

中国中西医结合学会 中华中医药学会 中华医学会
联 合 发 布

痛风及高尿酸血症中西医结合诊疗指南

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

2023-XX-XX发布

2023-XX-XX实施

目 次

前言	1
引言	3
正文	5
1 范围	5
2 规范性引用文件	5
3 术语和定义	5
4 诊断	6
5 治疗	9
附录A 食物嘌呤含量表	19
附录B 编制方法	21
附录C 证据概要表	22
附录D 缩略词对照表	36
参考文献	37

前言

本指南参照GB/T 1.1-2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》、《世界卫生组织指南制定手册》、GB/T 7714-2015《文后参考文献著录规则》、《中国制订/修订临床诊疗指南的指导原则（2022版）》有关规则起草。

本指南由中国中西医结合学会、中华中医药学会、中华医学会提出并归口。

本指南负责人：刘维（天津中医药大学第一附属医院）。

本指南方法学专家：刘建平（北京中医药大学）。

本指南执笔人：刘维（天津中医药大学第一附属医院）、何东仪（上海市光华中西医结合医院）、刘建平（北京中医药大学）、张学武（北京大学人民医院）、张磊（天津医院）、吴沅崑（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）。

本指南主审人：张伯礼、陈香美、吕文良、唐旭东、郭姣、曾小峰、赵岩、姜泉。

本指南讨论专家（按姓氏笔画为序）：于静（辽宁中医药大学附属医院）、于慧敏（哈尔滨医科大学附属第二医院）、万磊（安徽中医药大学第一附属医院）、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）、王永福（内蒙古科技大学包头医学院第一附属医院）、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）、王建明（中日友好医院）、王钢（甘肃中医药大学附属医院）、王莘智（湖南中医药大学第一附属医院）、王海东（甘肃省中医院）、王新昌（浙江省新华医院）、王燕（石河子大学医学院第一附属医院）、王燕（郑州大学第五附属医院）、卞华（南阳理工学院张仲景国医学院）、方勇飞（重庆西南医院）、尹耕（四川大学华西医院）、孔庆成（门源县中医院）、石亚妹（新疆维吾尔自治区人民医院）、龙朝阳（广西国际壮医医院）、叶志中（深圳市第四人民医院香蜜湖风湿病分院）、田英（湖南中医药大学第一附属医院）、田新平（北京协和医院）、白玛央金（西藏自治区人民医院）、曲环汝（上海中医药大学附属龙华医院）、吕新亮（内蒙古自治区中医医院）、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）、向鹏飞（湖南中医校大学第一附属医院）、刘小玲（新疆喀什地区第一人民医院）、刘丹（湖南中医药大学第一附属医院）、刘英（山东中医药大学附属医院）、刘荣清（宁夏医科大学总医院）、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）、刘辉（新疆巴州人民医院）、刘毅（四川大学华西医院）、米克拉依（新疆维吾尔自治区人民医院）、许潜（湖南省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）、杜娜（开封市中心医院）、杜娟丽（西安市第五医院）、李小霞（首都医科大学宣武医院）、李兆福（云南省中医医院）、

李松伟（河南中医药大学第一附属医院）、李易（云南省中医医院）、李政桐（珠江医院）、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）、李彩萍（石河子大学医学院一附院）、李琴（青海省中医院）、李媛（成都中医药大学附属医院）、杨春梅（新疆昌吉回族自治州人民医院）、杨娉婷（中国医科大学附属第一医院）、杨德才（湖北省中医院）、肖长虹（南方医科大学中西医结合医院）、吴玉华（新疆喀什地区第一人民医院）、吴伊莹（湖南省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）、库尔班江（新疆维吾尔自治区人民医院）、沈凌汛（武汉协和医院）、张宁（盛京医院）、张华东（中国中医科学院广安门医院）、张红（克拉玛依市中心医院）、张学武（北京大学人民医院）、张俊莉（西安市第五医院）、张剑勇（深圳市中医医院）、张洪峰（大连医科大学附属第一医院）、张颖（昆明医科大学第一附属医院）、张磊（天津医院）、陈海娟（新疆昌吉州人民医院）、武丽君（新疆维吾尔自治区人民医院）、范文强（新乡市中心医院）、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）、欧阳霞（番禺中心医院）、周毅（暨南大学附属第一医院）、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）、郑福增（河南中医药大学第二附属医院）、赵东宝（上海长海医院）、赵争敏（海口市中医医院）、赵钟文（福建省第二人民医院）、赵彦萍（哈尔滨医科大学附属第一医院）、赵耀东（郑州大学第五附属医院）、荣晓凤（重庆医科大学附属第一医院）、胡绍先（华中科技大学同济医学院附属同济医院）、柳玉佳（湖南中医药大学第一附属医院）、姜振宇（吉林大学白求恩第一医院）、姜萍（山东中医药大学附属医院）、娄玉铃（河南风湿病医院）、姚璐莎（湖南中医药大学第一附属医院）、高明利（辽宁中医药大学附属医院）、郭刚（河北以岭医院）、益西拉姆（西藏自治区人民医院）、涂胜豪（华中科技大学同济医学院附属同济医院）、谈文峰（南京医科大学第一附属医院）、陶庆文（中日友好医院）、接力刚（南方医科大学珠江医院）、黄文辉（广州医科大学附属第二医院）、黄旦（安徽省中医院）、黄传兵（安徽中医药大学第一附属医院）、黄烽（中国人民解放军总医院）、黄清春（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）、葛子靖（湖南中医药大学第一附属医院）、曾惠琼（深圳市福田区风湿病专科医院）、曾翠青（海南省中医院）、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）。

引言

1.背景信息:

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,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%;2019年发布的一项研究显示,我国痛风患病率为0.03%~10.47%。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。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。

“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出优势,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。

2.构建临床问题

在指南制定初期通过前期两轮问卷调查和专家深度访谈以及专家共识会议的形式构建了以下主要临床问题:

痛风及高尿酸血症的诊断与分类标准

痛风及高尿酸血症的西医分期标准

痛风及高尿酸血症的中医分型标准

痛风及高尿酸血症患者的生活方式管理

痛风及高尿酸血症患者起始降尿酸药物治疗的时机

痛风及高尿酸血症患者使用中西医结合治疗的时机

痛风及高尿酸血症不同时期西药的选择

痛风及高尿酸血症的中医辨证论治

痛风及高尿酸血症的的中医特色外治法

痛风及高尿酸血症患者的治疗目标

3. 资金资助及利益冲突情况

本指南未受任何企业资助。

本指南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。本指南方案制定过程中“无利益冲突”，为此不会成为本指南制定的偏倚来源，无需进一步处理，已在正式工作开始前在会议上公开了利益声明和评价结果。

痛风中西医结合诊疗指南正文

1 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。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本指南必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本指南；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本指南。

GB/T 1.1-2020 标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则

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

下列术语和定义适用于本指南。

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

高尿酸血症期 hyperuricemia period

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。

3.3

急性痛风性关节炎期 acute gouty arthritis period

急性痛风性关节炎期是指患者关节炎突然发作的时期，起病骤急，以关节红肿热痛为主要症状。

3.4

痛风间歇期 intervals period

痛风间歇期是指两次急性痛风性关节炎发作之间的阶段。

3.5

慢性痛风性关节炎期 chronic gouty arthritis period

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

3.6

痛风性肾病期 gouty nephropathy period

痛风性肾病期是指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。

3.7

尿酸排泄分数 fractional excretion of uric acid

尿酸排泄分数=(尿尿酸×血肌酐)/(血尿酸×尿肌酐)，FE_{UA} 可以评估尿酸排泄程度。

4 诊断

临床问题1：高尿酸血症的诊断标准。

推荐意见：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 >420μmol/L（7mg/dL），非绝经期女性 >360μmol/L（6mg/dL）^[1]（推荐强度：强推荐，证据等级：A）。

临床问题2：痛风的分类标准。

推荐意见：建议参照2015年美国风湿病学会（ACR）/欧洲抗风湿联盟（EULAR）共同推出的新版痛风分类标准^[2]（表1）（推荐强度：强推荐，证据等级：A）。

证据描述：2015年ACR/EULAR分类标准将“发生至少1次外周关节或滑囊的肿胀、疼痛或触痛”作为诊断流程准入的必要条件，“偏振光显微镜检证实在（曾）有症状关节或滑囊或痛风石中存在尿酸钠晶体”作为确诊的充分条件，若不符合充分条件则依据临床症状、实验室及影像学检查结果累计得分≥8分可临床诊断痛风。有研究表明与既往分类标准相比，2015年ACR/EULAR版痛风分类标准具有更高的敏感性和特异性^[3]。

