

臧力学治疗痛风经验

杨雪柯¹, 陈冰²

(1. 天津中医药大学, 天津, 300193;

2. 天津中医药大学第一附属医院, 天津, 300193)

[摘要] 介绍臧力学教授治疗痛风的经验。臧师认为, 经脉痹阻为痛风的主要病机, 治疗上遵循“急则治标, 缓则治本”的原则, 分期论治。急性期经络阻塞而致关节不通则痛, 不荣则痛, 治以清热利湿、宣痹通络为主, 自拟痛风Ⅰ方治疗; 缓解期伤及脾肾之阳气, 应从脾肾论治, 治以健脾祛湿、补肾强筋, 自拟痛风Ⅱ方治疗, 并附验案1则, 以资佐证。

[关键词] 痛风; 分期治疗; 名医经验; 臧力学

[中图分类号] R259.897 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.09.011

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”一词最早起源于金元时期, 朱丹溪在《格致余论·痛风》中首次指出: “痛风者, 四肢百节走痛, 书中谓白虎历节风证是也。”^[2] 历代医家对痛风论述颇为丰富, 古籍中对其记载众多, 为当今临床治疗本病奠定了坚实的理论基础。

臧力学, 天津中医药大学第一附属医院主任医师, 硕士研究生导师, 从医四十余载, 常年立足于临床, 熟读经典, 在治疗老年常见病、疑难病方面积累了丰富的临床经验, 尤其是在治疗痛风及高尿酸血症方面有独到见解。笔者有幸随诊左右, 聆听教诲, 受益匪浅。现将臧师临床治疗痛风经验介绍如下。

1 病因病机

基于古代医家对痛风的认识, 臧师认为痛风临床多表现为关节的红肿热痛, 与“热痹”极为相似, 应归属于肢体经络病证。《灵枢·本藏》载: “疼痛、红肿、屈伸不利, 僵硬。”臧师强调痛风多与饮食不当有关, 平素过食膏粱厚味, 或嗜酒过度, 伤及脾胃, 致运化失司, 致使湿邪内生, 蕴积于中焦, 郁久化热。无论是外感风邪、寒邪、湿邪, 邪气均入里郁久化热, 耗气伤津, 炼液成痰, 根据“百病多由痰作祟”之说, 痰邪内停, 可郁而化火, 可下注足膝, 痰浊痹阻气机, 气机阻滞则血液凝滞。而血又为气之母, 血能载气, 瘀血形成必将加重气机的郁滞, 全身气血运行不畅, 从而导致气滞血瘀、血瘀气滞的恶

性循环。而血受热则煎熬成块, 臧师认为痛风患者体内热盛易化火, 灼伤血中津液, 进而使血液黏稠, 加重瘀滞。体内由于湿热、痰浊、气滞、瘀血相互转化, 相互影响, 流注于经络, 则经络阻塞而致关节红肿热痛、屈伸不利, 致使痛风反复发作, 缠绵难愈。

2 分期论治

臧师总结前人留下的宝贵经验, 将经典文献理论与现代临床实践相结合, 在治疗痛风方面有独到见解。其强调痛风应分期论治, 急性期主要由于湿热、痰浊、气滞、瘀血痹阻经络关节所致, 临床特点为急性单关节呈红肿热痛炎症表现, 多在1d内达高峰, 病变最常累及的部位为第1跖趾关节、跗骨关节^[3], 或伴有关节的屈伸不利、心烦口渴、小便短赤、大便偏干、舌红、苔黄腻、脉滑数。缓解期久病劳损, 耗伤肾气, 肾阳受损, 不能温暖脾阳, 导致脾肾之气受损, 临床表现为局部的红肿热痛减轻或者消失, 或伴面色萎黄、神疲倦怠、少气懒言、形寒肢冷、腰膝酸软、大便时溏泻, 舌质淡苔薄腻, 舌体胖大有齿痕, 脉细滑或沉缓。

2.1 急性期 臧师潜心研究痛风三十余年, 师古不泥, 独树一帜, 遵循“缓解止痛”的原则, 急性期治以清热利湿、宣痹通络、活血止痛, 自拟痛风Ⅰ方。处方: 土茯苓 30g, 萆薢 20g, 百合 15g, 山慈菇 10g, 桑枝 10g, 忍冬藤 30g, 青风藤 10g, 豨莶草 15g, 伸筋草 10g, 虎杖 30g, 关黄柏 15g, 炒苍术 15g, 威灵仙 10g, 醋延胡索 10g, 油松节 15g, 制蕲蛇 5g, 皂角刺 15g, 白芍 15g, 甘草 6g。方中土茯苓、萆薢、百合、山慈菇 4 药合用乃经验用药, 有清热利湿化浊、除痹

第一作者: 杨雪柯, 女, 2016 级硕士研究生, 研究方向: 中医内科学

通讯作者: 陈冰, 女, 主任医师, 硕士研究生导师, 研究方向: 中医内科学, E-mail: 414715623@qq.com

止痛之功,方中重用土茯苓解毒除湿、通利关节,研究发现土茯苓具有抗感染作用,其提取分离的落新妇苷具有明显的利尿及镇痛作用;虎杖、黄柏、苍术利湿退黄、清热解毒、散瘀止痛;延胡索活血行气止痛;酌加忍冬藤、青风藤、豨薟草、伸筋草、桑枝、油松节、制蕲蛇、威灵仙,共奏祛风湿、舒经通络、利关节之效;皂角刺消肿止痛,白芍养血调经、调和营卫,配合甘草缓急止痛。全方共奏清利湿热、化痰通络、行气止痛之功,使湿邪得出,内热得清,故经脉气血通畅,疼痛缓解。臧师亦强调,急性期禁止服用降尿酸药物,因尿酸急剧下降时沉积在关节腔的尿酸盐结晶由于晶体渗透压作用会向血液中转移,在此过程中会产生移行性疼痛^[4]。

