

祛邪外出,以田七、延胡索行血活血,通络止痛以治其标;又用白术、炙甘草、制附子、杜仲、川续断、白芍既健脾益气,温经散寒,又强壮筋骨以顾其本。由于用药紧扣病症,标本兼顾,故收良效。

4 讨论

类风湿性关节炎、痛风、慢性腰部劳损,无论在西医或中医都属不同疾病范围,但是选用桂枝芍药知母汤均能见效,主要是三种疾病都有共同的病机。试从中医的角度看,其致病原因虽不同,途径多种多样,兼夹症候多变,但是风寒湿侵袭则一。例如一些人在寒冷或潮湿的环境下生活或工作,若抵抗力薄弱,被寒湿之邪侵袭机体,流注关节,可致血行不畅,导致气血壅滞、瘀阻,一些痹证由此而起。

其次是本方的主治症状除了“周身关节疼痛,身体瘦弱,脚肿如脱”等之外,还有双手双膝关节疼痛,关节微肿,遇冷加剧,屈伸不利,或腰部疼痛,重着,拘急不适,转侧不利,痛处固定,两手冰冷,伴微恶风寒等。这与风寒湿邪侵袭机体后郁滞经脉,致血行不畅,导致气血壅滞,“不通则痛”之痹证

症候相似。

自古以来,中医有异病同治的理论指导临床着临床,中医注重辨证论治,本方主治要点在风寒湿痹阻,化热未甚。本方具有祛风除湿,和营止痛,通阳行痹之功,故可用于治感受风寒湿邪之痛症,只要遍身关节疼痛,或局部关节疼痛,痛处固定,肿大,四肢冰冷,或伴有恶风寒者,就可应用。

参 考 文 献

- [1] 清·吴仪洛选. 朱建平, 吴文清点校. 本草从新[M]. 北京: 古籍出版社, 2001.
- [2] 阴健, 郭力弓. 中药现代研究与临床应用[M]. 北京: 学苑出版社, 1994.
- [3] 焦树德. 用药心得十讲[M]. 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 12.
- [4] 尚志钧校注. 神农本草经校注[M]. 北京: 学苑出版社, 2008.

(收稿日期: 2011-11-10)

(本文编辑: 张磊)

结合西医分期,分型辨治痛风初探

王建明 张艳珍 阎小萍

【摘要】 笔者学习先贤理论、治验,阅读大量文献,结合大量临证实践中的体会,认为“虚、浊、热、瘀”是痛风发生发展的病机关键。痛风以脾肾亏虚为本,湿浊、瘀热痹阻经脉、骨节为标,本虚标实。脾肾亏虚、浊毒内蕴、湿热搏结,浊瘀互结贯穿了整个疾病的始终。在临证中结合西医分期,采用分型辨证论治,辨病与辨证结合,痛风性关节炎急性发作期以“湿热痹阻”论治,痛风间歇发作期从“脾肾”论治,慢性痛风石病变期以“肝肾亏虚、痰瘀互结”论治。急则治标,以利湿泄浊、清热解毒为主;缓则治本,间歇期以健脾益肾为主;慢性期以补益肝肾、活血通络为主,辅以化痰软坚散结之品。

【关键词】 痛风; 分期; 分型; 论治

【中图分类号】 R259 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2012.04.027

痛风(gout)是一种单钠尿酸盐(mono sodium urate,

MSU)沉积所致的晶体相关性关节病,与嘌呤代谢紊乱及(或)尿酸排泄减少所致的高尿酸血症直接相关,属于代谢性风湿病范畴。痛风特指急性特征性关节炎和慢性痛风石疾病,痛风的自然病程可分为急性发作期、间歇发作期、慢性痛风石病变期。痛风见于世界各地、各民族,患病率有所差异,在中国的患病率约为 0.15%~0.67%,较以前有明显升高^[1]。

1 中医对痛风病因病机及证候学的认识

1.1 对痛风病因病机的认识

目前医学学术界对痛风发病的认识尚未一致,有从传统“痹证”病因认识的,认为是风湿郁热或风湿热而致;有从

作者单位:100029 北京,卫生部中日友好医院中医风湿病科(王建明、阎小萍);江西省中医院风湿科(张艳珍)

作者简介:王建明(1972-),博士,副主任医师,北京中西医结合学会风湿病专业委员会常务委员。研究方向:中医药治疗风湿性疾病的临床与科研。E-mail:wendall1972@163.com

通讯作者:阎小萍(1945-),女,主任医师,教授,博士生导师,中华中医药学会风湿病学分会副主任委员,中国中西医结合学会风湿病专业委员会副主任委员,北京中西医结合学会风湿病专业委员会主任委员,北京中医药学会风湿病专业委员会副主任委员。研究方向:中医药治疗风湿性疾病的临床与科研。E-mail:yanxiaoping1688@126.com

文献标引格式:

王建明,张艳珍,阎小平. 结合西医分期,分型辨治痛风初探[J]. 环球中医药, 2012, 5(4): 307-309.

