

• 专家经验 •

## 彭江云辨治痛风性肾病经验浅析\*

沈嘉艳<sup>1</sup>, 张晓宇<sup>1</sup>, 郑淑宇<sup>1</sup>, 谢招虎<sup>1</sup>, 彭江云<sup>2△</sup>, 李兆福<sup>1△</sup>

(1. 云南中医药大学, 昆明 云南 650500; 2. 云南省中医医院, 昆明 云南 650021)

**摘要:** 彭江云教授根据其多年临床经验,认为“脾肾不足,痰湿瘀阻”是痛风性肾病的病机关键,治疗当以“脾肾同调,正本清源”“利湿化浊,标本兼顾”为基本原则。且提倡痛风性肾病的诊治应中西医结合,以“辨病论治”为先,“辨证论治”与“辨症论治”相结合,临床疗效甚佳。本文总结了名医彭江云教授对痛风性肾病的认识及其辨治痛风性肾病的经验。

**关键词:** 痛风性肾病;辨病论治;辨证论治;辨症论治;名医经验;彭江云

**中图分类号:** R249; R259      **文献标志码:** A      **文章编号:** 1000-2723(2023)01-0037-05

**DOI:** 10.19288/j.cnki.issn.1000-2723.2023.01.007

## Peng Jiangyun's Experience in Treating Gouty Nephropathy

SHEN Jiayan<sup>1</sup>, ZHANG Xiaoyu<sup>1</sup>, ZHENG Shuyu<sup>1</sup>, XIE Zhaohu<sup>1</sup>, PENG Jiangyun<sup>2</sup>, LI Zhaofu<sup>1</sup>

(1. Yunnan University of Chinese Medicine, Kunming 650500, China;

2. Yunnan Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Kunming 650021, China)

**ABSTRACT:** With many years of clinical experience, professor Peng Jiangyun believes that "deficiency of spleen and kidney, phlegm dampness and blood stasis" is the key to the pathogenesis of gouty nephropathy, and treatment should be based on "regulating the spleen and kidney together, reforming from the bottom of the disease" and "resolving dampness and turbidity, taking into account both the symptoms and the root cause". It is also advocated that the diagnosis and treatment of gouty nephropathy should be combined with Chinese and Western medicine, with the "treatment variation based on disease diagnosing" as the first priority, and the "treatment variation based on syndrome differentiation" combined with the "treatment variation based on symptom differentiation", with excellent clinical results. This paper summarizes the experience of professor Peng on gouty nephropathy and her experience in distinguishing and treating gouty nephropathy.

**KEY WORDS:** gouty nephropathy; treatment variation based on disease diagnosing; treatment variation based on syndrome differentiation; treatment variation based on symptom differentiation; experience of famous doctor; Peng Jiangyun

痛风性肾病(gouty nephropathy, GN)亦称慢性尿酸性肾病,是高尿酸血症或原发性痛风患者病情迁延发展,导致尿酸和尿酸盐沉积于肾小管间质而造成慢性肾脏损伤的一种疾病<sup>[1-2]</sup>。临床表现以肾小管间质损害为主,如长期夜尿增多,小分子蛋白尿、尿酶增加、尿NH<sub>4</sub><sup>+</sup>减少等;多合并尿酸性肾结石,以腰痛、血

尿为症状表现,若疾病迁延不治,最终可发展为肾衰竭<sup>[3-6]</sup>。中医学并无“痛风性肾病”病名的确切记载,通常根据患者的临床表现与发病规律等,将其归属于“痛风”“血尿”“膏淋”“石淋”“白虎历节”“水肿”“腰痛”“肾痹”等范畴<sup>[7-9]</sup>。

彭江云教授是全国第二批名老中医吴生元教授

收稿日期: 2022-11-11

\* 基金项目: 国家自然科学基金(82260925,81760868);云南省王庆国专家工作战(202005AF150017);云南省基础研究计划青年项目(202201AU070164);云南省科学技术厅联合专项面上项目(202101AZ070001-018);云南省一流学科建设项目

