

引用:陈沛儒,李鑫辉,邵乐,吴若霞,彭建平,黄政德. 黄政德治疗痛风经验[J]. 湖南中医杂志,2023,39(5):55-57.

黄政德治疗痛风经验

陈沛儒,李鑫辉,邵乐,吴若霞,彭建平,黄政德
(湖南中医药大学第一附属医院,湖南长沙,410007)

[摘要] 介绍黄政德教授治疗痛风的经验。黄教授认为,痛风是由脾胃亏虚,内外相合,邪气痹阻经络所致。治疗当以“急则治标,缓则治本”为纲领,注意固护脾胃。方药擅用蚕沙、萆薢、土茯苓、威灵仙、制川乌、泽泻等祛湿之品,并根据病邪、寒热不同,选择“四君子汤”“四妙散”“苓桂术甘汤”“双合汤”等不同主方,疗效显著。并附验案1则,以资佐证。

[关键词] 痛风;中医药疗法;名医经验;黄政德

[中图分类号] R259.897 **[文献标识码]** A **DOI:**10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2023.05.013

痛风是指由各种原因所致尿酸升高,并超出其在血液中的饱和度,出现关节及周围组织尿酸钠晶体沉积甚至骨侵蚀的现象,根据临床症状的有无,又可将其分为亚临床痛风和痛风^[1]。随着人们生活水平的提高、饮食结构的改变,痛风的发病率在我国呈明显上升的趋势^[2]。目前西医治疗痛风所用的抗炎镇痛、降尿酸等药物虽有显著疗效,但其对胃肠道、肝肾功能的毒副作用亦较大,使痛风患者多在症状缓解后即停药,难以长期服用,致使痛风反复发作,最终形成难治性痛风^[3]。

黄政德教授系湖南中医药大学第一附属医院主任医师,中医内科学博士研究生导师,国家第五批名老中医指导专家,湖南省名中医,享受国务院政府特殊津贴专家,擅长从脾胃学说、升降理论入手,诊治各种内科疑难杂症,医术精湛,疗效显著。笔者(第一作者)有幸跟诊黄教授学习,现将其论治痛风经验介绍如下。

1 病因病机

“痛风”之病名始于朱丹溪的《格致余论·痛风论》,言其为血热,受风寒湿之邪,凝涩不通所致^[4]。后历代医家大多以此为宗,或言平素嗜食肥甘之品。湿壅下焦,外邪合而发病;或言因劳倦、七情内伤,外邪趁虚而袭;或言血虚阴火;或言痰湿郁热;但其病机关键总不离内外相合,邪气痹阻经络^[5]。

直至现代医学所言之痛风,已明确该病为尿酸盐晶体沉积于患者关节及周围组织所致,有别于古之“痛风”,因此现代中医学者对痛风的病因病机提出了不同的观点。其一为朱良春所提之“浊瘀痹”,指痛风虽言风但无风,风寒湿虽为诱因,但实则主要为体内浊瘀内阻所致^[6];其二为赵兆琳等^[7]所提之“脾肾两虚、内湿致痹”,以“内湿”解“尿酸盐晶体”,谓其在营血为高尿酸血症,在关节为痛风性关节炎,在肌腠为痛风石,在肾则为尿酸盐肾病。现今痛风之论多因现代医学所定义的尿酸盐晶体而偏向内生实邪之说,实在有失偏颇。黄教授认为,脾胃亏虚,内外相合,邪气痹阻经络,才是痛风病机的关键^[8]。

1.1 脾胃亏虚,内外相合,邪气痹阻经络是痛风病机的关键 黄教授提出,痛风的发病与脾胃功能的失常密切相关。胃主受纳,脾主运化,二者共同使水谷腐熟消化成精微,再由脾升清,上输于心肺,化生气血以营养全身,胃降浊,乃排泄水谷之糟粕。故言脾胃为“后天之本”,若脾胃功能正常,则气血生化之源充足,营卫充实,外邪不得侵袭;升清降浊之功相应,则无内生痰湿瘀浊之忧;内邪、外邪均不得乘,故痛风无所从生。然若脾胃虚弱,或因恣食酒热海腥、肥甘厚腻之物所致;或因先天禀赋不足、年老久病所致;或因劳逸不当、七情内伤所致;或因

