

痛风的中医辨证论治研究进展

毛古燧¹ 黄传兵² 汪元² 付俊¹ 闫学朋¹

(1 安徽中医药大学中医内科学硕士研究生 2014 级,合肥,230038; 2 安徽中医药大学第一附属医院,合肥,230031)

摘要 痛风是嘌呤代谢紊乱和血清尿酸持续升高引起组织损伤的一种反复发作的炎症性疾病,并与遗传及环境因素息息相关。中医辨证论治从根本上治疗痛风有较好的综合疗效,但临床上对痛风的辨证论治,分型较多,缺乏统一的指导规范。文章通过对近年来有关中医对痛风辨证论治的经验加以综述,为中医药临床治疗痛风的合理性提供参考。

关键词 痛风;辨证论治;研究进展

Research Progress in Chinese Medicine Syndrome Differentiation and Treatment for Gout

Mao Gusui¹, Huang Chuanbing², Wang Yuan², Fu Jun¹, Yan Xuepeng¹

(1 Graduate School, Anhui University of Chinese Medicine, Hefei 230038, China; 2 The first Affiliated Hospital of Anhui University of Chinese Medicine, Hefei 230031, China)

Abstract Gout is recurrent inflammatory disease caused by tissue damage due to purine metabolism and persistently increased serum uric acid, which is also closely related to genetic and environmental factors. Syndrome differentiation and treatment for gout by Chinese medicine received comprehensive effect. However, syndrome differentiation for gout in clinic may differentiate patients into different types without standardized guidelines. This paper is to review the experience of Chinese medicine syndrome differentiation and treatment for gout in recent years, to provide a reasonable reference for Chinese medicine in treating gout in clinic.

Key Words Gout; Syndrome differentiation and treatment; Research progress

中图分类号:R256.2 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2017.02.059

痛风是一种单钠尿酸盐(MSU)沉积所致的晶体相关性关节病,与嘌呤代谢紊乱及(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]。本病的特征为尿酸盐结晶在关节或其他结缔组织中沉积,其自然病程包括无症状高尿酸血症、急性痛风性关节炎、痛风石及肾脏病变。痛风属中医学“痹证”范畴,又名“历节”“白虎历节”,在痛风病名确立之前曾被含纳在其他病名之下^[2],其中更有“气脚”者。痛风,首见于元代名医朱丹溪《丹溪心法》,书中记载“痛风者,四肢百节走痛,方书谓之白虎历节风证是也”。通过对痛风源流的探讨,古之痛风证又有痹证、历节、白虎历节风和痛痹等称谓^[3]。

1 病因病机

《金匱要略》中记载“盛人脉涩小,短气,自汗出,历节痛,不可屈伸,此皆饮酒汗出当风所致。”《诸病源候论》亦言:“历节风之状……此由饮酒后腠理开,汗出当风之所致也。亦有血气虚,受风邪而得之者;风历关节与血气相搏交击,故疼痛也”。朱

丹溪的《格致余论·痛风》记载:“彼痛风者,大率因血受热,已自沸腾,其后或涉冷水,或立湿地,或扇取凉,或卧当风,寒凉外搏,热血得寒,污浊凝涩,所以作痛,夜则痛甚,行于阴也”。而现代医家根据对本病的不同认识,对其病因病机也提出了新的看法。

路正志教授创见性的提出本病“源之中焦,流阻下焦,病于下肢”“起于脾胃,终于肝肾”的观点^[4]。韦绪性^[5]明确提出“浊毒入络”的病机观,认为脾肾亏虚为本,湿热、浊毒、瘀血痹阻为标,属本虚标实之证,以脾肾亏虚,浊毒入络为病机特点。王海东^[6]认为痛风多为脾肾亏虚,热毒与痰湿、血瘀等浊邪蕴结形成,而肾虚、热毒尤为根本。综上所述,痛风的起病有2个方面,外因为饮食劳倦、外感风寒湿热之邪,内因则肝脾肾亏虚、湿浊痰瘀相阻。

2 辨证论治

痛风之辨证,主要是辨兼夹,次辨虚实。风寒湿热之邪为主因,兼夹者,多责之痰浊瘀血。本病早期以实证为主,中晚期虚实夹杂,甚至以虚证为主。痛风之“热毒气从脏腑中出,攻于手足,则赤热肿痛”,

基金项目:国家中医药管理局重点学科资助项目(编号:2011bxbk003)——中药内服外敷治疗湿热痹阻型痛风性关节炎临床疗效观察

作者简介:毛古燧(1988.08—),男,硕士研究生,研究方向:中医药防治风湿病的研究,E-mail:13696538237@163.com

通信作者:黄传兵(1971.07—),男,医学博士,硕士研究生导师,主任医师,研究方向:中医药防治风湿病,Tel:(0551)62850054,E-mail:chuannbinh@163.com

