



王孟庸从风论治高尿酸血症临证经验*

陈宇阳¹, 黄静瑶², 赵恒侠³ 指导: 王孟庸

1 广州中医药大学第四临床医学院, 广东 深圳 518033;

2 广州中医药大学第二临床医学院; 3 深圳市中医院

[摘要] 王孟庸教授认为, 高尿酸血症主要以脾虚失运、三焦气化失职所导致的水道失调为本, 脾肺肾气虚、津液内停、湿邪内生、湿滞成痰、痰湿郁滞久滞化瘀致使机体代谢障碍形成为标; 疏风散结类药物贯穿治疗的始终, 主要以健脾利湿为法, 配合疏风散结、化痰活血行瘀等方法, 则湿池之邪难以留滞, 经络运行畅通, 病无由以生。

[关键词] 高尿酸血症; 中医药; 健脾利湿; 疏风散结; 王孟庸

[中图分类号] R256 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 2096-9600(2021)03-0050-04

Wang Mengyong's Clinical Experience in Treating Hyperuricemia from Wind

CHEN Yuyang¹, HUANG Jingyao², ZHAO Hengxia³ Director: WANG Mengyong

1 The Forth Clinical Medical College, Guangzhou University of Chinese Medicine, Shenzhen 518033, China;

2 The Second Clinical Medical College, Guangzhou University of Chinese Medicine; 3 Shenzhen City TCM Hospital

Abstract Professor Wang Mengyong thinks that root cause of hyperuricemia is disorder of water passage caused by spleen deficiency and dysfunction, gasification disorder of *Sanjiao*, the symptoms were metabolic disorder induced by *Qi* deficiency of spleen, lung and kidney, stagnation of body fluid, endogenesis of dampness pathogen, dampness stagnation into phlegm, phlegm dampness stagnation for a long time; the drugs of dispelling wind and dispersing node should be used throughout the treatment, invigorating spleen and removing dampness as the main method, combined with the method of dispelling wind and dispersing node, removing phlegm, promoting blood circulation, eliminating blood stasis and others, the dampness pathogen is difficult to stay, the meridians run smoothly, and there is no reason for illness.

Keywords hyperuricemia; TCM; invigorating spleen and removing dampness; dispelling wind and dispersing node; Wang Mengyong

在正常嘌呤饮食状态下, 非同日两次空腹血尿酸水平男性高于 420 $\mu\text{mol/L}$, 女性高于 360 $\mu\text{mol/L}$, 即称为高尿酸血症^[1-2]。近年来, 随着生活水平的提高以及生活方式的改变, 高尿酸血症患病率迅速上升, 并随年龄增加而升高, 总发病年龄趋于年轻化, 发达国家尤为明显。据 2017 年中国痛风现状白皮书统计, 高尿酸血症发病率从 1998 年的 10.10% 上升到 2008 年的 17.90%, 并呈逐年上升趋势^[3-11]。美国 1 项研究统计, 510 万美国人患有痛风, 导致每年有 390 万人需要门诊治疗, 更多的人有无症状高尿酸血症, 这是痛风和较高心血管风险的危险因素^[12]。现代医学研究表明, 本病患病率受遗传、生物化学及生活环境等多方面影响, 并且高尿酸血症不仅是单一常见的代谢性疾病, 它还

对血管、肾脏、关节等人体组织器官有多方面影响^[13-14]。现代医学治疗高尿酸血症主要依靠抑制尿酸生成类药物以及促进尿酸排泄类药物。

深圳市中医院王孟庸教授是国家名中医专家、广东省名中医、深圳市中医院肾病专科主任中医师、中华中医药学会肾病指导委员会委员、深圳市名老中医药专家经验继承指导老师。王教授从事中医临床、教学、科研工作 60 余年, 对中西医治疗肾病综合症、肾小球肾炎、高尿酸血症等疾病有独到见解。王教授临证善于承古萌新, 继承发扬, 中西医融会贯通, 善用中医补肾法调理体弱易病者阴阳平衡。王教授从风论治高尿酸血症, 善于应用疏风散结、健脾祛湿、化痰活血行瘀等方法。现将其治疗高尿酸血症的经验介绍如下。

