

基于“湿盛阳微”理论的痛风性关节炎病机演变与分期论治

马玮玮¹ 李华南^{1,2△} 况君^{1,2} 黄鑫¹ 胡烈奎¹ 孙伟康¹ 邵子晨¹

[摘要] 痛风性关节炎是一种因尿酸盐沉积引发的代谢性炎性疾病,临床以关节剧痛、红肿发热为主要特征。深入探讨“湿胜阳微”理论,并基于此理论系统分析痛风性关节炎的病因病机及分期论治。认为中焦运化失司、湿浊内生为发病基础,阳气不运、浊邪流注为中心环节,久病入络、痰瘀胶结为终末传变。基于此,提出了运中焦、清湿热、通经络的治疗原则,旨在从“湿胜阳微”理论出发,系统阐释痛风性关节炎的病机演变规律,以期为痛风性关节炎的中医辨证分型及个体化治疗提供新的理论支撑与临床方案。

[关键词] 湿胜;阳微;痛风性关节炎;病机;中医治疗;分期论治

[中图分类号] R589.7 [文献标志码] A [文章编号]1005-0205(2026)01-0061-06

DOI:10.20085/j.cnki.issn1005-0205.260109

Pathogenesis Evolution and Staging Treatment of Gouty Arthritis Based on the Theory of “When Damp Prevails, Yang Declines”

MA Weiwei¹ LI Huanan^{1,2△} KUANG Jun^{1,2} HUANG Xin¹
HU Liekui¹ SUN Weikang¹ SHAO Zichen¹

¹School of Clinical Medicine, Jiangxi University of Chinese Medicine, Nanchang 330004, China;

²Affiliated Hospital of Jiangxi University of Chinese Medicine, Nanchang 330006, China.

Abstract Gouty arthritis is a metabolic inflammatory disease caused by urate deposition. It is clinically characterized by severe joint pain, swelling, and fever. This paper thoroughly discusses the theory of “When damp prevails, Yang declines”, and systematically analyzes the etiology, pathogenesis and staged treatment of gouty arthritis based on this theory. The article holds that the dysfunction of transportation and transformation in the middle Jiao and the endogenous dampness are the basis of the disease, the failure of Yang Qi and the resulting turbid retention are the central pathogenic links, and prolonged disease leading to collateral involvement, as well as the congealing of phlegm and blood stasis, represents the final outcome. Based on this, the treatment principles of regulating middle Jiao, clearing dampness-heat, and unblocking meridians and collaterals are proposed. The purpose of this paper is to systematically explain the pathogenesis and evolution of gouty arthritis based on the theory of “When damp prevails, Yang declines”, in order to provide new theoretical support and clinical strategies for TCM syndrome differentiation and individualized treatment of gouty arthritis.

Keywords: dampness overabundance; Yang weakness; gouty arthritis; pathogenesis; traditional Chinese medicine treatment; staged treatment

基金项目:国家自然科学基金项目(82060871,82560945)
江西省自然科学基金重点项目(20232ACB206051)
赣鄱俊才支持计划-主要学科学术和技术带头人
培养项目-领军人才(学术类)(20243BCE51009)
国家中医优势专科(骨伤科)建设项目(赣财社指
〔2024〕39号)
中医优势专科项目-痛风(赣中医药综合字
〔2024〕4号)
痹症重点实验室项目(赣中医药科教学〔2022〕8号)

¹江西中医药大学临床医学院(南昌,330004)

²江西中医药大学附属医院

△通信作者 E-mail:lihuanan1974@126.com

痛风性关节炎是一种因嘌呤代谢紊乱及尿酸排泄减少,导致尿酸盐沉积于关节及周围组织而引起的代谢性炎性疾病,临床以突发性关节剧痛、红肿、发热为主要表现,严重者可致关节畸形及功能障碍^[1-2]。流行病学研究显示,全球痛风患病率呈逐年上升趋势,中国成人痛风患病率约为1.1%,而高尿酸血症患者比例高达13.3%,已成为威胁中青年男性健康的重要代谢性疾病之一^[3-4]。随着生活方式与饮食结构的改变,预