第一作者简介: 沈嘉艳(1993-),女,在读博士研究生,研究方向:风湿免疫类疾病发病机制及中医药防治研究。

△通信作者: 李兆福, E-mail: lzf0817@126.com; 彭江云, E-mail: pengjiangyun@126.com

学术经验继承人、全国第六批名老中医学术经验继承工作指导老师、云岭名医、云南省名中医、云南省中医药领军人才，长期从事风湿免疫性疾病的医疗、教学和科研工作，主持、参与过多项国家级有关痛风课题的研究工作，对痛风及其并发症的诊治积累了丰富的临床经验。现将其辨治痛风性肾病的经验总结于下。

## 1 病因病机

《素问·经别论》中言：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱。水精四布，五经并行。”摄入体内的饮食水谷的输布排泄与肺、脾（胃）、肾的生理功能密切相关，尤以脾、肾二脏为甚。《素问·厥论》曰：“脾主为胃行其津液者也。”若脾之运化失司，津液输布障碍，则致水液内停，而生成痰、湿、饮等病理产物。《素问·逆调论》称：“肾者，水脏，主津液。”《素问·水热论》记载：“肾者，胃之官也。”若肾主行水功能失司，则机体津液代谢诸环节失调，从而出现尿频、水肿、结石等。彭江云教授基于中医经典，根据其多年临床经验，提出痛风性肾病的病机主要责之于先后天之脾肾功能失调。患者因平素饮食不节，嗜食肥膏厚味之品损伤后天脾脏，致运化失司；又因先天之本亏虚，或病久及肾，气化温煦无权，从而酿痰生湿；痰湿之邪郁久化热，进而蕴酿成毒；或久病从瘀，化为浊瘀，致痰、湿、浊、瘀等邪胶结，聚积肾络；复加外邪侵犯，内外合邪，湿浊瘀热痹阻腰府而发为此病。

## 2 治疗特色

2.1 脾肾同调，正本清源 彭江云教授认为痛风性肾病的发病以先后天脾肾功能失调为本，故其治疗应以补肾健脾为基本原则。《景岳全书》记载：“盖人之始生，本乎精血之原，人之既生，由乎水谷之养，非精血无以立形体之基，非水谷无以成形体之壮。精血之司在命门，水谷之司在脾胃，故命门得先天之气，脾胃得后天之气也。是以水谷之海，本赖先天为之主，而精血之海，又必赖后天为之资。”由此可见，先后天之本同补，二者得以相互资助、促进。脾主运化功能恢复，肾主行水功能正常，则津液得以正常的转输和布散，痰、湿、浊、瘀等邪得去或无以化生，关节、肾络得复或无

以得损，使本正而源清，从而脏腑功能恢复如常。

2.2 利湿化浊，标本兼顾 彭江云教授认为该病的病理性质为本虚标实，标实主要责之于痰、湿、瘀等实邪痹阻腰府，故其治疗当以祛邪为要。临证中根据痰、湿、浊、瘀、毒邪的偏重酌情进行加减，常选用半夏、泽泻、草薢、三七等药物祛痰化湿泄浊、活血化瘀。固本之时，不忘祛除实邪，使正复邪去而脏腑得安。

2.3 中西并用，辨病施药 彭江云教授在其多年临床经验中发现，大多早期痛风性肾病患者并无特异性症状与体征，但予相关检查后，发现有血尿酸和血肌酐升高、血尿、蛋白尿、脓尿、尿酸盐结晶等异常变化。传统的中医四诊难以发现形于外的临床表现，有学者将其称为早期无症状的“隐证”“潜证”“无证”或“寡证”，面临“无证可辨”或“无证可辨”的困境<sup>[10-11]</sup>。若仅靠中医四诊辨证指导临床用药，难取验效。彭江云教授认为临床辨证既要根于中医望、闻、问、切四诊资料，也要善于借鉴现代科技与西医学微观病理生理来加深对疾病的掌握，从而知晓疾病的潜在病理变化。正如张伯礼院士所言，要主动融合高科技，将中医药的原创思维与现代科技相结合，推动中医药学传承创新发展<sup>[12]</sup>。故而，彭江云教授临床诊治痛风性肾病患者时，常结合现代医学检查手段以明确诊断，利用现代医学检查手段来提高临床诊断水平，再进一步运用中医思维和方法审明病机，中西医并用，辨病拟方施药，做到对痛风性肾病的及时诊治，防病渐进。

