痛丸^[40] (1B) : 口服。一次9克, 一日2次。

8.3. 寒湿痹阻证

8.3.1 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喜温喜暖; ③口淡不渴。

舌脉: 舌质淡, 苔白或腻, 脉弦或紧。

具备主症两条; 或主症一条, 次症两条, 结合舌脉可诊断。

8.3.2 治法: 温经散寒, 祛湿通络。

8.3.3 推荐方剂: 桂枝附子汤 (《伤寒论》) (1B)^[41-42], 桂枝芍药知母汤 (《金匮要略》) ^[43-44]
(2B) (桂枝10g、麻黄6g、防风10g、白术10g、炮附子先煎9g、芍药10g、知母10g、生姜6g)

8.3.4 推荐中药: 细辛3g, 羌活10g, 独活10g, 黄芪15g, 牛膝10g, 山药20g。

8.4. 痰瘀痹阻证 (常见于慢性关节炎期^[21-22])

8.4.1 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。

具备主症两条; 或主症一条, 次症两条, 结合舌脉可诊断。

8.4.2 治法: 化痰散结, 活血通络。

8.4.3 推荐方剂: 上中下通用痛风方 (《丹溪心法》) ^[45] (2C), 双合汤 (《万病回春》) ^[46]
(1C)。 (当归10g、白芍10g、川芎10g、生地10g、半夏6g、陈皮6g、土茯苓15g、桃仁3g、红花3g、
白芥子6g、黄柏15g、胆南星6g、防己10g、羌活10g、威灵仙10g、龙胆草10g)

8.4.4 推荐中药: 皂角刺6g, 土贝母10g, 赤芍10g, 丹参15g, 秦艽10g, 泽兰10g, 草薢15g, 络石藤
15g, 忍冬藤15g, 僵蚕6g, 地龙6g。

8.4.5 推荐中成药:

瘀血痹颗粒^[47] (1B) : 开水冲服, 一次10克(1袋), 一日3次。

8.5. 脾虚湿热证 (常见于慢性关节炎期^[21-22])

8.5.1 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大便粘滞或溏稀。

舌脉: 舌淡胖, 或有齿痕, 舌苔白腻或黄腻, 脉细滑。

具备主症两条; 或主症一条, 次症两条, 结合舌脉可诊断。

8.5.2 治法: 益气健脾, 清热利湿。

8.5.3 推荐方剂: 防己黄芪汤(《金匱要略》)合四妙丸(《成方便读》)(2C)。(防己10g、黄芪15g、白术10g、苍术15g、黄柏15g、牛膝10g、薏苡仁30g、土茯苓15g、泽泻10g、车前子10g、甘草6g)

8.5.4 推荐中药: 党参15g, 山药20g, 防风10g, 羌活10g, 独活10g, 茯苓15g, 陈皮6g, 茵陈10g。

8.5.5 推荐中成药:

参苓白术丸^[24] (1B) : 口服, 一次6g, 一日3次。

8.6. 脾肾亏虚证 (常见于慢性关节炎期^[21-22])

8.6.1 诊断

主症: ①关节酸痛反复发作; 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。

舌脉: 舌淡苔白, 脉沉缓或沉细。

具备主症两条; 或主症一条, 次症两条, 结合舌脉可诊断。

8.6.2 治法: 健脾益肾, 燥湿化浊。

8.6.3 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》)^[48] (2B) (熟地黄15g、山茱萸10g、山药10g、泽泻6g、牡丹皮6g、土茯苓15g、炮附子先煎3g、肉桂3g、车前子10g、牛膝10g、杜仲10g、党参15g、白术10g、薏苡仁30g)

8.6.4 推荐中药: 茯苓15g, 黄芪15g, 陈皮6g, 草薢15g, 丝瓜络10g, 独活10g, 桑寄生15g, 淫羊藿10g, 川断10g, 杜仲10g。

8.6.5 推荐中成药:

益肾蠲痹丸^[49] (1B) : 口服, 一次8~12 g, 一日3次。

萆薢分清丸^[50] (1C) : 口服, 一次6~9克, 一日2次。

8.7 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。如过量使用细辛可出现呕吐、烦躁、抽搐、呼吸麻痹，肾损害等，过量使用附子则会出现心律不齐、传导阻滞等，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。

9 西药的选择

9.1 痛风急性发作期药物

1) 非甾体类抗炎药

非甾体类抗炎药是痛风急性期一线用药，建议早期足量服用，首选起效快、胃肠道不良反应少的药物。选择性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。老龄、肾功不全、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)

