

# 基于“态靶辨治”理论的高尿酸血症中医诊疗思路

李嘉明<sup>1</sup> 刘扬扬<sup>2▲</sup>

(1. 长春中医药大学中医学院, 吉林长春 130117; 2. 长春中医药大学附属医院治未病中心, 吉林长春 130021)

中图分类号: R259

**摘要:** 高尿酸血症 (HUA) 是由嘌呤代谢紊乱引起的常见代谢性疾病, 发病率持续上升, 并与肥胖、代谢综合征及心血管疾病密切相关。中医虽无明确病名, 但可归属于“淋证”“痹证”等范畴。本文以中医整体观为基础, 结合现代医学研究, 并借鉴仝小林院士“态靶辨治”思想, 对高尿酸血症的病机特点及中医诊疗思路进行归纳, 提出其以“热态”为主、辨态与辨靶相结合的干预策略。

**关键词:** 高尿酸血症; 态靶辨治; 中医辨证; 热态; 早期干预

高尿酸血症 (hyperuricemia, HUA) 是一种嘌呤代谢紊乱引起血尿酸 (serum uric acid, SUA) 水平异常的代谢性疾病, 中国成人 HUA 的患病率已达到 14.0%<sup>[1]</sup>, 已成为仅次于糖尿病的第二大常见代谢性疾病。现代研究表明, HUA 不仅是痛风的前驱状态, 而且与代谢综合征、肥胖、糖尿病、慢性肾脏病及心血管疾病风险升高密切相关, 可能通过炎症反应、内皮功能损害及氧化应激等机制参与这些病理过程<sup>[2][6]</sup>。

仝小林院士提出的“态靶辨治”思想, 是在中医整体观基础上形成的临床辨治思路, 其核心是以“态”为纲、以“靶”为要, 强调从调整机体整体偏态出发, 把握疾病所处阶段及其主要矛盾, 并在此基础上结合现代医学研究和兼见症状明确干预靶点。该思想并非仅针对某一单病种, 而是适用于多种慢性、复杂性疾病的临床辨治实践。所谓“辨态”, 主要是从宏观层面识别机体阴阳、寒热、虚实、湿燥等总体偏态, 强调对疾病状态的把握; 所谓“辨证”, 则侧重于对具体证候表现的归纳与分型。二者并不对立, 而是各有侧重、相互补充。基于这一思想, 现代药理研究所提示的标靶药物, 并非脱离中医辨证论治, 而是在辨态辨证基础上, 结合药物功效与作用机制进行针对性应用, 以增强治疗的精准性与可操作性<sup>[7][8]</sup>。本文在借鉴“态靶辨治”思想的基础上, 结合高尿酸血症的病机特点, 探讨其中医诊疗思路。

## 1 HUA 的发生发展机制

HUA 虽无明确病名记载，但结合其临床表现及疾病演变过程，多可归属于“淋证”“痹证”“水肿”“历节”等范畴。该病多见于肥胖人群，与长期饮食失宜及体质偏颇密切相关。《素问·奇病论》云：“此五气之溢也，名曰脾瘕。夫五味入口，藏于胃，脾为之行其精气，津液在脾，故令人口甘也。此肥美之所发也，此人必数食甘美而多肥也。肥者令人内热，甘者令人中满，故其气上溢，转为消渴”，又《内经》指出：“饮食自倍，肠胃乃伤。”提示过食肥甘厚味、嗜酒无度，最易损伤脾胃，致脾失健运，痰湿内生。痰湿壅阻，中土失运，水谷精微不化，渐化为浊；浊久化热，痰、湿、浊、脂与热相互胶结，入脏入血，进而形成以尿酸升高为代表的多种代谢异常状态<sup>[9][10]</sup>。

现代研究显示，HUA 不仅与嘌呤摄入过多相关，还与氧化应激、炎症反应及内皮功能障碍密切相关<sup>[11]</sup>。体内尿酸积聚可激活 **NOD 样受体蛋白 3 (NOD-like receptor protein 3, NLRP3)** 炎性小体，诱导 **白细胞介素-1 $\beta$  (interleukin-1 $\beta$ , IL-1 $\beta$ )** 等炎症因子释放，促进血管内皮损伤和脂质代谢异常，增加代谢综合征、肥胖及心血管疾病风险。这一病理过程与中医“中满内热”“湿热壅滞”高度契合。肥甘饮食、嗜酒及久坐可加重中焦壅滞，为 HUA 发生提供内外交互的病机基础。

