

冯兴华分期治疗痛风性关节炎经验

刘宏潇 指导:冯兴华*

(中国中医科学院广安门医院风湿病科,北京市西城区广安门内大街北线阁 5 号,100053)

* 通讯作者:liuhongxiao_123@163.com,13522368875

[摘要] 介绍冯兴华分期辨证治疗痛风性关节炎经验,认为急性期为湿、热、毒、瘀痹阻关节,治宜清热利湿、解毒祛瘀;间歇期为脾失健运、湿浊内生,治宜益气健脾,化湿通利;慢性期为痰瘀胶着、虚实夹杂,治宜健脾益肾、化浊排毒,并列急性期伴发热治验 1 则加以例证。

[关键词] 痛风性关节炎;痹证;名医经验;冯兴华

冯兴华(1945—),男,中国中医科学院广安门医院主任医师,第四批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师。1983 年毕业于中国中医研究院研究生部,师从谢海洲教授、方药中教授,从事中医风湿病的临床医疗与临床研究工作近 30 年。擅长治疗类风湿性关节炎、强直性脊柱炎、系统性红斑狼疮、硬皮病、皮炎、干燥综合征等多种疾病。发表论文 20 余篇。

痛风为嘌呤代谢紊乱及(或)尿酸排泄减少所引起的一组异质性疾病。其临床特点为高尿酸血症,特征性急性关节炎反复发作、痛风石沉积、痛风性慢性关节炎,并累及肾脏。中国中医科学院广安门医院冯兴华教授行医 40 余载,治疗痛风性关节炎强调分期辨证施治,每获良效。笔者有幸跟师学习,获益颇多,兹将冯老师治疗痛风性关节炎的经验介绍如下。

1 急性期湿、热、毒、瘀痹阻关节,治以清热利湿、解毒祛瘀

痛风好发于体胖之“盛人”,急性期多表现为关节突发红肿热痛,常以足部第一跖趾关节受累,即所谓“膏粱之变,足生大疗”。先天禀赋不足,后天失养,脾失健运,加之过食膏粱厚味,以致湿热内蕴,兼因外感风湿热邪,或因人素体阳盛,阴液不足,感邪从阳热化,脏腑积热,热郁为毒,热毒气壅于血脉,循于经络,湿、热、瘀、毒留滞经络骨节,气血不能畅通,导致关节局部灼热红肿,痛不可触。正如《备急千金要方》曰:“热毒气从脏腑出,攻于手足,手足则欣热,赤、肿、疼痛也。”冯老师在汲取前人经验的基础上,结合自己多年临床实践,认为湿、热、毒、瘀之邪痹阻关节,导致痛风性关节炎急性发作。《素问》曰:“热盛则肿”;“诸病附肿,疼酸惊骇,皆属于火”;“诸痛痒疮,皆属于心(火)”。火热之邪痹阻关节,蕴毒日久,发为痹病。元代朱丹溪首先提出痛风病名,在《丹溪心法》中指出:“痛风者,四肢百节走痛,方书谓之白

虎历节证是也”。《格致余论·痛风论》曰:“痛风者,大率因血受热,已自沸腾,其后或涉冷水,或立湿地,或扇风受凉,或卧当风,寒凉外搏,热血得寒,寒浊凝涩所以作痛,夜则痛甚,行于阴也。”《景岳全书》曰:“自内而至者,以肥甘过度,酒食无节,或多食酪湿等物,致令热聚下焦,走注足胫,而日见肿痛。”《万病回春》言:“一切痛风,肢体痛者,痛属火,肿属湿,……所以膏粱之人,多食煎炒酒肉,热物蒸脏腑,所以患痛风、恶疮痛疽者最多。”《类证治裁》云:“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。”认为该病属风寒湿郁闭经络,郁久化热,经络筋脉气血阻滞,不通则痛,邪入阴血,故夜间痛剧。《金匱翼》则强调,无论是外感六淫之邪,还是内生痰浊瘀血,最终都归结为“毒”,如“历节……亦有热毒注入四肢者,不可不知”。