1 病因病机

高尿酸血症是现代医学病名, 在中医古籍中

尚无明确病名,根据其临床表现特点,多将其归于中医学“痹症”“历节”“痛风”“痰火毒”等范畴^[15]。魏晋时期陶弘景所著《名医别录》中最早记载“痛风”,其云:“独活,味甘、微温、无毒。主治诸贼风,百节痛风无久新者”^[16];汉代张仲景《金匮要略·中风历节病脉证并治》立“历节病”,认为“历节痛,不可屈伸”“其痛如掣”。元代朱丹溪《格致余论》对痛风有了进一步阐述:“痛风者,大率因血受热已自沸腾,其后或涉水或立湿地……寒凉外搏,热血得寒,汗浊凝滞,所以作痛,夜则痛甚,行于阴也”^[17]。明代张景岳《景岳全书·脚气》中认为,外是阴寒水湿,今湿邪袭人皮肉筋脉;内由平素肥甘过度,湿壅下焦;寒与湿邪相结郁而化热,停留肌肤……病变部位红肿潮热,久则骨蚀。清代林佩琴《类症治裁》曰:“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。”清代吴鞠通《温病条辨》中认为痹症“大抵不外寒热两端,虚实异治”而已^[18]。王孟庸教授认为高尿酸血症形成的主要病因是:先天禀赋不足,脾肺肾亏虚;后天恣食肥甘厚味,饮食失节;或外感六淫,内伤七情。病机多认为是:经络闭阻,不通则痛。脾失健运、肾失气化、肺失宣肃、三焦通调失职、湿邪内生、津液内停、湿重蓄积导致湿热蕴结,气血运行不畅,气虚无以推动血液运行,瘀血内停,导致痰湿瘀浊内生,痹阻经脉,血行瘀滞,深入关节筋骨,甚则影响脏腑而形成正虚邪实、虚实夹杂之证。

王孟庸教授认为,高尿酸血症的发生,正虚不固是内在基础,饮食不节、环境等因素是外在条件。高尿酸血症多与“湿邪”相关,病位在脾,常与肝、肺、肾等脏腑功能失司相关。该病有“浊毒”的特点,为“湿浊”“痰瘀”等病理产物作用于人体的结果,因此治疗应先分缓急,再分虚实,急者清热祛湿、活血化瘀、通络止痛,缓者扶正固本,重点疏风散结、健脾祛湿、补肺固肾,兼化痰瘀,脾健则湿池之邪难以留滞,经络运行畅通,病无由以生^[19-22]。

2 临证要点

王孟庸临床辨证论治高尿酸血症首先分缓急,急则治其标,缓则治其本。其次根据病机发展,再分虚实。主次有序,方能药到病除,邪去正安。

2.1 急则治其标

2.1.1 清热利湿,健脾利水 《万病回春》中指出:“一切痛风肢体痛者,痛属火,肿属湿……所以膏粱之人,多食煎炒、炙博、酒肉,热物蒸脏腑,所以患痛风”。王孟庸认为,痛风发作时病机较为单一,由于湿邪入里滞而化热,或素体阳升,内有蕴

热,湿热交蒸而致,湿热浊毒留注于关节而致痛风发作,临床常表现为关节处红肿热痛,疼痛如刀割样,病势较急,局部皮肤温稍高,得凉则舒,伴有活动受限及发热、口渴、心烦、小便短黄。舌质红,苔黄或腻,脉象滑数或弦数。故王孟庸认为治疗当以健脾利水,清热利湿为法,药用黄芪、白术、山药、白扁豆、太子参、沙棘、荷叶、苍术等健脾益气之品,脾健则湿可祛;药用生石膏、焦栀子、知母、黄柏、防己、杏仁、滑石、薏苡仁等清热利湿之类;湿重,关节肿胀明显者,重着不利,舌质红,苔黄腻,脉弦滑或弦数,药用土茯苓、萆薢、豨莶草、木瓜、茯苓、五加皮等除湿通络;热重有红斑者,药用牡丹皮、赤芍、生地黄等清热凉血之品。

2.1.2 引血下行,通痹止痛 《金匮要略·中风历节脉证并治第五》曰:“趺阳脉浮而滑,滑则谷气实,浮则汗自出。少阴脉浮而弱,弱则血不足,浮则为风,风血相搏,即疼痛如掣。盛人脉涩小,短气,自汗出,历节疼,不可屈伸,此皆饮酒汗出当风所致。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。”王孟庸认为,痛风的发作,是以脾虚为本,脾虚则运化功能欠佳,运化失职导致气血亏虚,汗出当风致使风血相搏,故治疗应当引血下行,通痹止痛。临床常表现为关节疼痛、红肿以及关节活动受限,伴见饮食失调,面色失荣,体倦乏力,少气懒言,舌淡,边有齿痕,苔薄等虚实夹杂之证候。脾气虚者常用黄芪、白术、茯苓、山药、党参、太子参等健脾益气之品;气血两虚者选用当归、白芍、鸡血藤、阿胶、熟地黄等益气养血之品;痛甚者选用羌活、独活、威灵仙、木瓜、海风藤、络石藤、路路通、海桐皮、鸡血藤、制何首乌以祛风化湿、通痹止痛。或常选用中药硬膏热贴敷(双柏散)。