“症似风而实非风”认识的,认为主要是“浊毒瘀滞”使然,包括痰、浊、毒、瘀的不同侧重;有从毒邪角度认识的^[2];还有从脏腑火热内蕴立论、湿热立论、食伤兼感外邪立论、内外诱因交感立论等。总之,这些痛风“似风非风”、“浊瘀为痹”、“浊毒痹”、“湿热痹”、“痰热痹”等论断,实是对痛风发病认识的深入,也是对痹证发病认识的补充^[3]。

1.2 对痛风证候学的认识

各临床医家对痛风病因病机存在不同的认识,临床分型论治尚无统一见解,因而从不同的角度对痛风进行了不同的分型论治或分期论治。路志正提出本病具有“源之中焦、流阻下焦、病于下肢”、“起于脾胃,终于肝肾”的明显病理特点,以健脾祛湿为主,同时配合疏风泄浊、清热解毒、活血通络等不同治法^[4]。曾润生等分型为下焦湿热证、瘀血阻络证、痰热挟风证、气血两虚证 4 型^[5]。卜宝云从气血津液入手,将痛风辨证分为津液耗损型、痰湿郁结型、阳虚寒凝型和气虚血弱型 4 型^[6]。蒋唯强^[7]对急性慢性痛风从肝、脾、肾等脏腑论治,临床分为肝胆湿热型、脾肾湿浊型和脾肾亏虚型 3 型。骆传佳^[8]认为急性关节炎期主要表现为湿热蕴结证,慢性关节炎期多系脾虚累及肝肾,气血不足,痰瘀阻滞所致,可分为瘀热阻滞证、痰浊阻滞证和肝肾阴虚证 3 型,间歇期为本病两次急性发作之间,无任何症状,仅见高尿酸血症,临床多表现为脾虚湿阻证。王忆黎等^[9]对痛风一病从毒论治,主要是藉解毒药物之利湿化浊、行瘀达郁、清热散结等作用,祛除体内难以自消的有害代谢产物,恢复相关脏腑的正常生理功能。

1.3 笔者的探索与发挥

笔者学习先贤理论、治验及阅读大量文献,结合大量临证实践中的体会,认为“虚、浊、热、瘀”是痛风发生发展的病机关键。本病的病因病机为脾肾亏虚,加之平素嗜食膏粱厚味,或饮酒、劳欲过度,日久湿浊内停而发病。脾失健运则升降降浊无权,肾失气化则分清泌浊失司,人体水液不能正常运化,导致湿浊热毒内生,阻于骨骼、经络、关节,致血行不畅,血滞为瘀,浊瘀互结而成。以脾肾亏虚为本,湿浊、瘀热痹阻经脉、骨节为标,本虚标实。脾肾亏虚、浊毒内蕴、湿热搏结、浊瘀互结贯穿了整个疾病的始终。在临证中结合西医分期,采用分型辨证论治。急则治标,以利湿泄浊、清热解毒为主;缓则治本,间歇期以健脾益肾为主;慢性关节炎期出现痛风反复发作,甚则关节变形,则以补益肝肾、活血通络为主,辅以化痰软坚散结之品。

2 结合西医分期、分型辨治痛风

痛风的自然病程可分为急性发作期、间歇发作期、慢性痛风石病变期。笔者在大量的临床实践中,归纳、发现痛风每一期患者共同的中医证候特点,从而提出对应痛风的每一分期,分型辨治痛风的思路。痛风性关节炎急性发作期以“关节红、肿、热、痛”为主要表现,中医辨证属“湿热痹阻证”。间歇期多无明显临床症状,有的患者仅有血尿酸升高,故从“脾肾”论治,培补先后天,增强机体利湿泄浊之力。

慢性痛风石病变期以“持续关节肿痛、痛风石形成、关节畸形、功能障碍”为主要表现,中医辨证属“肝肾亏虚、痰瘀互结证”。通过大量实践证实,分型辨证对临床治疗痛风确有裨益。

2.1 痛风性关节炎急性发作期——湿热痹阻证

发病前可无任何先兆。诱发因素有饱餐饮酒、过度疲劳、紧张、关节局部损伤、手术、受冷受潮等。常在夜间发作的急性单关节炎或多关节疼痛通常是首发症状。凌晨关节疼痛惊醒、进行性加重、剧痛如刀割样或咬噬样,疼痛于 24~48 小时达到高峰。首次发作多为单关节炎,60%~70% 首发于第一跖趾关节,在以后病程中,90% 患者反复该部受累。足弓、踝、膝关节、腕和肘关节等也是常见发病部位。

