

· 临证心得 ·

吉海旺治疗痛风经验

雷媛琳¹ 指导: 吉海旺²

(1. 西安市中医医院, 陕西省西安市东大街 325 号, 710001; 2. 陕西省人民医院)

通讯方式: leiyuanlin@yahoo.com.cn, 13193315019

[关键词] 痛风; 痹证; 中医辨证; 吉海旺

痛风是一种因嘌呤代谢紊乱所致的代谢性疾病, 临床上以反复发作的急性关节炎为特征, 可致关节畸形及功能障碍, 造成肾脏等多脏器损伤, 严重影响患者的生活质量。吉海旺教授从医 30 余年, 长期从事风湿病研究, 学验俱丰。现将老师治疗痛风性关节炎的学术经验予以总结, 供同道参考。

痛风性关节炎属于中医“痹证”、“历节病”、“痛风”范畴。其名最早记载于梁代陶弘景《名医别录》, 如“百节痛风无久新者”。临床常表现为跖趾关节、踝关节等处红肿热痛, 活动障碍和关节畸形, 病情迁延难愈。吉老师在继承前人经验的基础上, 提出注重脾肾, 强调热毒痰瘀, 分期治疗的观点。

1 脾肾亏虚是痛风发病的基础

1.1 肾与痛风发病的关系

吉老师认为, 痛风发病与先天禀赋密切相关。肾为先天之本, 具有藏精、主水、主骨生髓的功能。肾气的强弱, 取决于先天禀赋及后天滋养, 亦决定人的禀赋特征, 致使不同个体具有对于某种致病因素和某些疾病的易感性。肾主骨生髓, 肾气盛则骨髓强健, 关节滑利; 反之禀赋不足, 肾气虚则无力御邪, 六淫侵袭, 疾病也多会累及于骨。如《灵枢·五变》说: “小骨弱肉者, 善病寒热”; “肉不坚, 腠理疏, 则善病风”。《医学心悟》论述痛风的原因为“三阴本亏, 恶邪袭于经络”。同时肾主水, 凭借肾的气化功能, 将津液输布全身、将浊液排出体外, 若肾气虚不能正常主持气化, 内生痰湿, 流注关节, 导致关节肿痛; 久病肾虚血凝, 后期多表现为关节肿胀畸形。

现代医学研究证实, 痛风患者 15%~25% 有家族史。原发性尿酸升高, 受体内嘌呤代谢酶的调节, 遗传缺陷可导致酶的缺乏和酶活性的改变, 酶缺陷已证实可引起临床痛风发生^[1]。范国荣等^[2]还发现肾阳虚患者 T₃、T₄、T₃/T₄、补体 C₄ 明显下降,

IgG、IgA、IgM 循环免疫复合物(CIC) 均显著升高。朱莹莹等^[3]通过补肾活血方对肾阴虚小鼠免疫功能的实验研究, 证实肾阴虚同样存在免疫功能低下, 包括网状内皮系统吞噬功能、迟发型超敏反应等。这些为肾在痛风发病中的重要作用提供了有力佐证。

1.2 脾与痛风发病的关系

吉老师认为, 脾通过主运化、干预机体免疫功能, 影响痛风的发生。脾为“仓廪之官, 营之居也”, 脾主运化、主统血, 将水谷化为精微并转输至全身, 是人体生命活动的物质基础和营、血等物质精微的主要来源。四肢关节依赖气血濡养, 脾气健运, 水谷精微旺盛, 气血充足, 五脏六腑、四肢百骸得以濡养, 肌肉健壮、关节滑利; 脾气虚弱, 失于濡养, 肌肉削弱, 筋骨失约, 所谓“脾气虚则四肢不用”(《灵枢·本神》)。另一方面, 长期高蛋白、高嘌呤饮食, 肥甘厚味, 脾胃先伤。脾虚无力运化, 则湿食滞留, 化生痰热浊毒, 外注皮肉、经络、关节, 导致手足关节红、肿、灼热剧痛, 引发急性痛风性关节炎, 《素问·生气通天论》说“膏粱之变, 足生大疔”。

