

痛风性关节炎的中医特色外治法 临床研究进展

王帝程¹, 李洪涛^{2*}, 贾超超¹

¹黑龙江中医药大学研究生院, 黑龙江 哈尔滨

²黑龙江中医药大学附属第一医院骨伤一科, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2026年7月13日; 录用日期: 2026年8月6日; 发布日期: 2026年8月17日

摘 要

痛风性关节炎是临床高发的晶体性炎性关节病, 近年发病率持续攀升且呈年轻化态势, 病情迁延反复发作可诱发关节骨质破坏、痛风石形成甚至肾功能损伤, 显著降低患者生活质量并加重社会医疗负担。西医常规抗炎、降尿酸治疗存在胃肠道不良反应突出、肝肾功能风险及停药易复发等局限。中医特色外治法凭借起效快、局部靶向性强、无胃肠道刺激、患者依从性好等优势, 可从局部抗炎镇痛、全身调控代谢多维度起效, 已成为本病综合诊疗体系的重要组成部分。本文综述2020~2025年国内外相关研究, 分类阐述中药外用、针刺及灸法等外治方案的临床疗效与作用机制, 指出现有研究循证等级偏低、机制研究不深、操作规范欠缺等不足, 并展望未来研究方向, 为痛风性关节炎的中医外治临床应用与规范化研究提供参考。

关键词

痛风性关节炎, 中医外治法, 临床研究, 作用机制, 研究进展

Clinical Research Progress of Characteristic External Therapies of Traditional Chinese Medicine for Gouty Arthritis

Dicheng Wang¹, Hongtao Li^{2*}, Chaochao Jia¹

¹Graduate School, Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

²First Department of Orthopedics, The First Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

Received: July 13, 2026; accepted: August 6, 2026; published: August 17, 2026

*通讯作者。

文章引用: 王帝程, 李洪涛, 贾超超. 痛风性关节炎的中医特色外治法临床研究进展[J]. 临床医学进展, 2026, 16(8): 1328-1335. DOI: 10.12677/acm.2026.1682908

Abstract

Gouty arthritis is a high-prevalence crystal-induced inflammatory joint disease in clinical practice. In recent years, its incidence has continued to rise and exhibits a trend of younger onset. Chronic recurrent episodes can induce joint bone destruction, tophus formation, and even renal function damage, significantly reducing patients' quality of life and increasing the social medical burden. Conventional Western medical anti-inflammatory and urate-lowering therapies have limitations such as prominent gastrointestinal adverse reactions, risks to liver and kidney function, and a high likelihood of recurrence after discontinuation. Traditional Chinese Medicine (TCM) characteristic external treatment methods, with advantages including rapid onset, strong local targeting, absence of gastrointestinal irritation, and good patient compliance, exert therapeutic effects through multiple dimensions, including local anti-inflammatory analgesia and systemic metabolic regulation. They have become an important component of the comprehensive diagnosis and treatment system for this disease. This article reviews relevant domestic and international studies from 2020 to 2025, classifies and elaborates on the clinical efficacy and mechanisms of external treatment regimens such as herbal medicine application, acupuncture and moxibustion. It points out existing shortcomings, including low level of evidence-based research, insufficient mechanistic studies, and lack of standardized operating procedures. Furthermore, it prospects future research directions to provide reference for the clinical application and standardized research of TCM external treatments for gouty arthritis.

Keywords

Gouty Arthritis, External Treatment of Traditional Chinese Medicine, Clinical Research, Mechanism of Action, Research Progress

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

痛风性关节炎(gouty arthritis, GA)是临床常见的晶体性炎性关节疾病,核心发病机制为嘌呤代谢紊乱、尿酸排泄障碍,导致单钠尿酸盐(MSU)晶体沉积于关节囊、滑囊及关节周围软组织,进而诱发关节急性炎症反应。近年来,随着国民饮食结构改变、高脂高嘌呤饮食摄入增加,本病发病率逐年攀升且呈现显著年轻化趋势,已成为危害国民骨关节健康与代谢稳态的重点慢性风湿疾病[1] [2]。本病临床以关节突发性红肿、灼热、剧烈疼痛、活动受限为核心特征,病情反复发作、迁延不愈可诱发关节骨质破坏、畸形、痛风石形成,严重者可合并肾功能损伤、代谢综合征等并发症,大幅降低患者生活质量,加重社会医疗负担[3]。

