

从“湿热痰瘀”等方面论治痛风的临床经验

冯文韬 吴素玲

【摘要】 痛风主要是体内嘌呤代谢紊乱所致的疾病,属于中医学“痹症”范畴。笔者从“湿、热、痰、瘀”等方面治疗痛风,认为痛风的发作以湿热痰瘀为标,脾肾亏虚为本,急性发作期以“利湿泄浊、清热解毒、通络止痛”为主治其标,缓解期以“健脾益肾”为主调其本,以四妙丸为主方随证加减,辨证施治,疗效显著。

【关键词】 痛风; 湿热痰瘀; 辨证施治

【中图分类号】 R249 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2017.02.036

痛风是体内嘌呤代谢紊乱所致的疾病,主要表现为高尿酸血症及由此引发的急性痛风性关节炎反复发作、痛风石形成、痛风石性慢性关节炎,并可发生尿酸盐肾病、尿酸性尿路结石等,严重者可出现关节致残、肾功能不全^[1]。近年痛风的发病率随着人们生活水平的提高和饮食结构的变化呈逐步上升趋势,尤其是沿海居民经常食用海鲜者发病率较内地居民发病率明显升高。Choi HK 等^[2] 研究表示摄入海产品较多者痛风患病的危险增加 1.51 倍。痛风急性发作多表现

为关节变红、肿胀、发热、疼痛,常伴关节活动障碍,首次发作多于足第一跖趾关节^[3],其次为跗跖关节、踝和足跟。病情容易反复,患者十分痛苦,生活和工作严重受到影响,笔者临床从“湿、热、痰、瘀”等方面治疗痛风,疗效显著。

1 痛风病机溯源

痛风属于中医“痹证”的范畴,但二者又不完全相同,痹证主要是风寒湿等邪气侵袭人体,闭阻肌肉、筋骨、关节,导致关节疼痛甚至变形,而痛风主要与患者体质和平素饮食偏好有关,患者大多形体肥胖,平素嗜食肥甘厚味,致中焦运化不利,水湿内聚,日久化热,湿热互结,经脉闭阻,不通则痛,发为本病。

对于痛风的病机,各医家认识不尽相同,部分医家认为主要因感受外邪所致,如朱丹溪在《格致余论》中指出“痛风者,大率因血受热已自沸腾,其后或涉冷水……夜则痛甚,行于阴也”^[4],认为痛风产生的原因主要有风热、风湿等;林佩

基金项目:南京市科技计划(201303025)

作者单位:210029 南京中医药大学[冯文韬(硕士研究生)];
南京中医药大学第三附属医院风湿科(吴素玲)

作者简介:冯文韬(1987-),2014 级在读硕士研究生。研究方向:风湿免疫。E-mail:924830987@qq.com

通信作者:吴素玲(1968-),女,博士,硕士生导师。研究方向:风湿免疫。E-mail:2960948815@qq.com

琴在《类证治裁》中说“痛风,痛痹一症也……初因风寒湿郁痹阴分,久则化热攻痛,至夜更剧”^[5],强调邪郁化热。另有医家认为素体亏虚是其主要原因,如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^[6]。朱维平等^[7]探讨肝经浊毒流注与痛风的关系,认为其病因病机多为肝脾肾功能失调,水液代谢异常,蓄而化湿,蕴而化毒,浊毒流注脏腑经络而发病,主张从肝经论治本病。

笔者认为痛风的发生是内外合邪所致,外因感受风寒湿热之邪,内因素体亏虚。其急性发作期主要是湿浊、热毒、痰瘀为患,三者往往互相兼夹,或湿浊内阻,或湿热内蕴,或痰瘀互结,三者之中尤以湿邪最为关键,湿为阴邪,重浊黏滞,不易速去,最易兼夹他邪,或为痰湿,或为湿浊,或为湿热。而脾胃亏虚为痛风缓解期的主要病机,也是痛风发作的根本,肾为“先天之本”,内寓元阴元阳,主水;脾为“后天之本”,主运化水谷精微,使清升浊降。脾肾二脏亏虚则分清泌浊功能失常,水谷运化不利,湿浊内生,滞留血中,随血行散布,发为本病,故痛风的发作以湿、热、痰、瘀为标,脾肾亏虚为本。

