

# 金明秀教授治疗痛风性急性关节炎经验

杨彩霞, 指导: 金明秀

(辽宁中医药大学, 辽宁 沈阳 110032)

**摘 要:**随着生活水平的提高, 人们摄入的高嘌呤食物也相应增多, 同时加之饮酒、药物、外伤、铅中毒、内科疾病及外科手术等诸多原因的影响, 均可引起人体内血尿酸水平的升高, 从而使痛风性急性关节炎的发病率升高, 给患者的生活、工作带来诸多不便。金明秀教授在长期的临床实践中总结了一套独特的治疗痛风性急性关节炎的经验, 在临床应用中每获效满意。

**关键词:**痛风性; 急性; 关节炎; 嘌呤; 驱痛汤

中图分类号: R259.932.1

文献标识码: A

文章编号: 1009-5276(2006)08-1425-02

痛风(Gout)是一组嘌呤代谢紊乱所致的慢性代谢紊乱疾病。其主要临床特点是体内尿酸产生过多或肾脏排泄尿酸减少, 引起血尿酸升高, 形成高尿酸血症及尿酸盐结晶, 沉积所致的特征性急性关节炎、痛风石、间质性肾炎, 严重者呈关节畸形及功能障碍<sup>[1-3]</sup>。

古代文献中痛风被称为“帝王病”、“富贵病”, 因痛风是“平素恣食膏粱厚味”, 以致湿热内蕴, 兼因外感而发病。据近年来的流行病学学调查结果表明, 痛风已成为一种世界流行的疾病, 亚太地区及环太平洋地区的痛风发病率已高于欧洲及美洲国家和地区。如在我国台湾地区, 痛风是一种常见的疾病, 30岁以上的成年人中, 高尿酸血症的发病

率高达 1.73%, 其中 1.16% 发展为痛风。同时指出: 痛风的发病率与经济发达程度和生活水平高低, 生活节奏快慢等因素呈正相关。而急性关节炎又是痛风常见的首发症状, 是尿酸盐结晶沉积引起的炎症反应。其典型发作起病急骤, 多于午夜因剧痛而惊醒; 最易受累部位是第一跖趾关节, 常呈红肿热痛, 可有关节腔积液, 也可伴发热, 白细胞增多等全身症状<sup>[1]</sup>。给患者的生活、工作带来了诸多不便。现将金明秀教授治疗痛风性急性关节炎的经验介绍如下。

## 1 病因病机

中医学关于痛风性急性关节炎病因病机的认识从古至今有一个逐渐完善的过程。《素问·痹论篇》曰: “其热者,

现出的气随血脱、血随阳亡可为其重要适应症。奥曲肽是一种人工合成的八肽生长抑素, 能使内脏血管收缩, 减少门脉主干血流量, 降低门脉压, 抑制胃泌素及胃酸的分泌及保护胃黏膜细胞。大剂量参附注射液与奥曲肽合用, 具有较好的协同性, 能使止血时间明显缩短, 再次出血率显著减少。

## 4 急性胰腺炎 肠麻痹

王某, 男, 36 岁, 2003 年 9 月 23 日初诊。主诉: 腹胀、腹胀、恶心、呕吐 1 天。患者 1 天前与朋友聚餐饮酒后, 突然出现腹痛、腹胀、恶心、呕吐, 查血淀粉酶 1756 IU/L, 尿淀粉酶 1920 IU/L。诊断为急性胰腺炎, 予补液、减少胰腺分泌及解痉止痛治疗, 症状减轻。今日又出现呕吐多次, 量约 300mL, 均为胃内容物, 且未见排气排便。查体: T 37.6℃, BP 120/73mmHg 心肺未见异常, 腹部膨隆, 叩诊鼓音, 肠鸣音 1 次/min 神经系统(-)。辅助检查: 腹部 X 片示: 隔下未见游离气体, 腹腔可见多个液平, 小肠、结肠明显充气。临床诊断为急性胰腺炎并发肠麻痹。治疗: 在常规治疗的基础上, 应用参附注射液合中药大承气汤加味灌肠(生大黄、芒硝、川朴、枳实、柴胡、丹参、赤芍), 患者于用药后 8h 左右腹痛、腹胀等逐渐消失, 肛门排气排便, 肠鸣音