计未来十年内痛风发病率仍将持续攀升,给公共卫生系统带来沉重负担^[5]。

“湿胜阳微”理论源于叶天士《温热论》对温热病后期病机的阐释,后经《临证指南医案·湿病》进一步指出“湿胜阳微,法宜温通”,强调湿邪困遏可致阳气不展,治疗当以温通为法;《温病条辨》在此基础上进一步论述湿邪伤阳的演变规律,深化该理论内涵。值得注意的是,痛风的反复发作及全身代谢紊乱特征,与“湿盛阳微”“湿浊内生”的中医病机高度契合,为该理论的拓展应用提供了临床基础。近年来,“湿盛阳微”理论已被用于肥胖、2型糖尿病等代谢性疾病的病机阐释,其“阳虚生湿、湿盛耗阳”的核心机制与痛风的代谢紊乱本质具有共通性,为该理论在痛风治疗中的应用提供了合理性依据^[6]。痛风的阳微病机呈现动态演变过程:急性期以湿胜困阳为主要特征,形成功能层面的相对阳微;慢性期则发展为脾肾阳虚的本质性绝对阳微。二者相互转化,贯穿病程始终,构成由湿致微与因微生湿的恶性循环。传统认识中的浊瘀痹阻实为湿胜阳微在经络层面的具体病理表现。本文基于“湿胜阳微”理论阐述痛风病因病机,旨在为临床辨证提供新的理论视角和治疗思路。

1 “湿胜阳微”之理论内涵

“湿”字,《说文解字》释曰:“濕,水。出东郡武阳,入海。从水,𣶒声。”^[7]此解最初指一条名为“濕水”的河流。细究其构型,“湿”(繁体为“溼”)乃是一个形声兼会意的字。其声旁“𣶒”,本身即有“显见”“密布”之意;而其形旁“水”,则直接点明了与水相关的本质。更为古老的写法“溼”,其上为“丝”(糸),其下为“土”,中间为“水”。此意象精准表达“湿”的核心特质:其一,源于水液;其二,具有滞留性、弥漫性;其三,性质黏腻、重

浊。五行中,脾属土,主运化,为人体气机升降之枢纽,其性喜燥而恶湿。“溼”字中“水浸于土”的结构,正是“湿困脾土”这一核心病机的形象化演绎。当湿邪为患,最易直中中焦,困遏脾阳,阻滞气机^[8]。其致病特点正如字形所示:一为“浊滞”,如泥泞阻路,导致脘腹胀满、纳呆呕恶;二为“黏缠”,如丝线缚物,故其病势缠绵、病程迁延、反复发作^[9]。

因此,“湿胜阳微”本质上是“湿胜”与“阳微”在病机层面形成以中焦脾胃为核心、互为因果的恶性循环,此即诸多湿病缠绵难愈的关键所在。该循环体现为两个病理环节:其一为“湿胜致阳微”。湿为阴邪,性黏滞,易阻滞气机、郁遏阳气,形成功能性“阳微”。若湿邪久羁不去,将进一步耗伤人体阳气,从而由功能性困遏发展为物质性亏虚,形成绝对之“阳微”。其二为“阳微生湿胜”。《黄帝内经》言“阳化气,阴成形”,脾阳亏虚则运化失司,肾阳不足则气化无权,致使水液代谢失常,内湿由生。同时,阳气作为人体正气的重要组成部分,其虚弱必然导致祛邪无力,既成之湿浊难以化解与排出,从而留滞日深,进一步加重湿胜。“湿胜”与“阳微”如此循环往复,相互加重,构成了湿病胶着难愈的核心病机链条。