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（符合适用标准但不符合确定标准时）：以下评分标准累计≥8分可诊断痛风

	评分标准	评分
临床症状	(1) 受累关节分布：曾有急性症状发作的关节/滑囊部位（单或寡关节炎） 踝关节或足部（非第一跖趾关节）关节受累	1
	第一跖趾关节受累	2
	(2) 受累关节急性发作时症状：①皮肤发红(患者主诉或医生查体)；②触痛或压痛；③活动障碍 符合上述1个特点	1
	符合上述2个特点	2
	符合上述3个特点	3
实验室检查	(3) 典型的急性发作：①疼痛达峰<24h；②症状缓解≤14d；③发作间期完全缓解； 曾有1次典型发作	1
	曾有2次及以上典型发作	2
	(4) 痛风石证据：皮下灰白色结节，表面皮肤薄，血供丰富；典型部位：关节、耳廓、鹰嘴滑囊 没有痛风石	0
	存在痛风石	4
	(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(<240μmol/L)	-4
影像学检查	4~<6mg/dl(240~<360μmol/L)	0
	6~<8mg/dl(360~<480μmol/L)	2
	8~<10mg/dl(480~<600μmol/L)	3
	≥10mg/dl(≥600μmol/L)	4
	(6) 关节液分析：由有经验的医生对有症状关节或滑囊进行穿刺及偏振光显微镜镜检 未做检	0
影像学检查	尿酸钠晶体阴性	-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	0
	存在(任一方式)	4
影像学检查	(8) 痛风相关关节破坏的影像学证据：手/足X线存在至少一处骨侵蚀(皮质破坏，边缘硬化或边缘突出) 无或未做检查	0
	存在	4

临床问题3：痛风及高尿酸血症的疾病进程及西医分型。

推荐意见：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、急性痛风性关节炎期、痛风间歇期、慢性痛风性关节炎期、痛风性肾病期^[4]。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≤600mg/d/(1.73m²），且FE_{UA}<5.5%；（2）肾脏负荷过多型：UUE>600mg/d/(1.73m²），且FE_{UA}≥5.5%；（3）混合型：UUE>600mg/d/(1.73m²）且FE_{UA}

<5.5%；（4）其他型：UUE≤600mg/d/(1.73m²)且FE_{UA}≥5.5%^[5]（推荐强度：强推荐，证据等级：A）。

证据描述：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^[4]。

临床问题4：痛风及高尿酸血症基于中医证候的分期诊断标准。

推荐意见：依据中医证候积分分为稳定期和活动期（推荐强度：强推荐，证据等级：B）。

证据描述：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）^[6]。

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

畏寒	0分：无 1分：有	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
神疲乏力	0分：无 1分：有	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
肢体困重	0分：无 1分：有	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
腰膝酸软	0分：无 1分：有	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
口臭	0分：无 1分：有	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
小便黄	0分：无 1分：有	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
大便黏滞	0分：无 1分：有	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1

5 治疗

临床问题1: 本病的总体治疗原则及目标。

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

临床问题2: 本病的控制目标。

推荐意见: 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 $<360\mu\text{mol/L}$ （推荐强度：弱推荐，证据等级：B）。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 $<180\mu\text{mol/L}$ （推荐强度：弱推荐，证据等级：B）^[5]。中医证候积分建议控制在2分以下^[6]（推荐强度：弱推荐，证据等级：C）。

临床问题3: 起始降尿酸药物治疗的时机，以及起始中西医结合治疗的时机。

推荐意见: 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)》^[5]的推荐：高尿酸血症患者血尿酸水平 $\geq 540\mu\text{mol/L}$ （推荐强度：弱推荐，证据等级：B），或血尿酸水平 $\geq 480\mu\text{mol/L}$ 且有下列合并症之一：

高血压、脂代谢异常、糖尿病、肥胖、脑卒中、冠心病、心功能不全、尿酸性肾石病、肾功能损害(\geq CKD 2 期), 即开始降尿酸药物治疗(推荐强度: 弱推荐, 证据等级: B)。

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^[5](推荐强度: 弱推荐, 证据等级: B)。若单纯中医治疗3个月未达标, 则需改为中西医结合治疗。

急性关节炎期治疗以改善症状、抗炎镇痛为主, 根据中医证候积分选择单纯中医治疗或中西医结合治疗。当中医证候积分 <6 分时使用单纯中医治疗, 当中医证候积分 ≥ 6 分时使用中西医结合治疗^[6](推荐强度: 弱推荐, 证据等级: B)。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^[5](推荐强度: 弱推荐, 证据等级: C)。

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)》^[5]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(推荐强度: 弱推荐, 证据等级: B)。

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^[6](推荐强度: 弱推荐, 证据等级: B)。若单纯中医治疗3个月未达标, 则需改为中西医结合治疗。

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

临床问题4: 高尿酸血症及痛风患者如何进行生活管理。

推荐意见: 无论是否开始药物治疗, 患者都应注意控制体重(推荐强度: 强推荐, 证据等级: A), 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（推荐强度：强推荐，证据等级：A），保持适当强度的运动（推荐强度：弱推荐，证据等级：B）。

证据描述：多项研究表明，体重增加是痛风发生的独立危险因素。一项中国人群的队列研究结果显示^[7]，体重下降 ≥ 4 公斤患高尿酸血症的风险降低56%，腰围下降 ≥ 6 厘米患高尿酸血症的风险降低55%，而体重增加 > 4 公斤的受试者患高尿酸血症的风险提高1.62倍。一项Meta分析^[8]显示体重下降可显著提高患者尿酸水平的达标率，降低痛风急性发作频率。

多个国家的研究均显示，含糖饮料和酒精的摄入与血尿酸水平升高呈正相关^[20-29]。Meta分析显示，最高水平含糖饮料摄入者比最低水平含糖饮料摄入者的血尿酸高出0.18mg/dl（95%CI:0.11,0.25）^[9]。另一项Meta分析显示轻度饮酒（ ≤ 12.5 g乙醇/天）、中度（12.6-37.4g乙醇/天）和重度饮酒（ ≥ 37.5 g乙醇/天）与非经常性饮酒之间的RR分别为1.16（95%CI:1.07,1.25）、1.58（95%CI:1.50,1.66）和2.64（95%CI:2.26,3.09），表明重度饮酒者痛风发病风险是非经常性饮酒者的2.64倍^[10]。

适当地运动可有效降低尿酸水平，减少痛风发作。研究显示每周进行3~5次，心率保持在64%~76%最大心率的中低强度运动，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^[11-12]。

对痛风患者进行健康管理，包括使患者了解嘌呤与高尿酸血症之间的关系，以及尿酸与痛风之间的关系；告知患者要遵循低嘌呤、低糖、低盐、低脂的饮食原则，避免高嘌呤的食物，适量饮水等，可有效提高低嘌呤饮食患者的数量，有助于患者控制血尿酸水平^[13]（推荐强度：强推荐，证据等级：C）。

临床问题5：高尿酸血症及痛风常见哪些证型，如何辨证论治。

推荐意见5：临床常见湿浊内蕴、湿热毒蕴、寒湿痹阻、痰瘀痹阻、脾虚湿热及脾肾亏虚6个证型。高尿酸血症期及间歇期常见湿浊内蕴证，急性关节炎期常见湿热毒蕴证，慢性关节炎期常见痰瘀痹阻证、脾虚湿热证，痛风性肾病期常见脾肾亏虚证^[14-15]。

推荐意见5.1：湿浊内蕴证治以祛湿化浊。推荐方剂：平胃散（《太平惠民和剂局方》）合五苓散（《伤寒论》）^[16]（推荐强度：强推荐，证据等级：C）。推荐中成药：参苓白术丸^[17]（推荐强度：弱推荐，证据等级：C）。

证据描述：1项RCT^[16]结果显示，使用平胃散合五苓散治疗高尿酸血症患者36例，3周后痊愈16例，有效17例，无效3例，总有效率91.66%，总有效率高干别嘌醇组（ $P<0.05$ ）。

