

# 中医药治疗高尿酸血症的研究进展

陈文豪<sup>1</sup>, 关睿骞<sup>2</sup>, 潘立民<sup>3\*</sup>

<sup>1</sup>黑龙江中医药大学研究生院, 黑龙江 哈尔滨

<sup>2</sup>黑龙江中医药大学附属第二医院推拿科, 黑龙江 哈尔滨

<sup>3</sup>黑龙江中医药大学附属第一医院内科综合门诊, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2026年2月5日; 录用日期: 2026年2月27日; 发布日期: 2026年3月10日

## 摘要

高尿酸血症作为目前常见的一种代谢性疾病, 与多种疾病的发生密切相关。在中医文献中, 并未记载高尿酸血症这一病名, 历代医家将其归为“痛风”、“历节”、“痹证”等范畴, 现代医家则认为属于“骨痹”、“顽痹”等范畴。西药治疗高尿酸血症的手段相对单一, 且具有较大的毒副作用; 相比之下, 中医治疗注重整体观念和辨证论治, 中药的作用靶点更加广泛, 这种单味药即可发挥多重治疗作用的特点在高尿酸血症的临床治疗中展现出独特的优势。本文在中医理论框架的基础上, 系统梳理高尿酸血症的病因病机, 总结辨证论治规律及特色疗法, 整合多种研究成果, 旨在为临床诊疗及研究提供理论参考。

## 关键词

高尿酸血症, 研究进展, 中医治疗

# Research Progress in Traditional Chinese Medicine for Hyperuricemia

Wao hao Chen<sup>1</sup>, Ruiqian Guan<sup>2</sup>, Limin Pan<sup>3\*</sup>

<sup>1</sup>Graduate School of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

<sup>2</sup>Department of Tuina, The Second Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

<sup>3</sup>General Internal Medicine Clinic, The First Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

Received: February 5, 2026; accepted: February 27, 2026; published: March 10, 2026

\*通讯作者。

## Abstract

As a prevalent metabolic disease in contemporary society, hyperuricemia (HUA) is closely correlated with the onset of various pathological conditions. In traditional Chinese medicine (TCM) literature, there is no explicit mention of the term “hyperuricemia.” Historically, physicians of successive dynasties categorized it under syndromes such as “gout”, “joint-running wind”, and “bi syndrome”. Modern TCM practitioners further classify it within the scope of “bone bi” and “obstinate arthralgia”. Western medical interventions for HUA are relatively limited in approach and often accompanied by significant side effects. In contrast, TCM treatment emphasizes the holistic concept and syndrome differentiation and treatment (a core principle of tailoring therapy to individual patient patterns). Chinese medicines exhibit broader therapeutic targets, and their characteristic of exerting multiple therapeutic effects through single herbs demonstrates unique advantages in the clinical management of HUA. Based on the theoretical framework of TCM, this paper systematically reviews the etiology and pathogenesis of HUA, summarizes the principles of syndrome differentiation and treatment as well as characteristic therapies, and integrates findings from diverse studies. The aim is to provide a theoretical reference for clinical diagnosis, treatment, and future research.

## Keywords

Hyperuricemia, Research Progress, Traditional Chinese Medicine Treatment

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

## 1. 引言

高尿酸血症是一种临床常见的代谢异常综合征，其特征为体内嘌呤代谢紊乱，存在尿酸生成过量或肾脏排泄尿酸障碍等情况，进而导致血液中尿酸堆积。在正常嘌呤饮食状态下，男性和绝经后女性空腹血尿酸水平超过 420  $\mu\text{mol/L}$  (7 mg/dL)，非绝经女性超过 360  $\mu\text{mol/L}$  (6 mg/dL)时，即可诊断为高尿酸血症[1]研究表明，高尿酸血症不仅是痛风发病的根基，还与代谢综合征、糖尿病、高血压、心血管疾病以及肾脏疾病的发生发展密切相关[2]-[4]。若不采取干预措施，患者的生活质量将受到严重影响，生命健康也会面临威胁。2017 年数据显示：高尿酸血症总体患病率为 13.0%，其中男性患病率达 18.5%，女性为 8.0% [5]。