## 3 辨病论治

《素问·疏五过论》论述了疾病初期症状不显以及辨病的重要性：“医工诊之，不在藏府，不变躯形，诊之而疑，不知病名……良工所失，不知病情，此亦治之一过也”。痛风性肾病患者早期常无明显特殊临床表现，有时甚至无证可辨，仅于长期高尿酸血症或是痛风性关节炎缓解期检查时发现患者尿常规中隐血或尿蛋白阳性，或于尿常规或泌尿系超声中检出含尿酸盐结晶（符合痛风性肾病诊断标准者）。此时，彭江云教授临床诊治在积极降尿酸的同时，结合现代医学检查手段，从血清学等实验室检查明确诊断和治疗目标，有的放矢，进而运用中医思维和方法审明病机，分别予

以降尿酸、消肌酐、分清泄浊、利尿通淋止血等精准治疗,既病早治,进而有效防止疾病发展恶化。彭江云教授认为辨病是辨证的前提,医者临床诊治患者时应首先充分发挥现代科技的优势辨明疾病,将其融入中医四诊之中,中西医结合对疾病形成整体的认知,使痛风性肾病的辨病更完整、精准。而后再进行辨证、辨症论治。

#### 4 辨证论治

4.1 湿热蕴结证 此型多见于伴随痛风性关节炎急性发作者,临床表现为关节局部灼热肿痛,可累及1个或数个关节,多兼有口渴、咽喉肿痛、小便短赤或涩痛不利,大便秘结或粘滞不爽;舌质红,苔黄或黄腻,脉弦滑数。治宜遵循急则治其标的原则,清热除湿、通络止痛<sup>[13-14]</sup>。方用竹叶石膏汤加减,常用药物:淡竹叶、生石膏、法半夏、海桐皮、海风藤、透骨草、南沙参、薏苡仁、淫羊藿、炒知母、麦冬、大枣、甘草等<sup>[15]</sup>。

4.2 痰瘀痹阻证 临床多见关节疼痛,反复发作,日久难愈,时轻时重;或关节肿大刺痛,痛点固定不移,伴皮下结节,局部肤色青紫;舌质紫暗,苔白腻或黄腻,脉沉涩或弦。治宜活血化瘀、化痰通络。方选桃红四物合二陈汤加减<sup>[16]</sup>,常用药物:桃仁、红花、当归、川芎、赤芍、威灵仙、陈皮、茯苓、法半夏、竹茹、薏苡仁、天南星等。

4.3 肝肾亏虚证 临床可见腰脊酸痛,筋脉拘急,肌肤麻木不仁,局部关节变形;或关节反复疼痛,时轻时重,日久不愈,伴神疲乏力,头晕耳鸣;舌质淡,苔白,脉滑细。治宜补益肝肾、活络止痛。方选独活寄生汤加减,常用药物:独活、桑寄生、防风、秦艽、细辛、川芎、当归、桂枝、白芍、怀牛膝、杜仲、淫羊藿、薏苡仁等。

4.4 脾肾不足、痰湿痹阻证 临床表现为腰膝关节酸痛或足跟痛,肢体困重或麻木、屈伸不利,伴或不伴关节肿胀疼痛或变形,面色晄白或萎黄,神疲乏力,口中粘腻或口淡不渴,夜尿频多或清长;舌淡胖苔白或白腻,脉沉细或弦。治宜补脾益肾、泄浊化瘀,标本同治,使先后天得补,瘀化湿祛。方选彭江云教授自拟方益肾健脾泄浊汤加减,常用药物:党参、茯苓、熟地、山药、山茱萸、草薢、车前草、法半夏、泽泻、女贞子、墨旱莲、玉米须、土茯苓、猫须草、三七等<sup>[17]</sup>。