2 “湿胜阳微”理论与痛风性关节炎

痛风性关节炎的中医病机演变呈现清晰的动态发展规律,其病理基础为脾虚湿蕴,中焦运化失司,湿浊内生;急性发作期表现为湿浊流注,阳气不运,浊邪痹阻关节;病情迁延则转为痰瘀互结,湿浊阻滞气血,酿生痰瘀,深入络脉,形成痛风石;终末阶段呈现脾肾两虚,病邪由脾及肾,损及肾络,可发展为痛风性肾病。全过程体现了“由脾及肾、由经入络、因湿致瘀”的病机演变特点。病机演变示意图见图1。

2.1 病起于脾:中焦脾阳不振,湿浊内生

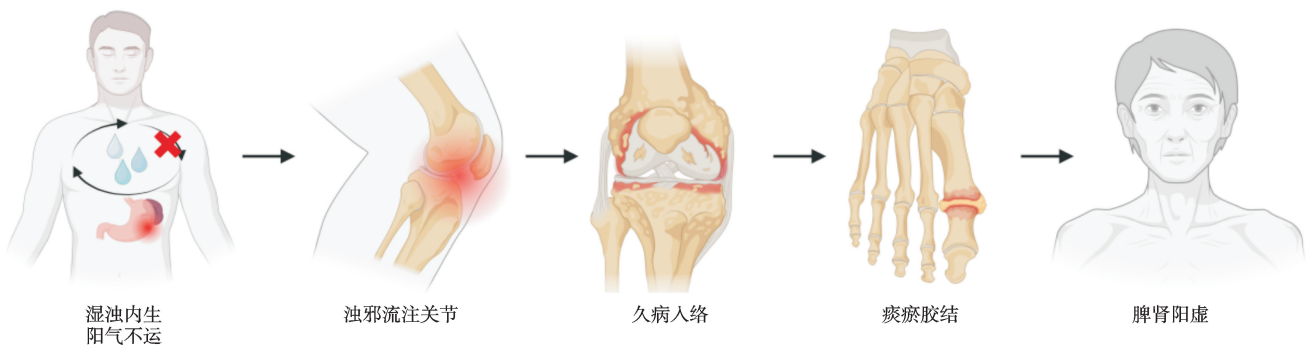


图1 病机演变示意图

痛风性关节炎的始动因素在于“湿浊内生”,而其根源在于“中焦脾阳不振,运化失司”。《素问·经脉别论》言:“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。”阐明水液代谢过程的顺畅运行,核心依赖中焦脾阳的温煦与动力^[10]。脾阳充沛,则能升清降浊,转输有力;若因长期嗜食膏粱厚味、醇酒炙煿,或饥饱无常,首伤脾阳,则中焦枢纽必然失司。脾阳一伤,运化无权,则水

谷不化精微,反聚为内湿;胃纳失和,则浊气壅滞不下。此内生之湿浊,是痛风病机的核心,其性黏滞重浊,易于郁阻气机。湿浊内蕴,进一步困遏脾阳,这是痛风反复发作、缠绵难愈的重要病机之一^[11]。从现代病理机制来看,中焦脾阳不振可导致拟杆菌门/厚壁菌门比值升高、肠道屏障功能受损,进而影响尿酸代谢,与现代医学“肠-尿酸轴”机制高度契合^[12],这为“脾虚湿浊”病机提供了客观依据。临床上,此类患者在发作前期

常表现为形体丰腴、脘腹胀满、口黏乏味、大便溏薄不爽等一系列脾阳不运、湿浊内困之症。需要明确的是，外感湿邪仅为诱发因素，其发病根本仍在于脾阳不足、湿浊内生，故临床可见“饮食不节则发作，调护失宜则复发”的特征。从现代医学视角看，高嘌呤饮食、肥胖及代谢综合征是导致血尿酸升高的重要危险因素^[13]。其内在的能量代谢整体障碍与嘌呤分解代谢紊乱，与中医所言的“中焦脾阳不振，气化无权”病机高度契合^[14-15]。脾虚失于“散精”，导致水谷精微代谢紊乱，异常堆积于体内，即化为“浊邪”。此“浊邪”在性质上类似于“高尿酸血症”的病理状态，是痛风发生的直接病理基础^[16]。因此，“中焦脾阳不振”所致的“湿浊内生”是痛风性关节炎的发病基础，而外感湿邪多为内在失衡基础上的诱发因素。

