

· 思路与方法 ·

基于脾藏象理论的痛风病因病机及辨治思路探微^{*}周宇轩^{1,2,3} 彭添凤^{1,2,3} 宋厚盼^{1,2,3▲}

摘 要 脾藏象理论对于阐释痛风的病因病机及指导辨治思路至关重要。从该理论出发,痛风的病因包括脾布化阳气功能失常、脾生化卫气功能失常、脾运化水湿功能失常及脾生化精血功能失常四个方面。痛风的病机可概括为“阳衰阴盛,外感为痹”“脾肾两虚,痰瘀痹阻”“血虚伤肝,筋骨失养”等方面。痛风的治疗宜分期进行,急性期清热利湿,通络止痛;慢性期健脾补肾,利湿泄浊;间歇期以健脾利湿为主。

关键词 痛风;脾;藏象;病因;病机;辨治

痛风是一种由单钠尿酸盐(MSU)沉积所致的晶体相关性关节病,属于代谢性风湿病范畴^[1]。痛风临床表现为关节不规则肿胀、僵硬、疼痛等,严重时因嘌呤代谢紊乱或(及)尿酸排泄减少引发各个系统疾病。中医学认为,痛风在临床中属于“痹证”范畴,《金匮要略》中“历节病”的临床表现亦与其相似。相关研究^[2]表明,中国成年人的痛风患病率达 14%,其中,具有不良饮食习惯如摄入过多高热量食物、过多红肉者更易患痛风。过食肥甘厚味是损伤脾胃的重要危险因素。脾主运化且为气血生化之源,与人体代谢密切相关,故笔者查阅文献资料,从脾藏象理论层面探讨痛风病因病机及其辨治思路,以期临床治疗痛风提供新思路。

1 痛风病因

1.1 脾布化阳气功能失常 中医学认为,脾主运化即脾可将水谷化为精微并转输全身,关系到水谷与精微转化、精微运输、脏腑对水谷吸收利用以及阳气、精血等精微物质生成。水谷首先经过脾胃的运化,上输于肺,下经过膀胱,进而输布于全身而化为气,其中具有温煦、推动、兴奋作用的是阳气^[3],故阳气的生成离

不开脾的运化功能,阳气的运行亦离不开脾的升清功能。脾功能失常则输布至全身的阳气减少。《素问·痹论》认为痹证正是因为阳气少,阴气多,阴气和寒邪交相为用而致势盛,进而侵犯人体所产生的。《金匮要略》中治风湿历节的桂枝芍药知母汤,方中桂枝与附子通阳宣痹,体现仲景治历节病时注重顾护阳气。现易患痛风者多酗酒、食生冷及膏粱厚味,损脾胃伤阳气之输布与生成,致阳虚阴寒结于四肢,与外邪合而发为痛风。张洪鹏认为阳气亏虚为痛风急性期病机本质,治用祛湿散结通络佐温阳法^[4]。宁晓军论治痛风亦重顾护阳气,其良好疗效体现出阳气虚弱是痛风的重要病因^[5]。

1.2 脾生化卫气功能失常 《素问·痹论》曾提到:“风寒湿三气杂至,合而为痹也。”综合来看,痹证起因是因为人体卫气虚弱,难以抵抗外邪。卫气类似现代医学免疫细胞,有抗感染作用^[6]。《素问·痹论》曰:“卫者,水谷之悍气也,其气慄疾滑利。”卫气源于水谷精微,与脾运化相关。朱丹溪重视“正邪相争”,其在《格致余论·痛风论》中提到:“内伤于七情,外伤于六气,则血气之运或迟或速而病作矣。彼痛风者,大率因血受热已自沸腾……寒凉外传,热血得寒,污浊凝涩,所以作痛。”这段话认为痛风乃由血受热、外邪侵袭所致,而外邪侵袭则是因卫气失常。清代周学海在《读医随笔》中曾提出:“卫气者,本于命门达于三焦。”而陈士铎提出“命门盛衰,即脾土盛衰,命门生绝,即脾土生绝也。”陈士铎称命门与脾相关,脾功能失常则卫气生成不足,机体易受外邪成痹证^[7]。中医学认为卫

