

四君温胆方结合非布司他片治疗痛风性肾病 临床效果及对患者肾功能的影响

朱学雷¹, 童婉秋¹, 汪节², 姚贺婷¹

1. 安庆市第一人民医院, 安徽 安庆 246003; 2. 安徽中医药大学第二附属医院, 安徽 合肥 230061

摘要 目的:探讨四君温胆方结合非布司他片治疗痛风性肾病临床效果及对患者肾功能的影响。方法:纳入 2023 年 1 月—2025 年 1 月安庆市第一人民医院肾内风湿科收治的 148 例痛风性肾病患者,采用随机数字表法将患者平均分为对照组和观察组,每组 74 例,对照组患者采用非布司他片治疗,观察组患者采用非布司他片+四君温胆方治疗,研究过程中对照组脱落 3 例,观察组脱落 2 例,最终观察组 72 例,对照组 71 例。观察两组患者的治疗效果、治疗前后中医证候积分(夜尿频多、腰酸腰痛、关节肿痛)、降钙素原(PCT)、C 反应蛋白(CRP)、血沉(ESR)、血尿酸(UA)、尿素氮(BUN)、血肌酐(Scr)、肾小球滤过率(eGFR)、24h 尿蛋白定量(24h UTP)水平及不良反应。结果:观察组患者临床疗效高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);两组患者治疗后中医证候积分(夜尿频多、腰酸腰痛、关节肿痛)、PCT、CRP、ESR、UA、BUN、Scr、24h UTP 水平均降低($P < 0.05$),eGFR 水平上升($P < 0.05$),观察组患者治疗后中医证候积分(夜尿频多、腰酸腰痛、关节肿痛)、PCT、CRP、ESR、UA、BUN、Scr、24h UTP 水平比对照组更低($P < 0.01$),eGFR 水平比对照组更高($P < 0.01$);观察组总不良反应发生率低于对照组($P < 0.01$)。结论:四君温胆方结合非布司他片治疗痛风性肾病临床效果良好,可较好改善患者病症及肾功能,治疗安全可靠。

关键词 痛风性肾病;四君温胆方;非布司他片;治疗效果;中医证候积分;肾功能;不良反应

中图分类号: R269

文献标识码: A

文章编号: 1002-2392(2026)06-0070-05

DOI: 10.19664/j.cnki.1002-2392.260122

痛风性肾病(Gouty nephropathy, GN)是临床常见疾病,该病是由高尿酸血症尿酸钠结晶沉积于肾脏髓质,导致间质纤维化病损,又称为尿酸性肾病^[1-3]。近年来,痛风性肾病发病率显著上升,与人们生活习惯、饮食习惯改变具有密切关系^[4-5]。痛风性肾病起病隐匿,需早期诊断,及时治疗^[6]。临床治疗痛风性肾病需控制高尿酸血症,非布司他片治疗该病已取得较好效果^[7]。中医对痛风性肾病认识较深,治疗该病具有丰富的经验^[8-9]。四君温胆方为安庆市第一人民医院自拟方,以四君子汤健脾益气治本,温胆汤化痰降浊治标为基础,针对痛风性肾病的“脾肾气虚夹痰瘀”病机化裁而成,临床实践发现四君温胆方具有活血化瘀、化痰、健脾补肾等功效,对痛风性肾病患者具有积极影响。故而本次纳入 148 例痛风性肾病患者分为两组探讨四君温胆方与非布司他片联合的临床疗效及影响,

报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入 2023 年 1 月—2025 年 1 月安庆市第一人民医院肾内风湿科收治的 148 例痛风性肾病患者,采用随机数字表法将患者平均分成对照组和观察组,每组 74 例。研究过程中,观察组脱落 2 例,对照组脱落 3 例,最终观察组 72 例,对照组 71 例。观察组男女比例为 31:41,年龄为 36~71 岁,平均年龄(56.21 ± 5.78)岁,病程 2~11 年,平均病程(6.18 ± 0.68)年,肾损害程度:轻度 51 例,中度 21 例。对照组男女比例为 32:39,年龄 35~72 岁,平均年龄(56.18 ± 5.83)岁,病程 2~12 年,平均病程(6.21 ± 0.61)年,肾损害程度:轻度 52 例,中度 19 例。两组患者的一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究经安庆市第一人民医院伦理批准进行(20230114)。

