

◆医案感悟杂谈◆

## 张永杰教授治疗痛风病验案 3 则

邱晓堂 指导：张永杰

海南省中医院，海南 海口 570203

[关键词] 急性痛风性关节炎；皮下痛风结节；痛风性关节炎缓解期；张永杰；医案

[中图分类号] R589.7 [文献标志码] B [文章编号] 0256-7415 (2015) 11-0251-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.11.112

张永杰教授为享受国务院特殊津贴专家，国家第四、第五批名老中医学术继承指导老师，全国名老中医药专家传承工作室指导老师，现就张老师临床治疗痛风病经验介绍如下。

### 1 急性痛风性关节炎

符某，男，46 岁，2014 年 3 月 17 日入院，住院号 201415902。患者 5 年前患痛风性关节炎，2~3 月发作 1 次，每次口服秋水仙碱等药后症状可缓解。5 月前因病情复发口服秋水仙碱及甾体类消炎镇痛类药物导致上消化道出血，经治症状缓解。此次入院症见：左下膝关节、踝关节红肿疼痛，以踝关节明显，影响活动，屈伸时疼痛明显，夜晚加重，舌质红、苔薄黄腻，脉濡数。体检：体温：38.7℃，脉搏：105 次/分。实验室检查：血尿酸 813 μmol/L、血沉 54 mm/1 h。西医诊断为痛风性关节炎急性发作，中医诊断为湿热痹，治以化瘀泄浊，清热解毒，通络止痛，处方：土茯苓 50 g，萆薢、牛膝、当归、赤芍、杜仲、刺五加、泽泻各 20 g，威灵仙、生薏苡仁各 30 g，黄柏、苍术、桃仁、红花、独活、秦艽各 10 g，甘草 6 g。每天 1 剂，并配合中药外洗方：大黄、苏木、金银花、薄荷、透骨草各 30 g，黄柏、两面针各 20 g。用法：水煎倒入洗浴盆内，待药液温度降至 30~32℃时洗浴患处，上下午各 1 次，每次 20 min。纯中药治疗 15 天，患者关节红肿热痛消失，活动正常，复查血尿酸：504 μmol/L、血沉 18 mm/1 h。出院后续以健脾和胃，渗湿祛浊法，处方：黄芪、白术、蚕砂、萆薢各 15 g，车前子、土茯苓、薏苡仁、泽泻各 20 g，防己 10 g，木瓜 12 g。1 月后复查，患者关节活动如常，血尿酸：235 μmol/L。嘱注意生活调理，随访半年未见复发。

按：急性痛风性关节炎是由于机体内嘌呤代谢紊乱与尿酸排泄减少，致血尿酸水平升高，尿酸盐结晶沉积于关节，其发病诱因因暴饮酗酒，根据现代医学对本病的认识，张老师认为本病为内因发病，浊毒内伏为病理机要，病变脏腑为脾肾两脏。为何病变脏腑在脾肾两脏，张老师认为其原因有三：首先，本病常和高血压、冠心病、高血脂、糖尿病、肥胖患者伴发<sup>[1]</sup>，而上述疾病的共同土壤为代谢综合征，即相当于中医的痰浊内阻，而脾为生痰之源。其次，本病的诱因常与饮食不节，暴饮酗酒或食用某些特定食物有关，为浊毒内伏体质，与饮食不节的诱因相互作用，引起脾胃运化功能缺陷，肾之分清泌浊功能失调。最后，现代医学治疗痛风性关节炎缓解疼痛的有效药物秋水仙碱，口服后的副作用为腹泻，临床观察，患者出现腹泻症状，则关节疼痛缓解明显，若服药后无出现腹泻副作用，则疼痛减轻不明显，提示本病与阳明腑实，肠道积热有关，亦为中医通腑泄热治疗本病提供理论依据。总之，急性痛风性关节炎以标急为主，临床突然发病，以下肢中小关节红肿热痛为主，部分患者伴发热、心烦口渴，舌红、苔黄，辨病当属中医学热痹或痛痹范畴，为痰瘀湿浊热毒下注，痹阻关节经络，不通则痛。治疗当以化瘀泄浊，清热解毒，通络止痛。此期治疗，在中药内服的基础上，配合中药外洗方<sup>[2]</sup>，局部用药，使药物直达病所，充分发挥药效，这种独特的给药途径避免了药物口服后被各种消化酶分解破坏的弊端，从而提高了药物的利用率。