陈芝喜等^[4]研究发现, 脾虚模型组大鼠血清肿瘤坏死因子(TNF)、白细胞介素 6(IL-6)、白细胞介素 2(IL-2) 含量均比正常对照组显著降低, 表明脾虚时破坏了细胞因子网络调节系统的平衡。杨冬花等^[5]研究发现, 脾虚模型大鼠 IFN- γ 明显降低, IL-4 明显升高, 表明脾虚模型大鼠的免疫功能失调, Th1/Th2 细胞比例失衡, Th0 向 Th2 偏移。可见脾肾虚弱的患者, 机体免疫功能低下, 抗病能力不足, 是痛风易感性的基础。同时脾虚不仅是痛风发病的基础, 也是痛风病程转机的关键。急性期如能积极治疗, 健脾驱邪, 病可痊愈; 否则脾病日久必定殃及肝肾, “久病及肾”, “久病入络”, 转向慢性病程。

1.3 痛风是脾肾亏虚的结果

吉老师认为, 痛风发病过程, 是脾肾相互作用的结果。先天后天相互滋养, 脾气强盛, 肾精充实, 方

能骨肉强健、关节灵活,御邪于外。在水液代谢方面,脾、肾相互协调,若脾失健运,水液不能正常运化、输布;肾失气化,浊气不降,则致痰浊内生,凝滞四末关节,引发痛风。

2 痰、热、瘀、虚是痛风不同阶段的病理环节

老师认为,痛风在临床上可分为 3 个阶段。

无症状高尿酸血症期,脾肾亏虚,饮食不节,化生痰浊,或体质热盛,或日久郁滞化热,痰热互结。痰热之邪长期潜伏体内,因此时正气尚存,邪气不盛,无显著的临床症状,血液检查显示高尿酸,血脂升高,中医病机为湿热内蕴。

急性发作期,在感染、饮食等因素诱发下,尿酸盐结晶被吞噬细胞、白细胞吞噬后,破坏细胞的溶酶体等细胞器,释放出蛋白水解酶、激肽、组织胺、趋化因子等物质,血液中白细胞介素 1(IL-1)、IL-6、白细胞介素 8(IL-8)、TNF 等水平升高,这些物质在短期内引起局部血管扩张、通透性增加、渗出、水肿、白细胞聚集、发热等炎症反应。本期邪热嚣张,热毒、痰湿凝滞,关节气血不畅,“不通则痛”,形成病变局部红、肿、掀热,剧痛无比;痰湿之邪,重浊趋下,故发病多从足部关节开始,表现为“独足肿大”、“脚肿如脱”。热灼阴血,邪热入血分,故症状多在夜间发作,入夜疼痛剧烈,王焘在《外台秘要·白虎方》描述为“其疾昼静而夜发,……其痛如白虎之噬”。热盛动风,风性有走动和善变的特点,表现为“发则彻髓,酸痛乍歇”,变化较快,“四肢百节走痛是也”(《丹溪心法》),证属风湿热痹。

慢性发作期、间断发作期,脾肾亏虚,痰浊瘀血凝滞,气血不通,“久病必虚”,“久病必瘀”。筋肉、关节失养,表现出关节肿胀、破溃、僵硬、结节。现代医学研究显示,尿酸盐结晶沉积于关节附近的肌腱、腱鞘及皮肤结缔组织中,形成大小不一的痛风石;痛风石逐渐增大,可招致关节畸形,骨质侵蚀缺损易造成骨折。受累关节在 X 线片上可见到骨软骨缘邻近的骨质有圆形或不规则的凿样透亮缺损,骨关节间隙变宽。病理研究显示,滑膜及关节周围结缔组织炎症、增生和增厚,并有滑膜血管翳形成,是软骨进一步退变,功能丧失的原因。本期中医证候主要为肾虚血瘀证。

正邪相争贯穿于痛风病机演变过程的始终,在不同的病变阶段,又各有特点。急性痛风性关节炎期,以实证为主,病理因素为热毒、风、痰、瘀;慢性期虚实夹杂,虚、痰、瘀为主要病理因素;无症状高尿酸