1.2 诊断标准

西医诊断痛风性肾病参照《中国高尿酸血症与痛风诊疗指南(2019)》^[10]中标准,长期痛风病史,反复

收稿日期:2025-03-17 修回日期:2026-03-16

基金项目:安徽省高等学校科学研究项目(2024AH051021)

作者简介:朱学雷(1981-),男,副主任医师,主要从事肾病相关研究。

关节红肿疼痛、血肌酐、尿素氮升高,估算肾小球滤过率下降等。

中医诊断脾肾气虚夹痰瘀型痛风性肾病参照《痛风及高尿酸血症基层诊疗指南》^[11],主症:肢体困重、腰膝酸软、面部无华、神疲乏力、纳差、关节肿胀、疼痛。次症:麻木、恶心呕吐、肌肤甲错、颜面或下肢浮肿、便溏、腹胀。舌脉:苔薄白,脉沉细。

1.3 纳入与排除标准

1.3.1 纳入标准

①符合痛风性肾病中西医诊断标准;②可接受四君温胆方与非布司他片治疗;③伦理批准研究进行;④患者的依从性良好。

1.3.2 排除标准

①其他原因导致肾脏损伤患者;②合并免疫系统疾病与肿瘤患者;③严重肝功能不全患者;④参与其他研究患者;⑤对本研究药物过敏患者。

1.4 剔除及脱落标准

①自愿退出研究患者;②治疗过程中不按治疗方案用药患者。

1.5 治疗方法

对照组采用口服非布司他片(江苏恒瑞医药股份有限公司;国药准字为H20130081)治疗,第1周,每日1次,每次剂量为40 mg,若病情未见好转,调整剂量为每日1次,每次80 mg,治疗2个月。

观察组在对照组基础上加用四君温胆方治疗,四君温胆方组方:黄芪20 g,太子参、茯苓、姜竹茹、丹参、瞿麦、淫羊藿、绵萆薢各15 g,法半夏及黄柏、牛膝、陈皮各10 g,水煎煮,每日1剂,取汁400 mL,每日2次,早晚服药各200 mL,连续治疗2个月。

1.6 观察指标及疗效判定标准

1.6.1 临床疗效

治疗2个月后根据《中药新药临床研究指导原则》^[12]制定疗效标准,显效:患者症状消失,中医证候积分下降 $\geq 70\%$;有效:患者症状显著改善,中医证候积分下降 $\geq 30\%$ 且 $< 70\%$;无效:患者中医证候积分下降 $< 30\%$ 。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.6.2 中医证候积分

对比两组患者治疗前、治疗2个月后的夜尿频多、腰酸腰痛与关节肿痛中医证候积分,证候积分0分、1分、2分、3分,对应无症状、轻度、中度与重度,分值越高则证候越严重^[13]。

1.6.3 炎症因子

治疗前、治疗2个月后采集两组患者空腹静脉血5 mL,采用离心机(TG12X型号,上海锐析仪器设备有限公司)3 000 r $\cdot$ min⁻¹,离心半径10 cm,离心10 min,取上清,采用酶联免疫吸附法(试剂盒购自上海将来实业股份有限公司)检测降钙素原(PCT)、C反应蛋白(CRP)、血沉(ESR)水平。

1.6.4 肾功能

治疗前、治疗2个月后采集两组患者空腹静脉血5 mL,采用离心机3 000 r $\cdot$ min⁻¹,离心半径10 cm,离心10 min,取上清,采用散射比浊法检测血尿酸(UA)、尿素氮(BUN)、血肌酐(Scr)水平;收集患者治疗前后的24 h尿液,采用免疫比浊法检测24h尿蛋白定量(24h UTP)水平。使用CKD-EPI公式计算肾小球滤过率(eGFR)。