在“态靶辨治”思想指导下，全小林院士将高尿酸血症的病机概括为“中满内热浊停”，即由饮食失节、情志失调等因素引起中焦壅滞，继而痰湿、郁热、浊邪互结，形成以热、湿、浊并见为特征的病理状态<sup>[12]</sup>。中满内热可致机体运化与代谢功能失调，尿酸浊邪内停而临床症状不显，形成 HUA 的隐匿阶段。随着病程迁延，内热渐伤脾肾，脾虚失运、水湿内停，湿热内蕴并下注经络，气血运行受阻，则逐步进入痛风阶段，临床表现为关节红肿热痛反复发作，病久者可出现关节畸形，甚至形成痛风石。

## 2 辨态论治：以热为总态

中医将健康理解为机体动态平衡，以阴阳调和为核心。《内经》所言“阴平阳秘，精神乃治”指明：一旦阴阳失衡、内环境稳态被破坏，机体的正气防御力下降，病理因子易于积聚并促使疾病发生和进展。中医治疗以识别并纠正“偏态”为起点，通过扶正、祛邪、调脏腑、气血、津液以恢复自稳能力。全小林认为，肥甘饮食致中焦壅滞为起点，中满郁而化热，标志病机由量变转向质变，促进尿酸浊邪蓄积，使 HUA 由隐匿期向显性代谢异常发展。基于此，HUA 可归纳为“热态”，并细分为实热态与湿热态以分层干预。

### 2.1 实热态

HUA 在早期素以过食肥甘或情志内郁为始，致脾失健运，食郁、气郁等诸郁互结久则“郁而化热”。此热不一而足，其驻留之处决定证候差异：热留肝者，多见胸胁胀满、口苦易怒、舌红苔黄，属肝胃郁热证；热直中于胃肠者，则以腹满疼痛、口渴喜冷、大便秘结为主，属胃肠热结证。

### 2.1.1 肝胃郁热证

肝胃郁热证以肝胃气机郁而化热为本，临床表现为胸胁或上腹胀满，口渴、口干、口苦，情志抑郁易怒，伴大便秘结，舌红、苔黄；其中“苦、怒、秘”三项为辨识要点。治法以开郁清胃为纲，重在疏肝解郁、清泄胃热、行气消痞。常用方为大柴胡汤。

### 2.1.2 胃肠热结证

胃肠热结证以热邪积于胃肠为本，临床表现为腹满疼痛、面赤唇红、易饥多食、口渴喜冷饮、小便短赤、大便秘结；以“渴、饥、秘”为辨证要点。治法以泻下通腑、清热化结为纲，常用方为大黄黄连泻心汤。

## 2.2 湿热态

在 HUA 的“热态”中，一类为以纯粹热邪为主的实热，另一类则因脾失运化、湿浊内停而形成湿热并重，即“湿热态”。与实热态相比，此态以湿浊壅滞为根、热象为标，证见舌苔腻、排便稀黏或臭秽、体形偏胖、舌红而苔腻等；病位多在胃肠或中焦。久则湿浊与热相互胶结，进一步演化为痰热内蕴之证。临床上此类患者多伴有代谢异常表现（体重指数偏高、脂代谢紊乱等），治疗需先利湿清热、化痰降浊，以恢复脾的运化功能，并重视长期生活方式干预。

### 2.2.1 胃肠湿热证

胃肠湿热证以湿热壅滞于中焦为本，临床以大便不成形、色褐或黏臭为要症，常伴心烦、口渴、小便短赤，舌红而苔腻；以“大便不成形、臭秽、苔腻”三项为辨识要点。治法以清热利湿为纲，常用方为葛根芩连汤。