1项RCT^[17]结果显示，使用参苓白术丸联合八段锦治疗20例气虚夹痰湿体质的高尿酸血症患者，总疗程2个月，治疗后患者血尿酸较治疗前明显下降（ $P<0.01$ ），与别嘌醇组相比差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。停止治疗3个月后参苓白术丸联合八段锦治疗组血尿酸仍较治疗前明显下降（ $P<0.01$ ），疗效优于别嘌醇（ $P<0.05$ ）。

推荐意见5.2：湿热毒蕴证治以清热解毒，利湿化浊。推荐方剂：四妙散（《成方便读》）^[18]（推荐强度：强推荐，证据等级：B），秦皮痛风方（《圣济总录》化裁）^[19]（推荐强度：强推荐，证据等级：B），当归拈痛汤（《医学启源》）合宣痹汤（《温病条辨》）^[20]（推荐强度：强推荐，证据等级：B）。推荐中成药：1）新癆片^[21]（推荐强度：弱推荐，证据等级：C），2）通滞苏润江胶囊^[22]（推荐强度：弱推荐，证据等级：C），3）四妙丸^[23]（推荐强度：弱推荐，证据等级：C），4）湿热痹颗粒^[24]（推荐强度：弱推荐，证据等级：D），5）正清风痛宁缓释片^[25]（推荐强度：弱推荐，证据等级：C）。

证据描述：1项meta分析^[18]纳入16项RCTs，合计1355例患者，结果显示四妙散加减治疗痛风总有效率[RR=1.12,95%CI=(1.03,1.21), $P=0.005$]、显效率[RR=1.38,95%CI=(1.24,1.53), $P<0.00001$]及降低血尿酸水平[MD=-98.13,95%CI=(-141.69,-54.56), $P<0.00001$]，疗效较单用秋水仙碱有一定优势，差异具有统计学意义；且不良反应发生率较秋水仙碱低，差异具有统计学意义[RR=0.23,95%CI=(0.13,0.39), $P<0.0001$]^[37]。

1项RCT^[19]结果显示，使用秦皮痛风方治疗急性痛风性关节炎53例，与使用双氯芬酸钠缓释片治疗52例相比，两组关节症状评分、中医症候评分、总有效率、疼痛治愈率、疼痛完全缓解时间、患者满意度评分、血沉和C反应蛋白的差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）；治疗后秦皮痛风方组血尿酸水平、不良反应发生率低于双氯芬酸钠缓释片组（ $P<0.05$ ）。

1项RCT^[20]结果显示，使用当归拈痛汤合宣痹汤治疗痛风性关节炎63例，与塞来昔布联合苯溴马隆相比，治疗后患者关节疼痛、关节压痛、关节红肿、活动受限评分、血尿酸、血沉（ESR）、C反应蛋白（CRP）、白细胞介素-1 β （IL-1 β ）、白细胞介素-6（IL-6）、

白细胞介素-8 (IL-8)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α) 水平均下降 ($P<0.01$), 且当归拈痛汤合宣痹汤的对上述指标的改善优于对照组 ($P<0.05$)。

1项RCT^[21]结果显示, 新癪片治疗急性痛风性关节炎210例, 与单用秋水仙碱相比较在总有效率及降低血尿酸方面均无显著性差异 ($P>0.05$), 但不良反应发生例数少 ($P<0.01$)。

1项Meta分析^[22]共纳入551例患者, 将单独使用通滞苏润江胶囊或西药联合通滞苏润江胶囊治疗痛风性关节炎, 与单独使用西药或中成药相比较。结果显示治疗组患者的总有效率[OR=2.21, 95%CI=(1.26,3.86), $P=0.006$]、痊愈率[OR=1.65, 95%CI (1.06,2.58), $P=0.03$]、血尿酸下降水平[MD=-87.36, 95%CI=(-123.85,-50.87), $P<0.00001$]、尿酸下降水平[MD=-0.52, 95%CI=(-0.65,-0.40), $P<0.00001$]、ESR下降水平 [MD=-3.73, 95%CI=(-5.78,-1.67), $P=0.0004$]、关节功能改善水平[MD=0.14, 95%CI=(0.06,0.22), $P=0.001$]均优于对照组, 差异均有统计学意义。在安全性方面, 治疗组总不良反应发生率[OR=0.71, 95%CI=(0.24,2.11), $P=0.54$]较对照组低, 差异无统计学意义。

1项RCT^[23]结果显示, 四妙丸联合苯溴马隆治疗35例痛风性关节炎患者, 治疗后患者WOMAC评分、CRP、TNF- α 、IL-6水平均降低 ($P<0.05$), 且疗效优于单用苯溴马隆 ($P<0.05$)。

1项RCT^[24]结果显示, 湿热痹颗粒联合苯溴马隆治疗45例痛风性关节炎, 能有效改善患者关节疼痛VAS评分 ($P<0.05$), 降低患者血尿酸、干扰素- γ (IFN- γ) 水平 ($P<0.05$), 上调白细胞介素-4 (IL-4) 水平 ($P<0.05$), 疗效优于单独应用苯溴马隆组。

1项RCT^[25]结果显示, 正清风痛宁缓释片口服联合正清风痛宁注射液关节腔灌洗治疗45例湿热蕴结型老年急性痛风性关节炎, 能够改善患者关节疼痛、压痛、肿胀 ($P<0.05$), 降低患者ESR, CRP, UA水平 ($P<0.05$), 且疗效优于秋水仙碱 ($P<0.05$)。

推荐意见5.3: 寒湿痹阻证治以温经散寒, 祛湿通络。推荐方剂: 桂枝附子汤 (《伤寒论》) ^[26] (推荐强度: 强推荐, 证据等级: B), 桂枝芍药知母汤 (《金匮要略》) ^[27] (推荐强度: 弱推荐, 证据等级: B)。

证据描述: 1项RCT ^[26]结果显示, 使用桂枝附子汤联合依托考昔治疗痛风性关节炎2周后, 患者中医证候积分、UA、ESR、Cr、IL-1 β 、IL-6、IL-8 及 TNF- α 水平均明显降低

($P<0.05$)，且疗效优于单纯使用依托考昔组($P<0.05$)。两组不良反应发生率差异无统计学意义($P>0.05$)。

1项RCT^[27]结果显示，使用桂枝芍药知母汤联合依托考昔治疗57例痛风性关节炎患者，能有效改善患者VAS评分、UA、CRP、ESR水平($P<0.05$)，且疗效优于单独使用依托考昔组($P<0.05$)。

推荐意见5.4：痰瘀痹阻证治以化痰散结，活血通络。推荐方剂：上中下通用痛风方（《丹溪心法》）^[28]（推荐强度：弱推荐，证据等级：C），双合汤（《万病回春》）^[29]（推荐强度：强推荐，证据等级：C）。推荐中成药：1）瘀血痹颗粒^[30]（推荐强度：弱推荐，证据等级：C），2）益肾蠲痹丸^[31]（推荐强度：弱推荐，证据等级：C）。

证据描述：1项RCT^[28]结果显示，使用上中下通用痛风方联合双氯芬酸钠缓释胶囊治疗35例急性痛风性关节炎，能有效改善患者关节疼痛、肿胀($P<0.05$)，缩短病程，疗效优于单独使用双氯芬酸钠($P<0.05$)。并能有效降低患者血尿酸、血沉水平($P<0.05$)，与单独使用双氯芬酸钠的差异无统计学意义($P>0.05$)。

1项RCT^[29]结果显示，使用双合汤联合非布司他治疗24例慢性痛风性关节炎患者，能有效降低血尿酸水平、改善肝肾功能、缩小痛风石($P<0.05$)，且疗效优于单独使用非布司他($P<0.05$)。

1项RCT^[30]结果显示，使用瘀血痹颗粒治疗34例瘀血痹阻型痛风性关节炎，总有效率达88.2%，能有效改善患者关节疼痛、肿胀及压痛($P<0.05$)，且疗效优于正清风痛宁($P<0.05$)。

1项RCT^[31]结果显示，使用内服益肾蠲痹丸联合外敷双柏散治疗58例急性痛风性关节炎，能够有效缓解患者关节疼痛、压痛、肿胀，降低患者CRP、ESR、IL-1 β 、UA水平($P<0.05$)，且疗效优于双氯芬酸钠缓释片联合碳酸氢钠片治疗($P<0.05$)。