现代医学针对高尿酸血症有多种治疗药物[6]，如抑制尿酸生成的别嘌醇、非布司他，促进尿酸排泄的苯溴马隆、丙磺舒等，这些药物虽能有效降低血尿酸水平，但长期服用会产生多种副作用，包括常见的胃肠道不适、皮疹，以及较为严重的骨髓抑制、肝肾功能损害等，从而影响了其在临床的广泛应用。近年来，中医药在治疗高尿酸血症方面取得了显著进展。中医在整体调节、多靶点干预等方面具有显著优势，其药物及疗法因可长期服用、不良反应小、成本低等优点，在临床治疗上展现出独特价值，正逐渐被广泛采纳。基于此，本研究旨在深入探讨高尿酸血症的中医病因病机，并对中医辨证论治思路及特色治疗方法进行综述，以期为临床应用提供参考。

## 2. 中医学对高尿酸血症的认识

### 2.1. 中医病名

在中医学范畴内，无显著临床症状的单纯高尿酸血症可归属于“血浊”与“未病”。当病情发展至

痛风急性发作期时,则可归属为“历节”、“白虎历节”、“痹证”等范畴[7]。依据《素问·痹论篇》记载:“风寒湿三气杂至,合而为痹。”综上可知,当高尿酸血症患者外感风寒湿邪时,易造成气血运行不畅,进而引发关节疼痛、麻木及屈伸不利等相关症状;若痛风患者病情反复发作,且伴有痛风石形成,则可将其纳入“骨痹”、“顽痹”等范畴[8]。

## 2.2. 中医病因病机

高尿酸血症病因病机复杂,历代医家对其辨治规律的见解各有不同。在《素问·痹论篇》中明确提出:“风寒湿三气杂至,合而为痹”[9],强调痹证的发生与外感风寒湿邪密切相关。《金匱要略·中风历节病脉证并治》进一步指出:“历节疼不可屈伸,此皆饮酒汗出当风所致”[10],阐明不当饮食行为(如饮酒后汗出当风)是本病的重要诱发因素。元代医家朱丹溪在《格致余论》中阐述:“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。夜则痛甚,行于阴也”[11],认为痛风的发生乃因血分虚热蕴结于内,复感风寒湿邪于外,内外合邪而致病。

基于经典理论与临床实践,当代医家对高尿酸血症的病因病机提出了多元化的学术见解,形成了以下代表性观点:朱良春教授[12]首创“浊瘀痹”新病名,并系统阐释其病机特点,提出了痰湿瘀为贯穿疾病全程的核心病理因素,病位核心在脾肾的观点。其发病机制可概括为:痰湿困阻血脉,进而与血相搏结而成浊瘀;浊瘀滞留经脉,阻滞气机,日久郁而化热,内蕴成毒;若毒邪内侵,损伤脾肾,导致脏腑功能亏虚,最终形成“因虚致瘀、瘀久化毒、毒损脏腑”的恶性循环。仝小林教授等[13]则将本病纳入“膏浊病”范畴,强调脾胃失和是根本病机,认为过食肥甘厚味损伤脾胃,导致水谷不化精微反酿生膏浊,膏浊郁久化热影响脾胃运化功能,最终形成膏浊内蕴、湿热互结的病理基础。王孟庸教授[14]从“本虚标实”角度剖析,认为本病根本在于脾胃气化失司,标象表现为痰湿瘀浊内阻。其机制为:长期嗜食肥甘致脾失健运、升降失调,湿浊内生,久羁伤肾;肾气化失常则湿浊排泄受阻,停聚体内;肝失疏泄则气机不畅,气血津液运行涩滞,久则成瘀。诸因相合,终致痰瘀湿浊互结。戴霓等[15]综合历代医家论述后总结:湿、痰是本病的主要病理产物,而饮食不节、劳倦过度、外感六淫、情志失调则是病情加重的重要诱因;同时指出,痰湿浊具有“由湿生痰、痰瘀互结”的动态演变趋势,最终可向“瘀”的方向深化。杨保林等[16]提出“本虚标实”的复合病机理论:本虚责之脾肾亏虚、功能失调,具体表现为气虚阳弱;标实源于气虚阳弱导致的运化失职,水湿不化,终致痰湿瘀浊内生。痰瘀痹阻关节,气血不通则发为痛风。故本病本质为脾肾本虚与痰瘀标实相互兼夹的复合病变。钱玉中等[17]强调先天禀赋不足是发病基础,认为素体亏虚之人,若再加饮食不节、劳逸失度、寒热失调等因素,更易导致机体气化功能障碍。此时湿邪失于运化,停聚于络脉,与血相搏结,形成痰瘀浊邪阻络的病理状态;若湿浊流注肝经,注于筋脉、关节,则可见痛风性关节炎发作。陈云峰等[18]则从肝肾阴虚立论,认为肝肾阴液不足则筋脉失于濡养,复因忧思伤脾致运化失司,水湿内停化生湿浊;湿浊久郁化热,煎灼津液成痰,痰浊瘀滞日久则化瘀;若兼外邪侵袭或劳力过度,可致浊邪内聚、肝气郁结、气机逆乱,最终形成痰瘀气结、血脉不通的病理格局,发为本病。

