

杨锡燕中西医结合治疗痛风经验介绍

范彩云¹ 指导：杨锡燕²

1. 天津中医药大学, 天津 300073; 2. 天津中医药大学第一附属医院, 天津 300000

[关键词] 痛风; 脾肾不足; 湿热瘀毒

[中图分类号] R249 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 12-0014-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.12.007

杨锡燕主任医师从医二十余年, 学验俱富, 医技精湛, 长期从事中西医结合内科及危重症诊治, 积累了丰富的临床经验, 擅长内科常见病、老年病诊治, 如痛风、血脂异常、高血压、糖尿病、冠心病等, 尤其是痛风及高尿酸血症。笔者有幸跟师学习, 悉心揣摩, 受益颇丰, 现将杨主任治疗痛风的经验介绍如下。

痛风是由于体内嘌呤代谢紊乱, 尿酸合成增多和(或)尿酸排泄减少, 使血液中尿酸浓度增加, 并沉积于关节组织, 导致关节的急性炎症。特指急性特征性关节炎和慢性痛风石疾病, 可并发肾脏病变, 重者可出现关节骨质破坏、肾功能受损。

1 病因病机

古籍中未见关于痛风病的记载, 杨主任认为, 其属中医学痹证范畴, 其病机以脾肾不足为本, 湿热瘀毒为标。病因包括内因和外因: 脾主运化, 肾司开阖, 若脾肾不足, 则运化无权, 水湿停聚, 开阖无力, 不能泌浊, 湿浊停滞于内, 流注于关节, 郁久化热; 在外饮食不节、暴饮酗酒或感受风、寒、湿、热邪气引动, 则导致关节红肿热痛, 引起痛风性关节炎的急性发作。湿热搏结日久致气血瘀滞, 终酿生浊毒, 以致湿、热、瘀、毒流于经脉、关节, 甚则脏腑, 进而影响脏腑功能。

2 全程管理, 分期论治

杨主任强调治未病原则, 对痛风病提倡全程管理。痛风是关节的急性炎症, 而其最重要的生化基础为高尿酸血症, 因此, 预防和治疗高尿酸血症是痛风治疗的起始环节。若痛风性关节炎发作, 则要根据邪正虚实, 辨证分型进行分期论治。

2.1 高尿酸血症 高尿酸血症起病隐匿, 多数患者无临床症状, 因此, 要对危险人群进行筛查, 如有家族史者、肥胖、高血脂、2型糖尿病、心血管疾病、慢性肾病、高血压等人群。正常嘌呤饮食状态下, 非同日2次空腹血尿酸在男性和绝经后女性 > 420 μmol/L, 绝经前女性高于 360 μmol/L 则可诊断

为高尿酸血症。

杨主任认为, 高尿酸血症是由于先天禀赋不足, 或阳气亏虚, 脾失健运, 气血虚弱, 周流不畅, 血停成瘀; 肾失蒸腾, 津液代谢障碍, 聚湿生痰, 痰瘀互结, 留于营血, 形成高尿酸血症。湿浊是其基础病理产物, 产生湿浊的根本原因是阳气虚。“阳气流通, 阴气无滞”, 阳气得到宣通, 湿浊痰瘀才不致停于体内。杨主任在应用自拟基础方(粉萆薢、土茯苓、鸡血藤、泽泻、芦根、地龙、威灵仙等)同时, 辅以金匮肾气丸, 特别对于中老年人, 降低尿酸, 补肾抗衰。实验研究也表明, 该治疗使患者血尿酸平稳下降, 还能改善血肌酐、血尿素氮、血清 β₂ 微球蛋白等肾功能指标^[1]。

依据患者病情及高尿酸血症分型, 配合别嘌醇或苯溴马隆等西药治疗, 从小剂量起始, 并反复监测血尿酸值。高尿酸血症患者严格控制在 360 μmol/L 以下, 减少痛风发作, 有痛风石患者需降至 300 μmol/L 以下, 并长期维持, 更利于痛风石的溶解。