### 2.2.2 痰热内结证

痰热内结证以痰湿与内热互结为本，主要见于腹型肥胖者。临床表现为体态肥满（尤以腹部腹胀明显）、咯吐痰多、发热口渴，舌质红、苔腻，脉滑

数；以“肥、热”为主症标志。治法以清热涤痰、宽胸散结为纲，常用方为小陷胸汤。

### 3、辨靶论治：标靶与症靶

#### 3.1 标靶药物：改善血尿酸水平

在 HUA 早期，患者多缺乏明显临床症状，仅表现为血尿酸水平升高，此阶段以干预异常生化指标、延缓疾病进展为主要目标，可选用具有明确降尿酸作用的中药作为标靶用药。研究表明，威灵仙可显著降低尿酸性肾病模型大鼠血清尿酸、尿素氮及肌酐水平，降低尿中 N-乙酰-β-D-氨基葡萄糖苷酶

(N-acetyl-β-D-glucosaminidase, NAG) 活性，促进尿酸排泄，并减少肾组织尿酸盐结晶沉积及炎性细胞浸润<sup>[13]</sup>；秦皮及其香豆素类成分可降低高尿酸模型动物血清尿酸水平，促进尿酸排泄，并减少尿酸盐沉积及相关病理改变<sup>[14]</sup>，仝小林在临床治疗中选用威灵仙、秦皮等祛风湿之品<sup>[15]</sup>，以通络泄浊、助邪外出，从而促进尿酸排泄、降低血尿酸水平。现代药理学研究表明，车前草具有降尿酸及肾脏保护作用<sup>[16]</sup>，其可能通过调控肠-肾轴实现，即优化肠道菌群结构以促进尿酸分解与排泄，并抑制肾脏 NOD 样受体蛋白 3 (NOD-like receptor protein 3, NLRP3) 的激活，从而减轻肾脏损伤；黄芪通过激活磷脂酰肌醇 3-激酶/蛋白激酶 B (PI3K/Akt) 信号通路调节尿酸转运蛋白，下调尿酸转运蛋白 1 (urate transporter 1, URAT1) 和葡萄糖转运蛋白 9 (glucose transporter 9, GLUT9)，同时上调 ATP 结合盒转运蛋白 G2 (ATP-binding cassette subfamily G member 2, ABCG2)，从而减少尿酸再吸收并促进排泄。同时，它抑制肝脏黄嘌呤氧化酶 (xanthine oxidase, XOD) 活性，减少尿酸生成并改善 HUA<sup>[17]</sup>。

在中药方剂层面，有多种经典复方被证实对降低血清尿酸具有干预作用。五苓散源自东汉张仲景所著《伤寒论》，为中医经典的利水渗湿方剂。研究表明<sup>[18]</sup>，五苓散可抑制 NLRP3 炎性小体的活化，减轻肾脏炎症反应，并通过下调尿酸转运蛋白 URAT1 和 GLUT9 的表达、抑制肾小管对尿酸的重吸收，从而降低血清尿酸水平；二妙散最早见于明代朱丹溪所著《丹溪心法》，具有清热燥湿、舒筋通络之功，后世医家在此基础上加用牛膝，形成三妙散；再加薏苡仁，形成四妙散，二妙散类方可调控能量代谢与嘌呤代谢通路，改善代谢紊乱，并对肝肾功能具有保护作用，其中，四妙散通过抑制黄嘌呤氧化酶/黄嘌呤脱氢酶 (xanthine oxidase/xanthine dehydrogenase, XOD/XDH) 活性，减少尿酸生成，在调节三羧酸循环及嘌呤代谢方面作用最为显著<sup>[19]</sup>；防己黄芪汤源自

《金匱要略》，是益气利水的代表方剂。研究表明<sup>[20]</sup>，防己黄芪汤可通过调控富亮氨酸重复激酶 1（leucine-rich repeat kinase 1, LRRK1）相关信号通路，上调有机阴离子转运体 1（organic anion transporter 1, OAT1）、有机阴离子转运体 3（organic anion transporter 3, OAT3）及 ABCG2 的表达，从而促进尿酸排泄。同时，该方还能降低肾脏及血清中白细胞介素-1 $\beta$ （interleukin-1 $\beta$ , IL-1 $\beta$ ）、核因子  $\kappa$ B（nuclear factor kappa B, NF- $\kappa$ B）、表皮生长因子受体（epidermal growth factor receptor, EGFR）和富亮氨酸重复激酶 1（leucine-rich repeat kinase 1, LRRK1）的表达水平，并上调 PDZK1 的表达，发挥抗炎及肾脏保护作用。仝小林提出的“三味小方”（黄柏、苍术、威灵仙）在湿热型 HUA 的临床实践中已形成较为成熟的应用经验。医案显示<sup>[21]</sup>，该方用于辨证相符的患者，可在一定程度上改善关节疼痛、活动受限等症状，并有助于血尿酸水平的控制，提示其在 HUA 的临床干预中具有积极意义。