2) 秋水仙碱

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^[51]，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3次；或首剂1mg，1h后追加0.5mg，12 h 后改为0.5mg/次，每日1次或2次。(1C)

3) 糖皮质激素

对非甾体类抗炎药和秋水仙碱不耐受，或病情难以控制患者可考虑使用小剂量糖皮质激素。
(1B)

9.2 降尿酸药物

9.2.1 黄嘌呤氧化酶抑制剂

1) 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800mg/d。CKD3~4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^[52] (1B)。

2) 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。CKD4~5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^[53] (1A)。

9.2.2. 促尿酸排泄药物

1) 苯溴马隆：起始剂量为25mg/d，2~4周可增加25mg/d，最大剂量为100mg/d。eGFR 20~ 60

$\text{ml} \cdot \text{min}^{-1} \cdot 1.73\text{m}^{-2}$ 患者推荐 50 mg / d , eGFR $<20\text{ml/min}/1.73\text{m}^2$ 或肾结石患者禁用。合并慢性肝病患者慎用(1A)。

9.3 碱化尿液

建议高尿酸血症与痛风患者定期监测晨尿pH值, 尤其是正在服用促尿酸排泄药物患者, 晨尿pH值 <6.0 时, 建议服用枸橼酸制剂、碳酸氢钠碱化尿液, 使晨尿pH值维持在 $6.2 \sim 6.9$, 有利于预防和溶解尿酸性肾结石(2 C)。

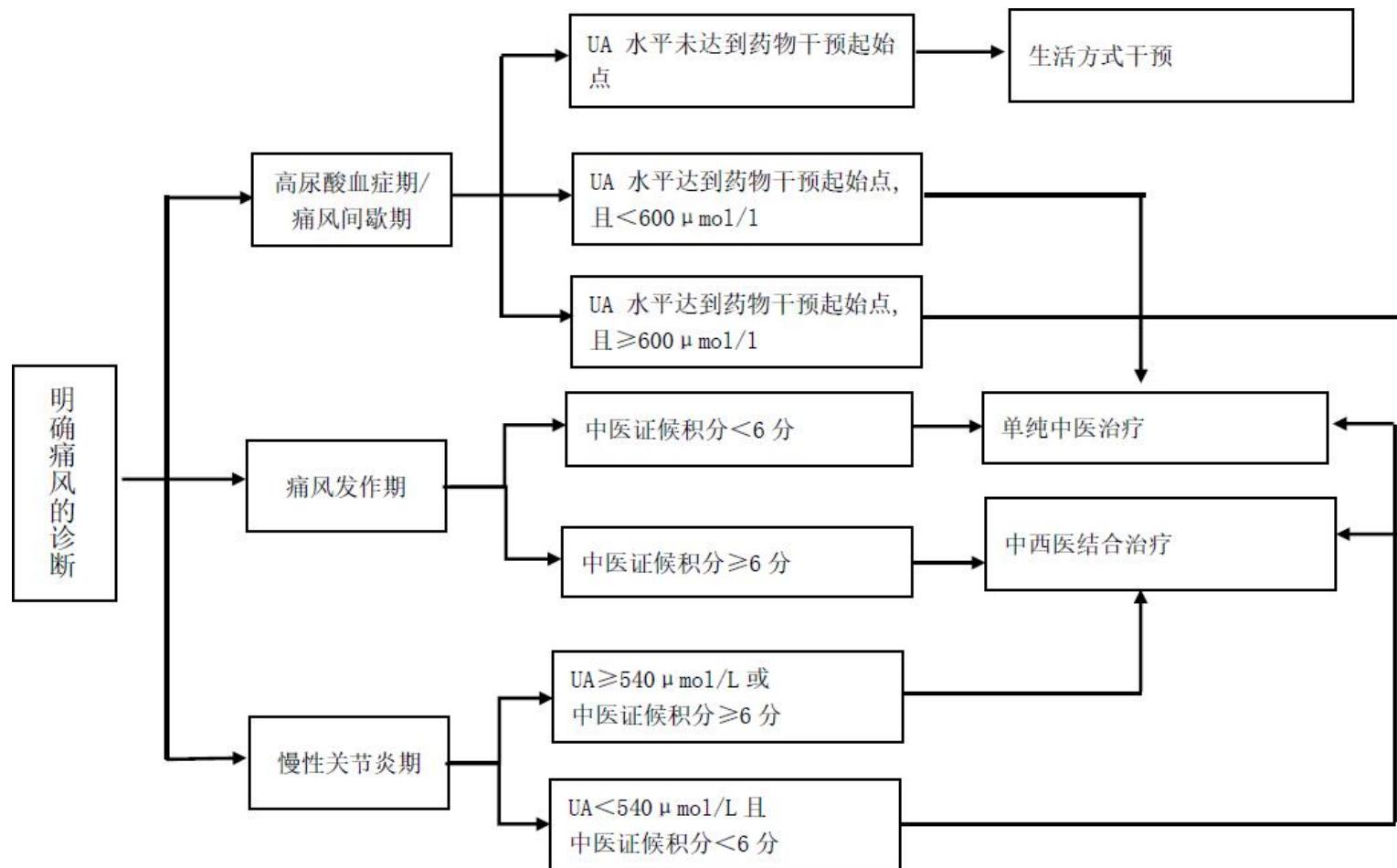
- 1) 碳酸氢钠: 适用于慢性肾功能不全合并代谢性酸中毒患者, 剂量 $0.5 \sim 1.0 \text{ g}$, 口服3次/d。
- 2) 枸橼酸盐制剂: 主要用于尿酸性肾结石、胱氨酸结石及低枸橼酸尿患者使用剂量主要根据尿pH值决定, 一般用量 $9 \sim 10\text{g/d}$, 疗程 $2 \sim 3$ 个月。

