

金远林教授内外合治痛风性关节炎经验*

张鑫田^{1△} 吴思璇¹ 李艺文¹ 张琬欣¹ 方 慧¹ 聂丽欣² 林奇清³ 指导 金远林¹

[1. 广州中医药大学第七临床医学院, 广东省深圳市宝安区中医院, 广东 深圳 518000;
2. 广东中医药大学深圳医院(福田), 广东 深圳 518000; 3. 广州中医药大学东莞医院, 广东 东莞 523000]

中图分类号: R589.7 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2024)06-1101-05

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2024.06.042

【摘要】 本文旨在介绍金远林教授内外合治痛风性关节炎的经验。金教授认为痛风性关节炎的病机为中焦失运, 肝失疏泄。急性期使用刺络药物罐疗法、乌麻膏贴敷、穴位注射疗法迅速止痛以治标, 并配合口服痛风验方加强止痛效果; 缓解期使用痛风验方辨证加减, 配合刺络药物罐疗法调理体质以治本。金教授将内治合治贯穿痛风治疗全过程, 各疗法均具有针对性, 取得满意临床疗效。

【关键词】 痛风性关节炎 刺络药物罐疗法 乌麻膏 穴位注射 痛风验方 名医经验 金远林

痛风性关节炎是人体尿酸和嘌呤代谢异常, 升高的血尿酸达到饱和而析出形成尿酸钠晶体, 沉积于四肢关节、皮下等部位产生的一种无菌性炎症^[1]。全身多处关节红肿热痛是其急性发作时的临床表现, 其中以第一跖趾关节最常受累, 发作时疼痛剧烈, 甚则肢体活动障碍, 严重影响患者的生存质量。随着大众生活水平的不断提高, 痛风性关节炎人群发病率也逐年上升, 且病程反复。流行病学调查发现, 我国目前高尿酸血症的发病率达 13.3%, 其中痛风性关节炎发病率为 1.1%^[2]。针对痛风性关节炎急性发作期的治疗, 西医治疗首选非甾体消炎药和秋水仙碱, 以达到迅速缓解疼痛的目的, 高尿酸血症期治疗多选用非布司他、苯溴马隆降尿酸, 但治疗过程中患者易出现胃肠道刺激、肝肾功能受损、过敏等服药的诸多不良反应^[3]。中医治疗痛风性关节炎方法众多, 针灸、中药在缓解痛风症状及预防复发方面具有独特优势。

金远林教授, 广东省名中医、二级教授、广州中医药大学硕士研究生导师, 国家临床重点学科带头人, 深圳市首届杏林十大名医, 享受深圳市政府特殊津贴。金教授从事临床工作 40 余年, 善于使用针灸、中药治疗各类疾病, 积累了丰富的临床经验。金教授认为痛风患者的总病机为中焦失运, 肝失疏泄。治疗上, 在急性期使用刺络药物罐疗法、乌麻膏贴敷、穴位注射疗法迅速缓解疼痛, 配合口服痛风验方加强止痛效果; 缓解期通过口服中药健脾利湿化痰、疏肝理气, 配合刺络药

物罐调理患者体质, 从而达到巩固疗效和预防复发的目的。笔者有幸侍诊于侧, 现将其内外合治痛风性关节炎经验总结如下, 以飨同道。

1 病机总览: 中焦失运为主, 肝失疏泄为辅

“痛风”中医病名首见于《格致余论·痛风论》, 曰“彼痛风者, 大率因血受热已自沸腾, 其后或涉冷水, 或立湿地, 或扇取凉, 或卧当风。寒凉外搏, 热血得寒, 污浊凝涩, 所以作痛”。根据其临床表现, 痛风可归属于中医学“痹证”“脚气”“白虎历节风”等病证范畴。《医学正传·卷四》云“夫古之所谓痛痹者, 即今之痛风也。诸方书又谓之白虎历节, 以其走痛于四肢骨节, 如虎咬之状, 而以其名名之耳”。金远林教授认为, 中焦失运为主, 肝失疏泄为辅是痛风主要的致病机理。