^{*}基金项目 国家自然科学基金项目(No.82374429);湖南省自然科学基金项目(No.2023JJ30460);湖湘青年科技创新人才项目(No.2021RC3101);刘良院士工作站指导项目(No.22YS003)

▲通信作者 宋厚盼,男,教授,博士研究生导师。研究方向:脾胃病证诊断标准及中医药干预研究。E-mail:hpsong2015@126.com

•作者单位 1.湖南中医药大学中医学院(湖南长沙 410208);2.湖南中医药大学中医诊断学湖南省重点实验室(湖南长沙 410208);3.湖南中医药大学中医诊断研究所(湖南长沙 410208)

气生成依赖于脾胃,脾为后天之本,若其不足,则卫气少而影响卫外,导致营卫失和。王海洋等^[8]认为营卫失调易导致痛风急性发作。故脾生化卫气失常是痛风的重要病因之一。

1.3 脾运化水湿功能失常 现代痛风病患者常有多食膏粱厚味,或饮食不节、酗酒等行为,易伤脾胃而致水湿运化失常。《素问·至真要大论》云:“诸湿肿满,皆属于脾。”李东垣也在《脾胃论》中提出:“百病皆由脾胃衰而生也。”李时珍认为:“痰生百病食生灾。”叶天士在《临证指南医案》中提出:“经以风寒湿三气合而为痹,然经年累月,外邪留著,气血皆伤,其化为败痰凝痰,混处经络。”脾胃气机不畅,水液运化受阻则易生痰,最终容易造成痰瘀互结于经络而引发痹证。孔维萍认为痛风或因饮食所伤,湿热内盛,气血不畅,瘀血内停,痰瘀互结所致^[9]。吴坚认为痛风的病因病机中痰瘀互结者较为常见^[10]。李惠林认为痰瘀互结是痛风的主要证型之一^[11]。由此可见,脾运化水湿功能障碍致痰瘀互结是痛风的重要病因。

1.4 脾生化精血功能失常 《灵枢·营卫生会》言中焦脾胃化精微上输于肺成血,脾为气血生化之源,故血虚与脾胃相关^[12],而血虚亦可致痛风。东汉张仲景在《金匮要略》中这样描述血虚痹证的脉象及病因病机:“少阴脉浮而弱,弱则血不足,浮则为风,风血相搏,即疼痛如掣。”张景岳在《景岳全书》中有云:“阴主血,故血盛则形强。”脾功能失常致血虚形衰、营卫失和,机体抗邪力降,气血虚衰筋脉失养则易受外邪而引发痹证;另一方面,精血不足易伤肝肾,肝肾亏虚,筋骨失荣则易发为痹证。王行宽认为痛风以肝肾亏虚为本,治应补益精血^[13]。赵进喜认为痛风缓解期多见痰湿瘀结、肝肾亏虚证,治宜化痰祛瘀、滋补肝肾精血^[14]。故脾生化精血功能失常是痛风的重要病因,滋补精血、顾护脾胃对其有积极治疗作用。

2 痛风病机

2.1 阳衰阴盛,外感为痹 脾运化水谷精微,是阳气产生、输布之基,正如李东垣在《脾胃论》中所曰:“夫饮食入胃,阳气上行,津液与气,入于心,贯于肺,充实皮毛,散于百脉。脾稟气于胃,而浇灌四旁,营养气血者也。”阳气具有推动、营养等功能。脾虚失运致阳气衰少、功能受损,推动功能失常则血淤筋脉易生痛风,营养功能失常则经脉失养、邪气留滞而发痛风。夏童等^[15]认为脾阳气受损诱发痛风且难愈。包乌吉斯古