#### 5 辨症论治

5.1 血尿 痛风性肾病患者未见明显临床表现,而尿隐血阳性者,若兼伴心烦口渴、面赤,舌质红,脉数,予小蓟饮子加减清热凉血,常用药物:小蓟、生地、栀子、木通、滑石、当归、竹叶等;若兼见纳呆、体倦神疲,气短声低,舌淡,脉细弱者,与归脾汤加减补中健脾,益气摄血,常用药物:党参、黄芪、白术、当归、茯苓、酸枣仁、龙眼肉、仙鹤草、槐花等。

5.2 蛋白尿 尿常规检查蛋白或24 h尿蛋白定量阳性,予补中益气汤加减健脾益气,升清固摄,常用药物:黄芪、党参、白术、升麻、柴胡、山药、莲子、益智仁、芡实、金樱子等。

5.3 尿酸盐结晶 痛风性肾病患者尿常规含尿酸盐结晶,或泌尿系超声检出尿酸性尿路结石者,予三金排石汤加减清热利湿,排石通淋,常用药物:炒鸡内金、金钱草、海金沙、车前草、石韦、三棱、莪术、益母草、乌药、炒厚朴、黄芪等。

#### 6 验案举隅

6.1 验案1 马某,男,42岁。初诊:2021年10月18日,患者因双踝、双跖趾关节灼热肿痛反复发作8年余,再发加重1周来诊。刻下症见:双踝、双跖趾关节红肿热痛,活动困难,家属搀扶入诊室,口干,纳可,眠欠佳,大便粘腻不爽,小便短黄,舌质红,苔黄腻,脉弦滑。专科检查:双足红肿、疼痛明显,皮温高,未见痛风石形成。实验室检查:血尿酸715  $\mu\text{mol/L}$ ,血肌酐168  $\mu\text{mol/L}$ ;超声示双肾多发尿酸盐结晶。中医诊断:痛风(湿热蕴结证)。西医诊断:痛风性肾病;急性痛风性关节炎。治以清热除湿,通络止痛,方选竹叶石膏汤加减。拟方:淡竹叶10 g,生石膏30 g,法半夏15 g,海桐皮10 g,海风藤10 g,南沙参20 g,麦冬10 g,薏苡仁30 g,淫羊藿15 g,炒知母15 g,生姜10 g,大枣10 g,甘草10 g。5剂,水煎服,3次/日,1剂/日。嘱低嘌呤饮食,多饮水。

二诊:2021年10月29日,患者双踝、跖趾关节肿胀较前消退,仍感关节灼痛,但程度较初诊时明显缓解,可自由活动,口稍干,纳眠可,大便粘腻,小便调,舌红苔微黄腻,脉弦。彭教授谨循效不更方,继予前方5剂。

三诊:2021 年 12 月 2 日,患者诉进服上方后关节肿痛症状明显好转,现已无关节红肿灼痛感,自觉时有腰部、足跟酸痛,口淡不渴,易疲乏,夜尿稍频,1~2 次/夜。舌淡苔白稍腻,脉弦。查双足无肿胀、压痛,皮温不高。复查肾功能:血尿酸 445  $\mu\text{mol/L}$ ,血肌酐 136  $\mu\text{mol/L}$ 。彭江云教授辨证为脾肾不足、痰湿痹阻证,治以补脾益肾、泄浊化瘀。方选彭江云教授自拟方益肾健脾泄浊汤加减,处方:党参 30 g,熟地黄 20 g,山茱萸 15 g,茯苓 15 g,山药 15 g,车前草 30 g,萆薢 15 g,法半夏 15 g,泽泻 15 g,女贞子 15 g,墨旱莲 15 g,土茯苓 20 g,猫须草 30 g,玉米须 30 g,三七粉 5 g(兑服)。患者随诊至最近一次门诊,复查肾功能血尿酸 401  $\mu\text{mol/L}$ ,血肌酐 104  $\mu\text{mol/L}$ ,诉无关节肿痛症状。