1.1 中焦失运、痰湿夹瘀为痛风发作之基础

金教授指出, 中焦失运、痰湿内蕴为痛风发作的基础, 临床上, 脾胃运化功能失常、痰湿体质的患者更容易患痛风。而痰湿的产生, 也必然来源于脾胃的代谢功能异常, 以及脾虚而导致的运化功能失常。《素问·经脉别论》云“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”。一方面, 胃受纳饮食, 对其进行腐熟, 脾运化、输布水谷精微及水液。脾主运化、胃主腐熟水谷之功能失常, 运化水液及水谷精微的能力减弱, 从而导致津液的输布产生异常, 积蓄于内, 水饮痰湿由此而生。另一方面, 现代人的生活条件较前改善, 饮食摄入颇为丰富。《金匱要略》“所食之味, 有与病相宜, 有与身为害。若得宜则益体, 害则成疾, 以此致危, 例皆难疗”。若饮食有节, 则饮食化为水谷精微, 成为气血生化的基础;

* 基金项目: 广东省中医师承“薪火工程”项目(粤中医办函[2021]123号); 金远林广东省名中医传承工作室建设项目(粤中医办函[2018]5号)

△通信作者

但若饮食无度,嗜食肥甘厚味,则加重脾胃负担,痰湿酿生,正如《景略全书》云“自内而致者,以肥甘度,酒醋无节,或多食乳酪湿热等物,致令热壅下焦,走注足胫,而日渐成肿痛,或上连手节者”。《张氏医通·卷六·痛风历节》有云“肥人肢节痛,多是风湿痰饮流注”。以上两方面因素的影响下,造成痰湿凝聚于体内,气机被遏,清阳受困,则中焦水湿更甚,如此形成恶性循环,痰湿之体因此而成。同时,痰湿日久化热,灼伤脉络,导致血运不畅,瘀阻经脉。水液代谢的障碍、脉络的瘀阻导致尿酸无法正常排出,长此以往,形成尿酸盐结晶沉积在肢体关节处,不通则痛,发为痛风。所以,患者的痰湿体质若不能改变,血尿酸的代谢就无法恢复正常。因此,恢复中焦运化功能,改变患者的痰湿体质尤为重要。

1.2 肝失疏泄、木郁土壅为痛风反复之关键

金教授发现,临床上大部分痛风患者虽长期口服西药、控制饮食,但稍有不慎血尿酸轻微反弹,就容易发生痛风。痛风反复发作,给患者带来莫大的痛苦。金教授认为,肝失疏泄、木郁土壅为痛风反复发作的关键所在。唐容川在《血证论·脏腑病机论》中有云“木之性主于疏泄,食气入胃,全赖肝木之气以疏泄之,而水谷乃化;设肝之清阳不升,则不能疏泄水谷”。只有肝之疏泄功能正常,肝升则脾升,脾升则胃降,脾胃升降相因,相辅相成,中焦枢机运转,升降清浊功能才能维持正常。清代周学海《读医随笔·卷一》有记载“脾主中央湿土……其性镇静……静则易郁,必借木气以疏之……故脾之用主于动,是木气也”。脾乃阴土,性善壅滞,易致郁,须借助肝的疏泄功能才能避免出现阴凝壅滞之证,进而维持其正常的运化功能。可见,脾胃的运化与肝的疏泄作用密不可分,《素问·宝命全形论》中记载“土得木而达”,肝疏泄功能失常,则脾不升清、胃不降浊,木郁土壅,水液代谢失调,湿邪内蕴难以除净,导致痛风反复发作。因此,在健运中焦之时应勿忘疏肝理气,这是预防痛风反复发作的关键。

2 内外合治,法随期立

基于中焦失运为主,肝失疏泄为辅的病机,金教授根据多年临床经验,指出痛风疗法应随病程发展之不同时期而灵活选择。第一部分就是疼痛发作时,当下的治疗。急则治其标,对痛风急性期患者应首选刺络药物罐疗法,在红肿疼痛局部进行刺络药物罐治疗,将堆积在该部位的血尿酸及其他炎性致痛物质迅速地拔出体外,疼痛便可很快减轻。随后配合乌麻膏贴敷于疼痛局部,维持长效止痛效果。若患处红肿疼痛仍然比较剧烈,可以再配合穴位注射疗法。外治的同时应配合口服痛风险方加强止痛,以取速效。第二部分是痛风缓解期,使用痛风险方进行辨证论治,开具的药方在治法上注重健脾利湿、清热化痰,兼以疏肝理气、活血化痰。同时配合刺络药物罐疗法调理脏腑,从而达