急性期症见突发关节红肿热痛如燎,以四肢小关节为甚,肢体困重,关节活动受限,兼有发热,有汗不解,心烦,口渴不欲饮,便干尿赤,舌质红、苔黄腻或燥,脉滑数。治以清热利湿、解毒祛瘀,方选当归拈痛汤合四妙丸加味。方中苦参、茵陈为君,大苦大寒,退热泄降,荡涤热毒湿浊;加入金银花、连翘、苍术、土茯苓清热利湿解毒之品,治疗湿热痹阻、热邪久蕴成毒者,能“利湿祛热,入络,搜剔湿热之蕴毒”;生地黄、牡丹皮、丹参、牛膝凉血行血,祛血中伏火;佐以秦艽、秦皮味苦性寒以泄热除湿;威灵仙“性猛急,盖走而不守,宣通十二经络”。诸药合用,使热毒清、湿浊化而瘀血除。急性期若伴有发热者,可选用清瘟败毒饮加减。关节肿甚者加萆薢、防己、泽泻以利湿消肿;关节局部热甚者加栀子、石膏、知母以泻热解毒;夜间痛甚者加三棱、莪术以逐瘀通络;热毒炽盛伤及阴分者加玄参、麦冬以养阴。

2 间歇期脾失健运、湿浊内生,治以益气健脾、化湿通利

痛风性关节炎急性期过后,关节肿痛已消,进入间歇期。冯老师认为,急则治其标,缓则治其本,脾气亏虚为痛风发病之本,脾失健运、湿浊内生为痛风发病之病机关键,此期当以益气健脾、化湿通利为法。

脾主运化,是指脾具有把饮食水谷转化为水谷精微和津液,并把水谷精微和津液吸收、运输到全身各脏腑的生理功能。一方面,脾主运化食物,《素问·玉机真脏论》言“脾为孤脏,中央土以灌四傍”,饮食物的消化及其精微的吸收、运输都由脾所主;另一方面,脾主运化水湿,脾居中焦,为水液升降输布的枢纽,《素问·经脉别论》曰:“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱,水精四布,五经并行”。脾主运化食物和运化水液两大生理功能,是整个饮食物代谢过程的中心环节;脾运化食物及运化水液的功能失司,可导致嘌呤代谢紊乱和尿酸排泄障碍,发为痛风。痛风患者多有先天禀赋不足,或素体脾虚,或年迈脏气日衰,若加之饮食不节,过食膏粱厚味,长此以往,致脾失健运、升降清浊无权,肾乏气化而分清别浊失司,于是水谷不归正化,湿邪随之而生,滞留血中则瘀结为患,正所谓“诸湿肿满,皆属于脾”。此外,从经络循行理论分析,痛风好发于足第一跖趾关节,恰为足太阴脾经所循;脾健则经络运行畅通,湿浊之邪难以留滞;脾虚则经气不利,邪浊易于留滞而发病。

间歇期患者关节已无明显肿痛,周身无明显不适,表现为高尿酸血症,舌淡胖、苔白,脉沉细。此期热毒之邪虽解,湿浊之邪缠绵,当以益气健脾、化湿通利,方选四君子汤加味。方中黄芪为君,直入中土而行三焦,内补中气,鼓舞气机,使脾旺而复其运化之职;中焦脾土健旺,纵有留湿,亦可益气祛邪,寓泻于补,相辅相成。臣以党参、茯苓、白术补益中州,健脾化湿;苍术、薏苡仁、泽泻疏泄阳明之湿、祛除秽浊恶气。佐以厚朴、陈皮、枳壳行气,令气畅而湿行;莪术破气中之血,丹参凉血祛瘀,共奏清血中伏火之功。若关节肿胀已消,仍有关节疼痛者加威灵仙、桑枝以通络止痛;形体肥胖、痰浊壅盛者加瓜蒌、决明子以化痰泄浊去脂;合并肾结石者加石韦、海金沙、金钱草以化石通淋。

3 慢性期痰瘀胶着、虚实夹杂,治以健脾益肾,化浊排毒

急性痛风性关节炎反复发作,或治疗不当,最终

进展为慢性痛风性关节炎,痛风石多在起病10年后出现,是病程进入慢性期的标志。湿浊毒邪留滞血中,不得泄利,积滞日久,致痰浊内生、血脉瘀阻,并损及他脏。一方面,痰瘀互结、闭阻经络,深入骨髓则致关节肿胀、疼痛、僵硬、畸形,久之痰浊瘀腐则见溃流脂浊;痰湿瘀结胶着于肢体及耳轮,变生痛风石。另一方面,病久不愈损伤肾脏,致脾肾阳虚,脾虚则运化无权,湿浊不能排泄,湿浊积蓄;肾虚则气化不利,不能通调水道,分清别浊,致浊毒淤积,甚则发为关格之变。另外,痰湿瘀阻脉道,血流不畅,甚至脉道闭涩,故痛风患者常伴发高血压、高脂血症、动脉硬化、冠心病和糖尿病等,使病情逐渐加重,缠绵难愈。