目前西医临床治疗痛风性关节炎形成了急性期抗炎镇痛、缓解期降尿酸控复发的标准化方案,核心药物包括非甾体抗炎药、秋水仙碱、抑制尿酸生成及促进尿酸排泄类药物。但长期口服西药存在明显短板,易引发胃肠道黏膜损伤、肝肾功能异常、骨髓抑制等不良反应,且药物依赖、停药复发率高的问题突出,加之长期服药不适感导致患者治疗依从性普遍偏低,临床整体疗效受限[4]。

相较于西医内服治疗及中医传统内治法,中医特色外治法遵循“直达病所、标本兼顾”的治疗理念,通过皮肤透药、经络刺激、穴位调控、微创干预等方式作用于病灶及全身经络脏腑,具有起效迅速、靶向性强、无胃肠道刺激、不良反应轻微、操作简便、患者接受度高独特优势,可有效规避内服药物的

局限性。在痛风性关节炎急性期快速缓解炎症疼痛、慢性期调节代谢、减少复发、改善关节功能等方面发挥重要作用,现已成为本病综合诊疗体系中不可或缺的核心组成部分。本文系统梳理 2020~2025 年国内外中医特色外治法治疗痛风性关节炎的相关临床研究、机制探索及循证医学成果,分类总结各类外治技术的应用现状、疗效特点与适用场景,分析当前研究存在的核心问题,展望未来研究方向,旨在为临床个体化、规范化、精准化治疗痛风性关节炎提供科学参考与实践依据。

2. 痛风性关节炎的中医认识

2.1. 病名渊源

痛风性关节炎在传统中医典籍中无专属病名,根据其关节红肿热痛、反复发作、疼痛剧烈、活动受限等临床特征,归属于“痹证”“历节”“热痹”“痛风”“白虎历节”“鹤膝风”等范畴。《素问·痹论》最早记载痹证发病机理与临床表现,提出“风寒湿三气杂至,合而为痹”,其所述“痹在骨则重,在于脉则血凝而不流,在于筋则屈不伸”的症状,与现代痛风性关节炎关节肿胀、活动不利、气血瘀滞的病理表现高度契合[5]。

《金匮要略·中风历节病脉证并治》详细记载了历节病的病因病机、辨证要点及治则方药,明确其以关节剧烈疼痛、屈伸不利、反复发作为主症,为后世痛风性关节炎的辨证施治奠定了核心理论基础[6]。后世医家结合本病疼痛剧烈、昼轻夜重、突发突止的特点,将其命名为“白虎历节风”,精准概括其“痛如虎咬”的核心特征。现代《中医临床诊疗术语 第1部分:疾病》统一将本病归入痹证范畴[7],临床沿用“痛风”病名,结合历代医家确立湿热蕴结、痰瘀痹阻、脾肾亏虚等核心证型,实现了传统病名与现代疾病的规范对应。