血症期持续时间较长,湿热内蕴,虽正气弱而病邪未盛,是预防疾病发展,“治未病”的最佳阶段。

3 分期治疗是中医治疗痛风的特色

吉老师按照痛风临床表现、病因病机及病程的发展特点,采取病症结合,分期治疗的原则辨证治疗。

3.1 急性发作期

属湿热瘀毒证。起病急,关节红肿疼痛、痛不可近,关节活动受限,发热,烦闷不安,食欲减退,口渴喜饮或不欲饮水,小便黄,舌红苔黄腻,脉滑数。生化检查血、尿酸升高、血沉增快,外周血中白细胞升高,C-反应蛋白明显升高, X 线显示非特异性软组织肿胀,反复发作者,骨皮质下穿凿样透亮缺损,为有痛风性关节炎特征表现。治法泻火解毒、祛风除湿通络。吉老师通过长期总结,自 20 世纪 90 年代起制定“息痛散”专方治疗本病,收到了较好的临床疗效。息痛散的主要组成为:生石膏、忍冬藤、苍术、黄柏、全蝎、桃仁、牛膝等。方中生石膏,辛甘性寒,质重气浮,独入阳明,清泄实热,又兼有宣泄风热,忍冬藤清热解毒、活血祛风、宣泄风热,两药共为君药;苍术、黄柏一方面清热解毒助石膏之力,另一方面清热燥湿化痰,全蝎、桃仁化痰通络止痛,助君药之用合而为臣药;牛膝引热下行为佐药,共为清热泻火、燥湿化痰,祛风通络之效。寒冷之品大剂量使用,石膏用量往往在 50~80g。吉老师认为,本期以实证为主,正气尚存,可耐受攻伐,有急则治标,攻邪存正之意。

于征淼等^[6]探讨不同剂量清瘟败毒饮对兔全身炎症反应综合等 IL-1、6、10、18、TNF- α 、IFN- γ 的影响,结果显示,含有大剂量石膏的清瘟败毒饮组对 SIRS 动物的退热作用优于含小剂量石膏组;对不同时限各细胞因子水平的影响以大剂量组更为显著。刘甘泉^[7]等证实,石膏注射液具有较明显的选择性中枢镇痛作用,佐证了石膏对痛风炎症的产生疗效机制。

3.2 间歇发作期

多为阴虚血瘀证。因余邪未尽,素体热盛者,内外合邪,伤耗津液,至肾阴亏虚。症状特征为反复发作,间断关节局部红肿,屈伸不利。伴腰膝困软,乏力,口微干喜饮,烦热盗汗。舌质暗红、苔少或薄黄,脉沉细、脉沉涩。尿酸可轻度升高或正常, X 线可有痛风性关节炎特征表现。治法:滋补肝肾、活血通络,自拟解毒化痰汤,主要药物为:生地黄、玄参、杜

仲、生石膏、牡丹皮、黄柏、苍术、鸡血藤、川芎、牛膝、生甘草。方中生地黄为君,用量多在20~30g,石膏用量减为15~20g,以防过寒伤正。

3.3 慢性稳定期

多属脾肾亏虚,痰瘀痹阻证,病情反复,经久不愈,久病伤耗,脾肾阳虚,痰瘀凝滞。临床可见关节肿胀、变形、屈伸不利,酸楚疼痛,入夜加重。或有皮下痛风结节。伴舌体胖,舌色淡或淡暗、瘀斑,舌苔白滑,脉沉细、沉涩。治法:益肾健脾,活血祛痰。方用经验方风湿2号,其主要药物为:骨碎补、补骨脂、续断、牛膝、熟地黄、丹参、赤芍、(制)乳香、(制)没药、莪术、牡丹皮、羌活、独活、防风、(制)附子、桂枝、麻黄、苍术、威灵仙、伸筋草等。其方主要功效为温阳益肾,祛风活血、通络止痛。

同时吉老师非常重视对痛风病的预防。提出痛风病患者的同胞子女是本病的高危人群,肥胖、血脂、血糖异常是痛风发病危险因素。对高危人群,应进行包括常规的饮食、起居的健康教育,要求定期体检,以便及时发现、及时治疗。吉老师认为,痛风发病前期,有较长时间患者处于湿热内蕴的亚临床状态,除健康生活习惯外,可间断性进行干预治疗,治法清热除湿,建议常服健脾化湿方,组成为(炒)白术、苍术、黄柏,水煎,早、晚各温服1次,15天为1个疗程,间断使用。这种预防为主的理念和做法,充分体现了中医的“治未病”思想。