推荐意见5.5：脾虚湿热证治以益气健脾，清热利湿。推荐方剂：防己黄芪汤（《金匮要略》）^[32]（推荐强度：弱推荐，证据等级：C）。

证据描述：1项RCT^[32]结果显示，使用防己黄芪汤联合非布司他治疗60例脾虚湿阻型痛风性关节炎，能够有效改善患者中医证候积分、血尿酸、CRP($P<0.01$)，且疗效优于单独使用非布司他($P<0.01$)。

推荐意见5.6: 脾肾亏虚证治以健脾益肾，利湿化浊。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》）^[33]（推荐强度：弱推荐，证据等级：B）。推荐中成药：1）黄葵胶囊^[34]（推荐强度：弱推荐，证据等级：C），2）萆薢分清丸^[35]（推荐强度：弱推荐，证据等级：D）。

证据描述: 1项非随机对照试验^[33]结果显示，使用济生肾气丸合参苓白术散联合西药治疗34例痛风性肾病患者，显效13例，有效15例，无效6例，总有效率82.35%。患者血肌酐、尿素氮水平明显下降，且疗效优于单独使用西药（ $P<0.05$ ）。

1项RCT^[34]结果显示，黄葵胶囊联合苯溴马隆治疗30例痛风性肾病患者，能有效降低患者血尿酸、血肌酐、血尿素氮、血清胱抑素C、24h尿蛋白定量、尿沉渣红细胞计数（ $P<0.05$ ），且疗效优于单独使用苯溴马隆（ $P<0.05$ ）。

1项RCT^[35]结果显示，使用萆薢分清丸治疗高尿酸血症患者总有效率为90.00%，治疗后血肌酐、尿素氮、尿 β 2微球蛋白、尿pH值较治疗前均改善（ $P<0.05$ ）。

临床问题6: 中药使用注意事项。

推荐意见6: 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^[36]，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（推荐强度：弱推荐，证据等级：D）。

临床问题7: 中医外治法是否有助于疾病的治疗。

推荐意见7: 中医特色外治法，包括刺络放血、针灸、中药外敷、中药泡洗等，在本病的治疗中体现独特的优势。

推荐意见7.1: 针灸有助于改善病情，急性关节炎期针刺穴位多选三阴交、足三里、阴陵泉、太冲、曲池、合谷、内庭、行间等清热祛湿、健脾泄浊的穴位，以及阿是穴。慢性关节炎期针刺可选用足三里、三阴交、阴陵泉等健脾利湿穴位，痰瘀痹阻证可配伍血海穴等活血化瘀，脾肾亏虚证可配伍太溪穴、照海穴等补益脾肾^[37,38]（推荐强度：弱推荐，证据等级：C）。

证据描述: 1项meta^[37]分析纳入2548例痛风性关节炎患者，结果显示，相较于仅接受药物治疗的患者，接受针灸疗法治疗的患者在血尿酸水平[WMD=-53.98,95%CI(-85.01,-22.95)， $P<0.01$]、ESR[WMD=-6.01,95%CI(-10.35,-1.67), $P<0.01$]方面均有显著改善；且针

灸治疗组患者的复发率显著低于非针灸治疗组[OR=0.20,95%CI(0.14,0.28), $P<0.01$]。Cox 多因素回归分析结果进一步验证,因接受针灸治疗而降低的复发率不受其他潜在因素影响,且是否使用针灸治疗与复发率的关联性最显著($P<0.01$)。

推荐意见7.2: 刺络放血有助于改善病情,多选用阿是穴、太冲、行间、内庭、委中等^[39] (推荐强度:弱推荐,证据等级:C)。

证据描述: 1项meta^[39]分析共纳入1707名患者,结果显示,刺血疗法治疗痛风性关节炎在总有效率方面显著高于常规西药疗法[RR=1.125,95%CI(1.055,1.197), $Z=3.65,P=0.000$],在不良反应发生率方面显著低于常规西药疗法[RR=0.224,95%CI(0.110,0.453), $Z=4.16,P=0.000$]。单纯刺血疗法与常规西药治疗比较,差异无统计学意义,但是在刺血疗法基础上联合西药、中药或者点灸等都能取得良好的治疗效果。当疗程大于1周时,刺血疗法疗效明显优于常规西药疗法。

推荐意见7.3: 外用药物以清热祛湿药物为主,临床可选用大黄、苍术、黄柏、牛膝、忍冬藤、虎杖、威灵仙等药物泡洗、外敷。寒湿痹阻证外用药物可选择川乌、草乌,痰瘀痹阻证患者,可选择乳香、没药、桃仁、红花及虫类药物等;脾虚湿热证患者选择清热利湿药物与急性期相似,可酌情加用健脾药物^[40] (推荐强度:弱推荐,证据等级:C)。中药泡洗强调水温宜与体温相近,忌高温。藏药青鹏软膏外用可用于治疗急性痛风性关节炎^[41] (推荐强度:弱推荐,证据等级:C)。

证据描述: 1项meta分析^[40]纳入了15项RCTs,结果显示,中药外洗总体疗效优于西医治疗或其他干预措施[OR=3.692;95%CI(2.408,5.661); $P<0.001$],两组间CRP水平没有明显差异[WMD=1.093,95%CI(-2.514,4.701); $P=0.553$]。在减少不良反应方面中药外洗优于西医治疗或其他干预措施[OR=0.135;95%CI(0.067,0.274); $P<0.001$]。1项RCT显示^[41],使用青鹏软膏联合依托考昔治疗痛风性关节炎,患者实验室指标及临床症状体征评分均明显改善($P<0.05$),且效果优于单独使用依托考昔及依托考昔和凡士林联用($P<0.05$)。有一项青鹏软膏治疗痛风的多中心随机双盲安慰剂对照临床试验已经完成^[42],期待结果在后续指南更新当中提供新的证据。

临床问题8: 不同时期西药的选择。

推荐意见8.1: 急性关节炎期以抗炎止痛为主, 选用非甾体类抗炎药 (NSAIDs)、秋水仙碱及糖皮质激素。

证据描述: 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^[5,43-45]。选择性环氧酶-2抑制剂胃肠道不良反应发生率较少, 但可能引起心血管事件的危险性增加, 心功能不全者慎用。使用依托考昔时应注意, 用量为60mg/d时, 用药不宜超过4周; 用量为120mg/d时, 用药不宜超过8天。老龄、肾功能不全、既往有消化道溃疡、出血、穿孔的患者应慎用。NSAIDs使用过程中需监测肾功能, 严重肾功能不全患者不建议使用 (推荐强度: 强推荐, 证据等级: C)。

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^[5,46], 因此推荐使用低剂量秋水仙碱, 推荐服药方式为0.5mg/次, 每日1~3次 (推荐强度: 弱推荐, 证据等级: C)。

对非甾体类抗炎药和秋水仙碱不耐受, 或病情难以控制的患者可考虑使用口服或注射糖皮质激素, 疗程一般不超过10天 (推荐强度: 弱推荐, 证据等级: C) ^[5,44-45]。

推荐意见8.2: 降尿酸药物包括抑制尿酸生成及促进尿酸排泄两类。抑制尿酸生成药物包括别嘌醇和非布司他, 促进尿酸排泄药物为苯溴马隆。

证据描述: 别嘌醇常规剂量为300mg/d, 起始剂量100mg/d, 逐步增加剂量至200~300mg/d, 最大剂量为600mg/d。CKD3或4期起始剂量50mg/d, 每4周增加50mg, 最大剂量200mg/d。CKD5期禁用。由于别嘌醇容易出现过敏反应, 使用前应筛查HLA-B*5801基因, 已证实该基因与别嘌醇超敏反应存在明显相关性, 对于HLA-B*5801阳性患者国内外指南均不推荐使用别嘌醇^[47] (推荐强度: 强不推荐, 证据等级: B)。非布司他起始剂量20mg/d, 2~4周可增加20mg/d, 最大剂量为80mg/d。CKD4或5期患者建议优先使用非布司他, 最大剂量为40mg。合并心血管疾病患者慎用, 使用时需定期监测肝功能^[48-49] (推荐强度: 强推荐, 证据等级: B)。

苯溴马隆起始剂量为25mg/d, 2~4周可增加25mg/d, 常用剂量为50mg/d。eGFR < 20ml/min/1.73m²或肾结石患者禁用。合并慢性肝病患者慎用^[50-51] (推荐强度: 强推荐, 证据等级: B)。