本期因感受潮湿,或饱餐饮酒等湿热之品,或在劳累、创伤或感染体虚情况下,外湿引动内湿,湿浊中阻,郁久化热,湿热搏结,流注关节,发为痛风。辨证为“湿热痹阻证”。中医证候表现为:足趾、踝或腕、手指关节红肿热痛,局部灼热,痛不可触,昼轻夜重,或伴周身发热,烦渴汗出,舌质红,苔黄厚或腻,脉滑数。治宜利湿泄浊、清热解毒,佐以健脾通络。方以四妙散加减,方药为:苍术 10 g、白术 10 g、炒黄柏 10 g、生薏苡仁 20 g、炒薏苡仁 20 g、川牛膝 10 g、山慈菇 20 g、土茯苓 20 g、青风藤 15 g、忍冬藤 25 g、金银花 30 g、玄参 10 g、当归 10 g、泽泻 15 g。热毒盛加蒲公英 15 g、紫花地丁 15 g,年老体虚者加川断 15 g、桑寄生 20 g,肿盛加草薢 20 g,伴全身发热加青蒿 10 g。

2.2 痛风间歇发作期——从“脾肾”论治

痛风急性发作缓解后,一般无明显后遗症状,有时仅有发作部位皮肤色素加深,呈暗红色或紫红色,脱屑,发痒,称为无症状间歇期。多数患者在初次发作后出现较长的间歇期(通常 1~2 年),但间歇期长短差异很大,随着病情的进展间歇期逐渐缩短,如果不进行预防,每年会发作数次,症状持续时间延长,以致不能完全缓解,且受累关节增多,甚至关节周围滑囊、肌腱、腱鞘等处尿酸盐沉积,症状渐趋不典型。

本期多无明显临床症状,有的患者仅表现为血尿酸浓度增高。患者多因嗜食肥甘厚味过量,或作息失常,久之损伤脾肾,脾之运化、转输及肾之蒸化开阖功能障碍,不能胜任升降降浊之职,湿浊滞留。或遇饮食、劳倦诱发,湿浊从热化,湿热搏结,流窜于筋骨,注于关节,又会导致关节炎复发。故本期应从“脾肾”论治,培补先后天,增强机体利湿泄浊之力。治宜健脾益肾,辅以利湿泄浊、活血通络。方以自拟草薢泄浊汤加减,方药为:草薢 20 g、苍术 10 g、白术 10 g、生薏苡仁 20 g、炒薏苡仁 20 g、威灵仙 12 g、川断 15 g、桑寄生 20 g、土茯苓 20 g、泽泻 20 g、桃仁 10 g、红花 10 g、淮山药 10 g。

2.3 慢性痛风石病变期——肝肾亏虚、痰瘀互结证

尿酸盐反复沉积使局部组织发生慢性异物样反应,沉积物周围被单核细胞、上皮细胞、巨噬细胞包绕,纤维组织增生形成结节,称为痛风石。痛风石多在起病 10 年后出现,是病程进入慢性的标志,可见于关节内、关节周围、皮下组织及内

脏器官等。典型部位在耳廓,也常见于足趾、手指、腕、踝、肘等关节周围,当痛风石发生于关节内,可造成关节软骨及骨质侵蚀破坏、反应性增生,关节周围组织纤维化,出现持续关节疼痛、肿胀、强直、畸形。慢性期症状相对缓和,但也可有急性发作。

本期患者病程缠绵反复,肿痛时有发作,不能自行缓解。患者肝肾亏虚,体内湿邪、痰浊、瘀血胶着,阻滞经络、筋骨、关节,造成关节疼痛或肿胀,甚则形成痛风石,出现关节变形,活动受限。辨证为“肝肾亏虚、痰瘀互结证”,以补益肝肾、化痰软坚、活血通络为法。中医证候表现为:关节疼痛,或肿胀,僵硬,活动受限,跖趾、踝、腕、手指、肘、耳廓等处可见痛风石,舌质暗或红,苔薄黄,脉弦滑或沉细涩。治宜补益肝肾、化痰软坚、活血通络,佐以健脾化湿。方以独活寄生汤合桃红四物汤加减,方药为:独活 10 g、桑寄生 20 g、怀牛膝 12 g、川续断 15 g、骨碎补 15 g、补骨脂 10 g、炒杜仲 20 g、当归 10 g、桃仁 10 g、红花 10 g、生地 10 g、威灵仙 12 g、青风藤 15 g、浙贝母 10 g、穿山甲 9 g、炒薏苡仁 20 g、苍术 10 g、白术 10 g。活动障碍可加伸筋草 20 g、络石藤 30 g、鸡血藤 30 g,而一旦痛风石形成,加用金钱草 30 g、鸡内金 15 g、山慈菇 20 g 等祛痰软坚、散结通络之品,血尿酸高者加草薢 20 g。