冷等^[16]用桂枝芍药知母汤及附子等方药,温阳治疗痛风。薛立斋认为痛风病机为脾胃亏损与命门火衰,强调辛温开散与内外合治并注重温补脾胃与补肾精^[17]。岳仁宋认为痛风乃本虚标实之证,其中缓解期的主要证型之一为阳虚寒凝^[18]。钱秋海认为痛风为病,“虚气”为本,“流滞”为标,以补虚培元治疗反复发作痛风并有良效^[19]。因此,机体阳衰阴盛是痛风的关键病机之一。

2.2 脾肾两虚,痰瘀痹阻 中医学认为脾为后天之本,肾为先天之本,二者在先后天互资与水液代谢方面关系紧密,功能正常时相互资生,命火暖脾土,脾精补肾精,脾主运化水液,肾阳亦可气化水液。脾阳亏致肾阳不足,脾虚不运易致肾虚不化,最终水液代谢紊乱。脾功能异常则气血精生化失常,难滋养肾,肾失充养则致水液调节异常,且命火难暖脾土,先天之精难以激发后天之精致脾运化水液失常。脾肾两虚致水液积为痰瘀,阻气机、留筋骨而生痹证。痰瘀的产生是内外因交织所致^[20]。内因上,水湿代谢虽由肺、脾、肾、三焦主司,但脾处中焦为枢纽,脾虚可累及他脏致水液代谢异常;外因中,外感湿邪、饮停肠胃、过食膏粱厚味、酗酒、情志不畅等均可致脾胃失和,进而影响肺肾功能,使水湿内聚。痰瘀所致疾病病势缠绵、病程长,且因内外因杂糅而复杂难治、经久难愈。郑宝林认为痛风具有“湿浊痰瘀为标,脾肾亏虚为本”的特点,在痰浊阻滞期以健脾化痰,化瘀通络之法,疗效甚佳^[21]。邓宇等^[22]发现不少痛风患者为脾肾阳虚型,用五苓散加健脾利湿药疗效佳。周培荣等^[23]依脾肾两虚论拟健脾益肾痛风方治疗有成效。从治疗效果与医家对病机的认识来看,脾肾两虚致痰瘀痹阻是引发痛风的重要病机之一。

2.3 血虚伤肝,筋骨失养 脾为气血生化之源。张景岳曾言:“血者水谷之精也,源源而来,生化于脾。”水谷精微转化输布与营血生成和脾密切相关,脾生化营血荣养五脏以平衡机体功能。肝为血之府,主筋,肝主藏血,能调节血量,供应脾运;脾主生血、统血,使肝血充足。脾功能失常致生血、统血失常,肝血亏使筋爪失荣,外邪易侵袭其中而生痹证。陈慧霞等^[24]以滋阴养血通络法治痛风性肾病。胡洁等^[25]认为肝失疏泄,筋失濡养是痛风发病的重要因素。刘立华治疗痛风慢性期或间歇期用养血治痹汤合六味地黄丸加减,以补脾肾、调气血,兼以祛邪,标本兼顾^[26]。因此,血虚伤肝是痛风的重要病机,而脾为气血生化之

源,脾虚是血虚之根源。

3 痛风的分期治疗

中华医学会风湿病分会指出,痛风患者分急性期、慢性期、间歇期:急性期首发为急性单关节炎;间歇期多无明显症状,但不干预易反复发作、累及关节增多;慢性期表现为慢性关节炎,且尿酸结晶沉积可致肾脏疾病^[27]。中医学倡导“辨证论治”,痛风在不同发病期的证型有别,应“观其脉证,知犯何逆,随证治之”。鉴于发病原因与症状复杂,且分期治疗已渐成现代医家治疗痛风的主流方法,笔者认为痛风需分阶段、分期辨证论治。