综上所述，标靶中药通过抑制尿酸生成、促进尿酸排泄及减轻肾脏炎症损伤等多途径发挥作用，其共同特点在于围绕“泄浊、通腑、利水”展开，与 HUA 浊邪内停的病机高度契合，为态靶辨治中“打靶”提供了明确的物质基础。

### 3.2 症靶药物：改善临床症状

中医“病—证—症”相互关联的理论体系强调，临床治疗不仅应关注血尿酸等生化指标的改善，还需重视患者机体症状层面的变化，以症状为切入点进行干预具有重要临床意义。若患者出现口苦、心烦、情绪急躁易怒等症状，可加用川楝子、栀子、淡豆豉，以疏泄肝火、清热除烦<sup>[22]</sup>；若患者出现以大便秘结、小便短赤等表现时，可加用麻子仁丸（火麻仁、芍药、枳实、大黄、厚朴、杏仁），以发挥润肠通便、清热泄滞之效<sup>[23]</sup>；若患者出现大便溏泄、舌红苔腻等症状时，可加用厚朴、茯苓皮、白蔻仁以清热祛湿<sup>[24]</sup>；若患者出现咯黄痰、痰多等症状时，可加用清半夏、浙贝母等以清热化痰<sup>[25]</sup>；若患者出现口渴尤甚时，可加用知母、天花粉以生津止渴<sup>[26]</sup>。

## 4 早期干预与治未病策略

《内经》提出“上工治未病”，强调在疾病尚未形成或已病而未传变之时即行干预，以防其进一步发展。从“治未病”理论视角看，HUA 虽多缺乏典型临床症状，但其内在病理偏盛已然形成，正处于由“偏态”向“成病”演变的关键阶段，属于治未病中“既病防变”的重要范畴<sup>[27]</sup>，故此阶段防治的重点是

预防痛风的发生。若未及时调治，病理偏盛可随时间推移而加重，进而循经络、入关节、伤脏腑，导致病势由隐而显、由轻转重。积极干预 HUA 不仅可防止痛风发生，还可延缓伴随代谢异常和肾脏损害的进展<sup>[28]</sup>。

除中药干预外，早期阶段还应结合生活方式管理以强化“治未病”效果。研究显示，规律运动、低嘌呤饮食、戒酒及心理调节可显著降低血尿酸水平并改善体脂分布<sup>[29][30]</sup>。中医倡导的作息调摄、早晚温水调饮及季节性养生措施，可促进脾胃运化、利湿化痰，从而减少内热及痰湿积聚。持续的生活方式干预有助于改善机体代谢紊乱状态，减轻湿浊与内热偏盛，从而为高尿酸血症的长期防控提供基础。

## 5 验案举隅

王某，男，42岁，2025年3月10日初诊，身高178 cm，体质量95 kg，BMI 29.98 kg/m<sup>2</sup>。主诉血尿酸升高2年，近期双足踝关节酸痛。2023年体检发现血尿酸升高，平素饮食肥甘厚味，嗜酒。血尿酸多次测定450~520 μmol/L，偶用非布司他片，疗效不稳定。自诉乏力、易心烦、口苦口干，大便不成形，小便色黄，偶有泡沫。既往无明显慢性疾病史，饮酒10年，每周2~3次。舌质红，苔厚腻微黄，舌边齿痕明显，脉沉弦偏数。西医诊断为高尿酸血症，中医诊断痛风，辨证为湿热下注，治法以清热利湿、降浊排酸为主。处方黄柏15 g、苍术15 g、威灵仙30 g、土茯苓30 g、绵萆薢15 g、黄芪24 g、当归15 g、黄连10 g、丹参15 g、生大黄3 g、生姜10 g、大枣9 g加减。二诊（服药14剂）后，血尿酸降至463 μmol/L，关节酸痛及口苦明显缓解，精神状态改善，非布司他片减为每周1次，痛风未再发作；三诊服药2个月，血尿酸稳定在400~430 μmol/L，诸症明显缓解，睡眠及精神良好，大便成形，小便正常。

