

魏合伟教授治疗痛风性关节炎之经验介绍

郑维蓬<sup>1</sup> 魏合伟<sup>1\*</sup> 邓伟捷<sup>2</sup> 刘 彬<sup>2</sup>

(1. 广州中医药大学附属骨伤科医院, 广东 广州 510240;  
2. 广州中医药大学 2012 级硕士研究生, 广东 广州 510405)

**摘 要:**魏合伟教授在学习总结古代医家的理论与方法的基础上, 结合自身临证经验, 针对痛风的治疗提出独特见解, 认为痛风病因病机为“血受热而化浊毒”“余热内伏”, 以清热凉血为主要原则进行立法处方。同时强调辨证与辨病相结合, 临证时又将痛风分急性发作期、间歇期, 并根据岭南地区多湿热等气候特点, 随证加减, 灵活施治。

**关键词:**痛风性关节炎; 中医疗法; 清热凉血; 魏合伟  
**中图分类号:** R 255. 6   **文献标识码:** A   **文章编号:** 1002-168X(2015)03-0041-04  
**DOI:** 10. 13424/j. cnki. jsctcm. 2015. 03. 015

痛风(gout)是嘌呤代谢紊乱和(或)血尿酸升高引起的一组综合征, 临床表现为关节的慢性炎症、痛风石(tophi)、泌尿系结石及痛风性肾病<sup>[1]</sup>。因本病病因病机复杂, 病情缠绵难愈, 临床疗效难以令人满意。魏教授认为本病由于肾、脾、肝功能失调致血中蕴热, 浊毒瘀滞而不得排泄, 初始未甚可不发病, 积日累久, 瘀滞愈甚, 或逢外邪, 饮食不调, 劳累过度等诱因终使热毒瘀结而发, 骨节红肿热痛, 久之深入筋骨, 形成痛风结节, 甚则关节僵肿畸形, 或累及脏腑, 变生他症, 而危及生命。其病机关键是血热浊瘀, 痹阻经络。魏教授治疗上衷中参西, 相兼并用, 重视病机, 分期论治, 筋骨并重, 防治结合, 灵活变通。

1 充分认识病机 注重四诊合参

中医学对“痛风”病名的记载首见于金元时期朱丹溪的《格致余论·痛风论》, 但古代医家早就对此病有所认识及论述, 根据其病因病机及临床表现, 当属古代“历节病”“白虎历节”“脚气病”“痛风”等范畴。导师魏教授临证之多, 诊病细微, 在长期的临床实践中发现大多数患者急性期都表现出实热证候, 证见关节疼痛剧烈, 红肿明显, 扪及局部灼热, 痛不可触, 屈伸不利, 得冷痛减, 遇热加重, 口干口苦, 尿少便干, 舌质红, 苔黄腻, 脉滑数。而急性期过后往往局部热象不明显, 但根据

患者舌苔、脉象及全身证候, 表现出“余热内伏”的症候, 证见关节痛减, 肿或不肿, 局部皮色不红, 或皮肤紫暗, 扪之发热或正常, 日久关节畸形僵硬, 或口干欲饮, 或尿黄, 或大便秘结, 舌质暗红, 苔黄, 脉数。

朱丹溪在《格致余论·痛风论》中说:“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, 迂浊凝涩, 所以作痛。夜则痛甚, 行于阴也”<sup>[2]</sup>。根据朱丹溪所言“血受热已自沸腾”, 并结合自己多年的临床经验, 魏教授认为其病因在于“热”, 病机则为“血受热”, 急性期表现为实热证候, 而间歇期则表现为“余热内伏”的症候。此外, 广东地处于岭南地区, 多湿热, 且久病多瘀, 怪病多痰, 发病亦有所夹杂。