然多从肝脾肾论治。目前《中医病证诊断疗效标准》将痛风证型分为湿热蕴结型、痰浊阻滞型、瘀热阻滞型和肝肾阴虚证。吴蕊和王镁^[7]在中医内治法中将痛风分为湿热痹阻、寒湿痹阻、痰瘀痹阻和肝肾阴虚四型。金相哲^[8]独创性的分为热毒炽盛,攻于肢节证;内酿湿毒,流注于下证;以及痛风石期。由此可见,临床辨证缺乏完整的系统性阐述,笔者总结近年来各家关于痛风辨证论治的研究,对痛风的病因、气血津液和脏腑辨证综述如下。

2.1 病因辨证

2.1.1 热毒为先,初期即见热毒炽盛 湿热毒内伏血脉,攻于手足,则见赤热肿痛,诸邪相合,以热毒为先。陈秋^[9]认为急性发作之痛风,治疗当以清热解毒、化湿健脾为主,辅以活血通络、消肿止痛,自拟痛风方由四妙散、黄连解毒汤及三仁汤三方化裁合成,方中取黄芩、黄连、黄柏共奏燥湿清三焦之热,用石膏清热泻火。

2.1.2 湿与热合,多形成湿热蕴结证 《医学正传》中言“肢节肿痛,痛属火,肿属湿,兼受风寒而发动于经络之中,湿热流注于肢节之间而无已也”。杨宗善^[10]认为本病多风寒湿热外袭,郁而化热,淤阻于关节、肌肉,不通则痛,常用当归拈痛汤化裁治疗。黄宏兴^[11]认为痛风主要是湿浊内蕴,瘀热相杂,治当清热利湿、凉血活血,以土茯苓、薏苡仁、黄柏、苍术、茵陈等组成经验方,尤以土茯苓解毒、除湿、通利关节,旨在搜剔湿热之蕴毒。章祖林^[12]认为痛风多见湿热痹阻、热毒壅盛者,方选四妙散为主方加味,伍用凉血解毒、活血通络之品。

2.1.3 从风寒湿立论,易成寒湿痹阻 《诸痹探源》记载“寒气胜者为痛痹,以寒凝气聚,壅而不行,痛不可忍,所谓痛风也。”痛风日久,阳气不足,外感风寒湿邪,易成寒湿痹阻型痛风,《金匱要略·中风历节病脉证并治》记载“诸肢节疼痛,身体魁羸,脚肿如脱,头眩短气,温温欲吐,桂枝芍药知母汤主之”,本方可祛风除湿、散寒止痛兼滋阴清热,主治中风历节,实为治疗寒湿痹阻型痛风之经典方。潘艳东等^[13]应用“脚痹十味流气饮加味”治疗寒湿痹阻型痛风疗效显著,方中以防己、川牛膝、木瓜、薏苡仁祛风止痛,渗湿除痹。吴斌龙^[14]也认为部分患者因脾肾阳虚,寒湿内生,复感风寒湿之邪,痹阻经络者,以寒湿为主要病机,治宜温阳散寒通络,予乌头汤加减治疗。

2.2 气血津液辨证

2.2.1 久病成瘀,易致瘀血阻络 瘀血既是机体在

病邪作用下的病理产物,又可作为病因作用于人体。湿浊寒痰凝滞,久之血脉瘀滞,瘀血阻络。施仁潮^[15]认为血虚痰聚经络或久成瘀血凝滞经脉,患者经久不愈,尤重用虫类药物,如蜈蚣、穿山甲、地龙、土鳖虫等以活血化瘀,消肿止痛。杨锡燕^[16]认为久病入络,气血不通,筋脉痹阻,提倡活血化瘀,其经验方中以鸡血藤、丹参活血祛瘀通络;延胡索活血行气,专治一身上下诸痛;地龙善走窜,可活血通络除痹;当归则补血活血,攻补兼施。焦锐^[17]认为瘀久化热,可出现皮肤紫暗、舌黯,针对此型瘀热在里,治当清热通络、祛风除湿、行瘀除痹,选用麻黄连翘赤小豆汤加味,原方既可“走肌表、通经络”,又能清热活血通络,临床疗效显著。