到改善患者体质、预防复发的目的。如此内外合治,治疗方案因期制宜,步骤清晰,标本兼顾,疗效显著。

2.1 外治法

2.1.1 刺络药物罐疗法:急性期拔毒外出,缓解期调理脏腑 刺络药物罐疗法分为两个部分:刺络法和药物罐疗法。刺络法主要通过三棱针或其他针刺工具刺破人体某些腧穴、表浅络脉等部位,使得血液流出一定的量,从而达到治疗疾病的目的。正如《黄帝内经》所言“病在脉,调之血;病在血,调之络”“络病者,调之其孙络血”。拔罐疗法是中医疗法的重要组成部分之一,古称“角法”^[4]。古时多使用兽角作为器具进行拔罐,故此得名。现代则多使用玻璃罐。根据“血实宜决之,宛陈则除之”的治疗原则,金远林教授结合多年临床经验,将刺络法和拔罐疗法创造性地有机结合,易玻璃罐为传统竹罐,形成了独特的刺络药物罐疗法^[5]。

刺络药物罐疗法使用金教授自主研发的自动放血笔,笔芯内部置有弹簧,每按压一次笔头,针尖即可自动回弹,刺入速度快,大大降低了患者对刺络的恐惧感。笔套设计为上端可旋紧固定于笔身、下端可接触固定于患者皮肤的空心管,按压笔头后,针尖便突出于笔套下端2~3 mm左右,使得透皮深度安全、适宜,同时,笔套、针尖、竹罐均为一次性用品,让患者更放心接受治疗。刺络药物罐疗法所使用的竹罐均选用直径约1.5~2.5 cm、长度约6~8 cm大小的竹罐,可以灵活地吸附在关节附近,确保了治疗部位的准确性,避免了传统玻璃罐罐口过大,吸附困难的弊端。小巧的罐身冷却时产生负压,罐内空间有限,形成适度的吸力,使得拔出的血量适度,避免了过度出血,保证了治疗的安全性。药包内的药物由五倍子、川芎、红花、当归、乳香、没药、紫苏木、鸡血藤、路路通、伸筋草组成。川芎为“血中之气药”,味辛性温,善行于经络之间,活血行气,散瘀止痛;红花辛散温通,入血分,可以活血通经,祛瘀止痛,苏木活血祛瘀,消肿止痛,《本草经疏》云“苏木辛能走散,咸可入血,主下降,所以能够辛散败浊瘀血,并导归浊道,这样血脉清宁,诸症自愈”。川芎、红花、紫苏木三药合用,共奏活血祛瘀、通络止痛之功。乳香、没药活血,消肿止痛,张锡纯在《医学衷中参西录》有言“乳香、没药,二药并用,为宣通脏腑、流通经络之要药……其通气活血之力,又善治风寒湿痹,周身麻木,四肢不遂及一切疮疡肿痛,或其疮硬不痛……虽为开通之品,不至耗伤气血,诚良药也”。乳香、没药二药合用,加强全方活血止痛之效。五倍子收敛止血,当归、鸡血藤补血活血,使得全方活血而不伤血,祛瘀而不伤正。路路通祛风活络,利水通经,伸筋草祛风除湿、舒筋活络,辛温善行、走而不守,二药合用,加强通络之功效。以上诸药合用,与竹罐共同煮沸,药力渗透罐身,竹罐内高温的水蒸气由于温度降低,从而形成负压,使得竹罐具有吸力,伴随着药力、热力,

刺络部位的瘀血得以顺利排出。

刺络药物罐疗法的操作步骤是先将中药包、竹罐、适量的水放入锅中煮沸,操作者对双手进行常规消毒后,将一次性无菌针头插进放血笔笔头中,再旋紧无菌笔帽。根据针灸选穴原则,选取合适的穴位为刺络部位,对其用碘伏进行常规消毒后,将无菌笔帽下端固定于患处,按压自动放血笔将皮肤刺破,再将竹罐从锅中捞出,罐口快速轻过冷的无菌水,然后拔于患处。留罐3~5 min后取罐,并用无菌棉签清理血污,再予以常规消毒。