1.6.5 不良反应

比较两组治疗期间的不良反应,包括胃肠道反应、低血压、头痛。

1.7 统计学方法

采用SPSS26.0软件处理数据,临床疗效和不良反应等计数资料以[例(%)]表示,实施 χ^2 检验,中医证候积分、PCT、CRP、ESR、UA、BUN、Scr、eGFR、24h UTP等计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效比较

观察组的临床疗效优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组痛风性肾病患者的临床疗效比较(例)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效/例(%)
对照组	71	24	35	12	59(83.10)
观察组	72	42	26	4	68(94.44)
χ^2 值					4.631
P 值					0.031

2.2 中医证候积分比较

治疗前两组中医证候积分比较差异无统计学意义($P > 0.05$),两组患者治疗后积分均降低($P < 0.05$),观察组比对照组更低($P < 0.01$)。见表2。

2.3 PCT、CRP、ESR水平变化

治疗前两组患者PCT、CRP、ESR水平比较差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后两组患者的PCT、CRP、ESR水平均降低($P < 0.05$),观察组治疗后的PCT、CRP、ESR水平比对照组更低($P < 0.01$)。见表3。

表 2 两组痛风性肾病患者中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	夜尿频多		腰酸腰痛		关节肿痛	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	71	2.54 ± 0.12	0.61 ± 0.09 *	2.14 ± 0.26	0.58 ± 0.08 *	1.92 ± 0.26	0.55 ± 0.06 *
观察组	72	2.49 ± 0.15	0.18 ± 0.05 *	2.09 ± 0.30	0.16 ± 0.04 *	1.94 ± 0.30	0.15 ± 0.03 *
<i>t</i> 值		2.199	35.381	1.064	39.178	0.426	50.527
<i>P</i> 值		0.030	0.000	0.289	0.000	0.671	0.000

注:与同组治疗前对比, * $P < 0.05$ 。

表 3 两组痛风性肾病患者 PCT、CRP、ESR 水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	PCT/(ng/L)		CRP/(mg/L)		ESR/(mm/h)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	71	8.69 ± 2.16	2.08 ± 0.47 *	9.00 ± 2.03	7.42 ± 0.93 *	66.23 ± 8.52	26.43 ± 7.73 *
观察组	72	8.73 ± 2.10	1.31 ± 0.49 *	8.99 ± 2.00	5.38 ± 0.89 *	66.18 ± 8.48	19.23 ± 5.92 *
<i>t</i> 值		0.112	9.588	0.030	13.402	0.035	6.259
<i>P</i> 值		0.911	0.000	0.976	0.000	0.972	0.000

注:与同组治疗前对比, * $P < 0.05$ 。

2.4 UA、BUN、Scr、eGFR、24h UTP 指标变化

治疗前两组患者 UA、BUN、Scr、eGFR、24h UTP 水平比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 治疗后两组患者的 UA、BUN、Scr、24h UTP 水平均降低 ($P < 0.05$),

eGFR 水平上升 ($P < 0.05$), 观察组治疗后的 UA、BUN、Scr、24h UTP 水平低于对照组 ($P < 0.01$), eGFR 水平高于对照组 ($P < 0.01$)。见表 4。

表 4 两组痛风性肾病患者 UA、BUN、Scr、eGFR、24h UTP 水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	UA/(μmol/L)		BUN/(mmol/L)		Scr/(μmol/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	71	524.93 ± 10.76	399.65 ± 15.23	13.50 ± 2.16	10.05 ± 1.11	283.84 ± 14.25	240.45 ± 9.65
观察组	72	524.86 ± 11.02	350.63 ± 9.76	13.48 ± 2.09	8.64 ± 1.12	283.99 ± 14.19	223.92 ± 8.65
<i>t</i> 值		0.038	22.948	0.056	7.561	0.063	10.790
<i>P</i> 值		0.969	0.000	0.955	0.000	0.950	0.000

组别	例数	eGFR/[mL/(min·1.73 m ²)]		24h UTP/g	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	71	30.56 ± 4.23	31.85 ± 2.65	1.87 ± 0.26	1.44 ± 0.24
观察组	72	30.49 ± 4.27	33.27 ± 2.17	1.85 ± 0.23	1.27 ± 0.20
<i>t</i> 值		0.099	3.5080	0.487	4.604
<i>P</i> 值		0.922	0.001	0.626	0.000