2.2. 病因病机

GA 病位在筋骨关节,病性本虚标实。其内因为正气亏虚、湿热内蕴,外因为感受六淫邪气,内外合邪,导致气滞血瘀、经络闭阻不通[8]。多数医家认为,GA 的核心病机是“湿热瘀阻”或“瘀血阻络”。具体而言,急性发作期以湿热蕴结、痰瘀痹阻为标实表现,而缓解期则以肝脾肾亏虚为本,兼夹湿、热、瘀等伏邪。有医家认为也可从湿、热、瘀、毒角度论述痛风,认为其主要病机为湿热、痰瘀、毒浊互结,流注关节经络,气血壅滞不畅,三焦湿热亦是 GA 的重要病机之一,运用“分消走泄法”可宣畅气机、清化湿热,使三焦湿热之邪从表里分消[9]。从“瘀”论治方面,历代医家重视活血化瘀法的应用,认为瘀血阻络是 GA 致痛的关键,临床遣方用药常配伍活血化瘀之品。现代医家多认为,GA 的发生与饮食不节、过食肥甘厚味有关,内伤脾胃,湿热内生;或因外感风寒湿邪,郁而化热;或因久病入络,痰瘀互结。其治疗常以清热利湿、活血通络为法,如四妙散、三妙散等经典方剂的应用。总之,GA 的病因病机复杂,涉及肝、脾、肾三脏功能失调,痰、湿、热、瘀互结为患,治疗需辨证论治、标本兼顾。近年来,中医在痛风性关节炎的治疗中展现出疗效确切、不良反应少等独特优势,尤其是中医外治法。中医外治法治疗痛风性关节炎具有起效迅速、安全性高等特点,主要包括中药外敷疗法、针灸疗法、中药熏洗疗法、中药离子导入疗法以及艾灸疗法等。这些方法通过局部给药或刺激经络,能有效缓解关节红肿热痛、降低尿酸水平,并减少西药带来的胃肠道及肾损伤风险,成为临床研究的热点方向。

3. 中药外用类外治研究

中药外用是痛风性关节炎临床应用最广泛、最基础的中医外治技术,核心治则为清热利湿、凉血解毒、消肿止痛、化浊散瘀,临床高频使用黄柏、大黄、栀子、芒硝、乳香、没药、冰片、忍冬藤等清热燥湿、活血化瘀、消肿散结类中药。药物经皮肤黏膜渗透直达病变关节局部,快速改善微循环、消除局部

炎症、缓解红肿热痛，同时可微量入血调控全身炎症因子与尿酸代谢，契合急性期湿热瘀阻的核心病机，具有局部起效快、全身干扰小的独特优势。目前临床主流剂型包括散剂、膏剂、涂擦剂、透药制剂、封包制剂等，剂型丰富、适配场景广泛。

3.1. 散剂与膏剂外敷疗法

散剂与膏剂制备简便、药效稳定、局部贴合性强，是痛风性关节炎急性发作期的首选外用剂型，组方多由四妙散、金黄散等经典名方化裁而来，临床疗效确切。陈奕滨等[10]研究表明，太乙定痛散外敷可有效缓解湿热蕴结型急性痛风患者的关节疼痛，改善关节功能与中医证候，降低 BUA、CRP、ESR 水平，不良反应少、治疗满意度高，安全可靠。赖宇文等[11]发现，在基础治疗上联用黄柏骨伤散外敷，可增大湿热型痛风患者关节活动度，下调疼痛评分、证候积分及血清 UA、COX-2 与多项炎症因子水平，提升生活质量与临床疗效，作用机制与抑制炎症通路、调控尿酸代谢相关。余祖年等[12]创制的三黄冰芒散强化了清热消肿凉血止痛功效，相较常规外用制剂更能够有效改善患者血清 UA、IL-1、TNF- α 、CRP、COX-2 水平。陈珊珊等[13]证实清热利湿止痛汤联合加减三黄散外敷的综合方案，在缓解疼痛、降低 ESR 与 BUA 水平、升高肾脏尿酸排泄分数、改善关节影像学表现及提升总有效率方面均优于单一内服或外用治疗。陈勇等[14]研究显示，化湿降浊饮内服联合三黄散外敷可进一步改善患者中医证候、缓解疼痛，下调 ESR、CRP 及血尿酸水平，提升临床疗效与生活质量；王晓磊等[15]采用银苓消肿丸联合金黄膏外敷，可协同抑制急性期炎症，改善疼痛与炎性指标。特色方剂方面，江波等[16]发现五味骨疽拔毒散联合消瘀接骨散交替外敷适配瘀毒阻滞型重症患者；而谢丹丹等[17]通过网络药理学分析得出通痹止痛膏可通过多靶点调控炎症与尿酸代谢发挥作用，有效缓解关节疼痛、降低血清 CRP、ESR 及 BUA 水平。陈佳利等[18]分析显示，急性痛风外敷核心药物为大黄、黄柏、栀子等，以清热燥湿、凉血消肿为核心治法。赵梁等[19]通过 Meta 分析证实，加味四妙散联合中药外敷在临床总有效率、疼痛缓解、尿酸与炎症指标改善方面均优于单用秋水仙碱。