2.2 病发于体：阳气不运，浊邪流注

痛风急性发作期的病机关键在于阳气不运，浊邪流注。《素问·太阴阳明论》言“伤于湿者，下先受之”，表明湿性趋下、好犯足肢的致病特点，亦解释痛风为何多发于下肢关节。然而，潜藏于体内的湿浊之邪，何以骤然发作、引发关节剧痛？其关键转换环节在于阳气的运行失司。《金匱要略·痉湿喝病脉证治》有云“风湿相搏，骨节疼烦，掣痛不得屈伸，近之则痛剧……”，此虽论外感湿邪，然内湿致痹的机理与之相通。内生湿浊属阴邪，其性黏滞胶着，需赖阳气的温煦推动方能正常输布代谢^[17]。若患者素体阳虚，或因劳倦过度、贪凉饮冷损伤阳气，或因湿浊壅盛过度困遏阳气，皆可导致机体阳气相对或绝对不足，无力温运通达于四肢百骸。阳气一旦不运，则气机必然不畅，经络因而壅滞。内蕴之湿浊，逢夜间、劳累后或感受风寒等阳气虚弱、卫外不固之时，便乘此虚隙，随气血运行流注于关节缝隙、肌肉腠理等阳气不易周流、结构较闭之处^[18]。湿浊沉积，阻滞气血，郁久化热，进而熏灼血脉、壅遏气血，从而引发关节猝然红、肿、热、痛，痛势剧烈如虎啮，且多在夜间加重。从中医生理看，夜间阳气渐衰，阴气用事，湿浊属阴邪，得更天时之助而流注关节；现代研究则表明，夜间人体皮质醇水平达谷值，抗炎能力减弱，而促炎因子活性增强，这与中医“阳微湿盛”的病机形成互补解释。此即《类证治裁》所言：“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。”现代研究发现，尿酸盐结晶可激活 NLRP3 炎症小体，引发 IL-1 β 、TNF- α 等炎症因子释放，驱动急性炎症^[19]。从机制上看，中医“阳气不运”状态可抑制巨噬细胞对尿酸盐结晶的吞噬清除能力，进而促进 NLRP3 炎症小体激活与 IL-1 β 、TNF- α 释放，这为“温阳通阳”治法干预急性痛风提供了现代生物学基础^[20]。因此，“阳气不运，浊邪流注”为痛风性关节炎急性发作的中心环节。

2.3 病延于久：穷必及络，痰瘀胶结

痛风慢性期的病机特征在于久病入络，痰瘀胶结，

此即叶天士所言“初病在经，久病入络”。当痛风反复发作，病势迁延，邪气便由气分深入血分，由相对浅表的经脉潜入细小的络脉，形成更为复杂顽固的病理格局。此期病机包含两个相互关联的层面。一方面，湿浊作为始动因素，黏滞不去，阻碍气机，导致津凝为痰，血滞为瘀。《丹溪心法》中“污浊凝涩”之说，精准概括了浊毒黏滞凝涩的特性^[21]。从现代影像学角度看，此类痰瘀胶结的病理产物可通过双能 CT 检测到尿酸盐结晶沉积，或超声下表现为滑膜增厚、钙化甚至“双轨征”，为“久病入络”理论提供了客观的影像学证据^[22]。另一方面，久病必虚，其“阳微”之机亦随之深化，由脾及肾，终以“脾肾阳虚”为核心。脾虚为生痰之源，固不待言；然久病穷必及肾，肾阳为一身阳气之根本，其亏虚则气化无权，既不能上温脾土以助运化，使水湿泛滥；又不能下司开阖以通调水道，致湿浊难排。脾肾阳虚日久更可累及肾络，导致尿酸排泄减少，形成“湿浊→阳虚→肾损”的恶性循环，这与现代医学所认识的痛风性肾病发病机制高度一致。脾肾阳虚互为因果，共同加剧了痰浊的生成与贮留^[23]。此阶段之“阳微”，已非单纯脾阳不足，而是根在于肾的阳气衰微，故痰瘀胶结更甚，病情尤为缠绵。痰瘀互结是此期病机承前启后的关键环节。《血证论》中“血积既久，亦能化为痰水”的论述，表明痰瘀同源、相互转化的病理关系。湿浊黏滞，阻碍气血运行。气滞则津液停聚，凝聚为痰；血行不畅，涩滞成瘀。湿、浊、痰、瘀四种病理产物相互搏结，凝聚于关节、筋脉、腠理之间，最终形成肉眼可见的“痛风石”。痰瘀胶结，深入骨骱，则见关节肿胀变形，屈伸不利，疼痛持续，或呈刺痛、固定痛^[24]。若病势进一步发展，浊毒沿络脉内传脏腑，损伤肾络，最终发展为痛风性肾病。至此，病机由局部关节深入核心脏腑，病情转入沉痾难愈之途。因此，“穷必及络，痰瘀胶结”为痛风性关节炎的终末转归，决定了其病情的严重程度和预后。

