

国医大师王琦治疗痛风经验

包蕾 张惠敏 闵佳钰

【摘要】 国医大师王琦教授从医五十余载,临床经验丰富,认为痛风之病机为患者自身体质偏颇,终致湿热痰瘀结聚,阻滞经络气血运行,浊毒停积于筋骨关节,而非风寒湿邪外袭。倡导运用辨体—辨病—辨证相结合的诊疗模式治疗痛风,注重体质与疾病、证候之间的内在联系。以体病相关和体质可调为理论依据,因人制宜改善患者的偏颇体质;以四妙勇安汤为主方,古方新用,另据病情灵活加减用药,祛风通络,清热除湿,祛痰化瘀以祛浊毒,临床效果显著。

【关键词】 痛风; 辨体论治; 名医经验; 王琦

【中图分类号】 R249 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2016.05.027

痛风是一种单钠尿酸盐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^[1]。痛风和高尿酸血症可并发肾脏病变,且与其他代谢综合征有相关性^[2-3],全球痛风患病率约为0.08%^[4]。40岁以上的中老年人是痛风的高发群体,并且患病率随年龄的增加而上升,近年来有年轻化的趋势,男性患病率高于女性^[5]。其病因和发病机制不清,可受地域环境及饮食结构的影响,沿海一带多发,广州地区痛风患病率居全国首位^[6]。现代医学一般采取对症治疗措施,通过饮食或药物控制血尿酸维持在正常水平。急性期可给予秋水仙碱、糖皮质激素或非甾体抗炎药,起效快,但易出现严重的不良反应,造成皮肤黏膜、消化系统、血液系统、泌

尿系统、神经系统、肌肉骨骼以及特殊器官的损害,如排尿困难、神经炎、肝功能异常等^[7]。王琦教授是第二届国医大师、全国第二、三批老中医药专家学术经验继承工作指导老师,长期从事中医教学、临床、科研工作,对内伤杂病、男科疾病等具有丰富的临床经验。对于痛风一病,王琦教授诊疗思路与方法独特,临床疗效显著,笔者师从王琦教授,跟诊学习,收益良多,现将王琦教授治疗痛风的临床经验总结如下。

1 痛风之为病,体质偏颇为本,湿热痰瘀交阻为标

1.1 体质偏颇为本

痛风作为病名最早出现于朱丹溪的《格致余论·痛风》,但其含义与现代医学的痛风不同。在众多古代文献中,将风寒湿热痰等邪气痹阻经络,引起的关节肌肉疼痛均归为痹症,又有历节、筋挛等称谓。《证因脉治·痹症论》中有道:“痹者,闭也。经络闭塞,麻痹不仁,或攻注作疼,或凝结关节,或重着难移,故名曰闭。”而痛风属热痹范畴。关于热痹,在《内经》中早有论述:“厥阴有余病阴痹,不足病热痹。”“其热者,阳气多,阴气少,病气盛,阳遭阴,故为痹热”。表现为关节伸屈不利,红肿热痛等。

王琦教授^[8]认为体质是机体的固有特质,是百病滋生和发展的内在基础,应从体病相关的角度去认识疾病。如徐

基金项目:北京市自然科学基金面上项目“王琦名老中医体质学术流派研究”(7132125);国家中医药管理局国医大师王琦传承工作室建设项目;北京中医药薪火传承“3+3”工程(王琦名中医传承工作站建设项目);北京中医药大学王琦传承团队建设项目

作者单位:100029 北京中医药大学中医体质与生殖医学研究中心[包蕾(硕士研究生)、张惠敏、闵佳钰]