### 2 皮下痛风结节

林某，男，45 岁，以“四肢关节疼痛 12 年，加重 1 月”为主诉于 2013 年 12 月 26 日初诊，初诊号：2013678940。

[收稿日期] 2015-04-22

[基金项目] 全国名老中医传承工作室项目资助

[作者简介] 邱晓堂 (1966-)，男，主任医师，研究方向：中西医结合治疗糖尿病及其并发症。

患者有痛风性关节炎病史 12 年,因无规范治疗,导致全身多处关节痛风性结节,严重影响生活质量。现四肢关节疼痛,活动受限,每天以卧床为主,活动时需人搀扶或拄拐杖,纳可,睡眠一般,舌体胖大、舌质淡暗、苔白腻,以舌根部明显,脉弦。查体:全身多处关节痛风性结节,大者如杏核,按之硬,轻微压痛。西医诊断:皮下痛风性结节;中医诊断为尪痹,辨证为痰瘀痹阻,给予祛湿化痰,活血通络,佐以软坚,处方:土茯苓、威灵仙各 30 g,萆薢、木瓜、川牛膝、鸡血藤、海风藤、当归各 20 g,三棱、昆布、土鳖虫、桃仁、红花、秦艽、黄柏、苍术各 10 g,甘草 5 g。水煎服,每天 1 剂,以上方守方服至 45 剂后,患者始感觉四肢关节疼痛有明显减轻,痛风性结节变软稍缩小,仍以上方为主,服 3 月,患者症状逐渐改善,已能干家务活,自觉行走轻松,无关节疼痛感。且大的痛风性结节有所缩小,纳可,睡眠一般,现在上方基础上,增加狗脊、杜仲等平补肝肾之品,3 天服中药 1 剂,坚持近 1 年,无发生急性痛风性关节炎,一般家务活动无不适。

按:慢性痛风性关节炎未经治疗或治疗不正规,关节炎的发作越来越频繁,间歇期缩短,疼痛逐渐加重,受累关节逐渐增多,因持续的高尿酸血症导致尿酸盐结晶析出而沉积在软骨、关节滑膜、肌腱及多种软组织处,形成痛风性结节。若病情控制不佳,关节中尿酸盐不断增多,可使关节结构及其周围的软组织受到破坏,引起纤维组织及骨质增生,导致关节畸形和活动障碍,严重影响患者的生活质量,给患者本人、家庭及社会造成沉重负担。张老师认为,此期患者为长期过食膏粱厚味,失治、误治,导致脾肾的功能失常,进一步脾失健运,升清降浊无权,则湿浊排泄障碍,痰浊内生,久则致瘀;肾失气化,分清泌浊失司,精郁为毒,水郁必浊,浊毒结聚。湿浊瘀毒等病理产物内壅,日久化热蓄于脏腑而成积热瘀毒体质,若遇诱因引动,则湿浊瘀毒积热流注关节,痹阻经络,久则见关节疼痛,屈伸不利等症状。对于此期患者,治疗的重点当为缓解患者疼痛,改善关节活动的灵活性,减少急性痛风性关节炎的发作,但本期为疑难杂症,首先应和患者沟通,提高患者的信心和配合度,同时告知患者疗程长,起效慢,应坚持药物治疗和生活方式改变的配合,方能取得较好的疗效。中医学针对此期湿浊瘀毒内阻病理机制,始给予化痰泄浊,通络止痛,软坚散结,待疼痛缓解,关节活动改善后,当标本兼治,佐以补益肝肾。