3.2. 中药涂擦与定向透药疗法

中药涂擦通过手法揉擦促进药物经皮吸收，操作无创、适配性广；定向透药借助电致孔、超声导入等物理技术突破皮肤屏障，可显著提升药物透皮效率与局部药物浓度。二者均能靶向作用于病变关节、强化局部疗效，临床常与其他疗法联合增效。王建琼[20]证实，艾灸联合中药涂擦可借助温热效应扩张毛孔、加速局部血运，促进药物深层渗透，快速缓解痛风急性期关节红肿疼痛，加快炎症消退并改善生活质量。何佳勇等[21]采用桂枝芍药知母汤内服联合痛风止痛方外用涂擦，内外合治、标本兼顾，可有效改善患者关节症状与全身代谢状态，疗效优于单纯西药治疗。宋伟等[22]研究显示，清热止痛液定向透药联合小剂量秋水仙碱治疗急性痛风，较单纯西药可更快降低炎症指标、缓解肿痛，且显著减少西药不良反应，具备明确的增效减毒价值。

4. 针刺类外治研究

针刺类外治以中医经络腧穴理论为指导，通过穴位机械刺激发挥疏通经络、清泻湿热浊毒、化瘀散结止痛之功，可同时改善局部气血运行、调控全身炎症反应与尿酸代谢水平，契合痛风性关节炎“湿热瘀痹阻滞经络、不通则痛”的核心病机。目前临床已形成覆盖急慢性全病程的多元技术体系，急性期以泻热消肿、快速镇痛为核心，慢性期侧重通络调代谢、改善关节功能、降低复发风险，是痛风综合治疗中极具特色的非药物干预方案。

4.1. 常规针刺

常规针刺是临床应用最广泛的基础针刺方案，取穴以病变局部阿是穴、邻近经穴配伍远端清热利湿、

通络止痛腧穴为主, 操作规范、安全性良好, 对急性期关节红肿热痛与慢性期功能障碍均有确切疗效。黄青青等[23]研究显示, 常规西药基础上加用针刺治疗湿热蕴结证难治性痛风急性发作, 可进一步缓解关节疼痛, 下调血尿酸、CRP 及 ESR 水平, 提升临床总有效率且安全性良好; 林惠雅等[24]对比多种针灸方案发现, 普通针刺干预急性痛风性关节炎可快速减轻炎性肿胀、阻滞疼痛传导, 改善关节活动功能, 是急性期安全有效的基础针刺手段。

4.2. 电针疗法

电针在常规针刺得气后施以脉冲电流刺激, 可实现持续、均匀的穴位刺激, 强化镇痛、抗炎、通络效应, 作用时效更持久, 是临床规范化程度较高的针刺改良技术。林惠雅等[24]对比四种针灸方案的急性期疗效, 证实电温针疗效最优, 可有效改善关节活动度与屈伸功能, 下调 hs-CRP、TNF- α 、IL-6 等炎症因子, 减轻疼痛; 朱珂等[25]采用 GRADE 与整合证据链法(iEC-Eff)开展证据质量评价, 明确电针联合西药降尿酸、改善 CRP 及 ESR 的证据为中等质量, 多维度综合评定为中级证据, 验证了针药联用的协同增效优势。王巧立等[26]将电针与穴位埋线、金骨莲胶囊联用治疗老年湿热痹阻型痛风性关节炎, 发现该方案可显著降低患者中医证候积分、NRS 评分及血 β_2 微球蛋白水平, 适配老年患者长期慢病管理需求。