临床上, 魏教授注重中医四诊合参, 对首诊患者更加强调全面、细致地诊查, 询问病史, 发现有无痛风结节及肾脏结石等, 详细了解病程情况, 结合辅助检查, 如 X 线片、B 超、血常规、血尿酸、肾功能等, 以便更好地与其他疾病相鉴别, 如关节或软组织感染导致的局部红肿热痛, 应避免漏诊、误诊。而且当今之人对于常见病有一定的认识, 或曾盲目就医, 其来诊时认定自己就是患痛风病, 定不能不经过详细望、闻、问、切四诊合参, 就轻易下

\* 通讯作者: 魏合伟, 医学博士, 教授, 研究方向: 中医骨伤科临床、教学、科研, E-mail: whwhou@163.com。

“痛风”诊断,一旦误诊,延误病情。

## 2 强调分期论治 辨明标本缓急

魏教授认为,发病急,肿痛甚,体质壮实者以标实为主;病程长,肿痛轻,体质虚弱者常表现虚实夹杂。根据患者临床症状及体征,可将其分为急性期和间歇期进行辨证论治。临床上患者因痛风难忍,在痛风急性发作期前来就诊,辨为实证,当务之急应以清热凉血、解毒驱邪为主,使用经验方“清热凉血方”辨证加减治疗(以水煎服,每日1剂,服用1周)。急性期可辅以依托考昔,该药功能主治急性痛风性关节炎,每次120 mg,每日1次,一般连续服用3天,以迅速缓解急性发作的症状,减轻患者疼痛为目的;而间歇期则继续按照“清热凉血方”辨证加减(以水煎服,每日1剂,4周为1疗程),同时辅以别嘌醇,调理体质,减少体内尿酸形成,使尿酸维持在较低水平,防止因尿酸波动,结晶盐析出导致痛风的急性复发。

痛风为体内嘌呤代谢紊乱,尿酸生成过多或者排泄障碍所致的一组慢性疾病<sup>[3]</sup>,魏教授认为“血受热而化浊毒”始终贯穿发病全程。主张用药宜凉润平和之品为主,凉而不过寒,润而不过腻;不宜重用苦寒峻猛之品,恐其过分伤正,得不偿失。笔者跟随导师多年临床实践,导师魏教授所用中药方为其临床经验方清热凉血方,组方为:蒲公英、紫花地丁、瞿麦、茵陈、赤芍、白术、茯苓、陈皮、黄柏、知母、甘草等。总治疗原则为清热凉血,再根据不同症候加以利湿、化浊、活血、健脾、益气、补肝肾等。

蒲公英性清凉,治一切疔疮、痈疡、红肿热毒诸症;地丁长于退热,血热壅滞、红肿焮发之外疡宜之,故两药共为君药,共奏清热解毒,凉血散结的作用<sup>[4]</sup>;瞿麦,《神农本草经》:味苦,寒,主关格诸癰结,小便不通,下闭血,起到清热利水,破血通经的功效;茵陈主清热利湿、退黄之功效,现代药理研究表明其有保护肝功能、解热、抗炎等作用;瞿麦与茵陈两者共为臣药,起到清热利湿,通经利尿之效,排出血中浊毒;赤芍,《名医别录》言其“主通顺血脉,散恶血,逐贼血”,本品苦微寒,既清血分实热,又散瘀血,以清血分瘀热祛邪止痛<sup>[5]</sup>;朱丹溪谓:“阴常不足,阳常有余,宜常养其阴,阴与阳齐,则水能制火,斯无病矣。”故方中用黄柏、知