2.2 缓则治其本 王孟庸认为,湿按照属性分为属于天气的湿如雨雾,属于地气的湿如泥水之浊阴之邪,有属于饮食的湿如酒酪水果,有属内伤脾肾、五脏、气血津液的湿。王孟庸认为祛湿有两个要点:1)阳气足则湿可祛;2)风若胜则湿不留。

2.2.1 疏风散结,风行胜湿 《纲目》中记载:“荆芥,入足厥阴经气分,其功长于祛风邪,散瘀血,破结气,消疮毒。盖厥阴乃风木也,主血而相火寄之。故风病、血病、疮病为要药。”《本草汇言》曰:“荆芥,轻扬之剂,散风清血之药也……凡一切风毒之证,已出未出,欲散不散之际,以荆芥之生用,可以清之……凡一切失血之证,已止未止,欲行不行之势,以荆芥之炒黑,可以止之。大抵辛香可以

散风,苦温可以清血,为血中风药也。”《长沙药解》言防风:“行经络,逐湿淫,通关节,止疼痛,舒筋脉,伸急挛,活肢节,起瘫痪,敛自汗、盗汗,断漏下、崩中。”王孟庸善用荆芥、防风、紫苏叶、紫苏梗、路路通、鸡血藤等祛风通络之品以治疗痰湿体质及痰湿相关病变。

2.2.2 健脾益气,化痰祛湿 《黄帝内经》中有“诸湿肿满,皆属于脾。脾不运化,水湿不流,或为诸湿肿满,诸颈项强。”《景岳全书·痰饮》中论述:“五脏之病,虽皆能生痰,然无不由于脾肾。盖脾主湿,湿动则为痰;肾主水,水泛亦为痰。”脾胃论也提及“胃气和平,荣气上升,产生温热。温热正如春夏,能够行阳二十五度,使阴精奉于阳。”王孟庸认为治理痰湿体质以及相关病变时,以健脾益气,温补脾阳为主,方能达到化痰祛湿之疗效。脾阳虚者,选用肉豆蔻、补骨脂、薏苡仁、仙灵脾、巴戟天、干姜等温补脾阳之类;脾气虚者选用党参、黄芪、苍术、白术、甘草、山药、莲子等益气健脾之品,辅以茯苓、佩兰、白扁豆等健脾化湿之类。口干者选用石斛、麦冬、沙参、玉竹、生地黄等益胃生津之品。

2.2.3 补肺固肾,通调水道 《素问·经脉别论篇》对津液的输布进行了简要概括:“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。”津液在体内的输布主要依赖于脾气的升转、肺气的宣降、肾气的蒸化、肝气的疏泄和三焦的通利。津液的输布是多个脏腑生理机能密切协调、相互配合的结果。所以,在健脾益气为治则的情况下,辅以补肺固肾,以达到通调水道,水道通则痰湿有路可循,痰湿之邪无以滞留。肺气虚者,常用人参、黄芪、沙参、防风、白术益气补肺之品,配以熟地黄、五味子、百合、冬虫夏草等敛肾益肺之类。若气阴两虚而兼见潮热盗汗者,可加鳖甲、地骨皮、秦艽等养阴清热。肾气虚者选用人参、山药、炙甘草益气固肾;杜仲、山萸肉温补肾气;熟地黄、枸杞子、当归补养精血。

2.2.4 平补肝肾,调畅气机 《素问·调经论篇》提到:“血气不和,百病乃变化而生。”正如气能行津,气推动和调控津液的正常输布运行。若气虚,推动和调控作用减弱,气化无力,或气机郁滞不畅,气化受阻,都可以引起津液的输布、排泄障碍,形成痰、饮、水、湿等病邪,是由气不化水,气不行水所致。故王孟庸常将利水湿、化痰饮与补气、行气并用,正所谓“治痰先治气”即是气能行津的具

体应用。肝主疏泄,故王孟庸常选用熟地黄、当归、芍药、川芎、制何首乌、枸杞子、鸡血藤等补血养肝之类;视物模糊者选用决明子、枸杞子、酒女贞子养肝明目;胁痛者加丝瓜络、郁金、香附等理气通络。肝主藏血,肾主藏精,调养得当则肝肾精血充足,气血平和,病无由生。