3.1 急性期治疗 《原发性痛风诊治指南(草案)》^[27]指出,急性期发病诱因或为饱餐饮酒、过度疲劳等,表现为夜间或凌晨关节剧痛。其与脾病变密切相关,患者多因食膏粱厚味伤脾,致湿热难以运化消除,下注关节而引发痛风^[14]。虽脾脏损伤是痛风产生的病本,但对于急性期的患者,应当遵循中医学的主张,“急则治其标”,故缓解患者痛苦是急性期治疗的重点。所以现代医家在痛风急性期常以祛除外邪为主,采用清热利湿、通络止痛之法进行治疗。如张磊以千金苇茎汤(白茅根代替苇茎)、四妙散合二陈汤为基础方治疗急性期痛风^[28]。千金苇茎汤宣肺助脾运化以及肾与膀胱的气化,且借肺与大肠相表里助湿浊从二便排泄;二陈汤加猪苓、茵陈、苦参、土茯苓健脾化湿利湿,杜绝湿邪的生成;四妙散加泽泻、猪苓泄肾中湿浊。三方调节肺、脾、肾及上、中、下三焦津液代谢以清除湿邪。方中另加石膏、连翘清热泻火解毒,地龙通络止痛,山慈菇解毒散结降尿酸,延胡索行气止痛,兼顾了痛风急性期关节红肿热痛及尿酸高的特点。诸药合用,能健脾除湿、泄浊化瘀、清热通络止痛,较快缓解关节症状、降尿酸,改善代谢综合征。

3.2 间歇期治疗 痛风间歇期虽症状不明显,但却是治疗的关键期,若此期不干预,易致痛风反复发作。因临床上痛风多因过食膏粱厚味等伤脾发病,间歇期患者疼痛缓解,此时调理脾胃正合适,所以现代医家在间歇期主要采用健脾利湿之法。如林昌松^[29]认为脾胃亏虚为痛风缓解期的主要证型之一,用半夏泻心汤去大枣加白术、浙贝母、海螵蛸治疗。方中法半夏燥湿化痰,干姜温中散寒,黄芩、黄连苦寒清热,四药配伍则辛开苦降寒热同调,助脾胃恢复运化功能;太子参、白术健脾益气;浙贝母清热化痰;海螵蛸制酸止

痛,缓解胃脘不适。若舌质红、口干,加赤芍、石斛、竹茹等养阴清热;若胃脘胀满,可加砂仁、厚朴行气消胀;若关节疼痛明显,加全蝎以通络止痛。诸药合用调理脾胃,可濡养筋脉缓解关节痛,杜绝湿邪内生之源,以治疗痛风、改善整体症状。冯兴华认为痛风间歇期为脾失健运、湿浊内生,故以益气健脾、化湿通利的方法治疗,选用四君子汤加味^[30]。方中黄芪内补中气,恢复脾之运化功能;党参、茯苓、白术增强健脾化湿之力,与黄芪共同补益中州;苍术、薏苡仁、泽泻疏泄阳明之湿;厚朴、陈皮、枳壳行气,气行则湿化,促进湿浊排出;莪术破气中之血,丹参凉血祛瘀,使湿、浊、瘀之邪得以清除,标本兼治。关节肿胀不显而仍有疼痛者,另加威灵仙、桑枝通络止痛;形体肥胖、痰浊壅盛者,用瓜蒌、决明子化痰泄浊去脂;合并肾结石者,加石韦、海金沙、金钱草化石通淋。全方注重调理脾胃功能,通过多方面作用预防痛风的再次发作。胡荫奇^[31]以健脾利湿、升清降浊立法,在痛风间歇期采用自拟的痛风2号方进行治疗。方中土茯苓解毒除湿通利关节;茯苓、白术、薏苡仁健脾利湿;葛根升阳,泽泻降浊,协同调节气机升降;秦皮清热燥湿;徐长卿、威灵仙祛风化湿通络止痛;百合润肺阴防药燥。全方注重整体调理,恢复脾胃功能以改善水液代谢与气血生化。

