

刘清泉教授运用祛湿通络、健脾温阳法 论治痛风急性期经验

连 博 刘清泉

(首都医科大学附属北京中医医院,北京,100010)

摘要 随着社会生活水平不断提高,痛风的发病率也在升高,部分尿酸升高并且无症状的百姓,由于饮食及生活方式不当,发展为痛风,表现为关节剧烈疼痛,总结刘清泉教授运用中医内治法祛湿通络、健脾温阳法,配合中医外治法治疗痛风急性期疼痛验案1则,为临床医生提供相关治疗思路。

关键词 痛风;中医治疗;经验

Professor Liu Qingquan's Experience in Treating Acute Gout by Eliminating Dampness to Stimulate Menstrual Flow and Strengthening Spleen to Warm Yang

Lian Bo, Liu Qingquan

(Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Beijing 100010, China)

Abstract With the continuous improvement of social living standards, the incidence of gout is increasing. Some people who have elevated uric acid without symptoms develop gout due to improper diet and lifestyle, which is characterized by severe joint pain. The review summarized one medical case of Professor Liu Qingquan's use of traditional Chinese medicine for the internal treatment of eliminating phlegm and dampness, strengthening spleen and warming yang combining with TCM external treatment method for acute pain in gout, which will provide relevant treatment ideas for clinicians.

Key Words Gout; Chinese medicine treatment; Experience

中图分类号:R249.2/.7 文献标识码:B doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2018.10.003

随着社会生活水平的提高,饮食结构发生了改变,痛风等疾病的发病率逐年增高,痛风(Gout)是单钠尿酸盐(Monosodium Urate)沉积于骨关节、肾脏和皮下等部位,引发的急、慢性炎性反应和组织损伤,与嘌呤代谢及(或)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]。痛风将成为继糖尿病之后的第2种代谢病^[2]。临床上常分为无症状期、急性关节炎期、痛风石及慢性关节炎期,严重可致痛风性肾病及尿酸性肾结石。目前人群中许多单纯检查发现血尿酸持续升高,但是无临床症状,处于无症状期,时间可能长达数年,以中年男性多见。痛风急性关节炎期多表现为突然性的关节疼痛,多数患者在夜间关节疼痛而惊醒,局部疼痛难忍,发病急,关节部位出现严重的疼痛、水肿、红肿和炎性反应,疼痛可持续数日至数周,易反复发作,以后转入慢性期,西医常应用秋水仙碱控制早期痛风发作。

刘清泉教授常年工作在临床第一线,有丰富的急危重症治疗经验,临床上善治急症、重症及疑难杂症,我跟师临证学习,总结老师运用祛湿通络、健脾温阳法治疗急性痛风,每获良效,现报道如下。

1 痛风的中西医认识

现代医学对于痛风的认识主要是由于尿酸盐沉积于关节所致,在治疗中主要采用非甾体抗炎药、秋水仙碱及糖皮质激素三类药物,但其不良反应较大。“痛风”最早见于陶弘景的《名医别录》。多见于“痹”“历节”“白虎”等病证中有相关阐述^[3]。在朱丹溪元《格致余论》就曾列痛风专篇,云:“痛风者,大率因血受热已自沸腾,其后或涉水或立湿地……寒凉外搏,热血得寒,汗浊凝滞,所以作痛,夜则痛甚,行于阳也”。其论述了痛风的发病机制为寒凝阻止,导致局部疼痛,在张景岳的《景岳全书·脚气》中认为,外是阴寒水湿,今湿邪袭人皮肉筋脉;内由平素肥甘过度,湿壅下焦;寒与湿邪相结郁而化热,

基金项目:“十三五”科技部重大专项(2017ZX10305501001)北京市科技计划(Z141100006014056);北京市医院管理局重点医学专业发展计划(ZYLX201611);中医感染性疾病基础研究北京市重点实验室(BZ0320)