注:与同组治疗前对比, * $P < 0.05$ 。

2.5 不良反应比较

观察组的总不良反应发生率低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。

表 5 两组痛风性肾病患者不良反应发生率比较(例)

组别	例数	胃肠道反应	低血压	头痛	总不良反应发生率/%
对照组	71	6	3	2	15.49
观察组	72	2	0	0	2.78
χ^2 值					6.993
<i>P</i> 值					0.008

3 讨论

中医将痛风性肾病归属于“痹症”“痛风”“腰痛”“淋证”“血浊”等范畴^[14]。中医关于该病的记载较多,《内经》中记载:“五脏过用, 气血失调, 痹症内生。”中医认为, 痛风性肾病属于本虚标实之证, 脾肾气虚为本, 痰浊瘀血为标, 故而可以益气、活血化瘀及健脾补肾之法治疗^[15-17]。

本研究拟定四君温胆方治疗痛风性肾病取得良好效果。研究结果显示, 治疗后观察组的临床疗效优于

对照组,中医证候积分低于对照组,可见四君温胆方结合非布司他片治疗痛风性肾病有助于提升临床疗效,改善患者病症。分析原因为,四君温胆方是由黄芪、太子参、茯苓、姜竹茹、丹参、瞿麦、淫羊藿、绵萆薢、法半夏及黄柏、牛膝、陈皮等中药组成,该方源于四君子汤和温胆汤,四君子汤出自《太平惠民和剂局方》,可补气兼燥湿,《医宗金鉴·删补名方论》指出:“故凡病久虚不愈,诸药不效者,惟有益胃、补肾两途,故用四君子,随证加减。”可见,补益脾气十分重要。温胆汤出自《三因极一病证方论》,为祛浊化痰经典方,中医认为,“百病皆由痰作祟”,故而当以化痰之法治疗疾病。四君温胆方中黄芪与太子参可健脾固表、益气;竹茹可清热化痰,配伍法半夏可降逆和胃;陈皮与茯苓合用可燥湿健脾,以平生痰之源。黄柏可清热燥湿,与苍术配伍祛湿去热。怀牛膝与瞿麦可活血通经与利尿通淋。丹参可活血祛瘀;萆薢可祛风除痹、止痛及利湿邪浊;淫羊藿可强筋骨及补肾阳、祛风湿^[18-23]。诸药配伍,共行活血化痰、化痰、健脾补肾、益气止痛、祛湿等功效,治疗脾肾气虚夹痰瘀型痛风性肾病效果良好。现代药理指出,黄芪具有抗氧化、抗炎及抗疲劳,增强免疫力作用^[18];太子参具有抗应激及增强免疫力作用^[19];茯苓具有利尿、抗菌作用^[20];姜竹茹具有抗炎、抗菌、抗氧化、改善微循环等作用^[21];丹参可提高人体耐力以及抗应激能力^[22];瞿麦可抗菌抗炎、提升免疫功能^[23]。淫羊藿可提升机体免疫功能^[24]。黄柏、牛膝具有消炎镇痛作用,还可促进尿液尿酸排出^[25]。非布司他片属于高选择性黄嘌呤氧化酶抑制剂,治疗痛风性肾病效果良好,在此基础上联合四君温胆方治疗,可提高疗效、促进患者病症恢复。

PCT、CRP、ESR 为炎症指标,痛风性肾病患者体内的尿酸盐结晶会作为异物持续刺激肾脏组织,引发炎症反应,故炎症因子升高,与四君温胆方中黄芪、姜竹茹、瞿麦等具有抗炎作用相关,故而可帮助患者降低机体炎症反应。UA 水平可反映痛风严重成熟,BUN、Scr、24h UTP 等指标反映患者肾功能^[26],而本次治疗后上述指标均改善,提示四君温胆方结合非布司他片可改善患者肾功能,分析原因为,非布司他片抑制尿酸生成关键酶(黄嘌呤氧化酶),减少尿酸生成,降低血尿酸水平,减轻尿酸盐对肾脏的损害改善痛风肾病患者肾脏功能;而四君温胆方多种中药可抗炎抗氧化,有利于改善病情,而黄柏、牛膝具有利尿通淋的作用,有助于尿酸排出,二者联合应用可更好地改善患者肾脏功能。观察组的总不良反应率(2.78%)低于对照组(15.49%),提示四君温胆方结合非布司他片治疗痛