综合历代医家及当代学者论述,高尿酸血症的病因可归纳为先天禀赋不足、外感六淫、七情内伤及饮食不节;病机以脏腑功能失调为本,湿、痰、瘀等病理因素阻滞血脉,酿生浊毒,整体呈现本虚标实之证。具体而言,本虚以脾肾两虚,肝肾阴虚等脏腑功能虚损为主;标实多为湿浊、湿痰、痰瘀、瘀血等病理产物阻滞脉络;病位以脾肾为核心,涉及肝等多脏腑。

## 3. 中医药治疗策略与方法

### 3.1. 中医辨证论治

当前,中医学领域针对高尿酸血症的临床分型尚未形成统一规范的诊疗标准,不同医家基于临床实

践经验,提出了各具特色的分型思路。朱婉华教授[19]将本病辨为4种证型:① 瘀热阻滞证,治以活血化瘀泄浊、通络止痛,方予痛风方加减,配合朱氏温经蠲痛膏外用;② 湿热蕴结证,治以化瘀泄浊、通络止痛,方予痛风方加减,联合新癍片内服;③ 浊瘀阻滞证,治以泄浊化瘀、调和脾肾,方选痛风颗粒;④ 脾肾两虚、浊瘀内蕴证,治以泄浊化瘀、补益脾肾,方予痛风颗粒联合浓缩益肾蠲痹丸。倪青等[20]将本病辨为4证:① 湿热蕴结证,治以清热利湿、活血通络,方选四妙散合当归拈痛汤加减;② 瘀热阻滞证,治以散瘀清热、通络止痛,予桃红四物汤加减;③ 痰浊阻滞证,治以化痰祛瘀、软坚通络,方用六君子汤加减;④ 肝肾阴虚证,治以补益肝肾、强筋健骨,予独活寄生汤加减。霍晶晶等[21]总结于世家教授临证经验,将本病分为无症状期与发作期:无症状期治以利水渗湿、健脾补肾兼活血化瘀,方用于世家教授自拟降尿酸方;发作期治以清热利湿、缓急止痛,方以四妙散为基础方化裁。崔淑梅等[22]基于《金匱要略》对历节病的论述,将本病病机归纳为三类:肝肾不足、水湿浸渍;气血亏虚、风湿外侵;内湿稽留、湿浊内蕴。确立“补益肝肾,利湿通络”的治则,临床以乌头汤、桂枝芍药知母汤为基础方随证加减,疗效显著。胡荫奇等[23]提出,高尿酸血症核心病机为脾肾功能紊乱、内生湿浊,治疗当以利湿化浊为基本原则,予利湿降浊汤加减。具体随症化裁:湿热较重者加苍术、车前草;脾虚痰湿明显者加茯苓、党参;寒湿偏盛者加麸炒白术、黄精、附子;瘀血内阻显著者加三七、丹参。张颖等[24]将高尿酸血症分为6种证型并辨证施治:① 风寒湿盛型,治以祛风除湿、散寒通络,常用青风藤、络石藤、海风藤等;② 瘀血阻络型,治以活血化瘀、通络止痛,选用当归、桃仁、红花等;③ 脾胃虚损型,治以健脾益气、助运化湿,药用陈皮、白术、太子参等;④ 肝胃不和型,治以疏肝理气、和胃调中,药用柴胡、黄芩、厚朴等;⑤ 湿热壅盛型,治以清热利湿、解毒泄浊,选用金银花、土茯苓、玄参等;⑥ 肝肾不足型,治以滋补肝肾、固本培元,方用二至丸合地黄丸。

因此,临床上高尿酸血症患者,应根据其“本虚标实”的病机特点,通过辨证论治实现标本兼顾的治疗目标——对于脾肾两虚、肝肾阴虚等虚证采用补益调理的方法,针对湿浊、痰瘀、瘀血等实证治以化痰祛湿,活血通络,进而为高尿酸血症的防治提供科学、系统的临床路径。