10 外治法

中医特色外治法, 包括针灸、中药外敷、中药熏洗等, 也在本病的治疗中体现的独特优势。痛风急性发作期针刺穴位多选的三阴交、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^[54-55](1C)。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、威灵仙等药物熏洗、外敷^[56](1C)。

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^[57-58](1C)。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^[56](1C)。

临床路径导图



附录1

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)

含嘌呤较高的食物 (100g食物嘌呤含量50~150mg)

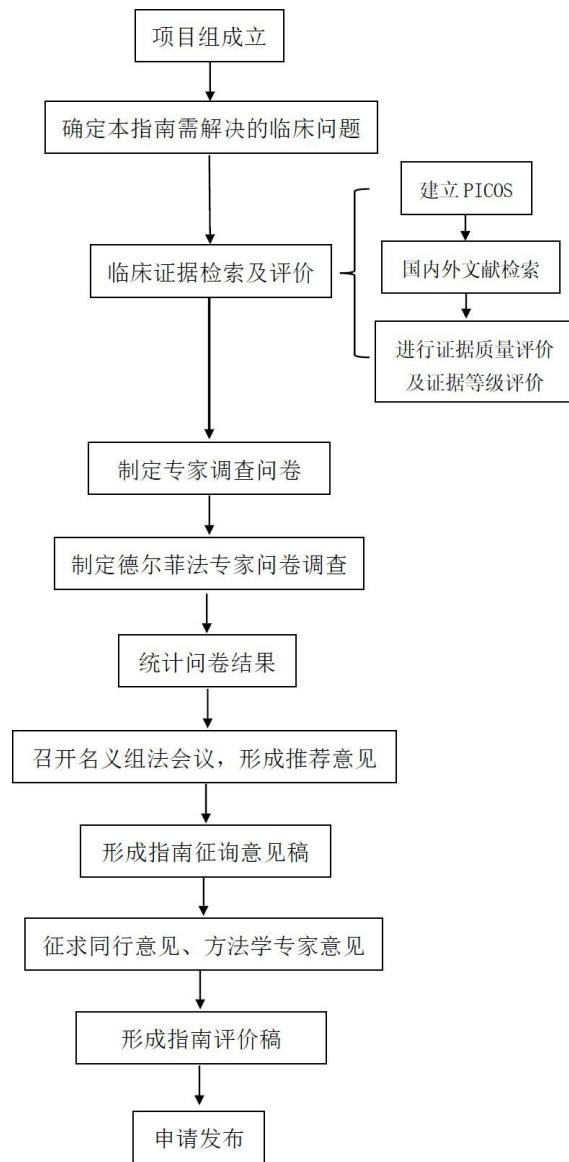
豆类及制品	嘌呤	肉类	嘌呤	海鲜	嘌呤	其他	嘌呤	坚果、果干	嘌呤
红豆	53.2	猪脑	66.3	小龙虾	60	笋干	53.6	黑芝麻	57
豆腐	55.5	猪大肠	69.8	螃蟹	81.6	米糠	54	李干、无花果	64
杂豆	57	牛肚	79	乌贼	87.9	菜豆	58.5	腰果	80
豆腐干	66.5	牛肉	83.7	鳝鱼	92.8	金针菇	60.9	白芝麻	89.5
绿豆	75.1	兔肉	107.6	鳕鱼	109	啤酒	79.3		
豌豆	75.7	羊肉	111.5	鱼翅	110.6	海带	96.6		
黑豆	137.4	鸭肠	121	鲍鱼	112.4	银耳	98.9		
		猪肉	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、红鲷	140.3				
		鸡肉	140.3	黑鲳鱼	140.6				