2 湿热痰瘀为标

2.1 湿热为患,以利湿清热为要

痛风急性发作后表现出来的关节红肿热痛主要是湿热为患,湿邪是本病自始至终都不可忽视的一大致病因素和病理产物,且湿性黏滞,不易速去,易兼夹它邪。湿邪弥漫蕴结于体内,最易阻碍气机运行,变生它病。湿浊痹阻关节经络,日久则蕴而化热,或感受热邪,或素体阳气偏盛,湿热互结郁遏于皮肤腠理,导致其急性发作。张明等^[8]认为,痛风湿热壅滞血脉,外邪侵袭经络。除关节症状外,笔者还经常从舌脉及患者自身感觉判定是否以湿热为主,如舌红苔黄腻,脉滑数,身体困重乏力,口渴喜冷饮但饮水不多,恶热喜凉等。

2.2 痰瘀为患,需化痰祛瘀散结

痛风反复发作,则经常表现为关节漫肿,或关节僵硬肿大变形,或痛风石形成,局部刺痛,皮肤色泽变暗等,主要是痰瘀互结所致。患者大多平素嗜食肥甘厚味,损伤脾胃,水液代谢失调,津液气化失常,水湿停聚于体内,变化为痰饮,或酿生积热,灼津炼液成痰,痰随气机升降无处不到,日久阻碍气血运行,导致瘀血的产生,痰瘀互结或瘀水互结。痰浊、瘀血二者关系密切,在形成过程中常互为因果,在致病时又相互为用,临床治疗时宜相互兼顾^[9]。重视痰瘀同治或痰瘀互治,可达“痰化则瘀消,血活则痰化”之功,津血得以正常运化则可使与痛风相关的尿酸升高、关节红肿热痛、身体重着、纳呆痰多等症状得到明显改善。

3 脾肾亏虚为本

脾为后天之本,主运化水湿,脾虚运化失职,水液代谢失常则湿浊内生。《素问·至真要大论》曰:“诸湿肿满,皆属于脾。”水湿停滞,或成饮成痰,或蕴久化热,湿热痰浊停滞

日久,痹阻经络,致使气血运行不畅,进而发为痛风,说明痛风的发生与脾肾关系密切。程钟龄《医学心悟》“三阴本亏,恶邪袭于经络”。于己百认为,痛风与脾虚不运,湿浊内生,湿凝成痰有关^[10]。陈湘君认为,本病基本病机以脾虚为本,湿热痰毒为标^[11]。脾虚湿盛常表现为纳呆食少、便溏,舌胖大有齿印,苔白腻等,常以参苓白术散加减,常用药物有太子参、白术、白扁豆、茯苓、薏苡仁等,脾健则湿运,浊瘀得以泄化。

肾为先天之本,主水,肾虚则主水失司,水湿积聚、浊毒内蕴,滞留于筋脉关节而发为痛风,如《素问》曰“肾者,水脏,主津液”“肾者,胃之关也,关门不利,故聚水而从其类也……聚水而生病也”。俞嘉言《医门法律》中说“非必为风寒湿所痹,多因先天肾气衰薄”。刘孟渊^[12]指出,痛风病机以脾肾亏虚为本,而湿浊内盛、湿痰互结为标。范琴舒^[13]认为,痛风的病因病机是先天禀赋不足,后由脾肾损伤。邪不能独伤人,必自身体质亏虚,或脾失健运,或肾失所养,机体抵御能力下降,外邪才能趁虚而入,因此治疗痛风不可忽视调补脾肾二脏,先后天充足,则“正气存内,邪不可干”。对于肾阴亏虚者,笔者常以六味地黄汤加减,易熟地黄为生地黄增强滋阴凉血之效,其他药物主要有山茱萸、山药、茯苓、牡丹皮、女贞子、墨旱莲等,肾阳不足者则主要以肾气丸加减,但去大辛大热之附子,改为平补肾阳之菟丝子,其余药物主要有山茱萸、黄精、杜仲、怀牛膝、山药等。肾中精气充盛,则蒸腾气化恢复正常,水液代谢得以正常运行。

痛风急性发作时虽以湿热痰瘀为主,但脾肾亏虚亦常存在,故清热利湿、化痰祛瘀的同时要适当伍以健脾益肾之品,常可收到事半功倍之效。缓解期以脾肾亏虚为主,治疗当以健脾益肾为要,佐以利湿化浊可收全功。