### 3.2. 单味药治疗

现代药理学研究表明[25],部分中药单体具有明确的降尿酸活性,其作用机制主要涵盖三类:一是抑制黄嘌呤氧化酶(XOR)活性,通过减少尿酸生成发挥作用,代表药物有黄柏、苍术、秦皮、大黄、车前子等;二是促进尿酸排泄,通过增强肾脏对尿酸的排泄能力降低血尿酸水平,涉及中药如土茯苓、薏苡仁、萆薢、泽泻、玉米须、金钱草等;三是减少尿酸合成,通过调控尿酸代谢通路关键酶或相关信号通路直接抑制尿酸合成,代表药物有秦艽、泽兰、当归、地龙、威灵仙等。上述研究为中药单体在降尿酸领域的开发与应用奠定了重要药理学基础。现代药理研究依托动物实验与机制探讨,进一步验证了中药的降尿酸活性,现将代表性研究梳理如下:

已有研究[26]证实,大黄可通过竞争性抑制黄嘌呤氧化酶活性,减少尿酸生成;动物实验进一步发现,大黄能显著降低尿酸性肾病模型小鼠的血清尿酸含量,同时抑制肾小管炎性浸润与尿酸盐沉积,调节结缔组织生长因子与肝细胞生长因子表达,对缓解小鼠肝脏纤维化具有积极作用。朱继孝等[27]研究发现,栀子总提物可降低高尿酸血症小鼠血清尿酸水平,其中乙酸乙酯萃取物的降尿酸效果较好;进一步机制研究表明,栀子总提物及石油醚萃取物均能抑制小鼠肝脏黄嘌呤氧化酶活性,提示其降尿酸作用机制除抑制黄嘌呤氧化酶外,可能还存在其他途径。陈燕等[28]观察高尿酸血症大鼠各组织中 *oatp1a1* 的表达水平,发现萆薢总皂苷高、低剂量组均可通过上调 *oatp1a1* 在胃、肝、肾及肠道组织中的表达发挥降尿酸作用,其中高剂量组的降尿酸机制主要与胃、肾组织中 *oatp1a1* 表达升高相关。丁瑞等[29]指出,土茯苓中含有的落新妇苷具有利尿、镇痛及抗氧化作用;在高尿酸血症小鼠模型中,落新妇苷可通过抑制黄嘌呤

氧化酶活性降低血清尿酸与尿素氮水平,改善代谢紊乱状态。薛雪梅[30]研究发现,高剂量高良姜总黄酮可显著降低高尿酸血症小鼠血清尿酸(SUA)及肝脏黄嘌呤氧化酶活性( $P < 0.05$ ),提示其降尿酸作用可能与抑制肝脏黄嘌呤氧化酶活性相关;费强[31]进一步通过体外实验证实,高良姜乙酸乙酯部位对黄嘌呤氧化酶的抑制率达 89.24%,且高浓度抑制效果优于低浓度。上述研究从抑制尿酸生成关键酶、调控尿酸转运体、减轻炎症反应等多个角度揭示了中药降尿酸的作用机制,为中药单体的进一步开发与应用提供了关键实验支撑。

综上所述,当前临床用于高尿酸血症治疗的中药方剂,多以上述药物为核心组方配伍,其在调控机体尿酸代谢、改善临床症状方面具备良好的临床应用前景。然而,多数中药有效成分的相关研究仍停留在基础探索阶段,现有结论主要依托于体外实验及动物模型研究,尚缺乏大样本、多中心的临床对照试验与长期随访数据支撑。故此,后续需加快推进规范的临床研究,深入挖掘其临床应用价值,为中药在降尿酸领域的精准推广提供可靠的科学依据。