2.2.5 活血化痰,通痹止痛 气、血、津液是脏腑功能活动的物质基础,如“津血同源”论,如若津液代谢失常,血液运行势必受到影响。所以王孟庸认为高尿酸血症患者不仅存在津液代谢、气机调节等问题,还有血液运行不畅因素。《血证论·吐血》曰:“气为血之帅,血随之而运行;血为气之守,气得之而静谧。”气能行血,气虚则血无以运,血液运行不畅,停滞于经脉或脏腑组织内则成瘀血,故有“久病入络为血瘀”之说。故王孟庸常加丹参、生地黄、土鳖虫、三七、郁金、泽兰等活血定痛之品;伴四肢关节活动不利、僵硬者用桂枝、川芎、醋延胡索、干益母草、当归等温经止痛之品;血瘀甚者见唇色、皮肤瘀黯,则灵活用水蛭、穿山甲、地龙、鳖甲等虫类药物破血逐瘀。

2.2.6 健康宣教,合理膳食,劳逸结合,相辅相成 在西药方面,王孟庸会根据化验结果选用苯溴马隆、非布司他、别嘌醇对症处理。痛风急性发作期予秋水仙碱、NSAIDs、糖皮质激素等药物对症处理,还会在食、住、行上给予指导,只有改变生活习惯,才能真正改善患者体质,根本上解决气血津液代谢问题。运动方面王孟庸倡导多步行,增加每日运动量,增加体内消耗,起到活血作用,让体内气血运行正常。饮食方面王孟庸建议少吃油腻煎炸之物,每日摄入足量优质蛋白质如牛奶、鸡蛋等,避免摄入豆类、菠菜以及酒精。住宿方面,王孟庸建议尽量避免潮湿阴暗住所。如此,体内气血津液代谢才会良性循环,从根本上解决痰湿瘀滞。

3 典型病例

案 患者黄某,男,45岁,2018年12月27日初诊。患者痛风6年余。患者6年来间断服用非布司他、苯溴马隆控制尿酸,以及饮食调理,血尿酸控制欠佳,波动于521~633 $\mu\text{mol/L}$ 。患者于11月因进食宵夜第2天出现左足大趾处红肿,疼痛拒按,肤温稍高,伴活动受限。遂于外院急诊就诊,诊断为“痛风”,经服用“秋水仙碱”后减轻。刻诊:患者左足疼痛较前减轻,可自主行走,偶有左足隐痛,休息后自行缓解。精神尚可,面色暗沉。口干口苦。伴见腰酸乏力。舌淡暗有瘀点,齿痕

舌,苔白腻,脉细滑。患者既往有“2型糖尿病”病史2年,现口服“二甲双胍缓释片”每日2次,每次0.5g,控制血糖。中医诊断:痛风病,脾肾亏虚,痰湿瘀阻。西医诊断:1)高尿酸血症;2)型糖尿病。治疗以“健脾利湿,化痰行瘀”为法。药物组成:荆芥穗15g,防风15g,苍术20g,黄芪30g,薏苡仁15g,桑枝20g,当归15g,赤芍10g,熟地黄15g,白芥子10g,桑寄生15g,桃仁10g,醋莪术10g。7剂,水煎服,每日1剂,分两次服。嘱患者清淡饮食,禁食海鲜、烧烤、啤酒等,蛋白质以牛奶、鸡蛋为主,疼痛缓解后增强运动,多饮水增加尿酸排泄。不适随诊。2019年1月24日二诊:精神、面色较前明显好转,仍偶有左足隐痛,小便有骚臭味,汗多,舌淡暗,苔腻较前减轻,脉滑。继守上方,去桑枝、桃仁、桑寄生,加冬瓜皮10g,泽兰10g,萆薢10g。继服14剂。2019年3月6日三诊:无特殊不适,痛风未发作。舌质淡暗,苔薄白,脉滑。复查血尿酸:391 μmol/L。守上方,去莪术,加丹参10g。继服14剂,不适随诊。嘱患者注意事项同初诊,至2019年6月,每月随诊痛风未复发。

按 本案患者为中年男性,病程日久,脾肾亏虚,无以运化津液,湿浊内盛,湿滞成痰,痰湿郁滞,久滞化痰,痰湿瘀滞,阻于关节,气血经络关节不通则痛。当以健脾固肾、祛湿化痰、行气活血为治则。方中芥穗平庸之味,但发散适中,避麻、桂发汗太过之弊;荆芥配以防风行气固表以利湿;苍术走中焦,苍术燥湿健脾除湿邪之来源,与黄芪配伍以健脾祛湿;薏苡仁入阳明胃经祛湿热而利筋络;当归、熟地黄、桑寄生补血活血兼补益肝肾;白芥子性走散,祛痰散结;桃仁、莪术行气活血,与赤芍相配以行瘀;桑枝通络止痛。二诊时加冬瓜皮、泽兰、萆薢以清利下焦湿热,使痰湿之邪有去路。三诊时加丹参活血祛瘀。诸药相配,补虚泻实,标本兼治。