刺络药物罐疗法兼具了刺络、拔罐、药物熏蒸的作用,痛风急性期的患者治疗的部位为双下肢肿痛局部的阿是穴,对阿是穴进行刺络药物罐疗法,可使局部痰湿、瘀血排出,脉络得通,通则不痛^[6]。对于急性期的痛风性关节炎患者,用之恰到好处,故作为其首选治疗方法。对于缓解期的患者仍然可以使用刺络药物罐疗法。与急性期选取阿是穴为治疗部位不同,缓解期治疗部位为背部的背俞穴。背俞穴属足太阳膀胱经,是五脏六腑之气输注于背腰部的重要腧穴。脏腑气血失衡,势必影响其相对应的经脉,于背俞穴使用刺络药物罐疗法,通过“宛陈则除之”使气血调,经络通^[7],调理脏腑功能,使得患者中焦运化、肝之疏泄功能调和,以此改善患者体质,减少痛风复发。

刺络药物罐疗法每周1次,5次为1个疗程。一次拔罐大约使用10~15个竹罐。金远林教授强调,由于拔罐后患者局部腠理大开,故应特别叮嘱患者注意保暖,切勿受寒、涉水,以防寒湿之邪入侵,稽留患处。

2.1.2 乌麻膏贴敷:长效止痛,巩固疗效 刺络药物罐疗法主要是在门诊进行操作,若患者无法及时求医,可以选用乌麻膏治疗,其具有方便携带、长效止痛的特点,亦可为刺络药物罐疗法巩固疗效。乌麻膏是金远林教授从事中医学习、工作40余年,在临床中不断验证和总结,经过反复改良、优化制作而成的一种治疗肢体关节疼痛的膏药。其主要成分为制川乌、制草乌、乳香、没药、大黄、冰片、细辛、白芷。《格致余论·痛风论》曰“彼痛风者,大率因血受热已自沸腾,其后或涉冷水,或立湿地,或扇取凉,或卧当风。寒凉外搏,热血得寒,污浊凝涩,所以作痛”。这表明,血热当风遇湿受寒,污浊凝滞于经脉是引起痛风发作的主要原因之一。方中的制川乌、制草乌辛热苦燥,祛风除湿、温经止痛,起到祛除风寒湿邪之功效,现代药理研究表明,乌头类药物中的乌头碱、新乌头碱等成分能明显抑制各种炎症,具有良好的镇痛效果^[8-9]。大黄味苦性寒,外用清血热、破瘀血、消肿痛、祛瘀生新。《日华子本草》“通宣一切气,调血脉,利关节……并敷一切疮疖病毒”。冰片味辛,苦,性凉,《本草经疏》载称“天然冰片其香为百药之冠,芳香之气能避一切邪恶、辛烈之性,能散一切风湿”。外用可清热止痛。冰片、大黄二药合用,可使血

热得清。以上四药合用,可改善“热血得寒”的状况。乳香、没药为临床中常用的活血化瘀止痛的药对,二者主要成分中的萜类成分KTDA、FSA在治疗炎性疼痛方面发挥重要作用,且二药联合使用可提升镇痛效应^[10]。白芷、细辛味辛性温,二药均辛香善走窜,善祛风止痛,通经力强。二药常相须为用,为祛风止痛常用对药。现代药理研究表明,白芷、细辛具有抗炎镇痛、抗氧化、免疫调节等多种药理作用^[11-12]。诸药合用,共奏清热散寒、活血祛瘀、通络止痛之功。

乌麻膏的使用方法是每天1贴,嘱患者清洁皮肤后,擦干水液,将乌麻膏敷于患处,每次贴敷4~6 h,5 d为1个疗程。使用期间嘱患者注意观察皮肤情况,若出现瘙痒、红疹等过敏现象,则酌情缩短贴敷时间或暂停用药。

