

健脾渗湿法治疗痛风间歇期的理论探讨*

李玲玉, 丁 珊, 狄朋桃, 吴晶金, 彭江云[△]

(云南中医药大学第一附属医院, 云南 昆明 650021)

摘要: 痛风是临床常见病、多发病之一, 中医认为痛风间歇期多为先天脾虚, 又肥甘过度, 导致脾胃受损, 内生湿浊, 加之外感风寒湿邪, 内外相合痹阻关节经络而发病, 可见脾虚湿阻是痛风间歇期的发病基础, 其基本病机以脾虚为本、湿浊为标。故健脾渗湿法是治疗痛风间歇期的根本治法, 彭江云教授团队以健脾渗湿方治疗本病, 收效颇佳且无不良反应。

关键词: 健脾渗湿; 痛风间歇期; 理论探讨

中图分类号: R259

文献标志码: A

文章编号: 1000-2723(2021)06-0057-04

DOI: 10.19288/j.cnki.issn.1000-2723.2021.06.011

Theoretical Discussion on the Treatment of Intermittent Gout by Invigorating the Spleen and Infiltrating Dampness

LI Lingyu, DING Shan, DI Pengtao, WU Jingjin, PENG Jiangyun

(The First Affiliated Hospital of Yunnan University of Chinese Medicine, Kunming 650021, China)

ABSTRACT: Gout is one of the common and frequently occurring diseases in clinic. Traditional Chinese medicine believes that the intermittent period of gout is mostly congenital spleen deficiency, Eating too much fat and sweet also can cause damage to the spleen and stomach, bringing lots of endogenous dampness and turbidity which coupled with exogenous wind, cold, dampness evil, by reason that both internal and external congruence attack the human body, block channel and joints may cause arthralgia. It can be seen that spleen deficiency and dampness resistance are the basis of gout intermission. Its basic pathogenesis is spleen deficiency and dampness turbidity. Therefore, invigorating the spleen and infiltrating dampness is the fundamental treatment for gout intermission. Professor Peng Jiangyun's team treated the disease with Jianpishenshi decoction, which had good results and no adverse reactions.

KEY WORDS: invigorating the spleen and infiltrating dampness; intermittent gout; theoretical discussion

痛风(Gout)是一种单钠尿酸盐沉积所致的难治愈、易复发的晶体相关性疾病,与嘌呤生成过多或/和排泄减少导致高尿酸血症直接相关^[1];痛风严重者会出现肾功能不全、痛风石形成、肾结石和关节畸形,甚至关节功能丧失,生活质量明显下降。

本病应属祖国医学“痛风”“历节”“浊瘀痹”“痛

痹”“脚气”等范畴,其基本病机以脾虚为本、湿浊为标,“脾虚湿阻”是痛风间歇期的发病基础,脾为后天之本、仓廪之官,在痛风的发病中发挥重要作用,脾虚湿浊内生,湿浊困脾而又至脾虚失其运化,循环往复,故临床上治疗痛风间歇期以健脾渗湿法为主,不仅可以提高临床疗效,而且具有丰富的理论基础。

收稿日期: 2021-09-18

* 基金项目: 国家中医临床研究基地项目(国中医药科技函[2018]131号);国家自然科学基金项目(81760868);云南省医疗卫生单位内设研究机构科研项目(2017NS169);民族医药防治重大疾病诊疗方案及经典方剂安全性有效性评价研究(2017YFC1704005);云南省中医(风湿病)临床医学研究中心项目(202102AA310006)