按语:患者初诊时正处疾病急性活动期,湿热之邪留着于关节、筋骨间,痹阻不通,故发疼痛。彭教授所予竹叶石膏汤,出自张仲景《伤寒论》:“伤寒解后,虚羸少气,气逆欲吐,竹叶石膏汤主之。”原主治温热病后期,余热未清,留恋气分,气津两伤,胃气不和之证。现在原方基础上酌加祛风除湿、通络止痛之品以治疗痛风性肾病湿热蕴结者。方中淡竹叶、生石膏清热泻火,并可养阴除烦;淡竹叶引热下行从小便出,生石膏清肺胃之热,使热去而无伤阴之虞;南沙参、麦冬益气养阴;法半夏和胃降逆;炒知母清热润燥;海桐皮、海风藤祛风除湿,通络止痛;淫羊藿补肾健骨,且可祛风湿;生姜、甘草与大枣顾护脾胃,调和诸药。诸药合用,共奏清热除湿、通络止痛、益气养阴之效。服药 5 剂,关节肿胀疼痛症状缓解,效不更方,继予 5 剂。三诊患者已无关节红肿灼痛之感,因久病损伤先后天之本,脾肾功能失调,气化温煦无权,酿痰生湿,胶着血脉,凝滞为浊瘀之邪,聚积肾络而致。予彭教授自拟方益肾健脾泄浊汤加减,方中党参、熟地补肾健脾,同养先后天之本。党参健脾益气,擅振奋中气,温养脾胃;熟地补肾固本,生精化气;山药健脾,助君药党参健运中焦脾胃;山茱萸补养肝肾,且可涩精,取“肝肾同源”之意;猫须草利水渗湿泄浊,消痰湿之实邪;法半夏与茯苓相伍除中焦之痰浊,升降相应;女贞子、墨旱莲滋阴益肾;三七散瘀止血、消肿止痛;萆薢、

车前草、泽泻、土茯苓、玉米须相伍,能淡渗脾肾之湿浊,肾浊得除,则真阴得复其位。全方诸药合用,先后天得补,瘀化湿祛,升降相应、补泻兼施,共奏补脾益肾,泄浊化瘀之功。

6.2 验案 2 戚某,男,50 岁。初诊:2020 年 9 月 25 日,患者因体检时发现血尿酸升高来诊,尚无关节灼热肿痛症状,亦未发现痛风石。面色少华,舌质淡,苔白,脉细。实验室检查:肾功能:血尿酸 618  $\mu\text{mol/L}$ ,血肌酐 154  $\mu\text{mol/L}$ ;尿常规:尿潜血(±)、尿蛋白(++),诊断为:痛风性肾病,予补中益气汤加减健脾益气,升清固摄,处方:黄芪 30 g,党参 20 g,白术 15 g,升麻 15 g,柴胡 15 g,山药 20 g,莲子 15 g,益智仁 15 g,芡实 15 g,金樱子 15 g,猫须草 30 g,玉米须 30 g,甘草 10 g。7 剂,水煎服,3 次/日,1 剂/日。嘱患者低嘌呤饮食,多饮水。2020 年 11 月 2 日二诊,复查肾功能:血尿酸 525  $\mu\text{mol/L}$ ,血肌酐 144  $\mu\text{mol/L}$ ;尿常规:尿蛋白(+),继予原方连服 2 个月,2021 年 1 月 6 日复诊,查血尿酸 370  $\mu\text{mol/L}$ ,血肌酐 126  $\mu\text{mol/L}$ ;尿常规未见明显异常。随访患者 1 年,未出现关节肿痛、痛风石或尿酸盐结石等,查尿常规未见尿蛋白。