2.2 痛风病 部分高尿酸血症患者会发展至痛风, 痛风病可分为急性期和缓解期。

急性期: 以邪实为主, 乃由湿热瘀毒闭阻经络关节所致。临床表现为急性单关节红肿热痛, 多在一天内达到高峰, 关节活动不利, 按之稍硬, 病灶周围可触及硬结, 皮温升高, 伴有口苦, 大便不爽, 小便短赤, 舌暗红、苔薄黄, 脉细或沉弦, 化验检查伴血沉增快, 血尿酸升高或正常。杨主任认为, 应“急则治标”, 清利湿热, 化痰解毒, 自拟基础方(粉萆薢、土茯苓、鸡血藤、泽泻、芦根、地龙、威灵仙等)。土茯苓治疮毒筋骨痛, 祛风湿, 利关节; 萆薢治寒湿膝痛腰背强, 补肝肾; 鸡血藤去瘀血, 生新血, 流利关节, 治风湿痹症; 威灵仙治风湿痰痹, 为痛风要药, 上下皆宜; “泽泻利肾水乎”, 促进尿酸排出^[2]。若疼痛明显, 可加延胡索, 其能活血散瘀, 利气止痛, 既入血分, 又入气分, 为活血理气止痛的良药; 瘀

[收稿日期] 2015-05-20

[作者简介] 范彩云 (1990-), 女, 硕士研究生, 研究方向: 中西医结合诊治心血管。

[通讯作者] 杨锡燕, E-mail: yangxiyan888@aliyun.com。

血严重者,可加丹参以增强活血化瘀、通络止痛的作用。适时配合中药外洗或中药涂膜剂外用以缓解疼痛,减轻局部肿胀。

杨主任认为,配合西医治疗以迅速控制痛风性关节炎为主。根据患者病情在 24 h 内应用非甾体类抗炎药、秋水仙碱或类固醇类,非甾体类抗炎药早期足量使用,用量随症状缓解逐渐减少,期间密切监测肝肾功能,中、重度肾功能不全患者选用糖皮质激素。待患者关节炎缓解后,酌情加入降尿酸药物。

缓解期:以脾肾不足为根本,兼湿浊瘀血闭阻经络。临床表现为急性痛风性关节炎得到控制,红肿热痛明显缓解,已无剧烈疼痛,但嘌呤代谢障碍并未解除,血尿酸值可能仍高于正常。杨主任认为,此期应健脾祛湿,通腑泻浊,补益脾肾。其治疗可在自拟基础方的基础上加用四君子汤以益气健脾,二仙汤和二至丸以调补肾阴肾阳,脾气旺,能行水液,化湿浊;肾气旺,则筋骨坚,气血畅。

杨主任认为,此期需配合西医降尿酸治疗。根据高尿酸血症的分型,尿酸生成增多者伴有尿酸性肾病或尿酸性结石,采用别嘌醇,起始剂量 50 mg,每天 1 次,逐渐加量至 200~400 mg,每天 1 次,严重肾功能不全时禁用。尿酸排泄不良者选用苯溴马隆以增加尿酸排泄,亦可促进尿酸盐溶解,起始剂量 50 mg,每天 1 次,维持 50~100 mg,每天 1 次,服用期间配合碳酸氢钠片以碱化尿液,高血压患者慎用,同时每天饮水不少于 2 L,促进尿酸排泄。若单药不能使血尿酸控制达标,可考虑联合用药,同时其他具有排泄尿酸作用的药物也可以作为合理补充,如氯沙坦、非诺贝特等。

3 整体观念,全面把握

痛风病常合并高血压、糖尿病、血脂异常、心脑血管疾病等,各种疾病之间相互影响,杨主任从整体观念出发,全面把握患者病情。

3.1 合并高血压者 血尿酸增高会加速动脉硬化,激活肾素-血管紧张素,加重高血压,而高血压会加速肾动脉硬化,肾功能障碍会抑制尿酸的排泄,二者互为因果,互相危害,因此,慎用利尿类降压药。可选用钙离子拮抗剂和转换酶抑制剂,如氯沙坦、氨氯地平,以增加尿酸的排泄,同时保护心、脑、肾等脏器。

3.2 合并糖尿病者 高胰岛素血症时,胰岛素刺激肾脏对尿酸和钠的重吸收,使尿酸排泄减少,同时引起水钠滞留和血压升高,高尿酸血症与胰岛素抵抗显著相关。因此,适宜选择有降尿酸作用的二甲双胍。