作者简介:包蕾(1992-),女,2014级在读硕士研究生。研究方向:中医体质学。E-mail:18810901322@163.com

大椿《医学源流论》中所述“天下有同此一病,而治此则效,治彼则不效,且不惟无效而反有大害者,何也?则以病同而人异也”。所谓“正气存内,邪不可干”,人体正气的旺盛与否取决于其体质状态。痛风患者由于先天禀赋和后天环境等因素的影响,机体存在阴阳失调,脏腑功能紊乱,从而导致体质偏颇。痰湿体质,湿热体质,血瘀体质为痛风的高发体质,以痰湿体质最为多见,余者次之。诸多流行病学调查结果^[9-10]也印证了这一观点。其余几种体质也可发生痛风,但所占比例较少。痰湿体质是 8 种偏颇体质中的一种,因体内津液运化失司,痰湿凝聚而形成,主要特征为黏滞重浊。究其根本,则为脾胃功能失常,对水液以及水谷精微的运化能力减弱,进而津液输布异常,停积于体内,水饮痰湿渐生。长此以往,痰湿凝聚,阻遏气机,困阻清阳,则脾湿更甚,周而复始,终成痰湿之体。因其水液代谢障碍,机体产生的尿酸无法正常排出,沉积在肢体关节处,形成痛风,表现为水液泛溢四肢,骨节肿胀,胸脘痞闷,足肿面浮等。《张氏医通·卷六·痛风历节》有云:“肥人肢节痛,多是风湿痰饮流注。”此外,痰湿体质人群多嗜食肥甘厚味,如动物内脏、鱼、烧烤等,这些食物大多含有嘌呤成分,为外源性尿酸的重要来源,在一定程度上可促使痛风的发生。与此同时,过食肥甘厚腻又可加剧体内痰湿的堆积,使得痰湿体质偏颇更甚。湿热体质是以湿热内蕴为主要表现的一种体质状态。由于先天禀赋及后天饮酒过多、嗜食辛辣食物等因素,导致机体湿热蕴结而形成。《万病回春·卷五·痛风》中提到“一切痛风,肢节痛者,痛属火,肿属湿”。湿热结聚于体内,灼伤脉络,气血运行不畅,阻滞经络,而易发痛风。

1.2 湿热痰瘀交阻为标,然非风寒湿邪之过

王琦教授认为,痛风的病机为患者自身存在体质偏颇,湿、热、痰、瘀交阻,经脉不通,而非风寒湿邪外袭机体,这与现在许多医家的观点不同。奚九一教授认为本病病机为先天禀赋或年高肾气不足致使膀胱的气化功能减弱,排泻湿浊量少速缓,日久困脾,脾失健运,肾失蒸腾,湿浊内生^[11]。邓运明教授认为痛风以脾胃失和,湿热痹阻为主要病机,惯用健脾和胃,清热利湿之法治疗本病^[12]。牟淑敏教授治疗本病主张据临床表现进行分期辨证治疗,将其分为湿热壅盛型、阳虚寒凝型、脾虚湿盛型、肝肾亏虚型^[13]。王琦教授指出无论痰湿体质、湿热体质亦或血瘀等体质的痛风患者,发病之初或因湿阻,或因热结,或因血瘀,然日久湿与热结,热与血结,循环往复,必成湿热痰瘀结聚之势,阻碍气血运行,浊毒留聚筋骨关节,而有红肿热痛,伸屈不利的表现。

2 治疗特色

2.1 调体治疗贯穿始终

王琦教授治病遵循辨体—辨病—辨证三辨合参的原则,认为治病当先治本,根据体质具有可调性,通过使用药物、精神调摄等方法可以调整体质偏颇,改善体质状态,增强机体正气和抗御外邪的能力。故针对每一个痛风患者,必先辨其体质,根据患者各自的体质特点加减用药。痛风分为发作期

和缓解期。在发作期,用药针对疾病本身,以清热利湿活血化瘀泄浊的药物为主,同时予以调体方剂;在缓解期,则以调理偏颇体质为主,改善体质状态,增强机体御邪能力。

针对不同体质的痛风患者,遣方用药也不尽相同。对于痰湿体质者,予以自创经验方“益气健运汤”治疗,主要组成为山楂、荷叶、海藻、昆布、蒲黄、黄芪等药物,以健脾益气、化痰消脂,除湿化浊;湿热体质者治疗当清热泻火,分清湿浊,常用薏苡仁、白茅根、赤小豆、茵陈等药物;血瘀者多用桃仁、生地黄、赤芍、红花、当归等活血化瘀通络。其余几种体质发作痛风少见,气虚者以黄芪、白术、党参等益气健脾;阴虚者应加熟地黄、山茱萸、麦冬、玉竹、百合等滋阴清热;阳虚者应加附子、肉桂、干姜等温补元阳;气郁者应加柴胡、香附、陈皮、枳壳、川芎以疏肝行气;特禀质应予乌梅、防风、蝉蜕、灵芝等益气固表,凉血消风。

2.2 主病主方

王琦教授认为一病必有主方,一方必有主药,在临床上常以主病主方的思想来治疗疾病,王琦教授善用四妙勇安汤加减治疗痛风性关节炎,四妙勇安汤首见于华佗的《神医秘传》,是治疗热毒脱疽的名方,王教授古方新用,取异病同治之意,方中重用金银花为君,清热解毒。玄参凉血解毒,泻火滋阴,两药合用则既可清气分之邪热,又泻血分热毒,有气血双清之效。当归以养血活血散瘀,可养阴血以濡四末,兼润肠通便;甘草和中,清解百毒,缓急止痛。四药合用则有散瘀止痛,清热解毒,活血之功效。现代药理学研究显示此方有抗炎解毒、抑制血细胞凝聚、扩张血管,促进血液循环的作用^[14]。