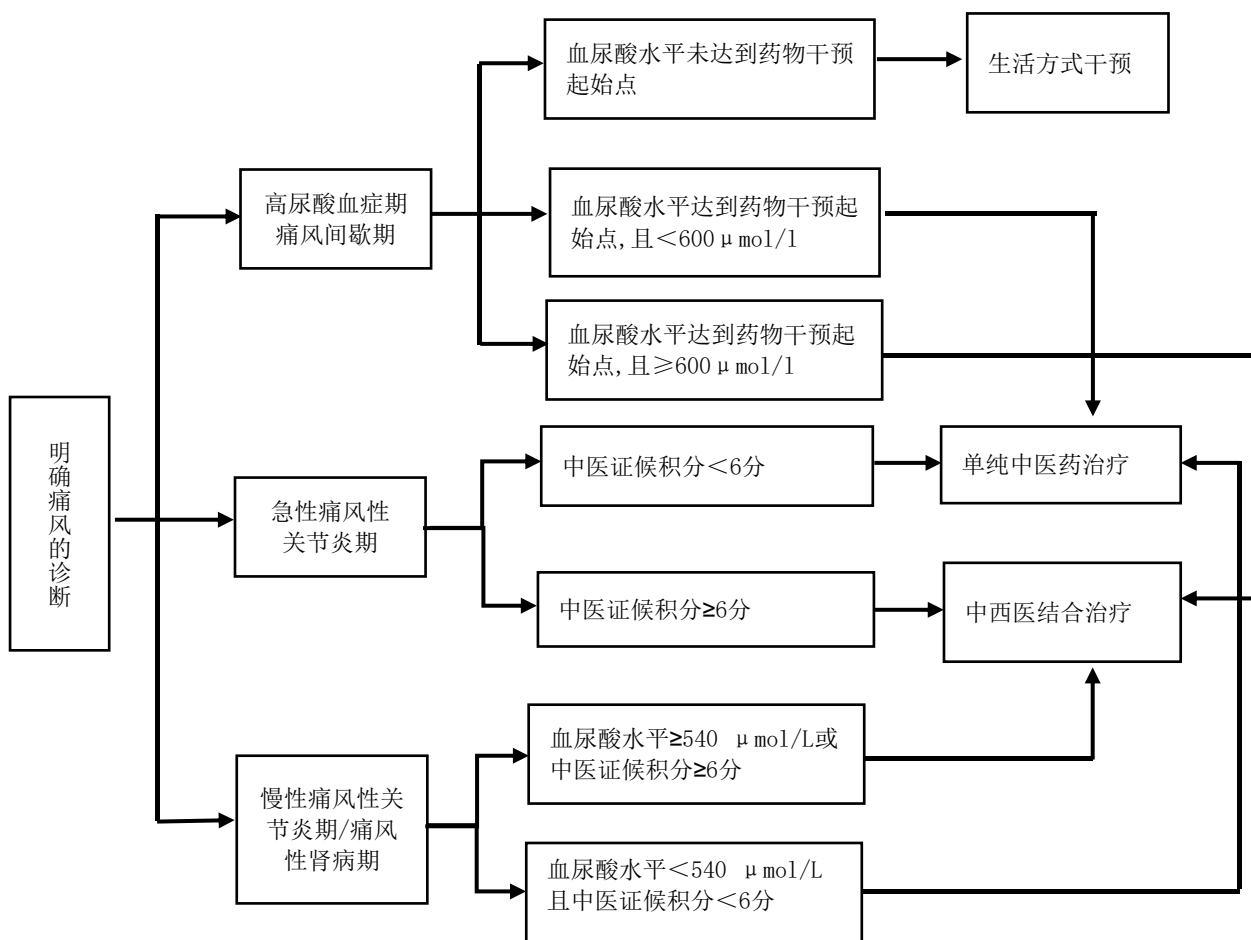


图1 临床思维导图

附录A 食物嘌呤含量表

资料性

含嘌呤较少食物（100g食物嘌呤含量<50mg）

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

含嘌呤较高的食物（100g食物嘌呤含量50~150mg）

豆类及制品	嘌呤	肉类	嘌呤	海鲜	嘌呤	其他	嘌呤	坚果、果干	嘌呤
红豆	53.2	猪脑	66.3	小龙虾	60	笋干	53.6	黑芝麻	57
豆腐	55.5	猪大肠	69.8	螃蟹	81.6	米糠	54	李干、无花果	64
杂豆	57	牛肚	79	乌贼	87.9	菜豆	58.5	腰果	80
豆腐干	66.5	牛肉	83.7	鳊鱼	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	黑鲟鱼	140.6				

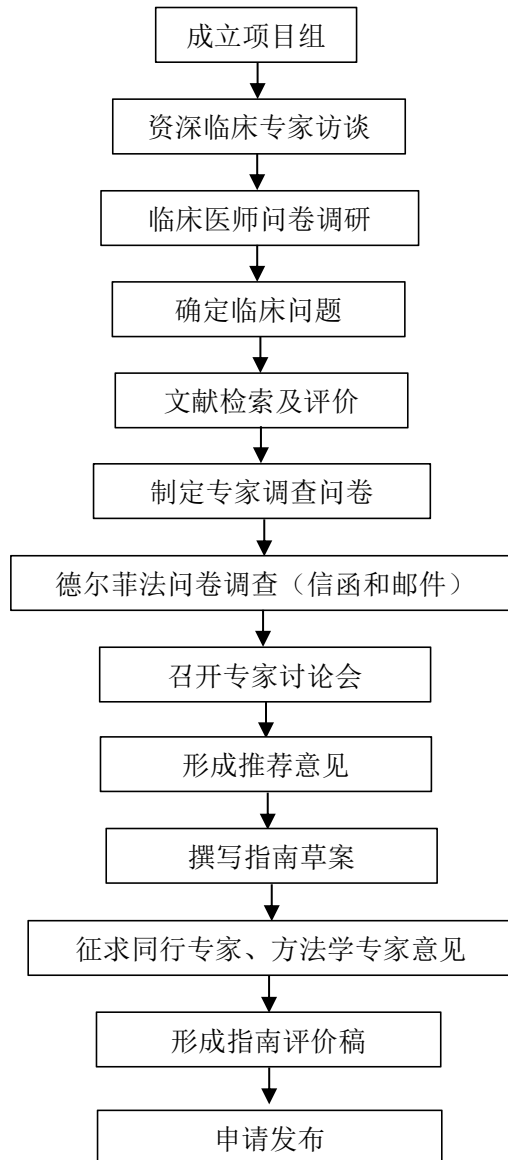
含嘌呤高的食物（100g食物嘌呤含量>150mg）

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	白鲟鱼	238.1	酵母	589.1
鸭肝	301.5	牡蛎	239	浓肉汤	160~400
猪心	530	泥鳅	247	鸡精	518
		带鱼	291.6		
		沙丁鱼	295		
		鲑鱼	297		
		凤尾鱼	363		
		干贝	390		
		蚌蛤	436.3		
		虾皮、虾干、蟹黄	>150		
		小鱼干	1538.9		

附录B 编制方法

(详见编制说明)


资料性



附录C 证据概要表

资料性

Q1: 平胃散合五苓散 compared to 别嘌醇 for 高尿酸血症

Certainty assessment							N _e : 患者的		效果		Certainty	重要性
N _e : 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
1	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无	33/36 (91.66%)	23/36 (63.89%)	RR 1.43 (1.10 到 1.87)	-	 Low	重要

总有效率





CI: Confidence interval; RR: Risk ratio

Explanations

a. 纳入研究没有报告随机和分配隐藏

b. 总样本不够, 可信区间太宽

Q2: 八段锦联合服用参苓白术丸 compared to 别嘌醇 for 气虚夹痰湿体质的高尿酸血症




Certainty assessment							N _e : 患者的		效果		Certainty	重要性
N _e ; 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
治疗后总有效率												
1	非随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无	16/26 (61.54%)	4/14 (28.57%)	RD 0.62 (0.41 到 0.82)	-	 Low	重要
停止治疗3月后总有效率												
1	非随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无	12/26 (46.15%)	3/14 (21.43%)	RD 0.25 (-0.04 到 0.54)	-	 Low	重要
治疗后血尿酸水平												
1	非随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无	-	-	-	MD -47.48 (-102.53 到 7.57)	 Low	重要
停止治疗3月后血尿酸水平												
1	非随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无	-	-	-	MD -76.31 (-128.50 到 -24.12)	 Low	重要