含嘌呤高的食物 (100g食物嘌呤含量>150mg)

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	白鲳鱼	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		

附录2

资料性 指南实践流程图



附录3

资料性

指南制定小组

执笔人：刘维，吴沅皞，高晶月。

编写工作组组长：刘维。

编写工作组成员（按姓氏笔画为序）：

序号	姓名	职称	单位
1	于慧敏	主任医师	哈尔滨医科大学附属第二医院
2	马武开	主任医师	贵州中医药大学第二附属医院
3	王北	主任医师	首都医科大学附属北京中医医院
4	王成武	主任医师	长春中医药大学附属医院
5	王志文	主任医师	华北理工大学附属医院
6	王钢	主任医师	甘肃中医药大学附属医院
7	王新昌	主任医师	浙江省新华医院
8	卞华	主任医师	南阳理工学院张仲景国医学院
9	方勇飞	主任医师	重庆西南医院
10	叶志中	主任医师	深圳市第四人民医院香蜜湖风湿病分院
11	曲环汝	主任医师	上海中医药大学附属龙华医院
12	朱跃兰	主任医师	北京中医药大学东方医院
13	朱婉华	主任医师	南通良春风湿病医院
14	刘英	主任医师	山东中医药大学附属医院
15	刘建平	教授	北京中医药大学
16	刘俊荣	主任医师	天津中医药大学
17	刘健	主任医师	安徽中医药大学第一附属医院
18	苏励	主任医师	上海中医药大学附属龙华医院
19	苏晓	主任医师	上海市中医医院
20	李兆福	主任医师	云南省中医医院
21	李艳玲	主任医师	天津中医药大学第一附属医院
22	李振彬	主任医师	白求恩国际和平医院
23	肖长虹	主任医师	南方医科大学中西医结合医院
24	吴沅皞	副主任医师	天津中医药大学第一附属医院
25	吴宽裕	主任医师	福建省第二人民医院
26	吴锐	主任医师	南昌大学第一附属医院
27	何东仪	主任医师	上海市光华中西医结合医院
28	张华东	主任医师	中国中医科学院广安门医院
29	张学武	主任医师	北京大学人民医院
30	张剑勇	主任医师	深圳市中医医院
31	范永升	主任医师	浙江中医药大学
32	林昌松	主任医师	广州中医药大学附属第一医院
33	庞学丰	主任医师	广西中医药大学附属瑞康医院

34	荣晓凤	主任医师	重庆医科大学附属第一医院
35	娄玉钤	主任医师	河南风湿病医院
36	高明利	主任医师	辽宁中医药大学附属医院
37	高晶月	医师	天津中医药大学
38	涂胜豪	主任医师	华中科技大学同济医学院附属同济医院
39	陶庆文	主任医师	中日友好医院
40	黄烽	主任医师	中国人民解放军总医院
41	黄清春	主任医师	广东省中医院
42	曹炜	主任医师	中国中医科学院广安门医院
43	彭江云	主任医师	云南省中医院
44	照日格图	主任医师	新疆医科大学附属中医院
45	薛鸾	主任医师	上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院

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.
- [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(01): 27-31.
- [5] Wilson L, Saseen J J. Gouty Arthritis: A Review of Acute Management and Prevention[J]. Pharmacotherapy, 2016, 36(8): 906-922.
- [6] Kuo C, 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: 210-217.
- [7] Lisandro D. Colantonio, Kenneth G. Saag, Jasvinder A. 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 Research & Therapy, 2020, 22(86): 1-13.
- [8] Bardin T, Richette P. Impact of comorbidities on gout and hyperuricaemia: an update on prevalence and treatment options[J]. Bmc Medicine, 2017, 15(1).123.
- [9] 原发性痛风诊治指南(草案)[J]. 中华风湿病学杂志, 2004(03): 178-181.
- [10] 丁小强, 冯哲, 倪兆慧等. 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, Jansen T L T A, Dalbeth N, et al. Gout classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative (vol 74, pg 1789, 2015)[J]. Annals of the Rheumatic Diseases, 2016, 75(2): 473-473.
- [12] 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): 979-984.
- [13] 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, 036(001): 1-13.