因此,慢性痛风性关节炎虚实夹杂,当以扶正祛邪,标本兼治。治疗上重在健脾益肾,化浊排毒,方选四君子汤合肾气丸加味。方中党参、白术、茯苓、甘草补气健脾;肾气丸温补肾气,其中熟地黄、山茱萸、山药补益肾精而摄纳精气,泽泻、牡丹皮、茯苓渗利水湿、泄湿浊,附子、桂枝温补脾肾之阳,且湿为阴邪,得温则化,得阳则宣。配以金银花、连翘、土茯苓以解久郁之热毒,白芥子、夏枯草化痰散结,三棱、莪术逐瘀通络。诸药相合,共奏扶正祛邪之功。关节痛甚者加全蝎、蜈蚣以搜剔窜透,使浊去凝开,气通血和而经络通畅;关节畸形者可加伸筋草、木瓜以舒筋通络,改善关节功能;水湿泛滥、下肢肿甚者加猪苓、大腹皮以利水消肿;心脉痹阻、胸闷心悸者,可加丹参、红花以祛瘀通络。

4 验案举隅

路某某,男,67岁,2011年3月11日初诊。患者双足、双手多关节及左膝、右肘关节红肿热痛,痛不可触,伴发热,体温38.0~38.5℃,大便秘结,双手、双足多处痛风石形成,舌红、苔黄厚,脉滑数。既往痛风20余年,糖尿病7年,长期饮酒,每日约500ml。血常规:白细胞 $9.8 \times 10^9/L$,血小板 $560 \times 10^{12}/L$,尿常规:pH5.5,蛋白150mg/dl。生化:尿酸 $682 \mu\text{mol}/L$,血糖 $9.2 \text{mmol}/L$,血肌酐 $170 \mu\text{mol}/L$,尿素氮 $5.47 \text{mmol}/L$,甘油三酯 $5.47 \text{mmol}/L$,总胆固醇 $7.86 \text{mmol}/L$,血沉 $86 \text{mm}/h$,C反应蛋白 $72 \text{mg}/L$ 。入院后先后予美洛昔康、洛索洛芬钠、吲哚美辛缓释片以抗炎退热,联合盐酸曲马多缓释片以镇痛,静脉滴注痰热清以清热解毒退热,但发热及关节肿痛均无明显改善;在积极控制

(下转第1830页)

抑制组胺所致的肠痉挛^[9]；赤芍、丹参活血化瘀，改善胰腺微循环，促进组织修复及渗液吸收，有抗氧化、清除自由基保护脏器功能之功效^[10]。柴胡、红藤清热解毒镇痛为佐使药。诸药合用，疏通脏腑气机，通泄实热之邪，理气活血，利胆减压，可明显缓解腹部症状，阻止病情恶化。

本研究结果显示，中药治疗组的 AMY 及恢复正常时间、腹胀缓解时间、WBC、并发症发生率均低于常规治疗组，住院时间和治疗费用较常规治疗组明显下降，各项营养指标显著改善，表明早期经空肠营养管应用中药安全显效，既能使胰腺休息，又能发挥中药泻下理气、抗炎活血等功效，促进症状缓解，阻断病情进展。另外，内毒素诱导炎症因子 TNF- α 、IL-1 等分泌并通过级联反应进一步产生多种炎症介质，造成 AP 的持续性坏死，并出现全身炎症反应，构成对胰腺等脏器的“第二次打击”^[11]。本研究结果显示，中药治疗后 CRP、TNF- α 、IL-1 均明显降低，表明中药治疗能促进肠蠕动，维持肠屏障结构与功能，减少肠道细菌移位，抑制炎症介质，阻断级联反应，提高机体免疫力，遏制病情发展，有利于快速恢复。

通过本研究我们认为，个体化实施早期经空肠营养管应用大承气汤加味治疗 AP 安全、可行，费用低廉，可改善 AP 患者的机体营养状况、免疫功能，提高临床疗效，降低费用。

参考文献

[1] 郑晓梅. 通里攻下法治疗急性胰腺炎进展[J]. 中国中医急症, 2005, 1(3): 264-265.