2.1.3 穴位注射疗法:以痛为腧,痼疾得愈 经过前两种治疗方法,大部分急性期患者的疼痛程度可明显下降,疼痛部位面积可迅速缩小,少数患者仍存在某些顽固痛点。对此,金教授常常使用穴位注射疗法进行治疗。穴位注射疗法又称“水针”,是在穴位内进行药物注射的一种操作技术,以中医理论为指导,以药理为基础,经穴位给药,将经络腧穴及药物的药效作用结合在一起,从而达到治疗疾病的目的^[13]。痛点给药,方式直接、有效,弥补了口服药物经代谢后作用于局部药效减弱的不足,故对顽固性的疼痛治疗效果佳。穴位注射使用的药物为复方当归注射液。复方当归注射液主要成分为当归、川芎、红花的提取物,三药均为活血化瘀止痛的常用药。当归与川芎,辛散温通,《本草正义》云“当归,其味甘而重,故专能补血,其气轻而辛,故又能行血,补中有动,行中有补,诚血中之气药,亦血中之圣药也”。川芎性善走窜,通达周身,以行气为最。二者皆为血中之气药,实具通达气血的功效,又善止痛,相须为用,共奏活血行气、祛瘀止痛之功。红花味辛,性温,活血通经、祛瘀止痛。同时,现代研究表明,其主要活性成分红花黄色素具有抗炎镇痛的药理作用^[14]。金教授在对顽固痛点进行穴位注射之后,常在注射部位配合使用围刺法。围刺法是在《灵枢经·官针》中十二刺之“扬刺”和五刺之“豹文刺”的基础上发展而来,在《灵枢经·官针》篇记载着“扬刺者,正内一,旁四针,而浮之,以治寒气之博大者也”“豹文刺者,左右前后针之,中脉为故,以取经络之血者,此心之应也”。研究表明,围刺法能改善痛风关节炎患者局部的血液循环,具有抗炎、止痛、调节代谢的作用^[15]。

穴位注射的操作步骤如下,首先视疼痛部位让患者选取仰卧位或者侧卧位,然后以痛为腧,对痛点进行常规消毒,使用注射器抽取复方当归注射液,快速浅刺进针,待患者得气,回抽注射器无血液后,即可对痛点进行注射,每个痛点注射约0.5~1 mL药物。之后迅速出针,使用无菌棉签迅速按压针眼,防止出血及药液渗

出。接着在针眼周围使用一次性无菌针灸针进行围刺,留针20 min,期间使用红外线灯照射。穴位注射治疗为1日1次,隔日1次,每周3次为1疗程。金教授指出,进行穴位注射后,应当对针眼处进行创可贴贴敷,嘱患者注意足部护理,保持局部干燥,防止出现感染。

2.2 内治法:辨证论治,标本兼顾

金教授根据多年临床经验,从中医理论出发,基于中焦失运、痰湿夹瘀,肝失疏泄、木郁土壅的病机,总结出具有中医特色的痛风验方,并根据痛风急性期和缓解期的不同,辨证加减。该验方主方由柴胡、黄芩、车前草、泽泻、土茯苓、白花蛇舌草、牡丹皮、赤芍、丹参、红花组成。其中,柴胡和黄芩各10 g为金教授常用于调节肝之疏泄功能的药对。柴胡性味苦微寒,气质轻清,入肝经,可疏散少阳经中之邪,同时疏理少阳气郁。黄芩味苦、性寒,清热燥湿、泻火解毒。柴胡升肝气,黄芩苦寒降胆热,二药合用,既升散透达,又疏利清泄,一升一降,调整着阴阳转换的枢机,保证少阳经气运行顺畅,肝胆之疏泄敷和,从而脾胃之气调和^[16]。