第一作者简介: 李玲玉(1987-),女,住院医师,研究方向:中医风湿病防治。

[△]通信作者: 彭江云, E-mail: pengjiangyun@126.com

1 脾虚湿阻是痛风间歇期的主要病机

1.1 脾胃运化失调与痛风 李东垣《脾胃论》记载：“百病皆由脾胃衰而生。”中医认为痛风的主要病机责之于脾胃功能失调，其中脾主运化，运化水谷精微，津液得脾之运化，上下通调，输布全身，脾胃又为气机升降枢纽，脾胃运化功能正常，则能升清降浊，水液代谢正常，若脾胃亏虚，气血生化无源，一方面“气血凝滞，久而成痹”，另一方面运化失调，水谷精微不得上承于肺，肺气亏虚，故而水道不调，水谷津液不得正常代谢^[2]，而致水湿内停，痰浊内聚，流注关节、肌肉，气血运行阻遏不畅，不通则痛而发痛风。正如《证治汇补·痛风》中论述的痛风病因“气血亏损、湿痰浊血，留滞经络，注而为病”^[3]。《辨证录·卷之三·遍身骨痛门(四则)》中记载“人亦以为痛风也，谁知乃火郁于上中二焦……而土气不升，则火亦难发，以致气血耗损，不能灌注于经络而作痛矣”^[4]，提出中焦脾胃受损，经络因气血耗伤而失养，继而发关节疼痛。《金匱要略》“肥人饮酒嗜食肥甘，脾不运化，内生湿……流注关节，而成历节。”《万病回春》：“所以膏粱之人，多食煎炒、炙瀑、酒肉热物蒸脏腑，所以患痛风。”均揭示了由饮食不节、饮酒、嗜食肥甘，脾胃内伤，运化失调，湿浊内生，而致痛风的病因病机。邓运明^[5]亦依据痛风发作与饮食不节的密切关系，推论出痛风的基本病机为脾胃失和。张皖东教授^[6]也认为痛风发病主要是脾胃虚而致水湿内生或复感外邪而成，综上可见痛风的发病关键是脾胃运化失调。

1.2 湿浊与痛风 古代医家认为痛风与“湿”有着密切联系，《格致余论·痛风论》中首次提出痛风病名，“彼痛风者，大率因血受热已自沸腾，其后或涉冷水，或立湿地……热血得寒，污浊凝涩，所以作痛。”揭示因血热而复感风寒湿邪，湿浊内阻而致痛风发作。明·张景岳在《景岳全书·脚气》中云“自外而感者，以阴寒水湿袭人皮肉筋脉……自内而致者，以肥甘过度，致令热壅下焦，走注足胫，而日渐肿痛”，张景岳认为痛风起病是外寒内湿相搏，郁而化热，蕴结于下焦，留滞肌肤而成。清代《杂病源流犀烛·诸痹源流》载：“白虎历节风……或由风湿相搏，肢节肿痛，不可屈伸，则必疏风理湿。”从古籍文献论述中可发现湿浊在痛风的

发病过程中有重要作用，且文中论述湿浊有外感寒湿和内生湿浊之分，湿为重浊之邪，与水同属阴邪，易伤阳气，阻遏气机。脾脏又喜燥恶湿，外湿易困脾，脾虚易滋生内湿。

由上可见，古代医家已经认识到痛风的病因有别于一般的“痹证”，认为“湿浊”是痛风发病的重要因素。内湿的产生在于脾胃运化功能失调，一方面脾胃虚弱或功能失调易致湿邪内生；另一方面内湿产生后又困遏脾胃，进而又再影响其运化功能，形成恶性循环^[7]。

2 健脾渗湿法是治疗痛风间歇期的根本治法

根据古代各医家关于痛风病因病机的阐述，现代大多医家结合临床实际总结经验均认为本病的发生责之于脾胃功能运化失司、湿浊痰浊内阻，脾虚为本、湿浊为标，故治疗以健脾渗湿法为根本治法，以标本兼治。国医大师路志正教授认为痛风间歇期多为脾肾功能失调，故治以补脾益肾、宣畅气机为主^[8]。名老中医刘元禄教授^[9]认为痛风发病之根本在脾肾失司，治疗核心以健脾利湿为主，急性期辅以清热解毒化痰，间歇期佐以补肾活血通络。刘健教授^[10]认为痛风发病根本在于脾虚湿盛，无论急性期与间歇期，健脾化湿法贯穿始终。胡荫奇教授^[11]从脾湿论治高尿酸血症，认为先天禀赋不足加之饮食不节，导致脾失运化，内生痰湿，以健脾利湿化浊法为根本治法。广东省名中医陈纪藩教授^[12]认为痛风的发病与脾脏密切相关，病理因素以湿热为主，治疗以健脾祛湿泄浊为法。

且有诸多临床及实验研究也均证实了该治法的疗效。孙少男^[13]在健脾渗湿方治疗痛风缓解期(脾虚湿阻)的临床观察中发现健脾渗湿方可有效改善痛风症状、减少痛风复发，与西药非布司他片治疗4周和8周时可有效降低患者血尿酸水平，组内比较差异有显著统计学意义($P < 0.01$)，两组间比较差异无统计学意义($P > 0.05$)，说明健脾渗湿方有降尿酸作用。毛古燧^[14]通过实验研究得出结论：健脾泄浊颗粒能抑制尿酸转运体1(URAT1)和葡萄糖转运蛋白9(GLUT9)的表达，从而发挥降尿酸作用。