2.3 遣方用药灵活,参考中药现代药理学研究成果

王琦教授遣方用药灵活,除主方四妙勇安汤外,另根据病情对主方进行加减,常用药物有威灵仙、土茯苓、薏苡仁、忍冬藤、萆薢、金樱子等。与此同时,王琦教授用药注重参考中药现代药理学研究成果。如土茯苓可清热利湿,活络除痹,通利关节,现代药理学研究表明其镇痛作用良好,可有效改善急性痛风性关节炎的症状^[15];生薏苡仁淡渗利湿,清热消肿,可促进尿酸的排出^[16];金樱子可抑菌、消炎,改善肾功能,降低尿蛋白^[17],在《本草新编》中记载其有开尿窍以利水的功效;防己利水消肿,其有效成分盐酸青藤碱可抗变态反应及抗炎^[18];姜黄行气活血、通经、止痛,有研究显示姜黄有降血脂、降尿酸、及抗炎杀菌等作用^[19];威灵仙祛风通络,且可通过抑制 JAK2/STAT3 通路起到抗炎抗菌、镇痛的作用^[20]。

3 病案举隅

患者,男,43 岁,2012 年 12 月 19 日因右侧脚趾骨节灼热疼痛前来就诊。患者自 2012 年 1 月开始出现右侧脚趾骨节疼痛、红肿、灼热的症状,查血尿酸 688 $\mu\text{mol/L}$,约每月发作 1~2 次。未曾服药治疗。其面色暗,额头面部出油多,易生粉刺痤疮,脱发,体形肥胖,腹部肥满松软,身重不爽。夜间睡眠时打鼾,痰多,胸闷,口微干,有口臭,暖气。纳可,寐差,醒后疲乏,精神萎靡。大便黏滞不爽,小便黄。患者患有

高脂血症,中度脂肪肝,喜饮酒。舌淡胖,苔黄腻,脉沉滑。王琦教授辨其体质类型为:痰湿体质兼夹湿热体质。现代医学诊断:急性痛风性关节炎。中医诊断:痹证。证型:热痹。治疗:应辨体—辨病—辨证合参,故予健脾利湿,化痰泄浊以调整体质偏颇;同时针对疾病本身治以清热通络,祛风除湿。处方:黄芪 20 g、制苍术 20 g、生蒲黄^{包煎} 10 g、生薏苡仁 20 g、生山楂 30 g、赤小豆 20 g、忍冬藤 30 g、草薢 20 g、土茯苓 20 g、晚蚕砂^{包煎} 15 g,30 剂,每天 1 剂,水煎服。

按 因患者处于缓解期,故以调理体质偏颇为主,稍佐以针对痛风性关节炎的药物。患者体胖,面色晦暗,额头出油多,腹部肥满,夜间睡眠时打鼾,痰多,苔白腻,脉滑,是典型的痰湿体质,此外患者又有大便黏滞不爽,易生粉刺痤疮,苔黄腻,可认为兼夹湿热体质,王琦教授使用自创方药益气健运汤以益气温阳,化痰祛湿,活血祛瘀之法调整患者体质偏颇,痰湿体质源于气虚阳弱,脾湿运化失常而水湿内停,进而痰湿夹瘀,方中制苍术可解湿郁、消痰水;生山楂合生蒲黄以活血祛瘀,黄芪益气健脾,生薏苡仁、赤小豆、忍冬藤利水渗湿;另加草薢、土茯苓、晚蚕砂清热利湿祛浊。

2013 年 1 月 23 日二诊:血尿酸 540 $\mu\text{mol/L}$,服药期间共疼痛 1 次,疼痛程度较之前减轻,精神渐振,暖气减轻。患者查有甲状腺结节。处方:一诊方加夏枯草 20 g、蒲公英 30 g、皂角刺 20 g,30 剂,水煎服,每天 1 剂。

按 因患者服用前方后,精神状态转好,暖气减轻,且血尿酸降低,痛风发作时疼痛症状减轻,故治依前法。因患有甲状腺结节,故加夏枯草、蒲公英、皂角刺,用此三药以清热解毒,消肿散结。

2013 年 3 月 20 日三诊:血尿酸 433 $\mu\text{mol/L}$ 。体重减轻,咳嗽减少,舌淡红,苔薄黄,脉沉滑。处方:第二诊方加金银花 20 g、当归 15 g、玄参 20 g、金钱草 30 g、金樱子 20 g、昆布 20 g、海藻 20 g、炮甲粉^{冲服} 3 g,30 剂,水煎服,每天 1 剂。