CI: Confidence interval; MD: Mean difference; RD: Risk difference

Explanations

- a. 纳入研究没有报告随机和分配隐藏
- b. 总样本不够，可信区间太宽

Q3: 四妙散 compared to 西药 for 痛风

Certainty assessment							N _e ; 患者的		效果		Certainty	重要性
N _e ; 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
总有效率												
17	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	667/754 (88.46%)	512/681 (75.18%)	RR 1.18 (1.12 到 1.24)	-	 Mediated	重要
治疗后血尿酸水平												
9	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	-	-	-	MD - 90.42 (-129.00 到 -51.84)	 Mediated	重要
不良反应												
7	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	14/239 (5.86%)	62/234 (26.50%)	RR 0.23 (0.13 到 0.39)	-	 Mediated	重要

CI: Confidence interval; MD: Mean difference; RR: Risk ratio

Explanations

- a. 纳入研究没有报告分配隐藏
- b. 不一致性较大

Q4: 秦皮痛风方 compared to 西药 for 急性痛风

Certainty assessment							N _e ; 患者的		效果		Certainty	重要性
N _e ; 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
总有效率												
2	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	210/236 (88.89%)	194/235 (82.55%)	RR 1.08 (1.00 到 1.16)	-	<div><div><div><div></div></div><div><div></div></div><div><div></div></div><div><div></div></div></div><div>Mediated</div></div>	重要
血尿酸水平												
2	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	-	-	-	MD - 70.21 (-102.12 到 -38.29)	<div><div><div><div></div></div><div><div></div></div><div><div></div></div><div><div></div></div></div><div>Mediated</div></div>	重要

CI: Confidence interval; MD: Mean difference;RR: Risk ratio


Explanations

- a. 纳入研究没有报告分配隐藏
b. 不一致性较大


Q4: 当归拈痛汤合宣痹汤 compared to 西药 for 急性痛风

Certainty assessment							N _e ; 患者的		效果		Certainty	重要性
Ne; 研究的	研究 设计	偏倚 风险	不一致 性	间接 性	精确 性	其他考虑因素【注意事 项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		


总有效率

2	随机 试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	131/138 (94.93%)	110/138 (79.71%)	RR 1.19 (1.09 到 1.31)	-	 Mediated	重要
---	----------	-----------------	-----	-----	-----	---	---------------------	---------------------	-----------------------------	---	---	----


IL-1 β

2	随机 试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	-	-	-	MD - 6.05 (- 6.85 到 -5.23)	 Mediated	重要
---	----------	-----------------	-----	-----	-----	---	---	---	---	-------------------------------------	---	----


IL-6

2	随机 试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	-	-	-	MD - 6.94 (- 8.34 到 -5.53)	 Mediated	重要
---	----------	-----------------	-----	-----	-----	---	---	---	---	-------------------------------------	---	----

IL-8

2	随机 试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	-	-	-	MD - 8.06 (- 8.82 到 -7.29)	 Mediated	重要
---	----------	-----------------	-----	-----	-----	---	---	---	---	-------------------------------------	---	----

TNF- α

2	随机 试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	-	-	-	MD - 5.81 (- 6.99 到 -4.64)	 Mediated	重要
---	----------	-----------------	-----	-----	-----	---	---	---	---	-------------------------------------	---	----

CI: Confidence interval; MD: Mean difference;RR: Risk ratio

Explanations


- a. 纳入研究没有报告分配隐藏

Q5: 新癍片 compared to 西药 for 急性痛风

Certainty assessment							N _e ; 患者的		效果		Certainty	重要性
----------------------	--	--	--	--	--	--	----------------------	--	----	--	-----------	-----

N ₂ ; 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	【干预】	【对照】	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
----------------------	------	------	------	-----	-----	--------------	------	------	-------------	-------------	--	--

总有效率

2	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	243/256 (94.92%)	131/146 (89.73%)	RR 1.09 (0.90 到 1.33)	-		重要
---	------	-----------------	-----------------	-----	-----	---	------------------	------------------	-----------------------	---	---	----

CI: Confidence interval; RR: Risk ratio


Explanations

- a. 纳入研究没有报告分配隐藏
b. 不一致性较大


Q6: 通滞苏润江胶囊 compared to 抗痛风中西成药 for 痛风

Certainty assessment							N ₂ ; 患者的		效果		Certainty	重要性
N ₂ ; 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	【干预】	【对照】	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		

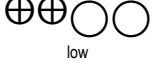
总有效率

6	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	208/230 (90.43%)	178/219 (81.28%)	OR 2.21 (1.26 到 3.86)	-		重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----	---	------------------	------------------	-----------------------	---	---	----


血尿酸水平

5	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	-	-	-	MD - 87.36 (-123.85 到 -50.87)		重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----	---	---	---	---	-------------------------------	---	----

ESR

5	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	-	-	-	MD - 3.73 (-5.78 到 -1.67)		重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----	---	---	---	---	---------------------------	---	----

不良反应

6	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	22/226 (9.73%)	30/213 (14.08%)	OR 0.71 (0.24 到 2.11)	-		重要
---	------	-----------------	-----------------	-----	-----	---	----------------	-----------------	-----------------------	---	---	----

CI: Confidence interval; MD: Mean difference; OR: Odds ratio


Explanations

- a. 纳入研究没有报告分配隐藏
b. 不一致性较大


Q7: 四妙丸联合西药 compared to 西药 for 痛风

Certainty assessment							N _e ; 患者的		效果		Certainty	重要性
N _e ; 研究的	研究 设计	偏倚 风险	不一 致性	间接 性	精确 性	其他考虑因素【注意 事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		

总有效率

2	随机 试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	61/65 (93.85%)	51/65 (78.46%)	RR 1.20 (1.04 到 1.38)	-	 low	重要
---	----------	-----------------	-----	-----	-----	---	-------------------	-------------------	-----------------------------	---	--	----

血尿酸水平

2	随机 试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	-	-	-	MD - 43.28 (- 74.75 到 - 11.81)	 low	重要
---	----------	-----------------	-----------------	-----	-----	---	---	---	---	--	--	----

CI: Confidence interval; MD: Mean difference; RR: Risk ratio


Explanations

- a. 纳入研究没有报告分配隐藏
- b. 不一致性较大


Q8: 湿热痹颗粒 compared to 中西药 for 痛风

Certainty assessment							N _e ; 患者的		效果		Certainty	重要性
N _e ; 研究的	研究 设计	偏倚 风险	不一 致性	间接 性	精确 性	其他考虑因素【注意 事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		

总有效率

2	随机 试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	88/99 (88.89%)	48/62 (77.42%)	RR 1.20 (1.03 到 1.40)	-	 Very low	重要
---	----------	-----------------	-----	-----	-----	---	-------------------	-------------------	-----------------------------	---	---	----

血尿酸水平

2	随机 试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	-	-	-	MD - 65.56 (- 77.85 到 - 53.26)	 Very low	重要
---	----------	-----------------	-----	-----	-----	---	---	---	---	--	---	----

CI: Confidence interval; MD: Mean difference; RR: Risk ratio

Explanations


- a. 纳入研究没有报告分配隐藏

Q9: 滑膜炎颗粒联合布洛芬 compared to 布洛芬 for 痛风湿热蕴结证


Certainty assessment							N _e ; 患者的		效果		Certainty	重要性
----------------------	--	--	--	--	--	--	----------------------	--	----	--	-----------	-----

№; 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	【干预】	【对照】	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
-----------	------	------	------	-----	-----	--------------	------	------	----------------	----------------	--	--


总有效率

1	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无	29/30 (96.67%)	26/30 (86.67%)	RR 1.12 (0.95 到 1.30)	-		重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	-------------------	-------------------	--------------------------	---	---	----


血尿酸水平

1	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无	-	-	-	MD - 21.00 (- 41.14 到 - 0.86)		重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	---	---	---	-------------------------------	---	----

ESR

1	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无	-	-	-	MD - 5.54 (- 9.17 到 -1.91)		重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	---	---	---	----------------------------	---	----

CRP

1	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无	-	-	-	MD - 4.79 (- 6.94 到 -2.64)		重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	---	---	---	----------------------------	---	----

CI: Confidence interval; MD: Mean difference; RR: Risk ratio


Explanations

- a. 纳入研究没有报告随机和分配隐藏
- b. 总样本不够，可信区间太宽


Q10: 正清风痛宁片 compared to 中西药 for 急性痛风

Certainty assessment						№; 患者的		效果		Certainty	重要性
№; 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	【干预】	【对照】	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)	