3 吸取现代中药药理研究成果作为用药参考依据

西医学认为本病是一组尿酸代谢异常的异质性疾病,高尿酸血症是本病的重要生化基础,它导致尿酸在体内蓄积,尿酸盐尿酸盐结晶在关节或其他结缔组织中沉积,从而造成痛风性关节炎的组织学改变。降低血尿酸是痛风治疗的关键。但应注意痛风急性发作期不可立即进行降尿酸治疗,避免因尿酸的突然降低,使关节内微小痛风石的表面溶解,释放不溶性针状结晶,结晶被白细胞吞噬后,释放趋化因子 C3a 和白三烯 B4 等吸引更多的白细胞,释放溶酶体酶,诱发关节损伤。

结合现代药理研究的成果,在临床辨证的同时,适当加入现代药理研究显示有降尿酸、促进尿酸排泄、抗炎、解痉、镇痛作用的中药,会增加部分疗效。如现代药理研究认为:土茯苓、萆薢、晚蚕砂可降尿酸;泽兰、桃仁、当归、地龙可抑制尿酸的合成;威灵仙有溶解尿酸、增加尿酸排泄、抗痛风作用;生薏苡仁、泽泻、车前子、茯苓、地龙可增加尿酸的排泄;山慈菇含秋水仙碱样物质;葛根素可改善微循环,并可解痉止痛;土茯苓有解毒、利尿及镇痛作用;萆薢有一定的抗炎镇痛作用;黄柏、甘草有明显的抗炎作用。这些均可在辨证基础上,根据情况选择应用^[10]。需要注意的是,所选用的这类药物必须符合辨证的精神,从而达到辨证与辨病相结合。

4 结语

近年来随着中国经济发展,人们生活方式和饮食结构的改变,痛风的发病率呈直线上升趋势。由于痛风发展到晚

期,会造成关节的畸形甚至残疾,给人们的生活和家庭带来巨大的痛苦,如何有效防治痛风,发挥中医药治疗痛风的作用,显得尤为重要。

目前中医学界对痛风发病的认识尚未一致。各临床医家对痛风病因病机存在不同的认识,临床分型论治尚无统一见解,因而从不同的角度对痛风进行了不同的分型论治或分期论治。

笔者学习先贤理论、治验及阅读大量文献,结合大量临证实践中的体会,认为“虚、浊、热、瘀”是痛风发生发展的病机关键。痛风的自然病程可分为急性发作期、间歇发作期、慢性痛风石病变期。笔者在大量的临床实践中,归纳、发现痛风每一期患者共同的中医证候特点,从而提出对应痛风的每一分期,分型辨治痛风的思路。痛风性关节炎急性发作期中医辨证属“湿热痹阻证”,间歇期从“脾肾”论治,慢性痛风石病变期中医辨证属“肝肾亏虚、痰瘀互结证”。通过大量实践证实,对临床治疗痛风确有裨益。

近年来中医药防治痛风取得了较大进展,但是由于种种原因,多以临床研究为主。而从流行病学角度,以科学的临床流行病学研究方法进行痛风中医发病学及证候学的相关研究较少见到。因此,从中医角度出发,开展痛风的临床流行病学及证候治疗学研究具有学术价值和指导意义。笔者也将从这些方面进行更深入的研究,从而为中医药防治痛风探索出更好的方法。

参 考 文 献

- [1] 中华医学会风湿病学分会. 原发性痛风诊断与治疗指南[J]. 中华风湿病学杂志, 2011, 15(6): 410-413.
- [2] 考希良. 从毒邪角度探讨痛风性关节炎中医病因病机[J]. 环球中医药, 2011, 4(6): 460-461.
- [3] 陈秀明, 苏友新. 痛风“内湿致痹”浅析[J]. 福建中医药, 2011, 42(1): 58-59.
- [4] 石瑞舫. 路志正治疗痛风痹经验[J]. 河北中医, 2011, 33(7): 965-966.
- [5] 路志正, 焦树德. 实用中医风湿病学[M]. 人民卫生出版社, 1996: 658-668.
- [6] 卜德勇. 痛风性关节炎的治疗经验[J]. 云南中医学院学报, 2000, 23(2): 41-42.
- [7] 蒋唯强. 试论痛风从脏腑辨证论治[J]. 浙江中医杂志, 2000, 35(1): 299.
- [8] 骆传佳. 辨病与辨证相结合治疗痛风 32 例[J]. 中国中医药信息杂志, 2000, 7(6): 60.
- [9] 王忆黎, 严余明. 痛风从毒论治的体会[J]. 中国医药学报, 2002, 17(6): 364-365.
- [10] 曹玉璋, 杨怡坤. 房定亚教授治疗痛风性关节炎经验[J]. 北京中医药大学学报, 2009, 16(6): 34-35.

(收稿日期: 2012-03-06)

(本文编辑: 钮丽霞)