母苦阴之品,滋阴降火,平相火而保血中真阴,且黄柏清热燥湿,以除湿热下注之红肿热痛。然湿热虽下注,其本在脾,以白术、茯苓、陈皮三药合用健脾燥湿,同时防止君药寒凉伤胃之弊,又合黄柏苦寒沉降,清下焦湿热,解湿热疮毒,诸药相合清流洁源,标本兼顾;甘草作为使药,有解毒功效,既防止君药苦寒败胃,又可缓和上药辛燥之性。以上诸药合用使阴分之热毒清解而消,又能使血中之湿热利尿而去。然病多有夹杂,临证时需辨证加减。瘀热重者加金银花、丹参、牡丹皮;湿热重者加赤小豆、龙胆草;阴虚重者加生地、山茱萸、白芍、麦冬;痛风石者为湿瘀成痰加半夏、制南星、威灵仙、地龙;关节僵直变形剧痛者,为久痛入络,痰瘀凝结,需加虫类搜剔,如全蝎、蜈蚣、地龙;日久不愈,腰膝酸软者,为久病及肝肾,加怀牛膝、杜仲、续断。不同证型均可配合凉血止痛膏药(经验配方:大黄、黄芩、黄连、黄柏、冰片等)外敷,每日1至2次,起到清热解毒,凉血散瘀,消肿止痛的作用。同时,必须重视饮食方面的调理,少食或禁食肥甘厚味之品。

## 3 师古不泥 中西结合

魏教授临床治疗痛风性关节炎,以中医辨证论治为主,中西合璧,每获良效,但部分以膝关肿痛为首发症状的患者因为诊治延误或不及时,可能经长期保守治疗效果不佳,症状反复发作。临床上发现患者从第一次痛风急性发作,到慢性痛风石期的形成,病程长短不一。当体内痛风结石形成,大量的尿酸结晶就会开始沉积在关节腔内组织,产生滑膜炎,使症状反复发作,严重影响患者功能活动及生活质量,此时可考虑关节镜微创手术治疗。关节镜下表现一般可呈滑膜肿胀增厚,白色结晶物呈点状、片状甚至成堆沉积在关节腔内的组织表面。手术采用髌下内、外侧入路,首先用大量生理盐水(或碳酸氢钠溶液)对膝关节腔灌洗,将炎症物质冲洗出来;检查关节腔内各组织结构有无异常及损伤(如软骨、半月板),利用射频气化刀清理关节面的痛风结晶,刨削器将尽可能刨除增生并沉积有尿酸盐结晶的滑膜。如果使用刮勺在机械清理沉积在软骨、半月板、韧带表面的乳白色结晶时,应该注意强行清理易造成关节组织的损伤。术中应用大量生理盐水将关节腔内

碎屑进行冲洗干净,对合并有半月板撕裂、软骨损伤的一并处理,术后坚持运用中医药辨证治疗。

针对关节镜术后的常规处理,使用棉花腿对患肢适度加压,并配合患膝冰敷,1天3次,每次20分钟,持续1周,以达到止血消肿和减轻疼痛的目的。垫高患肢,患膝制动1周,嘱患者多活动足趾,并练习踝泵、直腿抬高及股四头肌静力性收缩等,利于患肢消肿,并防止下肢静脉血栓形成;鼓励早期功能锻炼,逐渐加强力量与频率;术后1周开始于床上逐渐练习患膝伸屈活动;进行了半月板缝合、成形或者软骨损伤经过修整治疗的患者,术后4周才开始部分负重锻炼。必须强调的是,术后饮食调理极为重要,应限制膏粱厚味、忌酒、咖啡、海鲜、动物内脏及酸性食物,饮食宜清淡,多饮水,碱化尿液,以增强尿酸浊毒的排泄。避免饮酒、吃海鲜、动物内脏等高嘌呤食物。

痛风性关节炎晚期,受累关节呈非对称性不规则肿胀,进行性强直、僵硬,以及持续性疼痛,广泛破坏并有较大皮下结节形成,终致病变关节畸形而丧失功能,最常见的发病部位是膝关节。目前,关节镜手术虽然可以清除关节中沉积的尿酸盐结晶,但是不能矫正关节的畸形和恢复关节的功能,魏教授利用人工全膝关节表面置换术治疗晚期痛风性膝关节炎,亦取得良好疗效。