按 患者体重减轻,咳嗽减少,痰湿体质已得到改善,故此次处方主要针对痛风疾病本身,予以四妙勇安汤加减,以清热解毒、活血、散瘀止痛,加金钱草清热利湿,金樱子开尿窍以利尿酸排出;除原调体方药外,另予昆布、海藻化痰软坚以助调体;针对甲状腺结节加入炮山甲活血散结、消肿溃坚。

2013 年 4 月 26 日四诊:两次查血尿酸分别为 410 $\mu\text{mol/L}$ 、390 $\mu\text{mol/L}$,痛风未发作,病愈。血脂明显改善,体重减少 10 kg。故用调体方继续调体,以期患者得以阴平阳秘,体质平和。

后定期随访,两年来未再发作。

4 总结

痛风作为一种难治疗,易复发的临床常见疾病,严重影响患者的生活质量和身体健康,通过详述王琦教授治疗该病经验,笔者认为,对于该病,防胜于治。《内经》曰:“上工救其萌芽……下工救其已败。”中医“治未病”包括未病先防和既病防变两个方面。即在未病阶段和无症状高尿酸血症期,进行体质类型辨识,针对好发体质人群,及时进行干预,可通

过饮食,锻炼,精神调摄以及药物治疗等方式调整体质偏颇,纠正阴阳失衡,消除痛风发生的内在病理基础,从而有效预防该病的发生。对于已病防变和愈后复发,应在治疗过程中关注体质因素对疾病的影响,将调理自身体质偏颇这一理念贯穿始终,因人制宜。

参 考 文 献

- [1] 中华医学会风湿病学分会. 原发性痛风诊断和治疗指南[J]. 中华风湿病学杂志,2011,15(6):410-413.
- [2] Rider Tom G, Jordan Kelsev M. The morden management of gout[J]. Rheumatology,2010,19(1):5-14.
- [3] Viazzi F, Leoncini G, Pontremoli R. Cardiovascular and renal effects of hyperuricaemia and gout[J]. Reumatismo, 2012, 63(4):253-262.
- [4] Smith E, Hoy D, Cross M, et al. The global burden of gout: estimates from the glodbal burden of disease 2010 study[J]. Ann Rheu Disea,2014,73(8):1470-1473.
- [5] 朱君,于俊文. 高尿酸血症和痛风的流行病学及其危险因素的研究进展[J]. 现代生物医学进展,2008,8(1):191-195.
- [6] 臧路平,刘志刚,吴新荣. 高尿酸血症发病机制及其药物治疗研究进展[J]. 医药导报,2011,30(1):69-73.
- [7] 杨媛,李静,甄健存,等. 抗痛风药别嘌醇、苯溴马隆及秋水仙碱不良反应报告分析[J]. 中国医院药学杂志,2013,33(15):1296-1297.
- [8] 王琦. 中国人九种体质的发现[M]. 北京:科学出版社,2011:2.
- [9] 蒋春梅,李娟. 痛风危险因素、体质类型与中医证型的相关研究[J]. 热带医学杂志,2011,11(5):590-595.
- [10] 邓棋卫,涂爱国. 痛风的辨证调养[J]. 时珍国医国药,2008,19(6):1307-1308.
- [11] 赵凯,张磊,赵兆琳. 奚九一教授治疗痛风经验介绍[J]. 河南中医,2008,28(11):30-31.
- [12] 李华南,刘峰,涂宏,等. 邓运明教授从脾胃辨证论治痛风经验[J]. 南京中医药大学学报,2014,30(2):180-182.
- [13] 鲁浩,牟淑敏. 牟淑敏痛风论治经验[J]. 亚太传统医药,2015,11(6):72-73.
- [14] 黄瑛. 四妙勇安汤在周围血管病中的运用[J]. 湖北中医杂志,2000,22(4):25.
- [15] 戴蕾. 痛风康治疗痛风的临床研究—痛风康临床疗效及早期肾保护作用观察[D]. 合肥:安徽中医药大学,2014.
- [16] 丁炜,许丽清,许爱兰. 提高中医药治疗痛风临床疗效的思路[J]. 江苏中医药,2007,39(5):26-27.
- [17] 吴玉兰. 中药金樱子的化学成分及其药理作用研究进展[J]. 微量元素与健康研究,2012,29(1):53-56.
- [18] 宫崎瑞明. 防己黄耆汤加木通车前子治疗痛风[J]. 日本医学介绍,1998,19(5):235.
- [19] 李幼玲. 四妙散加味治疗急性痛风性关节炎 64 例观察[J]. 现代临床医学,2012,38(2):114.
- [20] 邓飞龙,汪永忠,韩燕全,等. 威灵仙总皂苷抑制佐剂性关节炎大鼠 JAK2/STAT3 信号通路[J]. 细胞与分子免疫学杂志,2015,31(2):153-158.

(收稿日期:2015-12-27)

(本文编辑:董历华)