### 3.3. 复方治疗

在高尿酸血症临床诊疗中,中药复方因具备多靶点干预、整体调节的特点,已成为该病治疗的核心方案之一。现将近年相关临床研究及机制探索总结如下:李雅茜等[32]针对 70 例湿热体质型高尿酸血症患者开展随机对照试验,将患者分为治疗组(35 例,予清热利湿膏口服)与对照组(35 例,予碳酸氢钠片口服)。连续干预 4 周。结果提示,治疗组总有效率(94.29%)显著高于对照组(71.43%),差异具有统计学意义( $P < 0.05$ );且治疗组血尿酸水平下降更为明显,不良反应发生率更低。提示清热利湿膏治疗湿热体质型高尿酸血症疗效确切,临床应用安全性良好。全小林教授[33]提出高尿酸血症、痛风的病位在胃肠,病机为中满内热浊停,强调分期论治:初期(高尿酸血症期)多属实证,重在活血化瘀治腑,治用大黄黄连泻心汤、葛根芩连汤等通腑泄热、利湿祛痰;中期以清热燥湿、化浊通淋治腑为主;晚期则以通络活血定痛治腑为基本大法。痛风分为两期,急性期注重祛风除湿,活血定痛,予当归拈痛汤或上中下痛风汤合防己黄芪汤消肿止痛;慢性期则需兼顾虚实,辨证论治。王庆晖等[34]总结赵霖教授经验,针对痛风“脾肾亏虚为本,热、痰、瘀为标”的病机特点,提出“标实宜清、本虚宜补、久病化瘀”的治则,自拟补肾健脾方(含茯苓、连翘、黄柏、生地黄、牛膝、白术等)。方中熟地黄、牛膝、何首乌补肾益精,黄芪、白术、山药健脾益气,泽泻、车前草渗湿泄浊,半夏、橘红、桃仁化痰活血,临床用于痛风缓解期患者,体现“祛邪不伤正,扶正不留邪”的配伍思路。梁谋等[35]将 90 例无症状高尿酸血症患者随机分为中药组(固本泄浊方)、西药组(苯溴马隆)及对照组各 30 例,治疗 8 周后显示:中药组降尿酸疗效与苯溴马隆相当( $P > 0.05$ ),但停药 8 周后中药组总有效率显著优于西药组( $P < 0.05$ ),表明中药复方在长期疗效稳定性方面更有优势。蒲玉等[36]将 70 例痰浊阻滞型高尿酸血症患者分为两组,对照组予非布司他 40 mg 口服,实验组予茯苓泻浊方联合非布司他 20 mg 口服。结果显示,观察组空腹血尿酸水平、中医证候总评分均低于对照组,总有效率更高,不良反应发生率更低,提示茯苓泻浊方联合低剂量非布司他可更快速地降低尿酸,显著改善临床症状,且疗效与安全性更具优势。刘允辉[37]将 60 例湿热型患者分为治疗组(予金龙降尿酸颗粒)与对照组(予别嘌醇组),结果显示:治疗组在改善中医证候总积分( $P < 0.01$ )及降低血尿酸水平( $P < 0.05$ )方面均优于对照组。王毅兴等[38]通过高尿酸血症大鼠模型实验证实,降尿酸复方可显著降低模型大鼠血尿酸水平,调控 NLRP3 炎症小体表达,减轻肾组织氧化应激反应及炎症损伤,其机制可能涉及“健脾补肾、化痰祛瘀”治法对相关信号通路的调控,为该复方多靶点干预高尿酸血症的作用机制提供了可靠的实验依据。师晓毅等[39]采用改良造模法减少对大鼠的肾损伤,研究发现复方土茯苓颗粒能降低高尿酸血症痰湿证患者血尿酸水平(呈量效关系),且在降尿酸同时可改善肝功能、调节血脂;其机制可能与抑制高尿酸血症大鼠 mURAT1 蛋白过度表达相关,拓展了复方“化痰祛湿、兼顾代谢”的作用维度。

综上,中药复方在治疗高尿酸血症方面具有显著优势,这些治疗方法不仅能有效调控患者病情进展,还具有经济实惠,不良反应少等优点。故此,目前亟需筛选更多有效方剂,推动中医药治疗高尿酸血症方案的规模化推广与临床应用。