4.3. 特色针法

特色针法针对难治性、特殊证型痛风辨证施治, 是常规针刺的重要补充, 涵盖刺络放血联合针刺、芒针透刺、壮医经筋针刺等多种技术。高泽麒[27]研究显示, 常规针刺联合刺络放血治疗痰瘀痹阻型痛风性关节炎, 在降血尿酸、缓疼痛、改善中医证候方面均优于单纯针刺, 可逐瘀泻热、快速缓解顽固性肿痛; 宋丹丹等[28]采用芒针透刺联合推拿辅助西药治疗湿热蕴结型患者, 可下调 NLRP3 炎性体、IL-1 β 及血尿酸水平, 减轻关节肿胀疼痛, 增强经络疏通效应。肖敬等[29]发现, 壮医经筋针刺联合壮药解毒止痛液治疗湿毒蕴结证痛风疗效更优, 可显著降低 hs-CRP、IL-6 水平。

4.4. 针药结合

针药结合是临床主流增效模式, 针刺外治可快速通络止痛、改善局部症状, 药物内服可全身调治、清化湿浊、调补脏腑, 二者协同实现标本同治。吴海娟[30]等基于“久病入络”理论提出, 痛风性关节炎以脾肾亏损为本、湿热痰瘀痹阻为标, 久病则湿浊瘀毒入络缠结形成痛风石; 治疗以针药结合为纲, 中药内服以培补脾肾、化痰涤痰、渗浊利窍, 针刀分期施治, 急性期疏泄阳络郁火、慢性期破散阴络瘀积、迁延期通行督脉振阳, 共奏松筋解结、扶正祛邪之功。王承志[31]等研究显示, 在常规西药基础上加用针灸, 可显著缩短关节肿胀、疼痛缓解时间, 降低 VAS 评分与中医证候积分, 改善关节压痛、肿胀、功能障碍等体征。翟鑫祥[32]等研究证实, 土威除痹汤联合针刺可显著下调 CRP、IL-1 β 、TNF- α 、IL-6、IL-8 等多种炎症因子水平, 同时降低血尿酸与血沉, 有效改善患者疼痛与中医证候, 从炎症调控与代谢调节层面阐明了针药联用的作用机制。

5. 灸法类外治研究

灸法多以艾叶等温性药材为施灸介质, 借助温热刺激作用于人体经络腧穴, 兼具温阳健脾、益肾化浊、温通经络、活血化瘀、调和气血之功, 打破了“痛风属热证忌用温灸”的传统认知, 可精准切入痛风本虚标实的核心病机。该疗法在痛风不同病程阶段均可发挥作用, 急性期可辅助缓解残余疼痛、消散局部瘀热; 慢性期则能扶正固本、运化水湿、清除伏邪, 从病机根源降低病情复发风险, 是痛风慢病管理中极具价值的外治手段。王建琼[20]将艾灸与中药涂擦联合应用于痛风性关节炎急性期患者, 借助艾灸的温热通透效应扩张局部血管、加快气血运行, 既能够促进外用药物的渗透吸收, 又可发挥温通经络、散

瘀止痛的作用,有效缩短急性期症状消退时间,显著降低患者 IL-1 β 、IL-6、hs-CRP、TNF- α 等炎症因子水平,同步提升患者生活质量。全喜等[33]基于蒙医“黄水病”病机理论,采用蒙医特色乌拉灸术配合蒙药对痛风性关节炎进行早期干预,证实该方案可显著降低患者蒙医证候积分与血尿酸水平,提高临床治疗效率,同时改善患者躯体功能与精神状态,充分展现了民族特色灸法的独特临床优势。熊竞争等[34]梳理现有研究表明灸法可实现多途径、多靶点干预痛风性关节炎进程,通过下调 IL-1 β 、IL-6、TNF- α 等促炎因子,抑制 NLRP3、TLR4 炎症信号通路实现抗炎镇痛,同时调控嘌呤代谢促进尿酸排泄、稳定血尿酸,调节骨代谢相关因子减轻骨质损伤、修复关节软组织,并调控机体免疫以改善痛风慢性病理状态。