- [14] Wei Liu, Yuan-hao Wu, Bin Xue, et al. Effect of integrated traditional Chinese and Western medicine on Gout [J]. Journal of Traditional Chinese Medicine, 2021网络首发.
- [15] Hyon K. Choi, Karen Atkinson, Elizabeth W. Karlson, Gary Curhan, 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.DOI:10.1001/Archinte.165.7.742.
- [16] Nielsen S M, Bartels E M, Henriksen M, et al. Weight loss for overweight and obese individuals with gout: A systematic review of longitudinal studies[J]. Annals of the Rheumatic Diseases, 2017, 76(11):annrheumdis-2017-211472.
- [17] S. Ebrahimpour oujan, Saneei P , Larijani B, et al. Consumption of sugar-sweetened beverages and serum uric acid concentrations: a systematic review and meta-analysis[J]. Journal of Human Nutrition and Dietetics, 2020.
- [18] 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.
- [19] 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, v.18;No.586(13):210-212.
- [20] 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, 017(013):270-271.
- [21] 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.
- [22] 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.
- [23] 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.
- [24] 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.
- [25] 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.
- [26] 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.

- [27] 江崛,唐润科.当归拈痛汤合三妙丸对湿热蕴结型痛风性关节炎的疗效观察[J].中国实验方剂学杂志,2015,21(21):169-172.
- [28] 占志颖.当归拈痛汤联合西药治疗痛风性关节炎缓解期的临床观察[D].湖北中医药大学,2019.
- [29] 徐翔峰,彭江云,李具宝,等.加味竹叶石膏汤治疗急性痛风性关节炎临床研究[J].浙江中医杂志 , 2012, 47(3): 177 179.
- [30] 罗徐, 李莘. 新癀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.
- [31] 戈颖莹, 雷媛, 祁舒,等. 新癀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, 035(001):56-61.
- [32] 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.
- [33] 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.
- [34] 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(04):11-13.
- [35] 张意桐, 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, v.17;No.541(11):159-162.
- [36] 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(02):224-227+232.
- [37] 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.
- [38] 王倩. 别嘌呤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(12):134-135.
- [39] 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[A]. 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[C]. 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.
- [40] 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(02):65-66.
- [41] 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(06):796-800.
- [42] 黄典胜,唐洁.加味桂枝附子汤联合中药外敷疗法治疗寒湿痹阻型痛风性关节炎的效果观察[J].当代医药论丛,2020,18(06):180-181.
- [43] 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(04):508-511.
- [44] 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(04):57-59.
- [45] 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(09):1381-1383.
- [46] 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(05):129-132.
- [47] 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(06):13-15.
- [48] 周朝伟.济生肾气丸合真武汤治疗慢性心力衰竭患者的疗效观察[J].首都食品与医药, 27(21):26.
- [49] 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.
- [50] 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 (02):245-250.
- [51] Wechalekar M.D, Vinik O, Moi J.H.Y, 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.
- [52] 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, 2016:S0049017216301147.
- [53] Müller -Wieland D, Nitschmann S, et al. Cardiovascular risk in gout patients : Cardiovascular Safety of Febuxostat or Allopurinol in Participants with Gout and Cardiovascular Comorbidities (CARES).[J] Internist (Berl). 2018 Nov;59(11):1224-1228. German. doi: 10.1007/s00108-018-0486-2. PMID: 30178096.

- [54] 梁爽,黄凯裕,许岳亭,等.基于数据挖掘的针灸治疗急性痛风性关节炎临床选穴规律分析[J].世界科学技术-中医药现代化,2014,16(12):2598-2604.
- [55] 刘湘玲,韩德军,杨锡燕.针灸治疗急性痛风性关节炎的选穴特点探析[J].针刺研究,2017,42(06):557-561.
- [56] 阮哲,覃文仪,刘明岭,等.基于数据挖掘的治疗痛风性关节炎外用方剂组方规律研究[J].中国中医急症,2019,28(12):2088-2090,2121.
- [57] 刘维,刘美燕,吴沅皞.针灸治疗痛风性关节炎的临床选穴规律分析[J].上海针灸杂志,2016,35(03):359-362.
- [58] 张晓宇,王兴强,肖勇洪,等.基于数据挖掘针刺治疗痛风性关节炎的规律探析[J].辽宁中医杂志,2020,47(07):140-143.