作者简介:连博(1992.07),男,硕士研究生在读,研究方向:中医药防治脓毒症研究,E-mail:lianbo_2016@126.com

通信作者:刘清泉(1965.11—),男,本科,教授,主任医师,博士研究生导师,研究方向:中医药防治脓毒症研究,Tel:(010)52176505,E-mail:liuqingquan_2003@126.com

停留肌肤……病变部位红肿潮热,久则骨蚀,其论著了痛风发生的病因及发病的机制,清代林佩琴《类症治裁》:“痛风,痛痹之一症也,……初因风寒湿郁痹阴分,久则化热致痛,至夜更剧”。现代中医学者将其归为痹病、历节、白虎、痛风范畴,并从不同角度对其病因病机进行了分析探讨,如热伤脉络说、伏邪论、毒邪致病说、湿热流注论、内外因说、因虚致病论等^[4]。刘清泉教授认为急性痛风关节炎属于中医学的“痹症”,多为平素嗜食肥甘,脾胃受损,寒湿内阻于经络所致。

2 痛风的病因病机

痛风的病因以饮食不节、感受寒邪为主。刘清泉教授认为其病位在脾,累及经络,以寒凝脾虚证为主,其病性主要为虚实夹杂,正虚为本,邪实为标,在痛风急性发作期以邪实表现更为突出。其发生机制主要为平素嗜食肥甘厚味,过食寒凉之品,所致中焦脾胃虚弱,脾胃失于运化,从而导致寒湿内停,耗伤气血,寒性凝滞,湿性趋下,阻于经络,导致气血运行不畅,不同则痛,究其根本是寒湿阻络、脾胃阳虚。

3 祛湿通络、健脾温阳法治疗痛风的理论

脾胃为气血生化之源,传化水谷精微,然饮食不节,可治脾胃虚弱,脾失健运,脾升胃降功能失常,导致湿邪内生,再而感受寒凉之邪或过食寒凉之品,导致阳虚寒生,寒湿相搏于中焦,阻遏气血运行,进而导致脾胃功能进一步受损,湿性重浊、黏滞、趋下,不易去除,寒邪凝结、收引,易出现疼痛,寒湿停于下,加之脾主四肢,脾虚则四肢倦怠,表现为下肢关节剧烈疼痛。在治疗中应注重标本兼治,急性期以祛邪为主。

4 验案 1 则

某,男,50 岁,2018 年 5 月 22 日初诊。主诉:双侧大脚趾疼痛 2 d。现病史:患者近 3 d 饮食大量海鲜,夜间饮用啤酒,平日运动少,体型偏胖,既往曾出现血尿酸升高情况,未予重视。患者 2 d 前突然出现双侧大脚趾剧烈疼痛,难以忍受,伴活动受限,脚趾不能着地,口服止痛药效果不显,予北京朝阳中西医结合急诊抢救中心查血尿酸 589.7 $\mu\text{mol/L}$,结合患者病史诊断为“痛风”,予口服秋水仙碱治疗,患者仍觉疼痛难以控制。现症见:患者双侧大脚趾持续性疼痛,局部发热肿胀,无明显关节变形,行动不便,拄拐入诊室,形体偏胖,无发热恶寒,无头晕,疲乏,纳可,近日进食海鲜较多,既往喜食寒凉食物,眠差,疼痛影响睡眠,小便调,大便偏稀,2 次/d。舌淡红,苔白腻,脉沉。中药内服处方:土茯苓 150 g、威

灵仙 30 g、川萆薢 60 g、白僵蚕 15 g、干姜 30 g、制附片 30 g、炒白术 60 g、桂枝 15 g、赤芍 15 g、知母 30 g、防风 30 g、生麻黄 15 g,1 剂/d,水煎服,早晚分服。