总有效率

3	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	122/127 (96.06%)	93/128 (72.66%)	RR 1.32 (1.18 到 1.48)	-		重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----	---	---------------------	--------------------	--------------------------	---	---	----

不良反应

2	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	15/97 (15.46%)	12/97 (12.37%)	RR 1.25 (0.62 到 2.53)	-		重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----	---	-------------------	-------------------	--------------------------	---	---	----

血尿酸水平

3	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	-	-	-	MD - 59.74 (- 65.88 到 - 53.59)		重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----	---	---	---	---	--------------------------------	---	----

Certainty assessment							№; 患者的		效果		Certainty	重要性
№; 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		

ESR

3	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	-	-	-	MD - 4.61 (-5.69 到 -3.54)		重要
---	------	-----------------	-----------------	-----	-----	---	---	---	---	---------------------------	---	----

IL-1β

2	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	-	-	-	MD - 8.42 (-9.57 到 -7.26)		重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----	---	---	---	---	---------------------------	---	----

TNF-α

2	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	-	-	-	MD - 7.70 (-9.55 到 -5.84)		重要
---	------	-----------------	-----------------	-----	-----	---	---	---	---	---------------------------	---	----

CI: Confidence interval; MD: Mean difference; RR: Risk ratio


Explanations

- a. 纳入研究没有报告分配隐藏
- b. 不一致性较大

Q11: 痛风定胶囊联合苯溴马隆 compared to 苯溴马隆 for 高尿酸血症

Certainty assessment							№; 患者的		效果		Certainty	重要性
№; 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		

血尿酸水平

1	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无	-	-	-	MD - 57.13 (-66.65 到 -47.61)		重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	---	---	---	------------------------------	---	----

CI: Confidence interval; MD: Mean difference;


Explanations

- a. 纳入研究没有报告随机和分配隐藏
- b. 总样本不够, 可信区间太宽

Q12: 痛风定胶囊联合西药 compared to 西药 for 痛风

Certainty assessment							N _e ; 患者的		效果		Certainty	重要性
N _e ; 研究的	研究 设计	偏倚 风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		

血尿酸水平

2	随机 试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	-	-	-	MD - 84.73 (- 92.01 到 - 77.44)	 Very low	重要
---	----------	-----------------	-----	-----	-----	---	---	---	---	--	---	----

CI: Confidence interval; MD: Mean difference;


Explanations

a. 纳入研究没有报告随机和分配隐藏

Q13: 风痛定胶囊 compared to 辣椒碱软膏 for 急性痛风

Certainty assessment							N _e ; 患者的		效果		Certainty	重要性
N _e ; 研究的	研究 设计	偏倚 风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		

总有效率

1	非随 机试 验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无	20/22 (90.91%)	21/22 (95.45%)	RD -0.05 (-0.19 到 0.10)	-	 Very low	重要
---	---------------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	-------------------	-------------------	-------------------------------	---	---	----

CI: Confidence interval; RD: Risk difference

Explanations

a. 纳入研究没有报告随机和分配隐藏

b. 总样本不够, 可信区间太宽

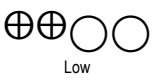
Q14: 桂枝附子汤联合中药外敷及苯溴马隆、碳酸氢钠 compared to 苯溴马隆、碳酸氢钠 for 寒湿痹阻型痛风性关节炎

Certainty assessment							N _e ; 患者的		效果		Certainty	重要性
N _e ; 研究的	研究 设计	偏倚 风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		

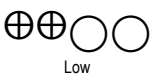
血尿酸水平

Certainty assessment							№; 患者的		效果		Certainty	重要性
№; 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
2	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	-	-	-	MD - 44.45 (-68.45 到 -20.46)	 Low	重要

hs-CRP

2	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	-	-	-	MD - 16.57 (-21.63 到 -11.50)	 Low	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----	---	---	---	---	------------------------------	--	----

ESR

2	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	-	-	-	MD - 7.80 (-13.31 到 -2.29)	 Low	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----	---	---	---	---	----------------------------	--	----

CI: Confidence interval; MD: Mean difference;

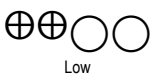
Explanations

a. 纳入研究没有报告随机和分配隐藏

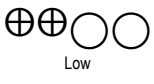
Q15: 桂枝芍药知母汤联合西药 compared to 西药 for 急性痛风性关节炎

Certainty assessment							№; 患者的		效果		Certainty	重要性
№; 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		

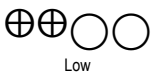
总有效率

3	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	143/151 (94.70%)	124/147 (84.35%)	RR 1.12 (1.04 到 1.22)	-	 Low	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----	---	------------------	------------------	-----------------------	---	--	----

CRP

3	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	-	-	-	MD - 3.73 (-4.55 到 -2.92)	 Low	重要
---	------	-----------------	-----------------	-----	-----	---	---	---	---	---------------------------	--	----

尿酸

3	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	-	-	-	MD - 5.91 (-14.45 到 2.62)	 Low	重要
---	------	-----------------	-----------------	-----	-----	---	---	---	---	---------------------------	--	----

ESR

Certainty assessment							№; 患者的		效果		Certainty	重要性
№; 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
3	随机试验	严重 ^a	严重 ^b	不严重	不严重	无	-	-	-	MD - 5.90 (- 6.75 到 -5.04)	 Low	重要

CI: Confidence interval; MD: Mean difference; RR: Risk ratio


Explanations

- a. 纳入研究没有报告分配隐藏
b. 不一致性较大

Q16: 上中下通用痛风方联合非甾 compared to 非甾 for 急性痛风性关节炎

Certainty assessment							№; 患者的		效果		Certainty	重要性
№; 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
2	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	-	-	-	MD - 27.05 (- 46.61 到 - 7.50)	 Low	重要

血尿酸

2	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	-	-	-	MD - 9.87 (- 14.38 到 - 5.35)	 Low	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----	---	---	---	---	------------------------------	---	----

ESR

CI: Confidence interval; MD: Mean difference

Explanations

- a. 纳入研究没有报告分配隐藏


Q17: 双合汤联合非布司他 compared to 非布司他 for 慢性痛风石性关节炎

Certainty assessment							№; 患者的		效果		Certainty	重要性
№; 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		

血尿酸

Certainty assessment							№; 患者的		效果		Certainty	重要性
№; 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
2	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	-	-	-	MD - 109.10 (-167.01 到 - 51.19)	 Low	重要

CRP


2	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	-	-	-	MD - 5.42 (- 9.02 到 -1.82)	 Low	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----	---	---	---	---	----------------------------	--	----

CI: Confidence interval; MD: Mean difference


Explanations

a. 纳入研究没有报告分配隐藏

Q18: 瘀血痹颗粒 compared to 正清 for 瘀血痹阻型痛风

Certainty assessment							№; 患者的		效果		Certainty	重要性
№; 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
1	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无	30/34 (88.20%)	10/14 (71.40%)	RR -1.24 (0.87 到 1.76)	-	 Low	重要

总有效率

1	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无	-	-	-	MD - 29.89 (- 60.76 到 0.98)	 Low ⁼	重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	---	---	---	-----------------------------	---	----

CI: Confidence interval; MD: Mean difference; RR: Risk ratio

Explanations

a. 纳入研究没有报告分配隐藏

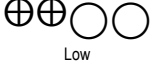
b. 总样本不够, 可信区间太宽

Q19: 益肾蠲痹丸 compared to 西药 for 急性痛风

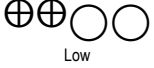
Certainty assessment							№; 患者的		效果		Certainty	重要性
----------------------	--	--	--	--	--	--	--------	--	----	--	-----------	-----

№; 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		
--------	------	------	------	-----	-----	--------------	------	------	-------------	-------------	--	--

总有效率

2	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	89/94 (94.68%)	70/94 (74.47%)	RR 1.27 (1.12 到 1.44)	-		重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----	---	----------------	----------------	-----------------------	---	---	----

不良反应

2	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	不严重	无	3/94 (3.19%)	8/94 (8.51%)	RR 0.41 (0.12 到 1.38)	-		重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----	---	--------------	--------------	-----------------------	---	---	----

CI: Confidence interval; RR: Risk ratio

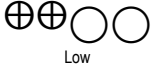
Explanations

a. 纳入研究没有报告分配隐藏

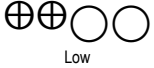
Q20: 防己黄芪汤联合非布司他 compared to 非布司他 for 脾虚湿阻型痛风