### 3 痛风性关节炎缓解期

林某,男,67 岁,以“右下肢膝关节、第一拇指脚趾疼痛反复发作 6 年”为主诉于 2014 年 9 月 11 日初诊。患者 6 年前每当饮食不慎诱发右下肢第一拇指脚趾局部红肿疼痛,活动受限,影响生活,当时诊断为急性痛风性关节炎,每次发作给予西药秋水仙碱、非甾体类抗炎药及皮质激素等药物,关节疼痛明显缓解,但稍有不慎,平均 4~5 月急性痛风性关节炎发作 1 次,现患者痛风性关节炎已 4 月未发作,因担心病情反复而寻求中医预防治疗。询问病情自述无明显不适,查体:生

命体征正常,形体偏胖,舌质淡红、舌体胖大、苔薄白腻,脉弦。中医辨证为脾失健运,湿浊中阻,给予益气健脾,化湿泄浊,处方:黄芪、当归、地龙、茯苓、车前子、薏苡仁、泽泻各 20 g,蚕砂、萆薢、木瓜、防己、陈皮、白术各 10 g,刺五加 15 g,甘草 5 g。患者以上方服药半月,病情稳定,后每 2 天 1 剂,再服半月,病情稳定,改为每 3 天 1 剂,以上方中药颗粒剂冲服坚持 3 月,痛风性关节炎未再发作。

按:痛风性关节炎缓解期,常无明显的症状,可称无症状期。经现代医学检查,血尿酸常居高不下,亦有部分患者血尿酸正常。对此类患者,治疗目的近期可预防痛风性关节炎发作,远期干预可减少心脑血管病的发生<sup>[9]</sup>。但因部分患者缓解期无任何不适,给中医辨证带来无证可辨的尴尬。张老师认为,中医辨证论治,应包括以下四个方面:既传统意义的辨证论治、辨证与辨体质、辨证与辨病、辨证与辨现代医学的理化检查。血尿酸作为体内物质,其值正常,为人体生理所需,其值超过正常范围,当为“病”。其次,从中医辨证角度看,凡物质过盛积蓄,即是实证,故高尿酸血症可辨为邪实之证。现代医学认为,血尿酸水平升高,和尿酸的生成和排泄有关,尿酸的生成和脾主运化功能,而其排泄则和肾之气化功能有关。故此期病变脏腑仍为脾肾两脏。体内物质,适度则为正、为常,多余则为实、为邪、为浊。故对于过多的血尿酸,似可定性为浊邪,为急性期阶段的“余邪未清,内伏于体内”。既然是浊邪实邪稽留,那么遵《内经》“留者攻之”“客者除之”,当以调节脾肾升降降浊功能治其本,佐以化痰泄浊渗利治其标。经过 1~2 月的治疗,一般血尿酸可降至正常。此期治疗,乃击鼓再进,续清余邪,以使邪尽而病已。

总之,张老师认为,痛风病为临床常见病,中医治疗该病有较大优势,其根本病机为浊毒内伏,波及脏腑为脾肾两脏。急性期表现为痰瘀湿浊热毒下注,痹阻关节经络,治疗当以化痰泄浊,清热解毒,通络止痛。而针对皮下痛风性结节,在化痰泄浊,通络止痛的同时,佐以软坚散结之品。痛风性关节炎缓解期,根据中医治未病理论,积极给予升清降浊,佐以化痰渗利,预防痛风性关节炎的急性发作,减少痛风性结节及痛风性结石的形成,提高患者生活质量。

### 【参考文献】

- [1] 王腾蛟,江雅平,徐国宾,等.医务人员高尿酸血症与代谢综合征相关性的初步调查[J].临床检验杂志,2012,30(4):309-313.
- [2] 蒋巧燕,钟鸿斌,张恩霖,等.中药内服外洗治疗急性痛风性关节炎疗效观察[J].光明中医,2010,25(8):1417-1418.
- [3] 母义明,陆菊明,潘长玉.临床内分泌代谢病学[M].北京:人民军医出版社,2014:630-640.

(责任编辑:骆欢欢)