金教授进一步指出,深圳为岭南之地,临近海洋,全年气候炎热、潮湿,长居于此,难以避免湿邪的侵袭。湿性重着、黏滞。脾喜燥恶湿,若遭湿邪侵入体内,与早已酿生的内湿相合,则壅于中焦,日久化热,湿热蕴结,这亦是居于南方的痛风患者症状反复发作的原因。金教授根据岭南地域、气候以及居民体质特点,常于方中加入土茯苓、白花蛇舌草各30 g。《本草正义》“土茯苓,利湿去热,能入络,搜剔湿热之蕴毒”。土茯苓解毒除湿、通利关节,入肝、胃二经,既善清肝胆湿热,又可燥脾胃湿热。白花蛇舌草苦、甘,寒。归心、肝、肺经,可清热解毒、利尿通淋,引湿热之邪从小便而去,二药合用,湿热得清,肿痛可除。车前草性寒,味甘,归肝、肾、肺、小肠经,具有利尿通淋、渗湿止泻、凉血解毒、清热祛痰的功效,《神农本草经》中被列为上品“利小便,除湿痹,久服轻身耐老”。泽泻性寒,味甘、淡,归肾、膀胱经,《神农本草经》“主风寒湿痹,乳难消水,养五脏、益气力”。二药合用,共奏清热利湿之功,配合土茯苓、白花蛇舌草,使邪有出路,共同使湿热之邪从小便而出。对于痰湿蕴结,日久化热,灼伤血络形成的瘀,金教授多用牡丹皮10 g,赤芍10 g,丹参15 g,红花5 g。牡丹皮苦辛、凉,入心肝肾经,为清热凉血、活血化瘀之良药。赤芍味苦,微寒,苦能泄散,微寒能清,专入肝经,既善清肝火除血分郁热而凉血,又善活血化瘀而止痛。二药合用,凉血活血、化瘀止痛之力倍增。丹参味苦,微寒。归心、肝经,有活血祛瘀、凉血消痛的功效,《名医别录》“无毒,主养血,去心腹痼疾、结气,腰脊强,脚痹,除风邪留热,久服利人”。红花性温味辛,归心、肝经,主要功效为活血通经,祛瘀止痛。二者配伍使用,具有寒温并用,相反相成,阴阳并调之功,

加强全方活血散瘀之功效。

2.2.1 急性期侧重清利湿热,祛瘀通络 对于急性期患者,缓解疼痛为治疗首要目标,因此外治尚需配合中药内服以取速效。在主方基础上,加虎杖、茵陈、金钱草各10 g,马鞭草、路路通各10 g。虎杖、茵陈二药味微苦,性微寒,合用可清利湿热,金钱草利湿清热,现代药理研究表明,金钱草中槲皮素、木犀草素、异鼠李素等活性成分通过抑尿酸生成、促进尿酸排泄和改善炎症方面发挥治疗痛风的作用^[17]。马鞭草味苦性凉,清热解毒、活血化瘀、路路通味苦,性平,祛风活络,利水,通经,二药合用共奏清热祛瘀、通络止痛之功。

2.2.2 缓解期侧重和中疏肝、调理体质 对于缓解期患者,金教授强调减少复发是重点,良好的预后除了患者饮食起居上配合之外,尚需调理患者的痰湿体质。针对“中焦失运为主,肝失疏泄为辅”的病机,治法上以健脾和中、利湿化痰为主,兼以疏肝理气以此调理患者体质。因此,缓解期在主方基础上,加入茯苓、山药、薏苡仁、炒鸡内金、炒稻芽、炒麦芽、川楝子。方中使用茯苓、山药、薏苡仁各30 g,3药均为健脾祛湿的要药。茯苓味甘淡,性平,归脾、肺、肾经,《用药心法》中记载“茯苓,淡能利窍,甘以助阳,除湿之圣药也”,补而不峻,利而不猛,既能扶正,又可祛邪。山药味甘性平,归脾、肺、肾经,具有补脾养胃的功效。《神农本草经》中记载山药“主健中补虚,除寒热邪气,补中益气力,长肌肉,久服耳目聪明”。薏苡仁味甘、淡,性凉,归脾、胃、肺经,具有健脾、利水渗湿、解毒散结的功效,既利又补。三药合用,共同调理中焦脾胃,使脾胃运化功能增强,水谷精微及水液得以正常疏布,则痰湿无处化生。考虑到痛风性患者发作多与饮食不节有关,方中加入炒鸡内金15 g,炒稻芽、炒麦芽各30 g。炒鸡内金健胃消食,归经脾、胃、肾、膀胱经。张锡纯有云“不论脏腑何处有淤积,鸡内金皆能消之”。由此可知,炒鸡内金不仅可健运脾胃,消食化积,同时对尿酸沉积在关节形成的淤积也有消散作用;炒稻芽、炒麦芽均性温,味甘,归脾、胃经。炒稻芽具有和中消食、健脾开胃的功效,《本草纲目》云“消导米面诸果食积”。炒麦芽行气消食,健脾开胃,《医学启源》“麦芽补脾胃虚,宽肠胃”。诸药合用,帮助脾胃运化。众多研究表明,以健脾为法的方剂通过调节机体代谢、促进尿酸排泄、改善肾脏炎症达到降低尿酸水平的作用^[18]。川楝子味苦,性寒,具有疏泄肝热而解郁止痛之功,加强主方中柴、芩疏肝之效,木条达则土无壅,中焦转枢之机畅然无碍。