按语：患者形体肥胖、长期饮食肥甘厚味、嗜酒，致中焦脾胃运化失职，湿浊内生，痰湿化热，形成湿热下注之态，表现为血尿酸升高及关节酸痛。方用黄柏、黄连清热燥湿，苍术、土茯苓、绵萆薢利湿化浊、通利关节，威灵仙通络祛痹，黄芪益气固表，当归、丹参活血养血、生大黄泄浊通腑、生姜护脾胃、大枣调和营卫。全方兼顾“标靶”降尿酸与“症靶”改善关节酸痛、口苦、精神状态等症状，疗效较好。

## 6 讨论

基于“态靶辨治”理论并结合现代医学，HUA可归入热态，细分为实热态与湿热态，以明确病机与干预重点。这既弥补了传统中医早期隐匿期缺乏可辨证依据的问题，也克服了西医单一降尿酸疗法针对性不足的局限。在此框架下，结合药性归经与组方思想，选用标靶药调控血尿酸水平，辅以症靶药改善临床症状，实现调态与打靶统一。同时强调饮食失调、痰湿壅阻等致病因素，关注疾病早期偏态演变，依循“既病防变”原则开展个体化干预，为HUA全程防控及中西医结合精准治疗提供可行的理论与实践依据。

### 参考文献：

- [1] ZHANG M, ZHU X, WU J, et al. Prevalence of hyperuricemia among Chinese adults: findings from two nationally representative cross-sectional surveys in 2015–16 and 2018–19[J]. *Front Immunol*, 2022, 12: 791983.
- [2] RAYA-CANO E, VAQUERO-ABELLAN M, MOLINA-LUQUE R, et al. Association between metabolic syndrome and uric acid: a systematic review and meta-analysis[J]. *Sci Rep*, 2022, 11: 18412.
- [3] FENG X, YANG Y, XIE H, et al. The association between hyperuricemia and obesity metabolic phenotypes in Chinese general population: a retrospective analysis[J]. *Front Nutr*, 2022, 9: 773220.
- [4] LV Q, MENG XF, HE FF, et al. High serum uric acid and increased risk of type 2 diabetes: a systemic review and meta-analysis of prospective cohort studies[J]. *PLoS One*, 2013, 8(2): e56864.
- [5] PRASAD SAH OS, Q YX. Associations between hyperuricemia and chronic kidney disease: a review[J]. *Nephrourol Mon*, 2015, 7: e27233.
- [6] SHUBIETAH A, AWAASHRA A, MILHEM F, et al. Hyperuricemia and cardiovascular risk: insights and implications[J]. *Crit Pathw Cardiol*, 2025, 9: e0388.