3.3 合并高脂血症者 高尿酸血症与身体质量指数和腰围、总胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白胆固醇呈正相关,与高密度脂蛋白胆固醇呈负相关,二者均要戒酒,控制饮食、体重,首选非诺贝特、阿托伐他汀,避免使用烟酸及其衍生物等影响尿酸和糖代谢的药物。

4 关键明确,重点突出

痛风病的治疗十分复杂,杨主任认为,结合现代临床实验研究,把握关键与重点,治疗能效如桴鼓。

4.1 宣传教育不容忽视 部分痛风患者存在继发因素,如肥胖、代谢综合征、饮食结构和生活方式的不健康,杨主任根据患者病情,进行生活方式的干预,嘱健康饮食、限制烟酒、坚持运动、控制体重,定期监测血尿酸水平。

4.2 急性期抗炎为首要 急性期痛风性关节炎,患者关节疼痛、肿胀,此时降尿酸治疗会引起体内尿酸的急剧波动,可能加重患者的疼痛症状,不利于痛风的治疗,降低患者的依从性,但若患者在服用降尿酸药物期间急性发作,则无需停药,酌情加入抗炎药物。杨主任认为,如果患者病情急需降低血尿酸,可在有效抗炎药物的“保护”下,进行降尿酸治疗,同时配合中药汤剂清利湿热、化瘀解毒,效果更佳。

4.3 降尿酸是治疗痛风的关键 杨主任认为,降尿酸的时机与药物用量对于治疗效果至关重要。待症状得到控制后开始降尿酸治疗,过程中可给予少量非甾体类抗炎药,以预防急性发作,若痛风未发作,血尿酸值偏高,也需启动降尿酸治疗。降尿酸药物从小剂量应用,避免诱发痛风发作。对于慢性痛风石患者用药期间注意监测肝肾功能变化情况,随时调整药量。

5 病案举例

侯某,男,45岁,2013年7月23日初诊:平素业务繁忙,饮食多海鲜鱼肉,饮酒量多,1年前曾出现右足第1跖趾关节处红肿热痛,期间反复发作,每次发作自服止痛药缓解,未进行系统检查和治疗,本次系1周前嗜食海鲜、大量饮酒后引发右足第1跖趾关节红肿疼痛,并累及右踝关节,患者活动受限,全身乏力,腰痛,小便短赤,大便干结,舌暗、苔黄腻,脉滑数。查体:形体偏胖,右足第1跖趾关节及踝关节红肿,触之皮温升高,压痛明显,血压 150/90 mmHg。实验室检查:肾功能:血尿酸 523.6 $\mu\text{mol/L}$,血肌酐 110.3 $\mu\text{mol/L}$,尿素氮 8.08 mmol/L;血脂四项:总胆固醇 8.45 mmol/L,甘油三酯 5.03 mmol/L,高密度脂蛋白 2.05 mmol/L,极低密度脂蛋白 5.15 mmol/L;肝功能正常;24 h 尿肌酐 11.34 mmol/L,24 h 尿尿酸 9.45 mmol/L;尿常规:尿蛋白(+),白细胞(-),否认其他病史。初诊断:痛风病急性发作,混合型高脂血症,轻度肾功能不全。中医辨证属湿热瘀毒内盛,阻滞经络关节。急则治标,给予自拟基础方加减,处方:土茯苓、粉萆薢、鸡血藤、芦根、生薏苡仁各 30 g,百合、白茅根、泽泻、荷叶各 15 g,当归 20 g,威灵仙、决明子各 10 g,14 剂,水煎服。同时选用扶他林,每次 75 mg,每天 1 次;力平之,每次 200 mg,每天 1 次;嘱控制饮食,以低嘌呤为主,戒酒,多饮水,抬高患肢,注意休息,2 周后复查。