按语:该患者无痛风性肾病特征性症状、体征,实验室检查发现尿蛋白,彭教授病、证结合论治,予补中益气汤加减。方中黄芪、党参补脾益气和中,升麻、柴胡升清降浊,山药、莲子、益智仁、芡实、金樱子健脾固摄;猫须草、玉米须淡渗利湿;或有尿血,故加藕节补气摄血。二诊可从检验结果获知患者尿蛋白减少,前方效佳,继予连服 2 月。

## 7 结语

彭江云教授认为痛风性肾病的病机当责之于脾肾不足,痰湿瘀阻,治疗以“脾肾同调,正本清源”“利湿化浊,标本兼顾”为基本原则,使脾肾得调,从而本正源清,浊瘀诸邪无以化生,浊瘀之邪得去,则脏腑经络得安。并强调为了免受“无证可辨”或“无症可辨”所困,临床诊治痛风性肾病患者时应以“辨病论治”为先,“辨证”与“辨症”相结合,运用现代科技产物,借助辅助检查手段,有的放矢,以期达到对患者的及时、精准诊治,从而提高临床疗效。

## 参考文献:

- [1] MEI Y S,DONG B Z,GENG Z,et al. Excess uric acid induces gouty nephropathy through crystal formation:a review of recent insights[J]. Front Endocrinol (Lausanne), 2022,13:911968.
- [2] YANG L J,CHANG B C,GUO Y L,et al. The role of oxidative stress-mediated apoptosis in the pathogenesis of uric acid nephropathy[J]. Ren Fail,2019,41(1):616-622.
- [3] LUSCO M A,FOGO A B,NAJAFIAN B,et al. AJKD atlas of renal pathology:gouty nephropathy [J]. Am J Kidney Dis,2017,69(1):e5-e6.
- [4] 梅长林,余学清. 内科学:肾脏内科分册[M]. 北京:人民卫生出版社,2015:170.
- [5] 颜彦,薛逢贵,韩敏. 别嘌醇对尿酸性肾病大鼠肾功能的影响[J]. 中国临床药理学杂志,2019,35(21):2747-2750.
- [6] 李晓倩,顾勇清,姜丹,等. 程氏草薢分清饮治疗尿酸性肾病的临床观察[J]. 云南中医学院学报,2022,45(2):8-11.
- [7] 周敏敏,饶克瑯,张亚楠,等. 饶克瑯辨治慢性尿酸性肾病临床经验[J]. 河北中医,2020,42(3):337-340.
- [8] 郭文燕,李燕林. 尿毒康合剂联合非布司他治疗湿热瘀阻型痛风性肾病疗效评价[J]. 广州中医药大学学报, 2021,38(7):1335-1340.
- [9] 周凤梧,张灿理. 黄帝内经素问语释[M]. 济南:山东科学技术出版社,1985:410.
- [10] 张晓芳,廖凌虹. 对中医“无证可辨”的探讨[J]. 中医杂志,2019,60(9):801-803.
- [11] 蔡倩,王暴魁,谢璇,等. 王暴魁从肾病浅谈辨病与辨证治疗的关系[J]. 中国中医基础医学杂志,2019,25(12):1655-1657.
- [12] 张伯礼. 团结一心 共筑中医梦[J]. 中医杂志,2018,59(1):1.
- [13] 汪学良,刘念,秦天楠,等. 彭江云从湿热论治痛风急性期经验介绍[J]. 新中医,2018,50(5):256-257.
- [14] 秦天楠,汪学良,刘念,等. 彭江云教授寒热分消治痛风经验[J]. 风湿病与关节炎,2018,7(9):43-44,51.
- [15] 刘念,张玲,李兆福,等. 痛风“清热通络、健脾渗湿”分期治疗研究荟萃[J]. 云南中医学院学报,2020,43(3):91-95.
- [16] 毕翊鹏,秦天楠,刘念,等. 彭江云分期辨治痛风性关节炎经验总结[J]. 辽宁中医杂志,2019,46(1):38-40.
- [17] 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.