### 3.4. 中医外治法

临床实践中,治疗高尿酸血症多采用中医内治与外治相结合的方案,外治手段以足浴、艾灸、中药熏洗、穴位贴敷等为主,临床亦可通过中药内服联合外敷的方式,进一步提升整体治疗效果。此类中医外治法依托局部用药与经络传导,既可直达病所发挥效用,亦可调节整体机能;不仅能改善局部血液循环、加速尿酸代谢排泄,还可通过穴位刺激联合药物渗透调和脏腑功能,在降低血尿酸水平、改善关节不适症状方面具备独特的临床应用价值。陆欣玲[40]选取 60 例高尿酸血症患者,对照组仅接受基础生活方式干预(包括戒酒、适量运动、每日饮水量 2000~3000 mL 以促进尿酸排泄);治疗组在基础干预上加用双侧脾俞、肾俞、足三里、太阴、阴陵泉、丰隆穴针灸治疗。结果显示,治疗组治疗后血尿酸水平显著低于对照组( $P$  值未明确),表明针灸通过调节脏腑功能可有效改善尿酸代谢。李博等[41]针对 60 例腹型肥胖伴高尿酸血症患者开展随机对照研究,对照组采用单纯针刺治疗,观察组采用穴位埋线法(选取中脘、双侧大横、气海、双侧天枢、双侧上巨虚穴,将肠线植入穴位)。治疗 3 个月后,观察组血尿酸、空腹胰岛素等指标改善均显著优于对照组( $P < 0.05$ ),这表明穴位埋线不仅能降低尿酸水平,还可以改善腹型肥胖患者的体质量与腹围。苏海华等[42]将 92 例高尿酸血症患者随机分为两组,对照组予别嘌醇片口服,观察组在常规治疗基础上加用化湿通痹汤联合四妙汤灌肠干预。结果表明,观察组临床总有效率(91.30%)显著高于对照组(65.22%),且血尿酸水平下降更为明显,提示中药灌肠可有效调节机体尿酸代谢,临床疗效确切。刘欢等[43]运用加减萆薢分清饮足浴预防高尿酸血症患者痛风发作。实验表明,该足浴方案不仅能降低痛风发作频率,还可显著改善患者血尿酸水平与血沉指标,体现了中药外治法在痛风二级预防中的独特优势。林广锋等[44]纳入 116 例湿热体质高尿酸血症患者,两组均接受饮食控制与运动疗法;治疗组加用火罐联合耳穴贴压(沿督脉、膀胱经走罐后背部留罐 5~8 分钟,耳穴选取脾、胃、大肠、三焦、内分泌、神门等)。结果显示,治疗组总有效率(78.33%)显著高于单纯生活方式干预组,证实火罐与耳穴贴压协同治疗能增强尿酸调控效果。刘鹏[45]选取 60 例痰浊阻滞型痛风合并高尿酸血症患者,施以以腹部为核心的运脾化浊推拿疗法,重点按揉腹部关键穴位。治疗前后对照结果显示,该推拿手法可显著改善患者临床症状、降低血尿酸水平,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ),彰显了中医外治法在调理脾胃机能、促进痰浊代谢排泄方面的独特优势。由此可见,中医外治法在治疗高尿酸血症方面,疗效明显,安全可靠。

## 4. 总结与展望

高尿酸血症是临床高发的代谢性疾病,该病起病隐匿,早期缺乏特异性临床表现,仅可检测出血尿酸水平异常升高,因症状不典型,极易被患者忽视。若血尿酸水平长期异常升高且未得到及时有效干预,病情可逐步进展:轻则发展为痛风性关节炎、痛风石等典型痛风病变,重症则可因慢性尿酸性肾病造成肾功能持续性损伤,甚至最终发展至终末期肾衰竭,严重降低患者生活质量,危及生命健康。在现阶段,西医在高尿酸血症早期干预中疗效明显,但其在临床应用中的局限性也十分显著:其一,降尿酸药物(如别嘌醇、非布司他等)易导致胃肠道不适、肝肾功能损伤等不良反应;其二,部分患者因药物耐受性差、停药后血尿酸易反弹等问题,导致治疗依从性难以保证。相较之下,中医治疗高尿酸血症具有独特优势:其治疗手段多元化(涵盖中药复方、针灸、外治法等),注重整体调节,通过调整脏腑功能、改善代谢紊乱实现尿酸水平的平稳调控,且整体安全性较高,不良反应较少,因此在临床应用中展现出广泛前景。然而,中医药干预高尿酸血症仍存在若干短板与挑战:其一,辨证分型缺乏统一标准,不同医家对本病“本

虚标实”核心病机下的具体证型划分尚未达成共识；其二，临床治疗方案规范化程度不足，且缺少多中心、大样本、高质量的循证医学研究予以佐证；其三，中药降尿酸的分子机制，包括有效成分的药代动力学特点、靶点调控网络等，仍需进一步深化探索。鉴于此，在高尿酸血症的防治中，整合中西医优势、建立中西医协同诊疗模式显得尤为重要——西医可发挥其快速调控尿酸水平的优势，中医则通过整体调节改善患者体质、减少复发风险，二者互补可望为患者提供更高效、安全、个性化的防治方案。