风性肾病安全可靠,中药结合西药治疗可一定程度缓解西药不良反应,与四君温胆方中黄柏、黄芪等中药具有解毒功效有关。但本研究存在一定局限性,纳入病例数较少,治疗时间较短,未来可进行大样本研究。同时,还可进行长期随访,了解本研究方案对痛风性肾病的长期影响。

综上所述,四君温胆方结合非布司他片治疗痛风性肾病效果佳,患者症状及肾功能均改善,治疗安全可靠。

参考文献:

- [1] 佟颖,黄慧丽,项敬,等.基于LC-MS研究痹宁汤对痛风性肾病小鼠肾脏代谢产物的影响[J].中医药学报,2023,51(11):47-54.
- [2] 马金荣,李莉,赵丽,等.清热泄浊方内服合肿痛消外敷治疗湿热蕴结型痛风性肾病的临床研究[J].现代中西医结合杂志,2023,32(1):67-71.
- [3] 朱美凤,张玲,卢佳伟.陈岱治疗痛风性肾病之经验[J].江苏中医药,2021,53(6):31-33.
- [4] 刘赫,潘红梅,赵春燕,等.清热泄浊方联合尿毒清颗粒对痛风性肾病合并肾衰竭患者肾纤维化及微炎症状态的影响[J].中国医院用药评价与分析,2023,23(7):796-799.
- [5] 赵丽,马金荣,李莉,等.清热泄浊方治疗湿热蕴结型痛风性肾病的临床研究[J].河北中医药学报,2022,37(6):45-48.
- [6] 吴金鸿,张李博,王瑶,等.孙郁芝教授运用祛浊活血法治疗痛风性肾病经验[J].湖南中医药大学学报,2022,42(2):302-305.
- [7] 陈海敏,柳红芳,周盈,等.柳红芳论治痛风性肾病的思路[J].中医药导报,2022,28(11):98-102.
- [8] 常美莹,赵明明,余怡,等.张显教授运用补益脾胃法治疗痛风性肾病的长时医案分析[J].中国医药导报,2022,19(3):123-126,130.
- [9] 宿家铭,柳红芳,宋佳殷,等.化湿降浊法治疗痛风性肾病验案3则[J].江苏中医药,2021,53(10):56-58.
- [10] 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.
- [11] 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.
- [12] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:54-58.
- [13] 国家中医药管理局.24个专业92个病种中医临床路径[M].北京:中国中医药出版社,2017:186-189.
- [14] 包乌吉斯古冷,孙鲁英,刘玉宁,等.基于Meta分析研究固本泄浊化痰法联合非布司他治疗痛风性肾病的疗效及安全性[J].中国中西医结合肾病杂志,2022,23(3):233-237.
- [15] 杨朔,胡俊华,王亚娟,等.痛风克汤治疗痛风性肾病的临床疗效及对肾功能的影响分析[J].中药材,2022,45(3):740-742.
- [16] 姜威,徐旻,陈以平.陈以平教授辨治痛风性肾病经验撷菁[J].中国中西医结合肾病杂志,2021,22(3):192-194.
- [17] 白莉,魏湘萍,李宁,等.牡丹花总黄酮对痛风性肾病小鼠模型的肾脏保护作用[J].中药药理与临床,2022,38(2):90-94.
- [18] 李爱平,张星星,朱云峰,等.基于网络药理学和实验验证探讨黄

芪耐缺氧的作用机制[J]. 山西大学学报(自然科学版), 2025, 48(2):226-237.

[19] 倪建成, 范永飞, 叶祖云. 太子参化学成分、药理作用和应用的研
究进展[J]. 中草药, 2023, 54(6):1963-1977.