3 病案举隅

患某,男性,41岁。2022年3月10日就诊。主诉:反复关节肿痛4年,再发加重1周。患者于4年前无明显诱因出现关节肿痛,以右足第一跖趾关节为主,就诊于当地医院,查尿酸450.00 $\mu\text{mol/L}$,诊断为:痛风性关

节炎。予抗炎止痛、降尿酸等治疗后患者症状改善。后患者关节肿痛反复发作,先后累计双足第一跖趾关节、第二跖趾关节,自行服用抗炎止痛药物后症状好转。近1周患者压力较大,酗酒后出现左足第一跖趾关节、左足第二跖趾关节肿痛,伴局部皮肤色红、肤温升高、活动受限。服用依托考昔片、甲泼尼龙片后症状稍减轻但未见完全缓解。于我院门诊查白细胞总数 $11.12 \times 10^9/L$, 尿酸 $563.80 \mu\text{mol/L}$ 。现症见:左足第一跖趾关节、左足第二跖趾关节肿痛,局部皮肤发红、肤温升高、活动受限,需扶行行走。平素易口腔溃疡,脱发。口干,略有口苦。纳可,眠一般,大便3日1行,小便调。舌红,边有齿痕,舌苔黄腻,脉弦滑,舌下脉络曲张。西医诊断:痛风性关节炎(急性期)。中医诊断:痛风病(痰湿壅滞、瘀热阻络)。治法:利湿化痰、清热祛瘀、通络止痛。

治疗上,予疼痛部位局部刺络药物罐疗法(仰卧位):阿是穴。乌麻膏5贴(每日1次,每次4~6h)。中药组成:柴胡10g,黄芩10g,车前草10g,泽泻10g,土茯苓30g,白花蛇舌草30g,牡丹皮10g,赤芍10g,丹参15g,红花5g,虎杖10g,茵陈10g,金钱草10g,路路通10g,马鞭草10g,甘草5g。共7剂,水煎服,日1剂,分2次温服。嘱患者注意休息,低嘌呤饮食。

1周后复诊(2022年3月17日),患者诉疼痛大幅度减轻,疼痛范围缩小,可正常缓慢行走,左足第一跖趾关节近端仍有隐痛。继续予刺络药物罐疗法(仰卧位):阿是穴。乌麻膏5贴,再对左足第一跖趾关节近端进行穴位注射治疗(阿是穴)1次。原方继服1周。

三诊(2022年3月24日):患者诉疼痛完全好转,已无疼痛,行动自如。口干口苦减轻。遂予刺络药物罐疗法(俯卧位):双侧膈俞、肝俞、胆俞、脾俞、胃俞、三焦俞。中药在原方基础上,去虎杖、茵陈、金钱草、路路通、马鞭草,加茯苓30g,山药30g,薏苡仁30g,炒鸡内金15g,炒稻芽30g,炒麦芽30g,共7剂,水煎服,日1剂,分两次温服。

四诊(2022年3月31日):患者诉口腔溃疡改善,无口干口苦,大便通畅,日行1次,舌淡红,齿痕减轻,舌苔淡黄,苔腻,脉弦滑。舌下脉络不显。续服2周,诉已无口腔溃疡,焦虑情绪缓解。此后半年,患者间断在我科门诊开具中药、行刺络药物罐治疗。随访:半年间痛风未复发,期间偶有饮酒、饮食偶有未严格控制。口腔溃疡及脱发均有明显改善。