3 基于“湿胜阳微”理论论治痛风性关节炎

基于“湿胜阳微”理论的核心病机演变，结合现代临床诊断标准，笔者建立起融合传统辨证与现代检验指标的分期论治体系。在急性发作期，以关节突发红、肿、热、痛，且血清尿酸水平常显著升高，伴 C 反应蛋白、血沉等炎症指标异常为客观依据，此期病机为“湿浊流注，困遏阳气”，治疗当以清湿热、消痹阻为主。进入慢性间歇期，则以急性症状完全缓解，但血清尿酸持续高于 420 $\mu\text{mol/L}$ ，并伴有脘腹胀满、体倦乏力等脾虚湿困症状为判断标准，此阶段治宜建中焦、化湿浊。至慢性痛风石期，则需通过体格检查或超声、双能 CT 等影像学技术确认尿酸盐结晶沉积或痛风石形成，此期病机已深及“痰瘀胶结，脾肾阳虚”，治疗以通经络、化痰瘀为主，辅以温阳。

3.1 建中焦，以绝湿浊之源

中焦脾胃为人体气机升降与水谷运化之枢纽。若

因长期饮食不节,过食肥甘厚味,首伤脾阳^[25]。脾阳不振,则运化失司,清阳不升,浊阴不降,水谷不归正化,反聚为湿浊,此即“阳微生湿”之关键病机^[26]。因此,治疗之首务,非单纯健脾,而在于温运脾阳。脾为阴土,得温则运。脾阳得温,则中焦如釜底加薪,运化自健,湿浊方能从根本上得以温化。故立法当以“温阳助运”为核心,以斡旋中焦气机,复其升清降浊之能。在方药配伍上,可选用理中丸合平胃散作为基础方进行加减,常在白术、茯苓等健脾渗湿之品的基础上,佐入干姜 6~10 g、高良姜 5~10 g 等辛温之品。为防温燥太过耗伤阴液,常可佐以麦冬 6~10 g、玉竹 10 g 等养阴之品,以达温阳不伤阴之效。若兼见肾阳虚者,可加补骨脂 10 g、淫羊藿 10 g 以温肾助阳。其中,白术健脾燥湿,为“健脾运食之要药”;茯苓利水渗湿,引湿浊从小便而出。然二者性偏平和,温阳之力稍逊。配伍干姜,其性辛热,专温中焦脾阳,犹如离照当空,能驱散阴霾湿浊;高良姜温中散寒,醒脾和胃,尤善除中焦陈寒痼冷。如此配伍,使健脾与温阳并行不悖,共奏温阳化气、运化湿浊之功,从根源上杜绝湿浊之再生,避免了“健脾而不温阳,湿浊难除”的治疗误区。现代药理学研究也佐证了这一治疗思路的科学性。研究发现,健脾益气类药物能够显著调节肠道菌群结构,改善肠道屏障功能,并通过干预“肠-肝”轴代谢,减少内源性尿酸的合成,从而降低血尿酸水平^[27]。此外,干姜中的姜辣素可激活 AMPK 信号通路,促进尿酸排泄,其温阳化湿的药理作用与中医“温运脾阳”理论高度契合^[28]。