2.2 缓解期 痛风缓解期以降尿酸为目的,可预防和逆转尿酸盐的沉积,能最终改变痛风的临床表现。臧师临床上采用中西医结合治疗慢性痛风性关节炎,始终坚持“以中医治疗为主,西医治疗为辅”的原则,临床疗效颇佳。久病必耗伤肾气,故缓解期治疗当以健脾补肾为主,自拟痛风Ⅱ方。处方:土茯苓 30g,萆薢 20g,百合 15g,山慈菇 10g,忍冬藤 30g,鸡血藤 30g,黄芪 20g,炒白术 15g,山药 15g,熟地黄 10g,山茱萸 10g,桑寄生 30g,杜仲 10g。方中土茯苓、萆薢、山慈菇、百合利湿化浊,通经止痛;忍冬藤、鸡血藤舒筋活络,活血止痛;黄芪、白术、山药调节脏腑功能,益气健脾;熟地黄、山茱萸、桑寄生、杜仲补肝肾,强筋骨。若尿酸控制不理想,可根据患者具体情况选择西药小剂量联合治疗。若尿酸排泄过少者,配合小剂量苯溴马隆服用,每次25mg、每天1次;若尿酸生成过多者,可联合小剂量别嘌醇每次0.1g、每天1次。臧师强调,在痛风缓解期治疗中,用中药联合最小剂量的西药,可达到缓慢降低尿酸、长期服药、减少不良反应的目的,可将尿酸长期维持在理想水平(350 μ mol/L)。同时,臧师认为痛风患者应大量饮水,增加尿量,保持每天平均尿量在2500mL左右,稀释尿中尿酸,防止形成尿酸盐结晶碱化尿液,使尿PH维持在6.5~6.8左右。

3 典型病案

魏某,男,40岁,2017年8月17日初诊。该患者自诉有痛风病史十余年,平素未规律服药,2个月前查血尿酸587.90 μ mol/L,尿PH值5.0,近1年急性痛风性关节炎反复发作,以双足跖趾关节、踝关节交替疼痛为主。2d前因外出登山后再次出现右足第1跖趾关节红肿疼痛,查右足大拇趾跖

趾关节红肿,皮温升高,疼痛拒按。考虑为痛风性关节炎急性发作。予中药汤剂痛风Ⅰ方,7剂,水煎,每天1剂,分2次服。8月23日二诊:患者右足大拇趾跖趾关节红肿疼痛消失,皮温正常,关节活动轻度受限,舌淡红、苔薄黄,脉滑数。诊断为痛风缓解期,予苯溴马隆25mg,口服,每天1次;碳酸氢钠0.5g,口服,每天3次。同时予中药汤剂痛风Ⅱ方,14剂,水煎,每天1剂,分2次服。嘱患者控制饮食,大量饮水,适度运动。8月30日三诊:患者右足关节活动自如,舌淡红,苔薄白,脉濡。复查血尿酸432.6 μ mol/L,尿PH值6.0。后随诊1个月余,未见明显关节症状,9月27日复查尿酸334 μ mol/L,继续予上述痛风缓解期用药,改苯溴马隆25mg,口服,每天1次为隔天1次。

4 体会

笔者有幸跟随臧师学习已有2年余,臧师不但继承了前贤精湛的医术,同时也继承了中华民族优秀的医风医德。在痛风治疗上,其强调痛风乃湿热、痰浊、气滞、瘀血相互搏结所致,病程迁延难愈,反复发作,中药治疗痛风有独特优越性。臧师临床应用中药治疗急性期痛风,患者临床症状改善明显,且安全性高,提高了患者的依从性及治疗的有效性。痛风缓解期坚持应用中药治疗为主,小剂量西药为辅,既能将尿酸长期维持在理想水平,又能保护关节,疏通关节部位的水肿瘀积。中药治疗痛风具有一定的疗效,值得临床推广。

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[S]. 中华风湿病学杂志,2011,15(6):410-413.
- [2] 韦少玲. 痛风的中医发病机制研究进展[J]. 光明中医,2009,24(6):1187-1188.
- [3] 贾建云,黄传兵,李明,等. 中医药治疗痛风用药规律分析[J]. 四川中医,2016(2):216-218.
- [4] 成向进,张会哲,田虎. 臧力学中西医结合治疗痛风经验[J]. 河北中医,2009,31(2):165-166.

(收稿日期:2017-10-12)

《名医名方》:消疮饮

组成:党参 20g,麸炒白术 9g,炙黄芪 20g,当归 9g,丹参 15~20g,赤芍 9~15g,紫草 15~20g,白及 9g,生地黄 15~20g,板蓝根 20g,白芷 9g,炙甘草 9g,生甘草 9g,三七粉(早晚分冲)5g。**功效:**健脾益气,和血调营,托里生肌。**主治:**复发性口腔溃疡。**用法:**水煎,每天1剂。头煎二煎药液相混,早、中、晚分3次服。**加减运用:**疼痛明显者加白薇6~9g;热证明显者加蒲公英9~15g;口腔溃疡反复发作并伴失眠者加黄连6~9g、肉桂3~4g。(http://www.cntcm.com.cn/xueshu/2018-07/26/content_47450.htm)