- [7] 仝小林, 何莉莎, 赵林华. 论“态靶因果”中医临床辨治方略[J]. 中医杂志, 2015, 56(17): 1441-1444.
- [8] 仝小林. 态靶医学——中医未来发展之路[J]. 中国中西医结合杂志, 2021, 41(1): 16-18.
- [9] 李瑶, 仝小林. 仝小林教授治疗2型糖尿病合并高尿酸血症的经验[C]. 北京中医药大学; 中国中医科学院广安门医院内分泌科, 2010: 74-77.
- [10] 刘桂芳, 周强, 仝小林. 仝小林治疗高尿酸血症和痛风经验[J]. 中医杂志, 2010, 51(12): 1072-1073.
- [11] PUDDU P, PUDDU GM, CRAVERO E, et al. Relationships among hyperuricemia, endothelial dysfunction and cardiovascular disease: molecular mechanisms and clinical implications[J]. J Cardiol, 2012, 5: 235-242.
- [12] 李修洋, 李敏, 常柏, 等. 利湿降浊法治疗肥胖性高尿酸血症患者 83 例观察[J]. 中华中医药杂志, 2009, 24(8): 1100-1101.
- [13] 林凤平, 任开明, 宋恩峰, 等. 威灵仙对尿酸性肾病大鼠的实验研究[J]. 中成药, 2006, (6): 842-845.
- [14] 赵军宁, 邓治文, 戴瑛, 等. 秦皮总香豆素对实验性痛风性关节炎及尿酸代谢的影响[J]. 中国药理学杂志, 2009, 44(10): 751-754.
- [15] 车慧, 姬航宇, 刘文科, 等. 中药改善理化指标在临床中的应用[J]. 中医杂志, 2011, 52(12): 1010-1012.
- [16] OU G, WU J, WANG S, et al. Plantago asiatica L. extract alleviates hyperuricemia-associated renal injury by modulating gut microbiota to inhibit NLRP3 inflammasome activation[J]. Phytomedicine, 2026, 2: 157771.
- [17] ZHANG MQ, SUN KX, GUO X, et al. The antihyperuricemia activity of Astragali Radix through regulating the expression of uric acid transporters via PI3K/Akt signalling pathway[J]. J Ethnopharmacol, 2023, 12: 116770.

- [18] LEONG PY, CHEN HH, GAU SY, et al. Traditional Chinese medicine in the treatment of patients with hyperuricemia: a randomized placebo-controlled double-blinded clinical trial[J]. *Int J Rheum Dis*, 2024, 1: e14986.
- [19] SHAN B, CHEN T, HUANG B, et al. Untargeted metabolomics reveal the therapeutic effects of Ermiao wan categorized formulas on rats with hyperuricemia[J]. *J Ethnopharmacol*, 2021, 12: 114545.
- [20] 王星, 薛宁, 李洪雷, 等. 防己黄芪汤对高尿酸血症小鼠降尿酸及肾保护作用机制的研究[J]. *中国中药杂志*, 2020, 45(21): 5248-5255.
- [21] 张琪棋, 林潼, 王思成, 等. 黄柏、苍术、威灵仙治疗湿热型高尿酸血症——全小林三味小方撮萃[J]. *吉林中医药*, 2025, 45(5): 528-531.
- [22] 中华中医药学会脾胃病分会. 腹胀中医诊疗专家共识(2023)[J]. *中国中西医结合消化杂志*, 2024, 32(11): 939-944.
- [23] 中国医师协会中西医结合医师分会内分泌与代谢病专业委员会, 北京中西医结合学会内分泌专业委员会, 北京中医药管理局糖尿病中医防治办公室, 等. 糖尿病胃肠病中西医结合防治指南[J]. *中华全科医学*, 2026, 24(2): 180-191.
- [24] 脾胃湿热证中医诊疗专家共识（2023）[J]. *中华中医药杂志*, 2024, 39(8): 4221-4225.
- [25] 李建生. 国际中医临床实践指南慢性阻塞性肺疾病[J]. *世界中医药*, 2020, 15(7): 1084-1092.
- [26] 王婷, 谢然佳. 基于数据挖掘探讨中药治疗糖尿病的组方规律[J]. *数理医学杂志*, 2024, 37(11): 815-822.
- [27] 赵扬, 谭艳云, 王文平, 等. 从“未病先防, 既病防变, 愈后防复”浅谈中医治未病理论[J]. *中国民族民间医药*, 2017, 26(15): 7-9.
- [28] EJAZ AA, NAKAGAWA T, KANBAY M, et al. Hyperuricemia in kidney disease: a major risk factor for cardiovascular events, vascular calcification, and renal damage[J]. *Semin Nephrol*, 2020, 12: 574-585.

[29] HOU Y, MA R, GAO S, et al. The effect of low and moderate exercise on hyperuricemia: protocol for a randomized controlled study[J]. *Front Endocrinol (Lausanne)*, 2021, 9: 716802.

[30] CHEN Z, XUE X, MA L, et al. Effect of low-purine diet on the serum uric acid of gout patients in different clinical subtypes: a prospective cohort study[J]. *Eur J Med Res*, 2024, 9: 449.