基金项目:全国名老中医药专家黄政德传承工作室建设项目[国中医药人教函(2019)4号]

第一作者:陈沛儒,女,2020级硕士研究生,研究方向:中医内科学

通信作者:彭建平,女,医学博士,副主任医师,硕士研究生导师,研究方向:中医药防治肝病,E-mail:jppeng@126.com

喜静恶动、清气不升所致;则脾失健运,胃失和降,气血津液不得充盈输布,水谷之糟粕不得排泄于外,终使营卫不固、外邪乘袭,升降失常、浊邪内生^[9],内邪外邪相合、痹阻经络,发为痛风。从表面上看,痛风主要是由内生邪气、痹阻经络所致,但实际上邪气内生是由升降失常、脾胃虚弱所致,脾胃功能失常则营卫不足,无法抵御外邪,故亦有外邪侵扰、内外相合之因。

1.2 痛风有病邪、寒热的不同转化 今时湖湘之人,地处多雨潮湿之处,外邪以湿偏盛,稍有生活起居、饮食作息之不慎,则脾胃功能易受损,进而营卫不固,湿邪伺机乘袭脾土,初起表现为胃胀、不思饮食等消化道症状^[10]。湖湘人大多嗜食辛辣,盖因辣椒能祛风湿、振食欲^[11],日久则蕴热内生,致使内外相合之邪或寒从热化、或郁而化热,故临床上痛风多见湿热内蕴证,症状多发为红、肿、热、痛;然亦有素体阳虚之人,阴寒内生,致使邪气易从寒化,症状以不红不热、得温痛减为主要表现^[12]。《类证治裁·痹证论治》云:“痹久必有痰湿败血瘀滞经络。”痛风日久则邪气由经络深入筋骨,耗伤气血阴阳,寒凝热沸,血滞为瘀,津停为痰,形成痰瘀互结之证,痰瘀痹阻则出现关节肿大畸形、痛风石等症。黄教授提出,痛风乃外邪内浊合而为病,邪气本身之寒热较他病而言难以辨别,加之素体禀赋不同,体内浊邪之寒热又有不同转化,同时随着病程迁延,湿、痰、瘀之偏盛亦有所变化,临床上需四诊合参,仔细辨别,对证下药,不可因“痛风多湿热之证”而以偏概全。

2 治法方药

2.1 治疗原则 痛风多为本虚标实之候,治疗当标本兼顾。临床分为急性发作期和无症状期,临证应首先辨别轻重缓急,以“急则治标,缓则治本”为纲领,分期论治。

处于痛风急性发作期时,患者主要以关节疼痛为主症,盖因此时邪气偏盛、痹阻经络,当以祛邪通络止痛为第一要义。虽痛风以发作期关节“红、肿、热、痛”等热象闻名,但因个体禀赋差异,实邪于人体内有不同的寒热转化,应四诊合参,仔细辨别寒热,切莫将痛风与热划上等号,导致病情延误。同时,由于痛风属内外之邪相合所致,加之病程日久,邪气之转化、偏盛亦有不同,需仔细甄别病邪之偏盛,予以燥湿、化痰、祛瘀之治法,药用迅猛、攻急之

品,必要时可加用如忍冬藤、地龙等藤蔓、虫类药物,以加强祛风止痛、活血祛瘀之功^[13-14]。

处于痛风无症状期、包括亚临床痛风时,邪实不胜,应以治疗本虚为主、兼顾祛邪,要将固护脾胃作为要领,徐徐图之,万不可单纯以攻邪为要而长期重用损伤脾胃的藤蔓、虫类药物,导致脾胃损耗更为严重;亦不可心急太过,补以大量滋腻之品而使脾胃升降之职无以恢复。《灵枢·逆顺》云:“上工,刺其未生者也……上工治未病,不治已病,此之谓也。”此期虽无临床症状表现,但需警惕浊邪已存,仍治以燥湿、化痰、祛瘀之法,同时考虑祛邪之强度,慎用藤蔓、虫类药物,以免耗伤脾胃,并适当加用补益脾胃之品以治疗本虚。若病程较久,在补益的基础上可佐以少量行气活血之品,如桃仁、红花、川芎、丹参等,以防太过滋腻而促使痰瘀生成。