2.2.2 湿、痰、瘀相杂,痰阻瘀成 朱丹溪提出“因于痰者,二陈汤加酒炒黄芩、羌活、苍术”,亦指出“肢节肿痛,脉涩数者,此是瘀血”,以燥湿化痰治疗顽痹,并认为历节风的主要病机是湿痰浊瘀流注。因此朱良春认为,其主要病机为湿浊内生,瘀滞经脉,朱老依此提出“浊瘀痹”,创立“泄化浊瘀”的治则^[18],尤善虫类药的应用,重在泄浊活血。

2.3.3 久病耗气伤血,终至气血两虚 《金匱要略》中说“血痹阴阳俱微,寸口关上微,尺中小紧,外证身体不仁,如风痹状,黄芪桂枝五物汤主之”。痛风后期,肝肾不足,气血亏虚,复感风寒湿热之邪,内外相合而迁延难愈。黄仰模等^[19]认为患病日久,耗气伤血,气血两虚,可出现肢体局部麻木不仁,主张用黄芪桂枝五物汤治疗,黄芪补气生血,芍药养血和营,桂枝祛风、通阳。刘健等^[20]认为脾胃虚弱、后天不足会导致气血亏虚,取当归养血汤加味,黄芪补气固表,白术、山药、茯苓、党参、薏苡仁、甘草等健脾和胃,促进气血生成。殷海波^[21]等应用丹溪痛风方治疗痛风以血虚为本时,强调应特别注重顾护正气,养血滋阴,用四物汤去川芎加人参、五味子养血调血、补气敛气。

2.3 脏腑辨证

2.3.1 从脾论治,多见脾虚湿阻证 《景岳全书》中说:“有湿从内生者……在经络则为痹,为重,为筋骨疼痛,为腰痛不能转侧,为四肢痿弱酸痛。”湿邪贯穿痛风的始终,脾虚湿盛,湿、浊、痰、瘀是其重要病理因素^[22]。张沛霖^[23]也认为脾虚生湿,肾的气化作用减弱,湿痰阻滞经络,发为疼痛,治宜健脾利湿、益气通络。邓运明^[24]认为此期热毒虽解,但湿邪仍在,痹阻经络,治宜益气健脾、利湿化浊,常用痛风清消汤去清热解毒之品,加黄芪、党参、陈皮健脾益气

为基本方,兼见腹胀、腹泻、大便稀溏者,加茯苓、山药、砂仁。

2.3.2 痛风日久,损及肝肾,形成肝肾阴虚证 张仲景指出“寸口脉沉而弱,沉即主骨,弱即主筋,沉即为肾,弱即为肝。汗出入水中,如水伤心,历节黄汗出,故曰历节。”对于历节病,先贤认为肝肾不足、筋骨虚弱为内因,又外感风寒湿邪。南金茹^[25]认为痛风后期,由于湿热痰浊等病理产物在体内沉积刺激肝肾,损伤阴液而形成本证,常用桑寄生、虎杖、骨碎补、伸筋草、牛膝、杜仲、独活等药物。王义军^[26]在辨证分型时认为痹证日久,反复发作,易成肝肾亏损,选用独活寄生汤化裁。吉海旺^[27]认为痛风日久余邪未尽,素体热盛者,伤耗津液,至肝肾阴虚,其经验方中生地黄用量多达 30 g,以达滋补肝肾、活血通络之功效。

2.3.3 脾虚及肾,终至脾肾两虚 痛风进一步发展,肾虚脾弱,痹阻经络关节,日久不愈,反复发作,伤害脏腑,导致肺、肝、脾、肾各脏虚损。黄春林^[28]指出脾肾虚衰是本病的病理基础,湿浊是其主要病理产物,善用薏苡仁、黄芪、淫羊藿、土茯苓等健脾补肾益气类药物。谢春光^[29]认为本病是肺脾肾虚、湿瘀互结所致,善用防己黄芪汤、苓桂术甘汤及五苓散化裁以达肺脾肾同治。徐文华^[30]认为痛风以脾肾不足为本,湿热痰浊为标,方选加味四妙丸(土茯苓、苍术、黄柏、薏苡仁、泽泻、车前子、怀牛膝、白花蛇舌草、赤芍、延胡索、生甘草),诸药合用,健脾益肾,泄湿化浊。

3 分期论治

结合痛风的发病机制,辨证施治不外乎分从急性期和慢性期着手,急性期以湿热及寒湿之邪侵袭为主,治当祛除外邪;慢性期多为脏腑功能不足导致痰瘀等病理产物的生成,治宜肝、脾、肾入手以化痰祛瘀泄浊等。