著名医家吴生元教授及其弟子彭江云教授，带领其团队结合多年临床经验，指出痛风的发病关键为脾

虚湿阻,提出健脾渗湿法是治疗痛风间歇期的根本治法,采用了具有健脾化湿功效的中药组成健脾渗湿方治疗痛风间歇期(脾虚湿阻型),取得了良好的临床疗效。该方主要由党参、三七粉、白术、萆薢、薏苡仁、金钱草、土茯苓、玉米须、猫须草等组成,方中以党参为君药,其味甘性平,归脾、肺经,健脾补肺、益气生津,《本草从新》“补中益气、和脾胃、除烦渴”,在本方中健脾益气为君;白术其味苦、甘,性温,归脾、胃经,功效益气健脾、燥湿利尿,用于脾虚诸症,亦可以加强党参益气健脾的功效,为臣药;佐以萆薢、金钱草、玉米须、薏苡仁、三七等祛风除湿、利水渗湿、化瘀通络;诸药合用,共奏“健脾渗湿通络”之功。且实验研究结果表明健脾渗湿方还可抑制黄嘌呤氧化酶活性,使尿酸合成减少、排泄增多,从而降低血尿酸水平,且有保护肾功能的作用^[15-20]。

3 病案举隅

患者陈某某,男,52岁,2020年4月15日初诊。主诉:反复四肢关节红肿灼痛交替发作20年,加重7d。患者痛风病史20余年,血尿酸最高达724 μmol/L,累及双足、踝、膝、手指、肘关节,反复交替发作,且有右肘痛风石形成,急性发作时服用“依托考昔、秋水仙碱”症状可缓解,曾口服“别嘌醇、非布司他片”降尿酸治疗,均因痛风复发而停药,7d前饮酒后出现右膝关节肿痛加重,感灼热,行走受限,自服“依托考昔1片/d”后关节肿痛明显减轻,皮温稍高,因惧怕口服西药降尿酸治疗后痛风复发,为求中医治疗遂来诊。刻下症见:右膝关节隐痛,稍感灼热,夜间加重,蹲起、上下楼活动受限,肢体沉重,双下肢酸软乏力,时有头晕头胀,胃脘部胀闷不适,无恶心反酸,口干,纳欠佳,眠尚可,二便调。舌质淡白,苔白腻,脉弦滑。实验室检查:肾功能,尿素氮9.69 mmol/L,肌酐134 μmol/L,尿酸665 μmol/L,C-反应蛋白14.92 mg/L,血沉21 mm/h,血常规、肝功、抗“O”未见异常。碳14呼气试验(+).中医诊断:痛风-脾虚湿阻证,治以健脾渗湿通络。拟方健脾渗湿方加减:党参15g,白术15g,茯苓20g,滑石粉15g,丹参20g,猫须草15g,山慈菇15g,法半夏15g,秦皮15g,荷叶15g,石菖蒲10g,川芎15g,当归15g,甘草10g。7剂,水煎600 mL,分4

次饭后温服,每日3次,同时予洛索洛芬钠凝胶贴膏及痛风清洗剂外用、抗幽门螺旋杆菌感染治疗。嘱低嘌呤饮食,多喝水。

2020年4月24日二诊,患者诉右膝关节无明显疼痛,头晕头胀、口干改善,仍有胃脘胀闷、纳欠佳,眠可,二便调,舌质淡红,苔白,脉弦滑,上方去秦皮、荷叶,加陈皮、波蔻10g,山药15g,14剂,煎服法同前。

2020年5月11日三诊,患者关节无疼痛,下肢酸重感减轻,余症均好转。复查尿素氮7.71 mmol/L,肌酐102 μmol/L,尿酸562 μmol/L,C-反应蛋白0.43 mg/L,血沉5 mm/h。继服上方14剂后复查尿酸458 μmol/L,嘱原方继服。随访3月无痛风发作。