3.3 慢性期治疗 慢性期患者疼痛较急性期减轻,但有关节损伤症状,因此,此期治疗当在健脾养胃的同时兼顾滋补肾脏,应标本兼顾,做到健脾补肾、利湿泄浊以缓解症状。范琴舒^[32]认为慢性期治疗宜补脾益肾,活血通络,利湿泄浊,以参苓白术散合肾气丸为基础方。其中,参苓白术散的党参、白术、砂仁、薏苡仁等可健脾益气化水;肾气丸的桂枝、附子温肾阳,山萸肉、生地黄补肾精,扶正固本。方中还加土茯苓、泽泻、车前子以利湿泄浊,使湿邪从小便排出以消肿;伍络石藤、桃仁、当归、地龙以活血通络,改善关节气血瘀滞;以桂枝、附子等活血散寒之品温阳散寒、助阳化气、驱散寒湿。全方扶正祛邪结合,在补益脾肾基础上祛除湿浊、瘀血,恢复脏腑功能与气血津液运行,缓解症状,改善关节功能。

4 总结

脾藏象理论对痛风病因病机与辨证分期论治意义重大。脾运化水湿、生化气血且为气机枢纽,脾病致运化阳气、卫气、精血功能失常,易聚湿成痰、痰阻

为瘀、痹阻经脉而发痛风；卫阳虚致外邪侵筋骨成痹；累及肾致肾火衰、水液积引发痰湿痹阻而致痛风；累及肝致肝血亏、筋爪失荣受外邪而发痛风。脾居中焦，病则引他脏及体内精微、气血津液异常，故脾病为痛风之本，他脏病变等为标，治疗应标本兼顾、顾护脾胃、健脾益气祛邪防疾病缠绵。

分期治疗是现代医家治痛风之主流，体现中医辨证论治优势。急性期以脾病为本，依“急则治其标”原则，当清热解毒、通络止痛以缓解痛苦；慢性期依“缓则治其本”原则，当重视健脾补肾；间歇期是防反复之关键，应健脾利湿以巩固治疗。依“上医医未病之病”理论，医者应当注重痛风的防治，需嘱患者控制饮食（少食辛辣厚味以增强脾胃功能）并加强锻炼，从而降低复发几率。总之，对未病或轻症者调整饮食结构，对已病者积极进行治疗，方能有效防治痛风反复发作。

参考文献

- [1] 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.
- [2] ZHANG M, ZHU X, WU J, et al. Prevalence of hyperuricemia among Chinese adults: findings from two nationally representative cross-sectional surveys in 2015—16 and 2018—19[J]. Front Immunol, 2022, 12(1): 791983.
- [3] 孙广仁. 中医学的阴气、阳气概念辨析[J]. 中华中医药杂志, 2005, 20(11): 6-8.
- [4] 瞿晶田, 刘芳, 王玉明, 等. 张洪鹏治疗急性痛风性关节炎经验[J]. 内蒙古中医药, 2021, 40(9): 102-103.
- [5] 林佳, 王蓉, 宁晓军. 宁晓军治疗痛风病经验介绍[J]. 新中医, 2023, 55(2): 177-180.
- [6] 章格. 卫气的来源与分布探析[J]. 中医药学刊, 2002, 20(2): 205-234.
- [7] 李伟豪, 杨晓, 林明欣, 等. 命门与脾主运化新思考[J]. 中华中医药杂志, 2023, 38(12): 5675-5678.
- [8] 王海洋, 官鑫, 汤小虎, 等. 基于“气化理论”论治间歇期痛风[J]. 中华中医药杂志, 2023, 38(12): 5816-5818.
- [9] 李月, 吴娟, 魏武斌, 等. 孔维萍治疗痛风运用药对经验[J]. 中医学报, 2022, 37(12): 2622-2627.
- [10] 姜丹, 卢嘉琦, 吴坚. 吴坚教授治疗痛风性关节炎的经验及病案撷菁[J]. 基层医学论坛, 2022, 26(13): 98-100, 117.
- [11] 卢赵琦, 曾霖, 李茂生, 等. 李惠林从湿论治高尿酸血症和痛风经验[J]. 中医药导报, 2021, 27(12): 177-181.
- [12] 尚冰, 丛培玮, 王铎, 等. 对“脾为气血生化之源”生理病理认识初

探[J]. 辽宁中医药大学学报, 2013, 15(6): 96-97.