2013 年 8 月 6 日二诊:关节疼痛明显减轻,红肿减轻,皮温正常,仍感乏力腰酸,大便通畅,舌淡红、苔白,脉沉

弱。实验室指标：肾功能：血尿酸 482.3 $\mu\text{mol/L}$ ，血肌酐 89.5 $\mu\text{mol/L}$ ，尿素氮 7.15 mmol/L ；血脂四项：总胆固醇 7.67 mmol/L ，甘油三酯 4.56 mmol/L ，高密度脂蛋白 1.97 mmol/L ，极低密度脂蛋白 4.78 mmol/L ，尿蛋白(-)。诊断：痛风病间歇期。治宜标本兼治，自拟基础方加味，处方：土茯苓、粉萆薢、党参、茯苓各 20 g，百合、鸡血藤、荷叶各 15 g，地龙、仙茅、甘草各 10 g，14 剂。别嘌醇片，每次 50 mg，每天 1 次；扶他林，每次 75 mg，每天 1 次；力平之，每次 200 mg，每天 1 次；立加利仙，每次 50 mg，每天 1 次；降低血尿酸水平，嘱注意饮食，多饮水，适量运动。1 月后复查。

2013 年 9 月 6 日三诊：关节红肿疼痛基本消失，全身无其他不适，行走正常，舌质淡红、苔薄白，脉细弦。血尿酸 354 $\mu\text{mol/L}$ ，其他实验室指标均正常。中药汤剂上方去仙茅，加菟丝子 15 g。别嘌醇 50 mg，隔天 1 次，治疗 3 月停药，以促进血尿酸排出，后渐恢复正常饮食，定期复查。

按：本患者因饮食肥甘厚味，日久酿生湿热瘀毒流于关节脏腑，引起痛风发作，同时血脂增高，轻度肾功能不全。急性

期以治标为主，中药汤剂配合扶他林控制急性关节炎，力平之降低血脂并有一定降尿酸作用，快速缓解患者症状。现代研究证实，土茯苓、粉萆薢可有效降低血尿酸水平，生薏苡仁、泽泻渗湿利尿，促进尿酸由小便排出，荷叶、决明子可降低血脂，同时可促进排便，使瘀毒由便而出，肠道也是尿酸排泄的重要通道。缓解期标本兼顾，加四君子汤、仙茅以补肾健脾，肾阳乃一身阳气之根本，阳气宣通，痰浊湿瘀之邪才不会蓄滞体内，别嘌醇从低剂量逐渐加量，避免血尿酸水平的剧烈波动，后期肾功能有所改善再加用促进尿酸排泄的立加利仙，力求平稳降低尿酸。嘱患者注意饮食，适量运动，促进疾病恢复。

[参考文献]

- [1] 杨崇青, 杨锡燕, 林刚. 高尿酸血症从肾论治[J]. 中医研究, 2010, 23(3): 46-47.
- [2] 李时珍. 本草纲目[M]. 刘衡如, 刘山水, 整理. 5 版. 北京: 华夏出版社, 2013: 192-193.

(责任编辑: 刘淑婷)

吴银根教授巧用药对治肺系咳嗽疾病

胡晓宇

上海市长宁区天山中医医院, 上海 200051

[摘要] 吴银根教授在长期治疗肺系疾病的过程中, 秉承中医理论, 针对慢性支气管炎、哮喘、间质性肺病、支气管扩张等疾病, 采用了不同的药对进行治疗, 旨在达到协同增效, 具体体现在止咳化痰、清热凉血、滋阴清肺、补肾温阳、化痰通络等治则方面, 对指导实践、提高临床疗效具有重要意义。

[关键词] 咳嗽疾病; 肺系; 药对; 吴银根

[中图分类号] R249 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415(2015)12-0016-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.12.008

清·徐灵胎强调“善用药者, 即使沉重难治之疾亦可妙手回春, 不善用药者, 虽平淡之品亦能害人, 任医者不可不察也”。对于治疗疾病, 用药正确恰当与否至关重要, 历代名医均通过遣方用药体现其特色。

吴银根是上海中医药大学附属龙华医院终身教授, 全国名老中医。潜心杏林近五十载, 学术造诣深厚, 临床经验丰富,

尤其擅长诊治支气管哮喘、慢性阻塞性肺疾病、间质性肺病、支气管扩张等属于中医肺系咳嗽疾病, 吴教授善用药对治疗肺系咳嗽疾病, 现将其有关经验整理介绍如下。

1 药对介绍

1.1 紫菀-款冬花 刘完素云: “故治咳嗽者痰为先”。紫菀、款冬花均为辛温苦润之品, 功能温肺寒, 润肺燥, 补肺气, 止

[收稿日期] 2015-05-20

[作者简介] 胡晓宇(1973-), 男, 主治医师, 研究方向: 中医药治疗肺系疾病。