Certainty assessment							№; 患者的		效果		Certainty	重要性
№; 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		

总有效率

1	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无	55/60 (91.67%)	47/60 (78.33%)	RR 1.17 (1.00 到 1.36)	-		重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	----------------	----------------	-----------------------	---	---	----

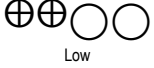
血尿酸

1	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无	-	-	-	MD - 65.14 (- 99.45 到 - 30.83)		重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	---	---	---	--------------------------------	---	----

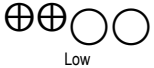
ESR

1	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无	-	-	-	MD - 1.12 (- 7.04 到 4.80)		重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	---	---	---	---------------------------	---	----

CRP

1	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无	-	-	-	MD - 2.41 (- 4.03 到 -0.79)		重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	---	---	---	----------------------------	---	----

不良反应

1	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无	6/60 (10%)	23/60 (38.33%)	RR 0.26 (0.11 到 0.59)	-		重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	------------	----------------	-----------------------	---	---	----

CI: Confidence interval; MD: Mean difference; RR: Risk ratio

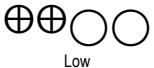
Explanations

- a. 纳入研究没有报告分配隐藏
- b. 总样本不够，可信区间太宽

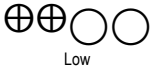
Q21: 济生肾气丸合参苓白术散 compared to 西药 for 痛风性肾病

Certainty assessment							N _e ; 患者的		效果		Certainty	重要性
N _e ; 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		

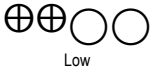
总有效率

1	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无	28/34 (82.35%)	21/34 (61.76%)	RD 0.21 (0.00 到 0.41)	-		重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	----------------	----------------	-----------------------	---	---	----

血尿酸

1	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无	-	-	-	MD - 71.30 (- 117.13 到 - 25.47)		重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	---	---	---	---------------------------------	---	----

Scr

1	随机试验	严重 ^a	不严重	不严重	严重 ^b	无	-	-	-	MD - 49.70 (- 145.99 到 46.59)		重要
---	------	-----------------	-----	-----	-----------------	---	---	---	---	-------------------------------	---	----

CI: Confidence interval; MD: Mean difference; RD: Risk difference


Explanations

- a. 纳入研究没有报告分配隐藏
- b. 总样本不够，可信区间太宽

Q22: 草薢分清丸联合别嘌醇 compared to 别嘌醇 for 痛风高尿酸血症

Certainty assessment							N _e ; 患者的		效果		Certainty	重要性
N _e ; 研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对 (95% CI)	绝对 (95% CI)		

FAS集12周血尿酸<6mg/dl 率

1	随机试验	不严重	不严重	不严重	严重 ^a	无	10/35 (28.57%)	3/35 (8.57%)	RR 3.33 (1.00 到 11.09)	-		重要
---	------	-----	-----	-----	-----------------	---	----------------	--------------	------------------------	---	---	----

PPS集12周血尿酸<6mg/dl 率

Certainty assessment							N ₀ ；患者的		效果		Certainty	重要性
N ₀ ；研究的	研究设计	偏倚风险	不一致性	间接性	精确性	其他考虑因素【注意事项】	[干预]	[对照]	相对(95% CI)	绝对(95% CI)		
1	随机试验	不严重	不严重	不严重	严重 ^a	无	10/31 (32.26%)	3/28 (10.71%)	RR 3.01 (0.92 到 9.84)	-	⊕○○○ Very low	重要

CI: Confidence interval;RR: Risk ratio

Explanations

- a. 总样本不够，可信区间太宽

附录D 缩略词对照表

资料性

缩略词	英文全称	中文全称
ACR	American College of Rheumatology	美国风湿病学会
CI	Confidence interval	置信区间
CKD	Chronic kidney disease	慢性肾脏病
CRP	C-reactive protein	C反应蛋白
ESR	erythrocyte sedimentation Rate	红细胞沉降率
EULAR	European League Against Rheumatism	欧洲抗风湿联盟
FE _{UA}	fractional excretion of uric acid	尿酸排泄分数
IL	Interleukin	白细胞介素
MD	Mean difference	均数差
NSAID	Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs	非甾体类抗炎药
OR	Odds ratio	比值比
RCT	randomized controlled trial,	随机对照试验
RR	Risk ratio	风险比
TNF	tumor necrosis factor	肿瘤坏死因子
UA	uric acid	尿酸
VAS	visual analogue scale	视觉模拟评分
WMD	weighted Mean difference	加权均数差
WOMAC	The Western Ontario and McMaster Universities	美国西部ontario和mcmaster大学骨关节炎指数评分

参考文献

- [1] 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.
- [2] NEOGI T, JANSEN TLTA, DALBETH N, et al. 2015 Gout classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative[J].Ann Rheum Dis,2016,75(2):473-473.
- [3] 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.
- [4] 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.
- [5] 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.
- [6] 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.
- [7] 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.
- [8] 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.
- [9] 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.
- [10] 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.
- [11] 辛东岭,刘淑文,戴剑松.不同剂量运动对高尿酸血症影响的试验研究[J].科技资讯,2020, 586(13):210-212.
- [12] 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.
- [13] 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.

- [14] 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.
- [15] 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.
- [16] 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.
- [17] 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.
- [18] 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.
- [19] FAN Y, LIU W, LU H., et al. Efficacy and safety of Qinpi Tongfeng Formula in the treatment of acute gouty arthritis: a double-blind, double-dummy, multicenter, randomized controlled trial[J]. Evid Based Complement Alternat Med, 2022: 7873426. doi: 10.1155/2022/7873426.
- [20] 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.
- [21] 张明, 周敏. 新癢片治疗急性痛风性关节炎210例临床观察[J]. 中国中西医结合杂志, 2000, 20(3): 232-232.
- [22] 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.
- [23] 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.
- [24] 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.
- [25] 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.
- [26] 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.

- [27] 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.
- [28] 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.
- [29] 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.
- [30] 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.
- [31] 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.
- [32] 杨晓凌,刘欢,陈亮,等.防己黄芪汤与非布司他对脾虚湿阻型痛风性关节炎的疗效[J].中国继续医学教育,2018,10(25):142-144.
- [33] 凌天佑.济生肾气丸合参苓白术散为主治疗痛风性肾痛病34例[J].湖南中医杂志,1999,21(1):26-26.
- [34] 顾雪,张莉,孟梅霞,等.黄葵胶囊联合苯溴马隆治疗尿酸性肾病临床研究[J].国际中医中药杂志,2016,38(09):804-807.
- [35] 张卓君,孙颖,杨晓凌,等.萆薢分清丸联合别嘌醇治疗痛风患者高尿酸血症的临床疗效和安全性[J].复旦学报(医学版),2020,47(2):245-250.
- [36] 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.
- [37] 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.
- [38] 张金焕,陈伊镭,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.
- [39] 张云,甘文渊,刘昌璇,等.刺血疗法治疗痛风性关节炎的Meta分析[J].中医药导报,2018,24(18):119-123.

[40] Huang XX,Zhu ZH,Wu GH, et al.Efficacy and safety of external application of Traditional Chinese Medicine for the treatment of acute gouty arthritis: a systematic review and Meta-analysis.[J]. Tradit Chin Med. 2019 Jun;39(3):297-306.

[41]于长志,许学猛,刘欣,等.青鹏软膏联合依托考昔治疗痛风患者疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2011,20(33):4217-4218.

[42] Shang YX, Dong X, Xie ZM,et al. Efficacy and safety of Tibetan medicine Qingpeng ointment for acute gouty arthritis: protocol for a multi-center, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. [J]. Trials. 2022 May;23(1): doi:10.1186/s13063-022-06338-1.

[43] 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.

[44] 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.

[45] 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.

[46] 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.

[47] 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.

[48] 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.

[49] 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.

[50] Haring B, Kudlich T, Rauthe S, et al. Benzbromarone: a double-edged sword that cuts the liver?[J].*Eur J Gastroenterol Hepatol* , 2013 , 25(1):119-121.DOI: 10.1097/MEG.0b013e328358ace9.

[51] Yu H, Liu X, Song Y, et al. Safety and efficacy of benzbromarone and febuxostat in hyperuricemia patients with chronic kidney disease: a prospective pilot study[J].*Clin Exp Nephrol*, 2018, 22(6):1324-1330. DOI: 10.1007/s10157-018-1586-y.