中药泡洗处方:忍冬藤 100 g、马齿苋 100 g、白矾 6 g,煎煮忍冬藤及马齿苋,放凉后入白矾,1 次/d,双脚局部泡洗。嘱其低嘌呤饮食。

按:患者系为痛风,中医可归为痛痹,本患者平素饮食不节,过食海鲜等寒凉食物,导致中焦脾胃阳虚,不能运化水湿,寒湿相搏,阻于经络,不通则痛。查其舌脉,舌淡红,苔白腻,脉沉,为阳虚寒湿闭阻不通之象,故以干姜、制附片、白术、桂枝健脾温阳,土茯苓、威灵仙、川萆薢祛湿通络,佐以生麻黄宣通透邪,全方治以祛湿通络、健脾温阳。

二诊:2018 年 6 月 5 日,患者服上方 3 剂后双侧大脚趾疼痛明显好转,继服 11 剂后疼痛进一步减轻,无需拄拐行动,活动多后局部疼痛,无明显局部红肿,无发热恶寒,偶有头晕,自诉血压不稳定,时偏低,乏力减轻,纳可,眠一般,小便调,大便不成形,1~2 次/d。舌淡红,苔黄腻,脉弦数。

方药:上方去生麻黄,加茯苓 30 g,1 剂/d,水煎服,早晚分服。继予前方泡洗,嘱其严格控制饮食,低嘌呤饮食。

按:患者服用上方 14 剂后,疼痛明显好转,故效不更方。因上方应用生麻黄为宣散通透,患者偶有头晕,现患者疼痛好转,故去之。患者乏力好转,然大便仍不成型,舌苔黄腻,其中焦湿阻较重,故加茯苓健脾祛湿。

三诊:2018 年 6 月 12 日,患者服上方 7 剂,双侧大脚趾无明显疼痛,无活动受限,无发热恶寒,复查血尿酸 276 $\mu\text{mol/L}$,无头晕,乏力好转,纳眠可,小便调,大便不成形,1 次/d。舌淡红,苔薄腻,脉沉细。方药:干姜 30 g、制附片 30 g、炒白术 60 g、茯苓 30 g、桂枝 15 g、赤芍 15 g、川萆薢 30 g、威灵仙 30 g、土茯苓 100 g、防风 30 g,1 剂/d,水煎服,早晚分服。继予前方泡洗,嘱其低嘌呤饮食。

按:患者服药后症状好转,复查血尿酸恢复正常,结合症状及舌脉,患者寒湿较前减轻,脾阳不足较显,调整药物用量,主以健脾温阳,辅以祛湿。患者痛风急性期治疗效果可,随访患者 3 个月未再发作。

5 讨论

痛风是一种由于嘌呤代谢紊乱或者尿酸蓄积过多导致血中尿酸极度升高,尿酸盐结晶沉积在滑膜囊、软骨、关节滑膜等部位引起的反复发作性炎性

反应性疾病^[5]。急性发作时,疼痛性质主要是“咬噬样”“刀割样”,或“烧灼样”^[6]。西医对于痛风的治疗通常使用秋水仙碱和非甾体类抗炎药物等,虽见效快,但是不良反应较大,在治疗上难以根治。

中医对于治疗急性病证有其独特疗效,故在痛风急性发作期表现为疼痛时,也能有效缓解。然中医在痛风的论治中尚无权威性统一性病名、诊断、辨证分型、疗效判定标准^[7],虽无明确的标准,但是在中医治疗痛风上,确有疗效,应用针灸可以有效缓解痛风疼痛^[8],董丹丹等^[9]研究发现痛风急性期应用四妙丸治疗效果优于塞来昔布,张鞠华等^[10]研究发现针刺联合小柴胡汤合二陈汤加减对于痛风急性关节炎起效迅速,能够明显降低疼痛程度,改善 ESR 及血 UA,且复发率低,董宏生等^[11]研究清热养阴除湿汤配合中药泡洗比较口服秋水仙碱发现在降尿酸及缓解急性期关节肿胀方面中医治疗更优,本文论述祛湿通络、健脾温阳法治疗痛风急性期愿为医疗工作者提供经验。