3.2 清湿热,以消痹阻之急

湿性黏滞,热性炎上,二者相合,如油入面,胶结难解,既阻遏气机升降之常,又伤脏腑经络之津,终致筋脉失于濡养,发为拘挛痿废,此为湿热致病之基本特征。就痛风性关节炎而言,其急性发作多因平素湿浊内蕴中焦,郁久化热,或外感湿热邪气,内外相引^[29]。湿热之邪乘虚流注于筋骨关节,与气血相互搏结,终致关节红肿热痛、痛势急迫之证。湿热痹阻,经络不通,临床可见局部灼热如焚、肿胀如匏、疼痛如掣,甚则屈伸不利,活动受限^[30]。此病机正与《素问·痹论》“其热者,阳气多,阴气少,病气胜,阳遭阴,故为痹热”之旨相合,深刻揭示了湿热痹证乃阳气被湿热困遏的病理本质。基于上述病机认识,治疗当以“清消化浊”为基本大法。“清”者,清热燥湿,以解郁遏之热;“消”者,消浊化痰,以除有形之邪。二者相须为用,有清热不伤阳、温阳不助热之功。在具体运用上,当根据湿热之偏胜、病位之浅深而化裁。若热势炽盛,红肿痛剧,当以清热为主,佐以化湿,可选黄柏、栀子等苦寒清热之品,配以土茯苓、薏苡仁等淡渗利湿之药;若湿邪偏重,肿胀明显,则当以化湿为重,佐以清热,可选用苍术、厚朴等苦温燥湿之品,配伍秦艽、防己等清热通络之药。临

证尤须明辨湿热之主次,如热偏胜者,症见关节红肿灼热、身热,可加金银花 15 g、连翘 12 g 以助清热解毒;湿偏胜者,症见关节肿胀明显、大便溏薄,宜加泽泻 15 g、猪苓 12 g 以增强利水渗湿之力。然需注意,清热利湿药多属苦寒之性,易伤脾阳,故不宜久服,一般以 7~14 d 为 1 个疗程,待热象消退后应及时调整治法,转为健脾化湿为主,以防寒凉败胃、损伤中阳。现代药理学研究为此提供了有力佐证:黄柏中的小檗碱、栀子中的栀子苷等成分具有明确的抗炎、镇痛作用,能显著抑制 IL-1 β 、TNF- α 等促炎因子的释放^[31];而土茯苓、薏苡仁则通过促进尿酸排泄、调节肾脏尿酸盐转运蛋白表达,发挥降尿酸作用^[32]。