按语:本例患者痛风病程长,反复发作,此次急性发作是由于情志不舒、饮食不节诱发。《素问·厥论》曰“酒气盛而慄悍”,过量饮酒内伤脾胃,中焦运化功能失司;情志不舒,肝郁气滞,肝失疏泄造成中焦枢机不利,以上两方面因素造成痰热、湿热内蕴,故见口干、口苦、口腔溃疡,大便不畅。痰热、湿热蕴结造成经络不通,“发为血之余”,气血不畅,不能濡养于头面肌肤,故见脱发。同时,

痰湿蕴结日久,热伤脉络化为瘀血阻络,不通则痛。治疗方法上选用刺络药物罐疗法、乌麻膏、穴位注射,配合口服中药迅速止痛。三诊患者足部疼痛已消,进入缓解期,使用刺络药物罐配合口服中药调理体质,预防复发。内外合法标本兼顾,使得患者疼痛快速缓解,其余不适症状亦得以改善,且疗效持久,病情长期稳定。

参考文献

- [1] 韩清华,孙建勋. 内科学[M]. 8版. 北京:人民卫生出版社, 2018:861-864.
- [2] LIU R, HAN C, WU D, et al. Prevalence of hyperuricemia and gout in mainland China from 2000 to 2014: a systematic review and Meta-Analysis[J]. Biomed Res Int, 2015, 2015: 762820.
- [3] 刘维. 痛风及高尿酸血症中西医结合诊疗指南[J]. 中医杂志, 2023, 64(1): 98-106.
- [4] 陈泽林. 中国罐疗法溯源——《五十二病方》角法研究[J]. 天津中医药, 2013, 30(2): 87-89.
- [5] 金远林,傅诗书,周鹏. 实用中医特色疗法大全[M]. 北京:中国科学技术出版社, 2018:66.
- [6] 马颖露,陈日兰,彭杰,等. 刺血疗法治疗痛风性关节炎临床取穴规律的数据挖掘研究[J]. 中医医学报, 2021, 49(8): 37-41.
- [7] 李艺文,邝盈妍,陈颖,等. 金远林教授运用刺络药物罐疗法经验[J]. 中医导报, 2021, 27(10): 198-200.
- [8] 王瑞,王秋红. 川乌炮制历史沿革以及现代应用研究进展[J]. 中南药学, 2021, 19(5): 915-920.
- [9] 高雅,郭文勇,廖翠平,等. 草乌的研究进展及质量标志物预测[J]. 中华中医药学刊, 2024, 42(1): 139-147.
- [10] 赵丽辉,赵子樟,李佳响,等. 乳香、没药活性成分KTDA、FSA及其配伍的抗炎镇痛作用及机制研究[J]. 中药新药与临床药理, 2022, 33(11): 1460-1465.
- [11] 张瑜,张红,李宁,等. 细辛化学成分和药理作用的研究进展及其质量标志物的预测分析[J]. 天然产物研究与开发, 2023, 35(10): 1794-1807.
- [12] 邹菊英,苏维,潘意,等. 白芷化学成分和药理作用研究进展及其质量标志物(Q-marker)的预测分析[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2023, 25(7): 2535-2548.
- [13] 朱瑜琪,王金荣. 穴位注射疗法研究现状及展望[J]. 中医临床研究, 2014, 6(10): 6-9.
- [14] 杨宇,史昌乾,佟杰. 羟基红花黄色素A镇痛作用及机制初步研究[J]. 中南药学, 2019, 17(1): 53-56.
- [15] 谢新群,曹耀兴,李丰,等. 围刺法治疗急性痛风性关节炎疗效对比观察[J]. 中国针灸, 2009, 29(5): 375-377.
- [16] 崔红生,毕伟博. 论少阳枢及其临床意义[J]. 中华中医药杂志, 2016, 31(9): 3433-3438.
- [17] 王佰灵,罗伦,戈振凯,等. 基于网络药理学和分子对接探讨金钱草治疗痛风的作用机制[J]. 天然产物研究与开发, 2021, 33(5): 859-867.
- [18] 朱建平,崔曼丽,字丽丽,等. 从脾治痛风探析[J]. 中国中医急症, 2023, 32(5): 821-825.

(收稿日期 2023-12-30)