参考文献

- [1] CALICETI C, CALABRIA D, RODA A, et al. Fructose intake, serum uric acid, and cardiometabolic disorders: a critical review[J]. *Nutrients*, 2017, 9(4): 1-15.
- [2] 李葵花,王喜福,李璐,等. 高尿酸血症与动脉粥样硬化的关系研究进展[J]. *中国动脉硬化杂志*, 2014, 22(1): 85-89.
- [3] 路杰,崔凌凌,李长贵,等. 原发性痛风流行病学研究进展[J]. *中华内科杂志*, 2015, 54(3): 244-247.
- [4] 邵继红,徐耀初,莫宝庆,等. 痛风与高尿酸血症的流行病学研究进展[J]. *疾病控制杂志*, 2004, 8(2): 152-154.
- [5] NAN H R, QIAO Q, DONG Y H, et al. The prevalence of hyperuricemia in a population of the coastal city of Qingdao, China[J]. *J Rheumatol*, 2006, 33(7): 1346-1350.
- [6] MIAO Z M, LI C G, CHEN Y, et al. Dietary and life-style changes associated with high prevalence of hyperuricemia and gout in the Shandong coastal cities of Eastern China[J]. *J Rheumatol*, 2008, 35(9): 1859-1864.
- [7] 阎胜利,赵世华,李长贵,等. 山东沿海居民高尿酸血症及痛风五年随访研究[J]. *中华内分泌代谢杂志*, 2011, 27(7): 548-552.
- [8] 方卫纲,黄晓明,王玉,等. 北京地区部分人群痛风的流行病学调查[J]. *基础医学与临床*, 2006, 26(7): 781-785.
- [9] 邵继红,莫宝庆,喻荣彬,等. 南京市社区人群高尿酸血症与痛风的流行病学调查[J]. *疾病控制杂志*, 2003, 7(4): 305-308.
- [10] 樊培新. 深圳地区痛风的流行病学调查[J]. *中国误诊学杂志*, 2008, 8(31): 7807-7808.
- [11] 曾小峰,陈耀龙. 2016中国痛风诊疗指南[J]. *浙江医学*, 2017, 39(21): 1823-1832.
- [12] KRISHNAN E, KWON C K, SCHUMACHER H R, et al. Hyperuricemia and incidence of hypertension among men without metabolic syndrome[J]. *Hypertension*, 2007, 49(2): 298-303.
- [13] 陈光亮,周媛凤,张颖. 治疗痛风和高尿酸血症药物研究进展[J]. *中国临床药理学与治疗学*, 2017, 22(1): 104-109.
- [14] 李东晓,迟家敏. 高尿酸血症与代谢综合征[J]. *国外医学(内分泌学分册)*, 2004, 24(6): 386-388.
- [15] 梁方旭. 中医药治疗痛风性关节炎的临床文献研究[D]. 广州:广州中医药大学, 2010.
- [16] 姚国山. 中医治疗痛风临床文献之用药规律及疗效Meta分析[D]. 南京:南京中医药大学, 2016.
- [17] 朱丹溪. 格致余论[M]. 北京:中国中医药出版社, 2006: 12.
- [18] 吴塘. 温病条辨[M]. 北京:中国中医药出版社, 2006: 112.
- [19] 杜霄壤,吴欣,吴孟晋,等. 降尿酸方联合别嘌醇片治疗尿酸性肾病的临床研究[J]. *西部中医药*, 2020, 33(1): 1-4.
- [20] 芦少敏,李浩冉,周欢,等. 平陈汤治疗脾虚痰湿型2型糖尿病前期患者100例[J]. *西部中医药*, 2018, 31(10): 59-62.
- [21] 徐倩,李盈,高珊,等. 虎藤组方对无症状高尿酸血症患者胰岛素抵抗的影响机制研究[J]. *西部中医药*, 2018, 31(10): 63-65.
- [22] 张国建. 桂枝汤治疗风湿郁热型急性痛风性关节炎35例[J]. *西部中医药*, 2017, 30(6): 80-83.

收稿日期:2020-01-15

*基金项目:深圳市医疗卫生三名工程项目(SZSM201512043)。

作者简介:陈宇阳(1995—),男,在读硕士研究生。研究方向:内分泌及代谢性疾病的中西医结合治疗。