3.3 通经络,以化痰瘀之积

《素问·痹论》曰:“痹在于骨则重,在于脉则血凝而不流,在于筋则屈不伸,在于肉则不仁。”痛风慢性期病理转变亦是此理。盖痛风日久不愈,初始的湿浊之邪内蕴不去,必然阻滞气机运行。气为血之帅,气机阻滞则血行不畅,渐而成瘀;同时,水湿不化,津液代谢失常,凝聚则为痰浊,痰与瘀二者相互搏结,深伏于经络之中,形成顽固的病理基础^[33]。经络为气血运行之通路,一旦被痰瘀阻滞,则气血运行严重受阻,筋骨关节失于濡养,临床可见关节持续肿痛、畸形改变、痛处固定不移,甚则形成触之可及的痛风石。此病理过程与现代医学所观察到的尿酸盐结晶长期沉积引发慢性炎症反应、骨质侵蚀及软组织结节形成的病理改变高度吻合^[34]。针对此病机,治疗当以“通经活络、化痰祛瘀”为核心要务。在方剂选择上,可选用桃红四物汤合二陈汤为基础进行加减,以兼顾活血化瘀与燥湿化痰之效。若痛风石明显,痰浊凝结较甚,可加白芥子 6~10 g 以温通涤痰,浙贝母 15 g 以软坚散结,共奏化痰散结之功。在药物选择上,当重点选用善入络脉、搜剔顽邪之品。如土鳖虫善破瘀血,通经络,《长沙药解》称其“善化瘀血,最补损伤”;现代药理学研究表明,土鳖虫具有抗血栓、改善微循环及抗炎作用。白僵蚕能化痰散结,祛风止痛,《本草求真》谓其“能祛风散寒,燥湿化痰,温行血脉”。地龙性善走窜,功专通经活络,《本草拾遗》赞其“疗温病大热,狂言,主天行诸热”;现代研究提示,地龙所含蚓激酶具有改善微循环、促进尿酸排泄及抗纤维化作用。水蛭功专破血逐瘀,《本草经百种录》称其“性迟缓而善入,迟缓则新血不伤,善入则坚积易破”;其活性成分水蛭素具有强效抗凝、抗血小板聚集等功能。若痰浊偏盛,关节肿胀明显,可佐以白芥子温化痰浊,《本草纲目》谓其“利气豁痰”。若瘀血征象显著,痛如针刺,可配以桃仁活血祛瘀,《药品化义》称桃仁“味苦能泻血热,体润能滋肠燥”;现代药理学研究表明,桃仁中的苦杏仁苷具有抗炎、镇痛及抗纤维化作用^[35]。然需特别注意,虫类药物及部分活血化瘀之品多具攻逐之性,临床应用时应严格把握禁忌:土鳖虫、

水蛭孕妇慎用,肝肾功能不全者应减量使用,如土鳖虫控制在 6 g 以下。若患者正气亏虚,需配伍黄芪 20~30 g、党参 15 g 等益气扶正之品,以防攻邪伤正。同时,应遵循“衰其大半而止”的原则,中病即止,勿使过剂。慢性期通经络需兼顾“温阳”,复议温阳之品,既搜剔络中痰瘀,又温通阳气,契合“阳微则络滞”的病机,避免单纯活血通络耗伤阳气。

4 病案举隅

患者,男,52 岁,2024 年 8 月 10 日初诊。

主诉:右足第一跖趾关节反复红肿热痛 5 年,加重 1 周。

病史:患者平素嗜食肥甘厚味,饮酒频繁,体型偏胖。5 年前首次出现右足第一跖趾关节红肿热痛,夜间突发,痛如刀割,难以行走。外院诊断为“痛风性关节炎”,予非甾体抗炎药及别嘌醇治疗,症状可缓解,但停药后易复发。近 1 周因饮酒及进食海鲜后症状加重,关节红肿热痛明显,伴局部皮肤灼热,行走困难。刻下见右足第一跖趾关节红肿,肤温升高,压痛明显,活动受限。伴脘腹胀满、口苦口黏、纳差、大便黏滞不爽、小便短黄。舌质暗红,边有齿痕,苔黄腻,脉滑数。

辅助检查:尿酸 620 $\mu\text{mol/L}$, C 反应蛋白 28 mg/L , 关节超声见右足第一跖趾关节滑膜增厚,可见点状强回声(尿酸盐结晶沉积)。

中医诊断:痛风(湿热痹阻证)。

治则:清消化浊。

方用四妙散合二陈汤加减:苍术 15 g、黄柏 12 g、薏苡仁 30 g、牛膝 15 g、茯苓 20 g、陈皮 10 g、竹茹 12 g、车前子 15 g、土茯苓 20 g、秦艽 12 g、防己 10 g、

地龙 10 g、桃仁 10 g、甘草 6 g。7 剂,1 剂/d,水煎分两次服。

医嘱:严格戒酒,低嘌呤饮食,避免劳累受凉,多饮温水。

二诊(2024 年 8 月 17 日):关节红肿热痛明显减轻,局部肤温下降,可缓慢行走。脘腹胀满缓解,纳食改善,大便转调。舌质暗红,苔薄黄,脉滑。原方去防己,加丹参 15 g 以增强活血通络之力,继服 7 剂。