5 次/min 病情好转, 继用药 3 天, 好转出院。

**按** 宋师认为急性胰腺炎属中医胁痛、胃脘痛、脾心痛、厥脱、腹痛等范畴。病机有虚实两端, 实指气滞壅塞、燥屎内结而见腹胀、腹痛、呕吐、便秘等腑实之象; 虚指因“痛则气怯”、“吐下之余岂有完气”及“气随液脱”而生气阳两虚之征。《素问·阴阳应象大论篇》云“中满者, 泻之于内”, 故以大承气汤类中药灌肠取“釜底抽薪”、“急下存阴”之功, 以达到改善肠道血液循环、增加组织灌流量、促进肠蠕动、清除肠内毒素等作用; 再予参附注射液回阳救逆、益气固脱, 以助承气汤通腑攻下。近年研究发现参附注射液可使大鼠回肠收缩作用增强, 家兔空肠收缩频率及幅度增大, 并具有镇痛, 改善肠系膜微循环, 抑制炎症细胞因子的活化与释放等作用, 表明其合用中药灌肠不仅对急性胰腺炎并发肠麻痹疗效显著, 同时也能阻止病情的进一步发展。

## 5 小 结

参附注射液为人参、附子制成的注射液, 具有益气回阳之功, 用于气虚阳微之急症, 常常起到逆流挽舟作用, 临证若见有面色苍白、冷汗淋漓、四肢厥冷、舌淡苔薄白或白腻, 脉细或迟之证, 不论其为休克、上消化道出血、或为急性胰腺炎、中毒等均可异病同治。宋师体会到, 临床症状愈明显、气虚阳弱愈严重, 则参附注射液的治疗效果愈佳。此外在使用参附注射液时须注意剂量大小, 剂量与症状改善程度在一定范围内呈正比, 剂量愈大效果愈佳, 但每日常用剂量在 20~100mL 为宜。

收稿日期: 2006-02-21

作者简介: 杨彩霞(1979-), 女, 甘肃静宁人, 2004 级硕士研究生。

研究方向: 各类风湿病的诊治。

阳气多,阴气少,病气胜,阳遭阴,故为痹热”。《素问·四时刺逆从论篇》曰:“厥阴有余病阴痹,厥阴不足病热痹”。元·朱丹溪《格致余论·痛风论》曰:“痛风者,大率因血受热,已自沸腾,其后或涉冷水,或立湿地,或扇风受凉,或卧当风,寒凉外搏,热血得寒,汗液凝涩所以作痛,夜则痛甚,行于阴也。”清·尤怡《金匱翼·热痹》曰:“热痹者,闭热于内也……脏腑经络,先有蕴热,复遇风寒湿气客之,热为寒抑,气不得通,久之,寒也化热”。金明秀教授在汲取前人经验的基础上,同时结合自己的临床实践认为:痛风属中医的痹证范畴,而急性痛风性关节炎类似中医的风湿热痹,为平素过食膏粱厚味,以致湿热内蕴,兼因外感风湿热邪,或因人素体阳盛,阴液不足,感邪从阳热化,留滞骨髓经络,气血不能畅道,不通则痛;而气血郁于骨节局部,则灼热红肿,功能障碍,痛不可触。久病入络,气血失畅,瘀血凝滞,痰瘀交结而致关节肿大畸形。病久不愈损伤脾胃,致脾肾阳虚,浊阴毒邪内盛,发为关格之变。

## 2 辨证论治

对于痛风性急性关节炎的辨证论治,历代医家各有不同。金明秀教授借鉴古代医家治疗痛风的认识和经验,汲取现代医学研究成果,加以自己的临床实践,形成了一套独特的理论认识和治疗体系。对于痛风性急性关节炎基于湿热内蕴,痰瘀互结,并兼风寒湿邪,脾肾阳虚这一病机,他提出了清热利湿,祛瘀通络,扶正祛邪的治疗大法。创立了驱痛汤:羌活、独活、当归、川芎、赤芍、桃仁、红花、牛膝、威灵仙、防风各 15g 鸡血藤、青风藤、忍冬藤各 25g 山茱萸 15g 执简驭繁,使复杂多变的病症,在驱痛汤的基础上辨治更易。即若关节灼热焮红甚者,重用赤芍,加蒲公英、地丁、金银花;若关节肿胀甚者,加车前子、茯苓、泽泻;若疼痛明显者,加用乳香、没药。方中羌活散寒祛风,胜湿止痛,善治在上之风寒湿痹;独活长于温散下部肾经伏风而除湿止痛,为在下之风寒湿要药,二药配合则能尽祛一身之风寒湿邪。在大量的清热药中,佐以少许温散发汗药,为使邪气的排出创造条件。《医宗必读》曰:“治风先治血,血行风自灭”的治则。方中川芎为血中之气药,能活血行气;当归补血活血;赤芍清热凉血,散瘀止痛。三药合用则可补血不滞血,行血而不破血。防风为“风药中之润剂”,祛风而不燥,且温散药中配以养血活血之药,可以制约风药之燥性,祛邪而不伤正,有时患者以疼痛部位固定,皮肤干涩,口干渴而不欲饮,舌黯边有瘀斑等为表现。本方活血化瘀之力尚不足,故加桃仁、红花以加强活血化瘀之力。痛风患者多以中老年为主,入至中年则肝肾不足,出现腰膝酸软无力,腰背不舒,下肢活动不利等症状。此时加少许补益肝肾之药,当属必然。牛膝补肝肾,强筋骨又活血逐瘀,能引血下行,常作为腰膝下部病变的引经药;山茱萸平补肝肾,阴阳双调,且有酸敛之性,能敛汗固正,不使发散太过,散中有收。藤类药物具有舒筋通络,祛风除湿之效,此类药物历来是医家治疗痹证的常用药。金明秀教授汲取现代药理研究成果,有选择地运用藤类药物治疗痛风性急性关节炎取得了很好的效果。如鸡血藤苦,甘温,具有补血行血,舒经活络,调经和营之效,与补血行血药合用则可增强血药之效,同时又能疗痹。忍冬藤甘寒,具有清热解毒,通经活络之功,可消除经