2.2 用药特色

2.2.1 擅用蚕沙、萆薢、土茯苓等祛湿之品 痛风与尿酸的升高有着直接的联系,尿酸的升高与人体代谢的紊乱相关联,即与脾胃之升降降浊密切相关,脾虚则湿泛,湿泛甚则成滞,反过来又进一步影响脾胃之升降功能,形成恶性循环。故虽不可将尿酸盐结晶单纯理解为“湿邪”,但无论处于何期,加用祛湿之药物往往能有降低尿酸的奇效,盖因湿去则脾不受困,故得以升降相应,浊邪自去。黄教授于临床上诊治痛风患者时,无论其有无症状,一旦尿酸偏高,均药用蚕沙、萆薢、土茯苓、威灵仙、制川乌、泽泻等祛湿之品^[15]。

2.2.2 根据病邪、寒热不同予以不同用药 痛风无论是急性期、无症状期还是亚临床痛风,因其“脾胃亏虚,内外相合,邪气痹阻经络”的病机特色,多以脾虚夹湿为主,或因感受外邪不同、素体禀赋不同,或因随着痛风病程进展,而常出现病邪、寒热的转化。黄教授于临床上因病邪、寒热的不同,常予以不同的用药,若脾虚而无明显寒热偏盛,常予补中益气汤、四君子汤类加减以健脾益气,如党参、茯苓、白术、黄芪、陈皮、柴胡、升麻等;若以湿邪偏盛,常予薏苡仁汤类加减以健脾除湿通络,如薏苡仁、茯苓、苍术、白术、羌活、独活、砂仁等;若以热邪偏盛,则脾虚之湿邪郁而化热,常予四妙散类加减以清热化湿,如黄柏、苍术、薏苡仁、川牛膝等^[16];若素体脾阳虚衰以寒邪偏盛,常予苓桂术甘汤类加减以温阳健脾化湿,如桂枝、白术、茯苓、附子等;若日久

形成痰瘀互结之候,常予双合汤类加减以化痰行瘀,如桃仁、红花、丹参、川芎、生地黄、陈皮、半夏、茯苓等^[17];痛风反复发作,耗伤肝肾,形成肾痹,常予独活寄生汤类加减以补益肝肾、强筋健骨,如独活、桑寄生、杜仲、牛膝、茯苓、肉桂等。

3 典型病案

周某,男,67岁,2020年8月25日初诊。反复右下肢多关节肿痛6年余,再发3d。患者诉于6年前第1次出现右下肢多处关节红、肿、热、痛,前往当地人民医院就诊,确诊为“急性痛风性关节炎”,经抗炎镇痛、降尿酸等对症治疗后好转,但此后上症常反复发作。9月26日于浏阳市妇幼保健院行健康体检示:丙氨酸氨基转移酶56.3 g/L,尿酸645 $\mu\text{mol/L}$ 。平素嗜食辛辣酒毒之品,喜卧,形体肥胖。刻下症:右足第1跖趾关节及右膝关节红、肿、热、痛,口干、晨起偶有口苦,纳寐可,大便质稀,小便黄。舌红、苔黄腻,脉弦滑。中医诊断:痛风,湿热内蕴证。治以清热祛湿、行痹止痛为法,方用四妙散加减,处方:黄柏10 g,苍术10 g,薏苡仁20 g,川牛膝20 g,蚕沙10 g,草薢10 g,土茯苓10 g,威灵仙15 g,地龙10 g,制川乌10 g,泽泻10 g。14剂,每天1剂,水煎,分早晚2次温服。嘱其清淡饮食,忌食肥甘厚腻、湿热辛辣、海鲜鱼腥之品,可适当多起身活动。9月15日二诊:患者诉服药后上述症状明显好转,并自行于当地药店购买药材继续服用,此间坚持清淡饮食。12月6日于外院检查示:尿酸397.14 $\mu\text{mol/L}$ 。现觉右足第1跖趾关节稍有疼痛,右膝关节轻微不适,无明显红肿、发热,口干口苦较前明显好转,纳寐可,大便2~3次/d、质偏稀,小便正常。舌淡红、苔黄稍腻,脉弦滑。续予前方去地龙,加独活、羌活、白芷各10 g,党参15 g,甘草3 g。9月29日三诊:患者诉服药后诸症较前明显好转,仍稍有便溏,嘱患者继续服用二诊方加以巩固。