痛风在临床上分为无症状高尿酸血症期、急性痛风性关节炎、发作间期、慢性痛风石病变期,从不同的角度对痛风进行分期或分型论治,以便辨病与辨证结合,对临床诊治痛风大有裨益。冯兴华^[31]认为痛风急性期为湿热毒瘀为患,治宜清热利湿、化痰解毒,方选当归拈痛汤合四妙丸加味;间歇期为脾脾虚湿困,治宜益气健脾,化湿通络,常用四君子汤加味;慢性期责之痰瘀胶着、虚实兼夹,法当健脾益肾、化浊排毒,宜用四君子汤合肾气丸加味。张明^[32]认为本病多以脾肾亏虚为本,湿痰瘀阻为标,治当分期为宜,急性期主要为湿热痹阻,治宜清热利湿、通络

除痹;缓解期多为脾肾气虚、肝肾阴虚为主,治宜培补脾肾,温阳泄浊,方选茵连痛风方。

4 总结与展望

4.1 分析病因病机,系统化辨证论治 随着中医药治疗痛风性关节炎的不断深入发展,其辨证分型也渐趋合理化,但临床上并没有统一的标准,证型也从几个到十几个,所研究的疗效评价标准不一,所以各家证型也缺乏可比性。但痛风病因病机不外湿、热、寒、痰、瘀、虚六端,结合临床常见类型,辨证论治。痛风的中医规范化治疗尚未统一,系统化论治无疑是最好的选择。

4.2 分期论治,急则治其标,缓则治其本 痛风的分型不外急性发作期、发作间期以及慢性缓解期。急性期当从风寒湿热痰瘀论治,顾护肝脾肾之虚;间歇期和慢性期当从虚论治,标本兼治,同时防患感邪而发。

4.3 分期与分型相结合,病症统一 临床上辨证从分型或分期论治,都是为了更好地辨病与辨证相结合,提出确切的治疗思路。而辨证论治本就是认识疾病和解决疾病的过程,无论分期或分型论治,都可以按痛风的主证兼夹而施治,随证加减而变化。因此,开展对痛风进行系统、完备的辨证论治,为中医治疗痛风性关节炎探索出更加合理的诊疗方案。

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[J]. 中华风湿病学杂志, 2011, 15(6): 410-413.
- [2] 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.
- [3] 杨仓良. 痛风中医病名探究[J]. 风湿病与关节炎, 2013, 2(9): 50-53.
- [4] 石瑞舫. 路志正治疗痛风痹经验[J]. 河北中医, 2011, 33(7): 965-966.
- [5] 刘爱军, 崔敏. 韦绪性从“浊毒入络”论治痛风性关节炎经验举要[J]. 中医药临床杂志, 2015, 27(6): 756-758.
- [6] 王海东, 金芳梅. 从热浊论痛风性关节炎病因病机[J]. 亚太传统医药, 2012, 8(3): 171-172.
- [7] 吴蕊, 王镁. 痛风的中医治疗现状[J]. 山西医药杂志, 2015, 44(6): 662-664.
- [8] 金相哲. 浅谈痛风性关节炎的辨证治疗[J]. 光明中医, 2012, 27(2): 339-341, 344.
- [9] 朱玉霞, 谢勤雯. 陈秋教授痛风方治疗痛风小议[J]. 新中医, 2015, 47(2): 292-293.
- [10] 石鹏, 林为民, 赵武, 等. 杨宗善治疗痛风经验总结[J]. 陕西中医, 2013, 34(1): 57-58.
- [11] 罗明, 万雷, 赖圆圆, 等. 黄宏兴教授治疗急性痛风性关节炎[J]. 吉林中医药, 2014, 34(1): 26-28.