## 参考文献

- [1] 刘维. 痛风及高尿酸血症中西医结合诊疗指南[J]. 中医杂志, 2023, 64(1): 98-106.
- [2] 李葵花, 王喜福, 李璐, 等. 高尿酸血症与动脉粥样硬化的关系研究进展[J]. 中国动脉硬化杂志, 2014, 22(1): 85-89.
- [3] 宋嘉铤, 张愿, 陈晨, 等. 代谢综合征与高尿酸血症发病关系的前瞻性队列分析[J]. 山东医药, 2019, 59(17): 1-4.
- [4] 张雄峰, 李正胜, 钟琴, 等. 慢性肾脏病合并高尿酸血症治疗的现状与挑战[J]. 中国全科医学, 2019, 22(17): 2020-2024.
- [5] Wu, J., Qiu, L., Cheng, X.Q., et al. (2017) Hyperuricemia and Clustering of Cardiovascular Risk Factors in the Chinese Adult Population. *Scientific Reports*, 7, Article No. 5456.
- [6] 彭红诚, 卢建东. 中医药治疗高尿酸血症研究进展[J]. 世界中西医结合杂志, 2023, 18(2): 419-424.
- [7] 袁晨露, 胡元会, 褚瑜光. 心房颤动与高尿酸血症“共病”的中医“机-证-治”[J]. 北京中医药, 2023, 42(7): 751-754.
- [8] 陈静, 徐鹏, 黎创, 等. 从“湿”辨治高尿酸血症及其并发症理论探析[J]. 广州中医药大学学报, 2023, 40(7): 1810-1815.
- [9] 杨天宇, 辛家东, 周洁, 等. 中医治疗高尿酸血症研究进展[J]. 长春中医药大学学报, 2025, 41(2): 232-236.
- [10] 张仲景. 金匮要略[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2003: 86.
- [11] 朱震亨. 格致余论[M]. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 1997: 5.
- [12] 朱婉华, 顾冬梅, 蒋恬, 朱良春. 浊瘀痹——痛风中医病名探讨[J]. 中医杂志, 2011, 52(17): 1521-1522.
- [13] 仝小林, 刘文科. 论膏浊病[J]. 中医杂志, 2011, 52(10): 816-818.
- [14] 周道成, 赵恒侠, 李惠林, 等. 王孟庸教授治疗尿酸性肾病临床经验总结[J]. 中国中医药信息杂志, 2017, 24(10): 99-101.
- [15] 戴霓, 徐红. 高尿酸血症的中医临床及实验研究进展[J]. 浙江中西医结合杂志, 2012, 22(8): 666-668.
- [16] 杨保林, 丁岗. 高尿酸血症中医论治己见[J]. 中国中医药现代远程教育, 2010, 8(9): 20-21.
- [17] 钱玉中, 苏于纳, 李娜, 等. 论高尿酸血症的中医治疗思路[J]. 湖南中医药大学学报, 2012, 32(12): 21-22.
- [18] 陈云峰, 戴芳芳, 葛亮, 等. 痛风康合剂治疗高尿酸血症和痛风的临床疗效观察[J]. 检验医学与临床, 2011, 8(16): 1965-1966.
- [19] 朱婉华, 顾冬梅, 蒋恬. 国医大师朱良春“浊瘀痹”在临床路径中的应用[C]//中国中医药信息学会. 第六届中国中医药信息大会——创新驱动·融合共享·安全可控论文集. 南通良春中医医院, 南通市良春中医研究所, 2019: 149-153.
- [20] 倪青, 孟祥. 高尿酸血症和痛风中医认识与治疗[J]. 北京中医药, 2016, 35(6): 529-535.
- [21] 霍晶晶, 王丽, 于世家. 于世家分期论治高尿酸血症临证思路[J]. 湖北中医杂志, 2021, 43(9): 23-25.
- [22] 崔淑梅, 马春林, 朱凯敏, 等. 基于《金匮》历节病证因机探讨高尿酸血症的中医治疗[J]. 时珍国医国药, 2018, 29(2): 389-391.
- [23] 杨怡坤, 胡悦, 连智华, 等. 胡荫奇从脾湿论治高尿酸血症经验[J]. 北京中医药, 2020, 39(3): 244-246.
- [24] 张颖, 王瑜萍. 高尿酸血症的中医治疗体会[J]. 内蒙古中医药, 2014, 33(35): 70.
- [25] 叶文静, 程亚伟, 邱晓堂. 中医药治疗高尿酸血症的研究进展[J]. 海南医学, 2020, 31(9): 1187-1190.
- [26] 李俊, 胡家才. 大黄对尿酸性肾病大鼠肾脏 CTGF 和 HGF 的影响[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2010, 11(9): 761-764+847.
- [27] 朱继孝, 曾金祥, 罗光明, 等. 栀子降尿酸有效部位研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 18(14): 159-161.