6. 其他疗法

除上述提到的外治法,拔罐、刮痧、推拿等传统中医外治法为临床干预提供了特色补充路径。这类疗法以经络气血理论为核心,通过体表物理刺激改善病灶微循环,加速炎性渗出物、尿酸盐结晶与炎症介质的代谢清除,可有效缓解关节红肿热痛、恢复关节活动度;其操作简便、成本低廉、个体化适配性强,尤其适用于西药疗效不佳、存在用药禁忌或不耐受药物不良反应的患者[35]。此外,多款经现代药理筛选优化的中药复方外用制剂已实现商品化生产,镇痛抗炎作用稳定,可作为痛风发作期与缓解期的辅助治疗方案。整体而言,中医外治法具备“简、便、效、廉”的优势,急性期可与内服药物协同增效,缓解期可巩固疗效、降低复发率、提升患者生活质量。在传统外治理念基础上,针刀镜等融合现代微创技术的新型疗法逐步开展。针刀镜以筋膜学说为支撑,依托可视化内镜系统清除关节腔积液与肥厚滑膜、松解粘连、修整关节面,具有微创精准、起效迅速、适应证广等特点[36]。研究证实,微创针刀联合重组人促红细胞生成素局部注射可缩减关节腔积液深度,下调 TGF- β 、NLRP3 等炎症通路关键因子水平,验证了其抗炎与组织修复效应[37]。未来需进一步优化临床试验设计,明确各疗法的适应证边界、标准化操作参数与统一疗效评价体系,推动中医外治法在风湿免疫疾病康复领域的规范化、循证化发展,为中医药深度参与代谢性关节病全周期治疗夯实实践基础。

7. 不足与展望

当前中医特色外治法治疗痛风性关节炎虽疗效确切、技术体系丰富,但现有研究仍存在多维度短板,难以支撑规范化、精准化的临床决策。现有研究多采用内服联合外治对比单纯西药的增效模式,尚未开展中药外敷、针刺、灸法等不同技术间的头对头比较,且多数研究未按中医证型、病程分期分层分析,加之外敷方剂配伍、针刺刺激参数、灸法操作规范差异较大,研究结果可比性不足,无法明确各疗法的优势人群与适配证型。机制研究层面仍显浅层,现有探讨多局限于血尿酸及常规炎症指标检测,既未阐明外用药物的活性透皮成分与作用靶点,也未揭示针刺、灸法调控全身嘌呤代谢的完整通路,对内外合治的整体作用机制缺乏系统阐释。同时现有研究高度集中于急性期短期疗效观察,间歇期、慢性期干预研究极少,且普遍缺乏长期随访数据,对疾病复发率、关节长期预后及肾功能保护的作用尚不明确,全病程管理证据明显匮乏。此外,常规外治技术的操作参数、疗程尚无统一标准,芒针透刺、民族特色灸法等特色技术的适应证与操作流程界定模糊,临床应用主观性较强,技术的可重复性与推广性均受到限制。

针对上述问题,未来研究可围绕精准化、全周期、深机制、标准化与协同化方向系统推进。可针对湿热蕴结急性期、痰瘀痹阻慢性期等核心证型开展不同外治法的头对头比较研究,明确各技术的起效速度、镇痛强度与远期效益,逐步构建“证型-病程-疗法”的精准匹配体系。同时可搭建“急性期控症、间歇期调理、慢性期防变”的阶梯式全周期外治管理方案,通过长期前瞻性随访验证其对疾病复发率、肾功能与关节影像学进展的干预价值,补充痛风慢病管理的中医外治证据。机制研究可依托皮肤渗透组学与血清代谢组学等多组学技术,从局部透药规律与全身代谢网络双层面阐明外治法的作用靶点与调控

通路,突破单一降尿酸的研究视角,系统阐释外治法的整体调节效应。此外可通过专家共识法统一高频外治技术的操作规范与质控标准,开展民族特色疗法的规范化验证,提升临床应用的同质性,并进一步探索外治联合小剂量西药的增效减毒方案,明确西药减停幅度与脏器保护作用,为西药不耐受患者提供更安全的综合治疗选择。