4 方药辨证论治与加减

4.1 以“四妙丸”为主方

笔者常用“四妙丸”加减治疗痛风,且变丸剂为汤剂,疗效迅速而显著。四妙丸首见于《成方便读》,是治疗湿热足痿之妙方。方中以黄柏为君,取其苦以燥湿,寒以清热,且其性沉降,长于清下焦湿热,符合痛风多发于足趾关节的表现;臣以苍术,辛散苦燥,长于健脾燥湿。二药相伍,清热燥湿,标本兼顾。川牛膝可补肝肾,强筋骨,活血通络,引药下行,薏苡仁利水渗湿又能健脾除痹,《神农本草经》^[14]谓其“主筋急,拘挛不可屈伸,风湿痹,下气”。四药同用有利湿泄热,活血通络之功。现代药理学研究表明,加味四妙汤可降低急性痛风性关节炎患者血清白介素-6、白介素-8 和基质金属蛋白酶-3 水平,抑制局部炎症反应^[15]。

4.2 随证加减

湿热之邪较重者,常辨证加入萆薢、土茯苓、山慈菇、连翘、虎杖、泽泻、赤芍、牡丹皮等。临床笔者常将粉萆薢、土茯苓、山慈菇作为一组药使用,疗效颇佳。萆薢利湿祛浊,多用于湿盛之体,善治筋脉痹痛,大剂量使用可增加尿酸排泄,降低血尿酸,为治疗痛风之要药,土茯苓既可解毒除湿又能通

利关节,临床上大剂量的土茯苓确能快速降低血尿酸,二者每种至少用至 30 g 以上,山慈菇含秋水仙碱,可阻碍白细胞的化学趋化性,减轻炎症反应,是目前治疗本病改善症状的特效药^[16]。泽泻泄热,利水渗湿,泻肝肾二经之火,逐膀胱、三焦之水^[17]。赤芍、牡丹皮经常作为一组药对合用,可清热凉血,活血祛瘀,凉血不留瘀,活血而不动血。

痰瘀症状较重者,常加入僵蚕、浙贝母、白芥子、胆南星、威灵仙、丹参、川牛膝、延胡索等。对于关节僵硬肿大变形、皮色较暗、痰瘀胶结顽固者,普通化痰药物常难以胜任,笔者常选用僵蚕、浙贝母、白芥子、胆南星、皂角刺合用,既可化顽痰,又能祛瘀血。其中僵蚕、浙贝母既可化痰散结,又能清热;白芥子善祛“皮里膜外之痰”,可以缓解关节漫肿之症状;胆南星既可清热又能化痰,且善止骨痛,对各类骨关节疼痛者,多收捷效而无不良反应^[18]。皂角刺可祛瘀消肿,五药合用力量雄厚,善祛顽痰瘀血,常可获意想不到之效。

4.3 常用对药

笔者临床常选用一些对药治疗某些特殊症状,疗效确切。如湿热之邪较重,表现为关节红肿、肢体困重者,常车前子、车前草同用,清热利尿,导湿热从小便而去,亦符合中医“不可闭门留寇,当给邪以出路”的理念。如脾虚症状突出而湿邪犹存,表现为食少纳呆、头重如裹、乏力便溏者,常生薏苡仁、炒薏苡仁同用,既可健脾,又能利湿,“健脾而不碍邪,利湿而不伤正”。痛风日久,痰浊内阻,形成皮下结节或者痰核者,常僵蚕、浙贝母同用,二者既可化痰浊,又能散结节,效果斐然。如瘀热病重,表现为关节红肿且疼痛明显痛有定处者,常牡丹皮、丹参共用,牡丹皮长于凉血散瘀,清阴分伏火;丹参善于活血化瘀,祛瘀生新,二者同用可增强凉血活血、清透邪热之力。

5 验案举例

患者,男,51 岁,2016 年 4 月 27 日就诊,患者有“痛风”病史 2 年多,左手中指红肿热痛 2 天,活动受限,中指关节旁有黄豆般大的痛风石,舌红苔黄腻,脉滑数。查:血尿酸 571 $\mu\text{mol/L}$;尿常规:隐血+++;红细胞沉降率 45 mm/h;C 反应蛋白 98 mg/L。中医诊断:痛风;证型:湿热蕴结;治法:清热利湿、通络止痛、凉血止血。处方:萆薢 30 g、山慈菇 20 g、土茯苓 30 g、苍术 10 g、白术 10 g、皂角刺 10 g、金钱草 10 g、黄柏 10 g、延胡索 10 g、玉米须 15 g、泽泻 10 g、六一散^{包煎} 15 g、透骨草 15 g、白茅根 10 g、小蓟 10 g、藕节炭 10 g、川牛膝 15 g、浙贝母 6 g,7 剂。