- [28] 陈燕, 陈肖霖, 刘孟婷, 等. 基于高尿酸血症大鼠 *oatp1a1* 表达的萆薢总皂苷降尿酸机制探讨[J]. 时珍国医国药, 2015, 26(10): 2330-2332.
- [29] 丁瑞, 洪权, 耿晓东, 等. 土茯苓治疗小鼠高尿酸血症的机制研究[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2019, 20(2): 97-100.
- [30] 薛雪梅, 徐鑫, 尹超, 等. 高良姜总黄酮降尿酸作用研究[J]. 湖南中医杂志, 2018, 34(2): 143-145.
- [31] 费强, 薛稳来, 赵耀鑫, 等. 超声酶解提取高良姜中高良姜素及降尿酸活性研究[J]. 食品研究与开发, 2018, 39(20): 50-56.
- [32] 李雅茜, 许艺娴, 胡冬梅, 等. 清热利湿膏治疗湿热体质型高尿酸血症患者的临床观察[J]. 广州中医药大学学报, 2021, 38(10): 2078-2082.
- [33] 王青, 张少强, 田佳星. 仝小林教授辨治痛风经验[J]. 吉林中医药, 2017, 37(11): 1095-1098.
- [34] 王庆晖, 赵泉霖. 赵泉霖运用补肾健脾法治疗痛风经验[J]. 湖南中医杂志, 2016, 32(2): 24-25.
- [35] 梁谋, 钟建, 魏清兰, 等. 固本泄浊方治疗无症状高尿酸血症的疗效及其对 hs-CRP 及血脂的影响[J]. 中医药导报, 2019, 25(1): 110-112.
- [36] 蒲玉, 王淑美, 周海波, 等. 茯苓泻浊方联合非布司他治疗痰浊阻滞型高尿酸血症疗效观察[J]. 内蒙古中医药, 2024, 43(1): 43-45.
- [37] 刘允辉, 刘晓炜, 王晓, 等. 金龙降尿酸颗粒治疗高尿酸血症(湿热型)的临床研究[J]. 中医临床研究, 2020, 12(8): 61-63.
- [38] 王毅兴, 吴燕升, 张春燕, 等. 降尿酸复方对高尿酸血症大鼠氧化应激及肾脏炎症状态的影响[J]. 上海中医药大学学报, 2018, 32(3): 80-85.
- [39] 师晓毅, 朱明敏, 接力刚, 等. 复方土茯苓颗粒对 HUA 痰湿体质大鼠模型相关理化指标及蛋白水平的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2016, 22(15): 100-105.
- [40] 陆欣玲, 李瑞玲, 沈卫东. 针刺治疗高尿酸血症的临床效果[J]. 中国医药导报, 2017, 14(25): 102-105.
- [41] 李博, 周聪, 杨泽武, 等. 穴位埋线对腹型肥胖患者高尿酸血症的影响[J]. 深圳中西医结合杂志, 2021, 31(4): 66-67.
- [42] 苏海华, 王骏, 赵雅静, 等. 化湿通痹汤口服合四妙汤灌肠治疗高尿酸血症的疗效观察[J]. 兵团医学, 2019(3): 17-19.
- [43] 刘欢, 陈亮, 邱卫芳, 等. 加味萆薢分清饮足浴预防高尿酸血症痛风发作临床研究[J]. 新中医, 2013, 45(8): 52-53.
- [44] 林广锋, 彭飞鼎, 郭红, 等. 火罐疗法联合耳穴贴压治疗湿热质高尿酸血症的临床观察[J]. 中西医结合研究, 2019, 11(5): 251-253.
- [45] 刘鹏, 齐兆双, 张燕. 运脾化浊推拿法治疗痰浊阻滞型痛风高尿酸血症 60 例[J]. 吉林中医药, 2013, 33(12): 1263-1265.