参考文献

- [1] Keller, S.F. and Mandell, B.F. (2021) Management and Cure of Gouty Arthritis. *Medical Clinics of North America*, **105**, 297-310. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2020.09.013>
- [2] Galozzi, P., Bindoli, S., Doria, A., Oliviero, F. and Sfriso, P. (2021) Autoinflammatory Features in Gouty Arthritis. *Journal of Clinical Medicine*, **10**, Article 1880. <https://doi.org/10.3390/jcm10091880>
- [3] Kumar, S., Kaul, S., Jain, N., Jain, C. and Pandey, M. (2025) Gouty Arthritis Treatment: Advancements in Topical Lipid-Based Nanocarrier Delivery Systems. *Advanced Pharmaceutical Bulletin*, **15**, 11-26. <https://doi.org/10.34172/apb.44012>
- [4] 李婷, 张林珍. 运用张锡纯阿司匹林法治急性痛风性关节炎浅析[J]. 中国民间疗法, 2022, 30(10): 7-10.
- [5] 黄帝内经素问[M]. 田代华, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2005.
- [6] 张仲景. 金匱要略方论[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 63.
- [7] 国家市场监督管理总局, 国家标准化管理委员会. 中医临床诊疗术语 第1部分: 疾病: GB/T 16751.1-2023 [S]. 北京: 中国标准出版社, 2023.
- [8] 徐连洁, 张玉蓉, 杜琰, 等. 从瘀论治痛风性关节炎的研究进展[J]. 实用中医内科杂志, 2022, 36(11): 5-7.
- [9] 高锬, 梁超轶, 潘毅博, 等. 分消走泄法在痛风性关节炎治疗中的应用[J]. 中医正骨, 2025, 37(5): 70-72.
- [10] 陈奕滨, 陈建锋, 吴启俊, 等. 太乙定痛散治疗湿热蕴结型痛风性关节炎急性发作的临床疗效研究[J]. 中国民族医药杂志, 2026, 32(5): 48-51.
- [11] 赖宇文, 杜根发, 夏威夷, 等. 黄柏骨伤散治疗湿热型痛风性关节炎患者的临床效果及对血清 UA、COX-2、CRP、TNF- α 、IL-1 水平的影响[J]. 湖南中医药大学学报, 2026, 46(5): 957-963.
- [12] 余祖年, 杜曜宇. 自拟三黄冰芒散外敷治疗湿热痹阻型痛风性关节炎的临床疗效观察[J]. 中华中医药杂志, 2024, 39(6): 3196-3199.
- [13] 陈珊珊, 李满林, 邹月媚, 等. 清热利湿止痛汤配合加减三黄散外敷对急性痛风性关节炎湿热蕴结证患者的影响[J]. 中国处方药, 2025, 23(16): 76-80.
- [14] 陈勇, 王毅峰. 化湿降浊饮配合三黄散外敷对痛风性关节炎患者的影响[J]. 中国医学创新, 2024, 21(20): 63-68.
- [15] 王晓磊, 邱运城, 武晔, 等. 银苓消肿丸与外敷金黄膏联合治疗痛风性关节炎对炎症反应的影响[J]. 中医药学报, 2025, 53(9): 91-95.
- [16] 江波, 徐寰, 李文华, 等. 五味骨疽拔毒散联合消瘀接骨散交替外敷治疗急性痛风性关节炎的临床疗效观察[J]. 山西中医药大学学报, 2025, 26(7): 768-774.
- [17] 谢丹丹, 毛凯凤, 黄彩兰, 等. 通痹止痛膏治疗急性痛风性关节炎临床疗效观察及网络药理学研究[J]. 岭南急诊医学杂志, 2025, 30(3): 327-330.
- [18] 陈佳利, 欧阳艳菲, 王校宇, 等. 基于文献研究的急性痛风性关节炎中药外敷的用药规律分析[J]. 北方药学, 2024, 21(6): 114-117.
- [19] 赵梁, 李佳睿, 赵博言, 等. 加味四妙散与中草药外敷对比秋水仙碱治疗痛风性关节炎的 Meta 分析[J]. 中国医药导刊, 2025, 27(8): 847-853.
- [20] 王建琼. 艾灸联合中药涂擦对痛风性关节炎急性期患者的应用效果[J]. 西藏医药, 2025, 46(1): 170-172.
- [21] 何佳勇, 沈毅沂. 桂枝芍药知母汤加减配合痛风止痛方外用治疗痛风性关节炎患者疗效研究[J]. 内蒙古中医药, 2024, 43(6): 23-25.
- [22] 宋伟, 黄玉兰, 曾丽红, 等. 清热止痛液定向透药联合秋水仙碱治疗急性痛风性关节炎临床研究[J]. 医药前沿, 2024, 14(14): 125-127.
- [23] 黄青青, 彭华东, 白发臣. 针刺治疗湿热蕴结证难治性痛风性关节炎急性发作的临床研究[J]. 深圳中西医结合杂志, 2025, 35(5): 58-61.
- [24] 林惠雅, 林本桔, 胡舒涵, 等. 痛风性关节炎急性发作的不同针灸疗法对症状缓解及治疗效果的影响分析[J]. 中