- [13] 聂云娇. 王行宽治疗痛风经验[J]. 河南中医, 2022, 42(2): 209-213.
- [14] 刘江腾, 赵进喜. 赵进喜分期辨治痛风经验[J]. 江苏中医药, 2023, 55(6): 15-18.
- [15] 夏童, 王莘智, 吴伊莹. 从脾阳虚论治痛风性关节炎[J]. 中医药临床杂志, 2021, 33(12): 2282-2285.
- [16] 包乌吉斯古冷, 刘睿, 陈爱林. 桂枝芍药知母汤加减治疗寒湿痹阻型痛风急性期患者的疗效观察[J]. 实用临床医药杂志, 2020, 24(4): 57-59.
- [17] 沙正华, 马迪, 马桂琴. 薛立斋论治风湿病学术思想探析[J]. 风湿病与关节炎, 2020, 9(9): 43-44, 75.
- [18] 龙新华, 岳仁宋, 周建龙, 等. 岳仁宋分期论治痛风经验[J]. 湖南中医杂志, 2018, 34(1): 37-38.
- [19] 曹圣, 郭丛丛, 张新颖, 等. 钱秋海从“虚气流滞”论治痛风经验[J]. 山东中医杂志, 2023, 42(11): 1224-1229.
- [20] 杨良山, 钟琴. 痛风性关节炎中医病因病机研究综述[J]. 风湿病与关节炎, 2014, 3(8): 53-56.
- [21] 何琦, 郑宝林. 郑宝林分期论治痛风经验介绍[J]. 新中医, 2023, 55(20): 186-190.
- [22] 邓宇, 刘建航, 高根平, 等. 加服五苓散加减治疗脾肾阳虚型痛风性关节炎临床观察[J]. 广西中医药, 2023, 46(6): 5-8.
- [23] 周培荣, 孙绍裘. 基于脾肾两虚论治痛风性关节炎用药探讨[J]. 中国医药科学, 2021, 11(5): 81-83.
- [24] 陈惠霞, 王伟伟, 宋艳艳. 滋阴养血通络法联合常规西药治疗痛风性肾病临床研究[J]. 新中医, 2023, 55(15): 79-84.
- [25] 胡洁, 傅强, 刘媛媛, 等. 基于分期论治谈痛风治疗中的肝脾肾同调[J]. 环球中医药, 2023, 16(1): 131-134.
- [26] 张柯, 王敏, 刘立华. 刘立华治疗痛风经验[J]. 河南中医, 2017, 37(10): 1722-1724.
- [27] 中华医学会风湿病学分会. 原发性痛风诊疗指南(草案)[J]. 中华风湿病学杂志, 2004, 8(3): 178-181.
- [28] 周淑娟, 罗珊珊, 卢海松. 张磊教授诊治痛风经验[J]. 中医学报, 2016, 31(11): 1699-1702.
- [29] 姬森国, 徐强, 王笑丹, 等. 林昌松教授治疗痛风性关节炎经验[J]. 辽宁中医药大学学报, 2010, 12(8): 138-139.
- [30] 刘宏潇, 冯兴华. 冯兴华分期治疗痛风性关节炎经验[J]. 中医杂志, 2012, 53(21): 1814-1815, 1830.
- [31] 唐先平. 胡荫奇辨治痛风的经验[J]. 江苏中医药, 2010, 42(7): 8-9.
- [32] 范琴舒. 痛风病机与分期证治探讨[J]. 浙江中医杂志, 2007, 42(2): 74-75.

(收稿日期: 2024-10-26)

(本文编辑: 黄明愉)