2016 年 5 月 4 日二诊:服药后患者关节疼痛较前明显好转,红肿已基本消退,痛风石稍减小。舌红苔薄黄腻,边有齿痕,脉滑。效不更方,既用原方 7 剂。

2016 年 5 月 12 日三诊:服药后关节已无疼痛症状,痛风石明显变小,查血尿酸 380 $\mu\text{mol/L}$,隐血(-),红细胞沉降率 10 mm/h,C 反应蛋白 9 mg/L。患者近日自觉乏力明显,食欲不佳,舌淡红,苔薄白腻,边有齿痕,脉沉滑。属湿热渐去,

脾虚显著,治以健脾利湿、理气通络。处方:生薏苡仁 15 g、炒薏苡仁 15 g、生黄芪 15 g、生山药 15 g、茯苓 15 g、土茯苓 30 g、萆薢 30 g、川牛膝 10 g、怀牛膝 10 g、陈皮 10 g、木香 6 g、炙鸡内金 6 g、砂仁^{后下} 3 g,14 剂。服药后,患者诉关节无疼痛,痛风石已不明显,随访至今未发。

按 方中初用清热利湿、通络止痛、凉血止血、软坚化石之品。后湿热渐去,脾虚症状突出,在利湿通络的基础上加用健脾益气之药,全方扶正与祛邪同用,治标与治本兼顾,故取得了较为理想的治疗效果。

参 考 文 献

- [1] 潘善余. 痛风的病因病机及治疗浅探[J]. 浙江中医学院学报, 2004, 28(3): 12.
- [2] Choi HK, Atkinson K, Karlson EW, et al. Purine-rich foods, dairy and protein intake, and the risk of gout in men[J]. N Engl J Med, 2004, 350: 1093-1103.
- [3] 刘亚飞, 涂胜豪. 中医药治疗痛风的研究进展[J]. 中西医结合研究, 2012, 4(1): 44.
- [4] 元·朱丹溪. 格致余论·痛风论[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1956: 38.
- [5] 清·林佩琴. 类证治裁[M]. 太原: 山西科学技术出版社, 2010: 314.
- [6] 包蕾, 张惠敏, 闵佳钰. 国医大师王琦治疗痛风经验[J]. 环球中医药, 2016, 9(5): 612.
- [7] 朱维平, 赵云升, 张茂全. 肝经浊毒流注与原发性痛风关系探讨[J]. 世界中西医结合杂志, 2008, 3(8): 491-492.
- [8] 张明, 朱周, 王一飞. 虎杖痛风颗粒治疗急性痛风性关节炎临床观察[J]. 上海中医药杂志, 2008, 42(6): 16-18.
- [9] 王林现. 论痰浊与瘀血之关系[J]. 江西中医药, 2007, 38(10): 19-20.
- [10] 张土卿. 于己百教授治疗痛风病经验介绍[J]. 甘肃中医, 1993, 6(5): 8-9.
- [11] 顾军花, 茅建春, 苏励. 陈湘君扶正法治治疗痛风性关节炎经验撷菁[J]. 上海中医药杂志, 2008, 42(9): 4-5.
- [12] 刘孟渊. 加味四妙散治疗高尿酸血症及急性痛风性关节炎的临床研究[J]. 辽宁中医杂志, 2011, 38(4): 675-677.
- [13] 范琴舒. 痛风病机与分期证治探讨[J]. 浙江中医杂志, 2007, 42(2): 74-75.
- [14] 神农本草经[M]. 魏·吴普, 述. 上海: 第二军医大学出版社, 2012: 36.
- [15] 居建伟. 加味四妙汤对急性痛风性关节炎患者血清白介素-6、8 和基质金属蛋白酶-3 水平的影响及疗效观察[J]. 中国医药导报, 2014, 11(18): 114-116.
- [16] 郑培林. 马中夫治疗痛风经验[J]. 辽宁中医杂志, 2007, 34(1): 18.
- [17] 焦树德. 用药心得十讲[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 38.
- [18] 单书健, 陈子华. 古今名医临证金鉴痹证卷[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2011: 189.

(收稿日期: 2016-06-01)

(本文编辑: 董历华)