#### 4 坚持中医“治未病”思想,重视防治结合

导师魏教授重视中医“治未病”思想在痛风性关节炎治疗中的指导意义,亦主张未病先防、既病早治及防变的原则<sup>[6]</sup>。

在无症状高尿酸体质期,患者并没有发作关节炎、痛风石的情况,由于无明显临床症状,常常不被患者所重视。长期处于高尿酸体质后,在诱因(外伤、大量饮酒、药物、感染、暴饮暴食等)的作用下,随时会诱发急性痛风发作<sup>[7]</sup>。将“治未病”的思想运用到实践来,在急性痛风发作之前,有效地控制血清中尿酸的水平,可以减少急性痛风的发生率。魏教授认为,此阶段患者并无明显症状,但临床上多见患者体型偏胖,或口苦口干,或头昏如裹,或食欲偏差,或痰多,或肢体困重,或舌质红、苔黄腻,脉滑数等,辨证为热邪内伏,兼夹有痰、湿、浊、毒等邪气,可采用“清热凉血方”辨证加减(以水煎服,每日1剂,4周为1疗程),起到清热

凉血,利湿祛痰,排泄浊毒之功效,使邪有出路,防止邪气痹阻经络,从而达到预防痛风关节炎急性发作的目的。

在痛风发作阶段,魏教授强调疾病的早期诊断、早期治疗,可防止远期并发症(如痛风石、肾功能不全甚至尿毒症等)的发生,“既病早治、防变”是中医“治未病”的理念所在。急性痛风性关节炎发作缓解后,常常复发,复发的频率和程度因个人体质差异不同。若急性关节炎反复发作,间歇期逐渐缩短,发作次数增多,症状持续时间延长,经久不愈,将逐渐形成慢性痛风性关节炎,可使关节肿胀畸形,痛风石形成,尿酸盐沉积于内脏表面,引起肾功能不全、尿毒症、心脑血管疾病等<sup>[8]</sup>。将中医“治未病”思想应用到此阶段,强调早期系统治疗,可减少复发,防止各种并发症的复发,保护内脏避免受损害。

#### 5 主张筋骨并重、动静结合

魏教授亦重视非药物疗法,功能锻炼不可或缺,强调筋骨并重、动静结合的指导原则。他认为人体是一个有机整体,除了应该充分认识其病因病机,运用中医药辨证论治之外,临床上指导患者积极进行相关功能锻炼,效果相得益彰。痛风急性期疼痛较剧时,强调休息静养,需卧床休息,抬高患肢,尽量保护受累部位免受损伤;同时避免行走、站立时间长、用力过度等,以减轻局部炎症反应。急性期过后,患者疼痛明显减轻,或不痛,或活动不适感,此阶段可通过手法治疗(推拿、按摩等)及自主功能锻炼,嘱患者进行患肢不负重或部分负重练习,加强踝泵、直腿抬高、股四头肌静力锻炼,改善下肢的血液循环,促进机体新陈代谢,加强肌肉的保护作用,减少关节粘连而致活动障碍。

痛风常常会引起下肢足、踝、膝等关节肿痛,这让不少患者因为疼痛而拒绝运动。其实痛风并非运动的禁忌证,相反适当的运动还是治疗痛风必要的辅助措施,因为有助于尿酸的排泄,缓解痛风的症状。多数痛风患者合并有肥胖、高血脂、高血压、高血糖等病症<sup>[9]</sup>,运动也有助于控制体重、调节血脂、降低血压、改善胰腺和心肺功能等作用。魏教授认为痛风患者运动宜少量多次,不宜过急、过猛、过度,应从少量运动开始,逐渐增加运动



# 方剑乔教授治疗皮肤顽疾临床经验摘要

王超 陈露妮 陈利芳 方剑乔

(浙江省中医药大学第三临床医学院, 浙江 杭州 310000)