- [12] 陈刚, 蒋薇. 章祖林治疗急性痛风性关节炎经验[J]. 实用中西医结合临床, 2015, 15(2): 61-62.
- [13] 潘艳东, 周洪彬, 邓钰敏. 脚痹十味流气饮加味治疗寒湿痹阻型痛风性关节炎的疗效观察[J]. 广东医学院学报, 2014, 32(5): 668-670.
- [14] 吴斌龙. 温阳散寒通络法治疗痛风浅析[J]. 中国中医急症, 2010, 19(12): 2157.
- [15] 沈双成, 施仁潮. 施仁潮教授应用丹溪痛风方内服配合外洗治疗痛风经验[J]. 中医药学报, 2015, 30(1): 100-101.
- [16] 王睿. 杨锡燕治疗急性痛风性关节炎经验[J]. 四川中医, 2015, 33(4): 5-7.
- [17] 焦锐. 麻黄连翘赤小豆汤治疗痛风[J]. 山西中医学院学报, 2015, 16(2): 65-66.
- [18] 吴坚, 蒋照, 姜丹, 等. 国医大师朱良春高尿酸血症辨治实录及经验撷菁[J]. 江苏中医药, 2014, 49(12): 1-3, 4.
- [19] 梁健忠. 历节、痛风与痹证的证治鉴别[J]. 湖北中医杂志, 2002, 24(6): 18-19.
- [20] 刘健, 万磊. 风湿病中医临证经验[J]. 风湿病与关节炎, 2013, 2(6): 53-56.
- [21] 殷海波, 张锦花, 石白. 丹溪痛风思想与临床验案分析[J]. 北京中医药, 2013, 32(1): 35-37.
- [22] 刘芬芬, 羊维, 李海昌, 等. 基于“内湿致痹”理论探讨湿与痛风的关系[J]. 中国中医急症, 2015, 24(1): 96-98.
- [23] 吕云华, 张建梅. 张沛霖主任治疗痛风的经验[J]. 云南中医药杂志, 2010, 31(6): 1-2.
- [24] 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.
- [25] 南金茹. 中医辨证治疗痛风病的新进展[J]. 内蒙古中医药, 2014, 33(8): 119-120.
- [26] 王义军. 痛风性关节炎的辨证论治[J]. 中医药导报, 2015, 21(3): 89-90.
- [27] 雷瑗琳. 吉海旺治疗痛风经验[J]. 中医杂志, 2011, 52(12): 1061-1063.
- [28] 黎创, 吴一帆. 黄春林治疗高尿酸血症及痛风经验分析[J]. 河北中医, 2012, 34(9): 1287-1288.
- [29] 胡芸, 南小亚. 谢春光教授论治痛风经验[J]. 中医研究, 2014, 27(11): 36-39.
- [30] 覃佐涛, 赵勇, 计佳敏. 徐文华治疗痛风性关节炎经验[J]. 湖北中医杂志, 2015, 37(4): 29-31.
- [31] 刘宏藩. 冯兴华分期治疗痛风性关节炎经验[J]. 中医杂志, 2012, 53(21): 1814-1815, 1830.
- [32] 陈娜, 王一飞. 张明辨治痛风性肾病经验[J]. 湖南中医杂志, 2015, 31(4): 32-34.

(2016-04-13 收稿 责任编辑: 王明)

《世界中医药》杂志中药研究栏目征稿通知

《世界中医药》杂志为世界中医药学会联合会的会刊, 目前该会已经成立了 26 个中药相关专业(如中药、中药新剂型、中药药剂、中药分析、中药化学、中药药理、药材资源、中药鉴定、方剂、中药饮片等)委员会, 这些专业委员会在各自的学科建设、学术交流、人才培养等方面都发挥着重要的作用, 本杂志与各专业委员会联手, 产、学、研、用、政结合, 优化学科建设, 解决中药领域面临的实际困难, 实现“学术、创新、转化、共赢”为目的, 共同推动学科的发展, 在中药领域的推广应用等方面做出了突出贡献。本杂志近几年稳步发展, 办刊质量逐步提升, 影响不断扩大, 据中国科学技术信息研究所 2015 年期刊评价最新数据显示, 本杂志核心影响因子为 0.773, 在中医学类期刊中排名第 3, 在中药学类期刊中排名第 4, 连续 7 年被评定为中国科技核心期刊。杂志设置“中药研究”栏目, 陆续宣传展示国内外中药学研究进展和最新动态, 是中药研究高学术水平的交流平台。如果您致力于中药领域的研究, 请将您在新药研发、中药资源与鉴定、中药分析、药剂学、中药化学、药理、不良反应等方向的

新成果、新技术、新方法与新思路撰写成有创新性的文章或综述, 在本杂志出版发表。内容以 7 000 字符以上为宜, 稿件一经录用, 优先安排发表。《世界中医药》杂志(CN 11-5529/R; ISSN 1673-7202)由国家中医药管理局主管, 世界中医药学会联合会主办, 创刊于 2006 年, 是中国第一本面向国内外公开发行的中医药类综合性学术期刊, 月刊。2009 年被国家科技部收录为“中国科技核心期刊”。杂志全文收录在《中国期刊全文数据库》《中文科技期刊数据库》《中国核心期刊数据库》《中文科技期刊综合评价数据库》《美国乌利希指南收录期刊数据库》《美国化学文摘 CA 收录期刊数据库》等一系列检索系统。

欢迎您踊跃投稿!

投稿请通过《世界中医药》杂志社官方网站: www.sjzyyz.com, “在线投稿”入口注册投稿, 并注明“中药征稿”字样。

联系电话: 0086-10-58650023, 58239055; 传真: 0086-10-58650236

E-mail: sjzyyz@vip.126.com