按语:患者中年男性,痛风病史20年余,长期服用抗炎镇痛药已致脾胃受损,又因饮酒,脾胃亏虚更甚,脾胃运化失调,脾不升清、胃失降浊,而致浊瘀内生,日久化热,流注骨骼关节而痛风急性发作。初诊患者已服药抗炎镇痛,急性期已过,症见肢体酸软沉重、头晕、胃脘胀闷、纳少等脾虚湿盛之象,故用党参、白术、茯苓益气健脾渗湿以治其本,滑石、秦皮、猫须草、山慈菇、荷叶清退湿热,川芎、丹参活血止痛,当归补血活血,石菖蒲醒脾开胃,法半夏燥湿化痰;二诊湿浊内阻仍存,湿热已解,故去秦皮、荷叶,加陈皮、山药、波蔻加强健脾化湿之效,三诊诸症减轻,测血尿酸明显下降,建议守方继服,服药期间未见痛风复发,故依从性良好,收效满意。

4 小结

痛风是临床常见病、多发病,反复发作,常缠绵难愈,综合各医家论述,脾虚湿阻是痛风发病的基本病机,其主要病理因素是湿、痰、瘀,外感湿热、饮食不节等为其诱发因素,《素问》云:“治病必求于本。”脾胃功能失调是其发病之本原,彭江云教授在痛风间歇期的临床辨证论治中,以健脾渗湿法为主,佐以其它针对痰、瘀的中药,收效良好。

参考文献:

- [1] 中华医学会风湿病学分会. 2016中国痛风诊疗指南[J]. 中华内科杂志, 2016, 55(11): 892-899.
- [2] 沈歆. 用“动-定序贯八法”思维指导百合药串治疗痛

- 风[J]. 河南中医, 2013, 33(5): 640-641.
- [3] 李用粹. 证治汇补·旧德堂医案[M]. 周鸿飞, 点校. 北京: 学苑出版社, 2013: 196.
- [4] 石晗. 基于相似度算法的痛风中医理论演变研究[D]. 北京: 中国中医科学院, 2021.
- [5] 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.
- [6] 张干, 张皖东. 张皖东分期论治痛风临床经验[J]. 中医药临床杂志, 2021, 33(2): 251-254.
- [7] 支焱. 《金匱要略》湿病探蕴[J]. 河南中医, 2009, 29(5): 420-421.
- [8] 赵晓峰, 刘签兴, 姜泉. 路志正从脾肾论治痛风经验总结[J]. 北京中医药, 2021, 40(10): 1092-1094.
- [9] 张健哲, 关雪峰, 刘元禄, 等. 刘元禄论治痛风性关节炎经验撷英[J]. 时珍国医国药, 2020, 31(8): 1994-1995.
- [10] 张先恒, 刘健, 周琴, 等. 刘健教授治疗痛风性关节炎经验抉微[J]. 时珍国医国药, 2021, 32(8): 2005-2006.
- [11] 杨怡坤, 胡悦, 连智华, 等. 胡荫奇从脾湿论治高尿酸血症经验[J]. 北京中医药, 2020, 39(3): 244-246.
- [12] 张义方, 杨冰, 黄文广, 等. 陈纪藩教授治疗痛风性关节炎经验[J]. 时珍国医国药, 2021, 32(1): 197-199.
- [13] 孙少男. 健脾渗湿方治疗痛风缓解期(脾虚湿阻证)的临床研究[D]. 长春: 长春中医药大学, 2021.
- [14] 毛古燧. 健脾泄浊法对痛风患者血清 URAT1、GLUT9 水平的影响及机制研究[D]. 合肥: 安徽中医药大学, 2017.
- [15] 吴生元, 彭江云, 万春平, 等. 健脾渗湿方对高尿酸血症大鼠模型尿酸盐转运蛋白 OAT3 调控作用的研究[J]. 风湿病与关节炎, 2013, 2(12): 22-25.
- [16] 李雁丹. 健脾渗湿方对痛风性肾病的保护作用机制研究[D]. 昆明: 云南中医学院, 2016.
- [17] 杨会军. 健脾渗湿方对痛风尿酸盐转运蛋白调控作用研究[D]. 昆明: 云南中医学院, 2014.
- [18] 吴晶金, 李玲玉, 彭江云. 健脾渗湿方对高尿酸血症大鼠肾保护作用的机制研究[J]. 中医药导报, 2017, 23(6): 25-27.
- [19] 杨会军, 彭江云, 万春平, 等. 健脾渗湿方对高尿酸血症模型大鼠的防治作用及机制初步研究[J]. 云南中医学院学报, 2013, 36(1): 1-4.
- [20] 沈嘉艳, 杨琦, 刘念, 等. 益肾健脾泄浊汤对痛风性肾病模型大鼠肾功能及肾脏病理改变的影响[J]. 云南中医学院学报, 2020, 43(1): 1-6.