[20] 王婧琳, 付新军, 李亚军. “茯苓”之文献考察: 名称、来源和功效[J].
中药材, 2021, 44(1):219-223.

[21] 王金贺, 王托资, 姜德友. 经典名方橘皮竹茹汤历史文献考证与分
析[J]. 中国中医急症, 2022, 31(10):1836-1839.

[22] 王小平, 王振国. 基于本草考证的丹参功效研究[J]. 中医药信息,
2023, 40(7):58-61.

[23] 管仁伟, 郭瑞齐, 林慧彬, 等. 瞿麦的本草考证[J]. 中国现代中药,
2020, 22(11):1914-1921.

[24] 李莉, 王嘉瑞, 王晶, 等. 淫羊藿的主要化学成分、药理作用研究进
展及质量标志物的预测分析[J]. 中华中医药学刊, 2023,
41(11):143-151.

[25] 王聪慧, 曹亚茹, 王淳, 等. 土茯苓、菊苣、川牛膝对高尿酸血症小
鼠降血尿酸作用及机制研究[J]. 环球中医药, 2025, 18(4):
711-718.

[26] 黄刚, 叶一萍. 金匱肾气丸治疗痛风性肾病疗效评价[J]. 中华中
医药学刊, 2016, 34(11):2808-2810.

Observation on Clinical Efficacy of Sijun Wendan Formula Combined
with Febuxostat Tablets in the Treatment of Gouty Nephropathy
and Its Effect on Renal Function

ZHU Xuelei¹, TONG Wanqiu¹, WANG Jie², YAO Heting¹

1. *Anqing First People's Hospital, Anqing 246003, China;*

2. *The Second Affiliated Hospital of Anhui University of Traditional Chinese Medicine, Hefei 230061, China*

Abstract Objective: To explore the clinical efficacy of Sijun Wendan Formula combined with Febuxostat tablets in the treatment of gouty nephropathy and its impact on patients' renal function. Method: A total of 148 patients with gout nephropathy admitted to the Department of Nephrology and Rheumatology of Anqing First People's Hospital (from January 2023 to January 2025) were included in this study. The patients were evenly divided into two groups by the random number table method. Patients in the control group (74 cases) were treated with febuxostat tablets. Patients in the observation group (74 cases) were treated with Febuxostat Tablets + Sijun Wendan Formula. During the study, 3 cases dropped out in the control group and 2 cases in the observation group. Eventually, there were 72 cases in the observation group and 71 cases in the control group. Observe the therapeutic effects of the two groups of patients, the TCM syndrome scores before and after treatment (such as frequent nocturia, low back pain, joint swelling and pain, etc.), procalcitonin (PCT), C-reactive protein (CRP), erythrocyte sedimentation rate (ESR), serum uric acid (UA), blood urea nitrogen (BUN), serum creatinine (Scr), glomerular filtration rate (eGFR), and the level of 24-hour urine protein quantification (24h UTP) and adverse reactions. Results: The curative effect of observation group was higher than that of control group ($P < 0.05$); After treatment, TCM symptom scores (nocturnal frequent urination, lumbago, joint swelling pain, etc.), PCT, CRP, ESR, UA, BUN, Scr, 24h UTP levels were decreased in both groups ($P < 0.05$), and eGFR levels were increased ($P < 0.05$). After treatment, the TCM syndrome scores (nocturnal frequent urination, lumbago, joint swelling pain, etc.), PCT, CRP, ESR, UA, BUN, Scr, 24h UTP levels in observation group were lower than those in control group ($P < 0.01$), and eGFR levels were higher than those in control group ($P < 0.05$); The incidence of adverse reactions in observation group was lower than that in control group ($P < 0.01$). Conclusion: The combination of Sijun Wendan Formula and Febuxostat tablets has a good clinical effect in the treatment of gouty nephropathy, and can effectively improve patients' symptoms and renal function. The treatment is safe and reliable.

Key words Gouty nephropathy; Sijun Wendan Formula; Febuxostat tablets; Treatment effect; TCM syndrome points; Renal function; Adverse effects