**摘要:**中医学将皮肤病的主要致病因素常归结于风夹杂寒、热、湿等诸邪, 瘀滞过久, 则生毒邪, 方教授结合玄府理论, 从风邪入手, 采用开玄解毒法, 拟麻黄连翘赤小豆汤, 随证加减, 临证用于治皮肤顽疾, 每收良效。

**关键词:**麻黄连翘赤小豆汤; 皮肤顽疾; 经验

**中图分类号:** R 275 **文献标识码:** A **文章编号:** 1002-168X(2015)03-0044-03

**DOI:** 10.13424/j.cnki.jsctcm.2015.03.016

方剑乔教授, 男, 教授, 博士生导师, 是2013年全国名老中医药传承专家, 目前, 主持或完成国家973计划课题、国家自然科学基金及浙江省自然科学基金等多项课题。从事针灸基础与临床研究三十余载, 学验俱丰, 在中医中药尤其对经方的应用方面, 颇具心得, 并取得较好疗效。笔者跟师三年余, 仔细观察方老师临床诊疗过程, 现将其利用麻黄连翘赤小豆汤加减治疗皮肤顽疾的临床经验总结如下, 以飨同道。

## 1 病因病机

皮肤病病因虽较复杂, 但探本求原, 多归于风, 且有内风、外风之别。风为百病之长, 善行而数变, 多夹杂寒、湿、热诸邪, 邪气经腠理进入肌肤之间, 与气血相搏, 致使气血运行障碍, 机体脉道经络瘀浊堵塞, 诸皮损症状叠现。邪气亢盛, 淤滞过久, 败坏形体, 转化为毒, 毒系脏腑功能和气血运行失常使体内的生理或病理产物不能及时排除, 蕴积体内过多而成<sup>[1]</sup>。毒邪既是病理产物, 又

量与运动时间。每周运动2~3次, 每次20分钟左右, 少量出汗为宜。因为运动强度过大而导致体内的乳酸过多, 进而抑制肾脏排泄尿酸, 而诱发痛风。魏教授同时认为痛风患者不能过度疲劳, 劳倦的身体抵抗力下降, 且剧烈运动使出汗增加, 血容量、肾血流量减少, 尿酸、乳酸等排泄减少, 亦可诱发痛风。魏教授认为散步、慢跑、骑车、游泳等运动最适宜痛风患者锻炼。运动前应该充分热身, 运动前后要注意补充水分, 如果运动过程中出现轻微的关节炎发作等痛风症状时, 要立即停止运动, 避免加重损伤。

综上所述, 魏合伟教授对痛风性关节炎的治疗思路清晰而且针对性强, 师古不泥, 中西合璧, 灵活施治, 使患者每每受益, 其临床经验应值得借鉴。

## 参考文献

- [1] 胥少汀, 葛宝丰, 徐印坎. 实用骨科学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2009: 1356.
- [2] 王晓佳, 李莉伟, 王小强. 清热利湿凉血法治疗痛风性

关节炎急性期60例[J]. 光明中医, 2010, 25(9): 1639-1640.

- [3] 王洪, 孟春庆, 文昌明, 等. 关节镜下诊治膝关节痛性关节炎[J]. 中国内镜杂志, 2012, 18(8): 832-836.
- [4] 黄梓基. 清热凉血方治疗痛风性关节炎的临床研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2011.
- [5] 赵书锋, 龙旭阳, 段富津. 段富津教授治疗痛风经验[J]. 中医药信息, 2006, 23(1): 45-46.
- [6] 睦蕴慧, 殷海波, 石白. 从中医“治未病”思想探讨高尿酸血症及痛风的防治[J]. 北京中医药, 2013, 32(1): 44-46.
- [7] 吕厚山. 人工膝关节置换术前必读[M]. 北京: 北京大学医学院出版社, 2014: 49.
- [8] 段小军, 杨柳, 唐康来, 等. 关节镜手术在痛风性关节炎诊治中的应用[J]. 中国内镜杂志, 2005, 11(12): 1249-1251.
- [9] Qiu R, Shen R, Lin D, et al. Treatment of 60 cases of gouty arthritis with modified simiao tang[J]. J Tradit Chin Med, 2008, 28(2): 94-97.

(收稿日期: 2014-08-11 编辑: 王益平)