4 典型病例

陈某,男,49岁,2010年5月8日初诊。突发性右足跖趾关节肿大、红肿,剧痛、活动受限2天。5天前,与朋友结伴外出旅游,过度疲劳,加之饮酒、进食包括海鲜等油腻食品,2天前夜间突发第一跖趾关节红肿灼热、疼痛剧烈,夜间尤甚,伴烦躁、口干口苦、大便不畅。2年前体检时会发现血尿酸 $564\mu\text{mol/L}$,血脂高,未遵循医嘱定期复查,饮食未加控制。查体:体温 38.1°C ,跛行,搀扶就诊,痛苦貌,形体偏胖。右第一跖趾关节红肿,触痛阳性。舌红、苔薄黄腻,脉滑数。实验室检查:白细胞 $9.8\times 10^9/\text{L}$ 、血沉 25mm/h ,血尿酸 $730\mu\text{mol/L}$,C-反应蛋白(CRP) 25mg/L 。诊断为急性痛风性关节炎(湿热瘀毒证),息痛散加味以泻火解毒、祛风除湿通络,处方:生石膏80g,忍冬藤20g,苍术10g,黄柏12g,威灵仙15g,全蝎10g,桃仁12g,牛膝12g,生大黄10g(后下),甘草6g等,水煎早晚分服。2日后复诊,患者体温正常,病趾红肿疼痛明显减轻,去大黄,石膏

减为50g,再守上方服5剂。三诊患者病趾灼热消失,行走中轻度肿痛。复查白细胞正常,血沉 12mm/h ,血尿酸 $430\mu\text{mol/L}$,CRP 17mg/L ,继以健脾化湿方健脾化湿,兼清余热,组成为炒白术15g、苍术10g、黄柏10g,水煎早、晚各温服1次,服用30天。随访3个月未见复发。

参考文献

- [1] 陈灏珠.实用内科学[M].12版.北京:人民卫生出版社,2006:2603-2605.
- [2] 范国荣,宗文九,朱方石,等.老年人肾虚的T细胞亚群及对免疫调控的影响[J].中国中西医结合杂志,1992,12(8):478.
- [3] 朱萱萱,丁杨,倪文澎,等.补肾活血方对肾阴虚小鼠免疫功能实验研究[J].中华中医药学刊,2009,27(2):297-298.
- [4] 陈芝喜,刘小斌,周名璐,等.健脾补肾药对脾虚大鼠细胞因子水平的影响[J].放射免疫学杂志,2003,16(4):217-219.
- [5] 杨冬花,李家邦,郑爱华,等.脾气虚证模型大鼠Th1/Th2细胞因子的失衡以及四君子汤的干预作用[J].中国医师杂志,2004,6(2):181-183.
- [6] 于征淼,陈晶,刘志辉,等.清瘟败毒饮对兔全身炎症反应综合症IL-1、6、10、18、TNF- α 、IFN- γ 的影响[J].中药药理与临床,2009,25(1):3-6.
- [7] 刘甘泉,姚愈忠,张金梅.石膏注射液中枢镇痛作用的实验研究[J].中药药理与临床,1995(5):22-26.

(收稿日期:2011-01-10;修回日期:2011-01-26)

[编辑:黄健]

欢迎邮购

《〈中医杂志〉“专题笔谈”文萃》

《〈中医杂志〉“专题笔谈”文萃》收集了《中医杂志》“专题笔谈”栏目1995~2004年10年间关于单味中药单独应用或以单味中药为主配合其他药物治疗各类疾病的临床治疗经验共900余篇文献。

“专题笔谈”是《中医杂志》特色栏目之一,汇集了全国各地中医师丰富的临床实践经验,其中不乏对一些疑难病症的独特治法,也包括了一些常用中药的非常规用法,深受广大医务人员和读者的欢迎,对于临床医生临证用药具有较高的参考价值。全书共分为两辑,定价83元(免邮寄费)。

联系地址:北京市东直门南小街16号中医杂志北京海林音像书店,邮编:100700,电话:(010)64014411 转3053,64013162,联系人:崔京艳、邓媛。请在汇款单附言栏注明所购书名及联系电话。