[2] 中华医学会消化病学分会胰腺疾病组. 中国急性胰腺炎诊治指南[J]. 中华内科杂志, 2004, 42(3): 236-238.

[3] 朱文锋. 中医内科疾病诊疗常规[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1998: 381-385.

[4] King BK, Li J, Kudsk KA. A temporal study of TPN-induced changes in gut-associated lymphoid tissue and mucosal immunity[J]. Arch Surg, 1997, 132 (12): 1303-1309.

[5] Alverdy JC, Laughlin RS, Wu L. Influence of the critically ill state on host-pathogen interactions within the intestine: gut-derived sepsis redefined [J]. Crit Care Med, 2003, 31 (2): 598-607.

[6] 郭莲怡, 卢艳云. 大黄丹参对重症急性胰腺炎患者血清 TNF- α 、IL-10 影响的临床研究[J]. 中国现代医学杂志, 2007, 17(13): 1612-1614.

[7] 陈德昌, 景炳文, 杨兴易, 等. 大黄对危重患者胃肠道的保护作用[J]. 中国危重病急救医学, 2000, 12(1): 87-90.

[8] 黄修海, 刘跃军, 张登科, 等. 冰片加芒硝外敷佐治急性重症胰腺炎 24 例[J]. 中国中西医结合杂志, 2001, 21(5): 390-391.

[9] 黄慧荣, 张贺林, 刘化芝. 中西医结合治疗急性胰腺炎 90 例临床观察[J]. 中国现代医学杂志, 2010, 20(4): 609-611.

[10] 姜平, 刘金英. 重症急性胰腺炎的中医药治疗进展[J]. 中国中医急症, 2003, 12(3): 262-263.

[11] Osman MO, Gesser B, Mortensen JT, et al. Profiles of pro-inflammatory cytokines in the serum of rabbits after experimentally induced acute pancreatitis. [J]. Cytokine, 2002, 17(1): 53-59.

(收稿日期: 2012-01-20; 修回日期: 2012-04-25)

[编辑: 叶 晨]

(上接第 1815 页)

血糖基础上, 给予复方倍他米松 1ml 肌肉注射, 发热未退, 关节肿痛稍减, 3 天后再次加重。遂请冯老师会诊, 辨证为热毒炽盛、气血两燔证, 给予清瘟败毒饮原方, 水煎服, 每日 1 剂。服用 3 天后, 关节肿痛明显减轻, 发热退。继服 1 周, 巩固疗效, 病情稳定, 好转出院。

按: 清瘟败毒饮出自《疫疹一得·疫疹诸方》, “治一切火热, ……不论始终, 以此为主”, “此十二经泄火之药也”。该方由白虎汤、犀角地黄汤和黄连解毒汤组成。方中君以石膏直入胃经, 使其敷布于十二经, 退其淫热; 佐以黄连、水牛角、黄芩泻心、肺火于上焦; 牡丹皮、栀子、赤芍泻肝经之火; 连翘、玄参解散浮游之火; 生地黄、知母抑阳扶阴, 泻其亢甚之

火而救欲绝之水; 桔梗、竹叶载药上行; 使以甘草和胃也。方中尤其“重用石膏, 先平甚者, 而诸经之火自无不平矣”, 石膏, 性寒, 大清胃热, 味淡而薄, 能解肌热; 体沉而降, 能泻实热, 杀其炎势, “非石膏不足以取效耳”。该例患者为慢性痛风性关节炎, 根据该阶段的发病特点, 治当扶正祛邪、健脾益肾、化浊排毒, 但入院时以关节红肿热痛、发热、大便干结、舌红苔黄厚, 脉滑数为主要临床表现, 急则治其标, 给以清瘟败毒饮以清气凉血、泻火解毒, 获良效。因此, 临床诊治虽强调分期辨证施治, 但亦需临证灵活变通, 以免犯虚虚实实之戒。

(收稿日期: 2012-01-29; 修回日期: 2012-03-30)

[编辑: 洪 涛]