按语:患者为老年男性,喜好辛辣酒毒之品,长期喜卧不喜动,使脾胃亏耗,湿邪内生,加之正值长夏,暑湿盛行之时,内外相合,蕴为湿热,痹阻经络,发为痛风。故以清热祛湿、行痹止痛之四妙散为主方,方中黄柏清热燥湿,苍术、薏苡仁健脾燥湿,川牛膝引药下行,清下肢痹阻之邪,同时加蚕沙、草薢、土茯苓、威灵仙、制川乌、泽泻等祛湿之品,使湿除则脾自健。患者正处于急性发作期,湿热之邪正

盛,佐以地龙活血通络以加大行痹止痛之功效,预防浊瘀生成。二诊时患者虽仍为湿热内蕴之候,但热邪较前消退,湿重于热,无热邪煎熬气血津液生成痰瘀之忧,且考虑虫类药物易耗伤脾胃,故前方去地龙,同时加用独活、羌活、白芷以加强祛湿止痛之功,配合党参、甘草健脾益气。

黄教授认为痛风主要由脾胃亏虚,内外之邪相合,邪气痹阻经络所致,治疗上应仔细辨别寒热虚实,分清轻重缓急,祛邪的同时亦要注意固护脾胃,结合健康的生活、饮食调节,则邪去不复而愈。

参考文献

- [1] 王菱,彭艾. 中国高尿酸血症及痛风诊疗指南(2019)解读[J]. 西部医学,2021,33(9):1254-1257.
- [2] 杨丽华,刘晓丽,蒋雅琼,等. 我国痛风的患病率及危险因素[J]. 医学研究杂志,2019,48(12):4-6,10.
- [3] 李莹. 居家痛风患者服药依从性调查及管理策略研究[D]. 青岛:青岛大学,2020.
- [4] 肖战说,殷海波. 朱丹溪痛风通治思想探赜[J]. 江苏中医药,2021,53(6):12-14.
- [5] 陈建春,张世俊,付强,等. 历代痛风病名研究[J]. 亚太传统医药,2021,17(4):171-174.
- [6] 李君霞,黄闰月,陈秀敏,等. 浅谈朱良春教授从“浊瘀”论治痛风的学术思想[J]. 成都中医药大学学报,2018,41(4):75-77,86.
- [7] 赵兆琳,王义成,李厚铨,等. 奚氏痛风灵治疗原发性痛风与肾损害的临床观察[J]. 上海中医药杂志,2001(10):13-14.
- [8] 李鑫辉,谢雪蛟. 名老中医黄政德临证经验辑要[M]. 太原:山西科学技术出版社,2020:330-343.
- [9] 关卓杰,陈超凡,唐洁,等. 黄政德教授运用升降理论辨治内科杂病学术思想及经验[J]. 亚太传统医药,2022,18(6):147-150.
- [10] 肖志红. 探析湖湘医派的地域文化特色[J]. 湖南中医杂志,2022,38(8):99-103.
- [11] 侯官响. 辣椒传入中国与湘川菜系的形成[J]. 楚雄师范学院学报,2018,33(2):1-12.
- [12] 夏童,王莘智,吴伊莹. 从脾阳虚论治痛风性关节炎[J]. 中医临床杂志,2021,33(12):2282-2285.
- [13] 曹建康,汲泓. 虫类药治疗痛风的应用探讨[J]. 中医药临床杂志,2021,33(10):1911-1914.
- [14] 王敏,汲泓. 四妙散合藤类药治疗急性痛风性关节炎的体会与应用[J]. 风湿病与关节炎,2020,9(1):57-59,75.
- [15] 饶春梅,任婷,成细华,等. 中医药治疗急性痛风性关节炎用药规律分析[J]. 湖南中医药大学学报,2017,37(5):552-555.
- [16] 周乐晴,秧丽双,黄政德. 黄政德教授应用四妙丸的临床经验举隅[J]. 湖南中医药大学学报,2019,39(3):341-344.
- [17] 张清煌. 加味双合汤治疗痰瘀痹阻型痛风性关节炎的临床疗效观察[D]. 福州:福建中医药大学,2022.

(收稿日期:2023-02-05)

[编辑:韩吟]