络之风热而止痛疗痹。方中威灵仙性猛,善走而不守,能宣通十二经络,使患者经络中的瘀滞开通,不通则痛症状得以改善。对于痛甚难忍者,方中没药则能行气活血止痛。大多数患者投以此药后疼痛之症即能缓解,惟此药有刺激肠胃之弊,应食后服用。对于灼热焮红甚者,方中蒲公英、地丁、金银花则能清热解毒凉血,散结消肿。但因本病亦可由阴液不足不能制约阳热引起,故金明秀教授常在清解邪热同时佐以甘寒养阴之品,加上黄柏、地骨皮、知母以外清内滋,清除邪热。热邪与湿邪胶结不散,则成湿热之患,热易清而湿难除,故方中不忘加一些清热利湿之品,如车前子、泽泻、防己、生薏苡仁、茯苓、木瓜等。同时若病久不愈,损伤脾胃者,加补益脾胃之品,如杜仲、菟丝子、补骨脂等滋阴补阳之品,以取“正气存内,邪不可干”之意。总之,上述诸药合用共奏清热利湿,祛瘀通络,扶正祛邪之功。据现代药理学研究:方中诸药普遍具有解热、镇痛、抗炎、抑菌的作用,其中独活、川芎还有保护肾脏的作用,有利于尿酸的排泄;而独活、当归、赤芍、红花同时也有抑制血小板聚集,抗血栓形成的作用,以改善微循环,保证肾血流量,从而保证尿酸的顺利排泄。综观本方有解热、镇痛、抗炎、抑菌,改善微循环的功效。

## 3 临证体会

3.1 治疗大法 祛邪扶正,攻补兼施。诸多医家皆认为痛风性急性关节炎以风湿热邪侵袭为主,治疗早期总以祛风、除湿、清热为主。若早期扶正则认为有闭门留寇之虞。金明秀教授通过多年的临床观察发现,痛风性急性关节炎的病人群,以中老年为主,而此时人体肝肾自亏。若在治疗上单纯祛邪为主,忽视正气的补充,可导致驱邪不尽,正气又已亏虚,病情反复,难以好转。故只有及早扶正才能二者兼顾,从而达到最佳治疗作用。驱痛汤中的山茱萸、牛膝就寓有攻中有补之意。

3.2 用药特点 平稳和缓,草药为主。金明秀教授在治疗痛风性急性关节炎时擅长用藤类药物,《本草便读》曰:“凡藤蔓之属,皆可能经入络”,既避免了应用虫类药物带来的毒副作用,又发挥类似虫类药物的通经活络之效。驱痛汤中的鸡血藤、青风藤、忍冬藤均体现了此类妙用。

3.3 饮食调摄配合适宜运动 对于痛风患者,金明秀教授除予以药物治疗外,还特别强调饮食和运动治疗。常指出痛风病人应忌烟酒,忌高嘌呤食物,以尽量杜绝嘌呤的摄入;同时应多运动,多饮水,以增加尿酸排泄,从而从嘌呤的摄入、合成、转化、排泄合成方面控制病情,达到治疗痛风的目的。

综观全文,均为金明秀教授在长期临床实践中应用驱痛汤治疗痛风性急性关节炎的体会,在此提供,以供同仁们参考。

## 参考文献:

- [1] 叶任高. 内科学[M]. 第5版. 北京: 人民卫生出版社, 2002 877
- [2] 蔡铁勇. 风湿病的中西医结合治疗[M]. 上海: 上海中医药大学出版社, 2001 104-107
- [3] 路志正, 焦树德. 实用中医风湿病学[M]. 上海: 人民卫生出版社, 2001 659, 665