- 国医药指南, 2025, 23(28): 146-148.
- [25] 朱珂, 魏光成, 张馨文, 等. 基于 GRADE 和整合证据链的电针治疗痛风性关节炎的证据评价[J]. 中国骨伤, 2025, 38(12): 1260-1270.
- [26] 王巧立, 牛朝旭, 张彦蕾, 等. 穴位埋线联合金骨莲胶囊、电针对老年湿热痹阻型痛风性关节炎患者中医证候积分、血 β_2 微球蛋白水平及数字评介量表评分的影响[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2024, 30(6): 843-847.
- [27] 高泽麒. 针刺联合刺络放血治疗痰瘀痹阻型痛风性关节炎临床研究[J]. 中医临床研究, 2022, 14(24): 78-80.
- [28] 宋丹丹, 王强, 李娜. 芒针透刺联合推拿治疗湿热蕴结型痛风性关节炎疗效观察[J]. 辽宁中医杂志, 2023, 50(7): 198-201.
- [29] 肖敬, 韦勇, 黄冬玲. 壮医经筋针刺联合壮药外用治疗痛风性关节炎湿毒蕴结证疗效[J]. 中国民族医药杂志, 2022, 28(9): 15-17.
- [30] 吴海娟, 张敏, 刘佳. 针药结合治疗慢性痛风性关节炎经验探析[J]. 中医全科医学, 2022, 30(12): 1589-1592.
- [31] 王承志, 李洪, 张雪. 针药结合治疗痛风性关节炎临床疗效分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2023, 23(45): 89-91.
- [32] 翟鑫祥, 王浩, 陈阳. 土威除痹汤联合针刺对痛风性关节炎炎症因子的影响[J]. 中医药学报, 2024, 52(1): 96-100.
- [33] 全喜, 包桂英, 富玉兰. 蒙医乌拉灸术配合蒙药早期干预痛风性关节炎的影响研究[J]. 中国民族医药杂志, 2025, 31(1): 6-8.
- [34] 熊竞争, 张天武, 陈清华, 等. 灸法治疗痛风性关节炎的机制研究进展[J]. 环球中医药, 2025, 18(9): 1956-1965.
- [35] 周静, 顾光照. 中医外治法治疗急性痛风性关节炎 50 例疗效观察[J]. 贵阳中医学院学报, 2016, 38(6): 34-37.
- [36] 侯春福, 陈志煌, 李晓昊, 等. 经筋理论指导下微创针刀镜治疗膝关节类风湿关节炎疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2021, 30(28): 3084-3087+3094.
- [37] 贺前松, 马萍, 陈瑶, 等. 微创针刀联合 rHuEPO 注射治疗痛风性关节炎的临床疗效及对 TGF-1、NLRP3 水平的影响[J]. 中国老年学杂志, 2019, 39(22): 5540-5544.