本患者既往有尿酸升高病史,然其饮食不加以控制,嗜食海鲜等寒凉食物,平日运动少,形体肥胖,故机体对于尿酸代谢出现问题,而发作痛风。患者平素饮食不节导致脾胃虚弱,进而寒湿中生,阻遏气血运行,进一步加重脾胃虚弱,阻于经络而发为痛风,辨证应为脾虚寒凝。在治疗中可将痛风分为3期,本病例为急性期,表现以邪实为主,故治疗上应以祛邪为主,重用土茯苓、威灵仙、川萆薢、白僵蚕祛湿通络,同时患者脾胃阳虚为本,故以干姜、附子、白术等温阳健脾,恐患者寒湿闭阻较重,予桂枝温阳通脉,生麻黄宣阳通痹,全方共奏祛湿通络、健脾温阳之功。患者初诊后服药3剂后疼痛明显控制,更服11剂后痛风疼痛已明显好转,应继予目前治疗思路,故在不调整祛湿及健脾力量之上,加用茯苓增强健脾利湿之功,又因患者寒湿闭阻已有解之象,故去生麻黄。患者三诊时痛风疼痛已完全消失,复查血尿酸恢复正常,痛风急性期治疗效果显著,应适当减

少祛湿通络之功,加强健脾温阳之力,治疗以治本为主。在本病案中,中药泡洗贯彻始终,对于患者痛风疼痛缓解起到了极大的辅助作用,选用马齿苋清热解毒,忍冬藤祛湿通络,以及白矾燥湿解毒,三药合用外用泡洗,辅助中药内服缓解痛风疼痛。患者痛风急性期缓解后,随访3个月,患者时有饮食海鲜较多情况,然痛风未在发作。在本病例中,刘清泉教授把握疾病的发生发展情况,在急性期投以大量祛湿通络之品,缓解患者急性期疼痛症状,在症状缓解后,治病求本,投以健脾温阳之品,以治其脾胃阳虚之本,辨证论治,内外同治,患者痛风急性期疼痛明显改善,生命质量明显提高。

参考文献

- [1]葛均波,徐永健.内科学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2013:856.
- [2]崔关花,雋会英.浅述针灸治疗痛风[J].中国中医药现代远程教育,2014,12(24):76-77.
- [3]陆妍,孟凤仙,刘慧.中医痛风相关病名的演变与发展[J].世界中医药,2015,10(4):609-612.
- [4]张磊,刘维,吴沅峰,等.中医药治疗痛风近况[J].世界中医药,2015,10(10):1631-1634.
- [5]中华医学会风湿病学分会.原发性痛风诊断和治疗指南[J].中华风湿病学杂志,2011,15(6):410-413.
- [6]许娜,鄢丽丽,麻东阳,等.止咳定喘贴防治支气管哮喘[J].长春中医药大学学报,2016,32(5):976-978.
- [7]唐英,徐潇蓉,赵洁,等.中医药治疗痛风的研究现状[J].世界中医药,2016,11(2):372-376.
- [8]彭才勇.针灸治疗痛风性关节炎的临床研究概况[J].中国药物经济学,2014,9(5):110-111.
- [9]董丹丹,黄磊,谢向良,等.中医辨治痛风/高尿酸血症30例临床观察[J].湖南中医杂志,2018,34(9):63-66.
- [10]张鞠华,陆耀刚,徐春巍,等.针刺联合小柴胡汤合二陈汤加减治疗痛风性关节炎跖趾关节痛疗效观察[J].河北中医,2018,40(9):1412-1414+1440.
- [11]董宏生,陈諠,王玉明,等.清热养阴除湿汤治疗痛风急性期[J].中国实验方剂学杂志,2011,17(16):271-273.

(2018-09-10 收稿 责任编辑:王明)