三诊(2024 年 8 月 24 日):关节症状基本消失,唯行走稍感不适。舌淡红,苔薄白,脉缓。复查尿酸降至 450 $\mu\text{mol/L}$, C 反应蛋白降至 8 mg/L , 红细胞沉降率 15 mm/h 。考虑患者病程 5 年,久病及肾,今标证已除,本虚显露,故转以健脾温肾、扶正固本为法。

方用参苓白术散合黄芪桂枝五物汤加减:党参 15 g、茯苓 20 g、炒白术 15 g、山药 20 g、黄芪 20 g、桂枝 10 g、补骨脂 12 g、淫羊藿 10 g、赤芍 15 g、鸡血藤 20 g、薏苡仁 30 g、丹参 15 g、酒黄柏 12 g、甘草 6 g。14 剂,巩固疗效。随访 3 个月,未见复发,尿酸维持在 410 $\mu\text{mol/L}$ 左右。

按语:本案痛风性关节炎病程日久,证候复杂,呈现本虚标实、寒热错杂之候,与“湿胜阳微”之病机高度契合。患者关节红肿热痛、口苦口黏、小便短黄、舌红苔黄腻,显系湿热浊毒流注关节之标实证;而脘腹胀满、纳差便溏、舌边齿痕,则提示中阳不足、脾运失健之本虚证。同时舌质暗红提示瘀象,边有齿痕为脾虚,苔黄腻为湿热,脉滑数为湿浊化热,此舌脉印证“本虚标实”,此乃脾虚阳微为本,湿热瘀阻为标所致,故治疗需标本兼顾,不可偏废。痛风分期病机演变及治则方药见表 1。

表 1 痛风分期病机演变及治则方药

病程阶段	核心病机	证候特点	治疗原则	方药核心
初诊(急性期)	湿热痹阻、脾阳不足	关节红肿热痛、脘腹胀满、苔黄腻	清热利湿、化浊解毒,兼以健脾祛湿	四妙散合二陈汤
二诊(缓解初期)	湿热渐退、瘀血内阻	关节肿痛减轻,舌质暗红、络脉郁滞	活血通络、清理余邪、祛湿化痰	原方去防己,加丹参
三诊(恢复期/间歇期调护)	脾肾阳虚、正气亏虚	关节痛明显缓解或消失,肢体乏力,脉沉缓	健脾益气、温补肾阳、固本扶正	参苓白术散合黄芪桂枝五物汤

初诊时热象显著,故去温燥之半夏,易以竹茹清热化痰,车前子利湿通淋,使清热利湿之力更专。方中黄柏、土茯苓清热利湿,直折火势;苍术、薏苡仁健脾渗湿,绝其湿源;地龙、桃仁通络化痰,针对“久病入络”;牛膝引药下行,直达病所。全方标本兼顾,既清已成之湿热,又杜绝生湿之根源。二诊时湿热渐清,故加丹参增强活血通络之力,此乃“疏其气血,令其调达”之旨。至三诊时,加补骨脂、淫羊藿温补肾阳,契合“脾肾阳虚”之终末病机,从根源激发气化,杜绝湿浊再生。

5 结语

本研究以“湿胜阳微”理论为主轴,系统阐释了痛

风性关节炎“从中焦失运到痰瘀胶结”的完整病机演变过程。该理论深刻揭示了人体阴阳失衡状态下“湿盛耗阳、阳虚生湿”的动态转化机制,不仅是理解湿病的关键枢纽,也为认识代谢性疾病的本质提供了重要视角。基于此,本文明确提出痛风的三层病机结构:中焦运化失司、湿浊内蕴为发病的病理基础;阳气不运、浊邪流注为急性发作的关键环节;而久病入络、痰瘀互结则为慢性期与痛风石形成的转归特征。据此构建的“运中焦、清湿热、通经络”三步论治体系,可为痛风性关节炎的临床治疗提供新的思路与方法。

本研究的局限性在于:主要为理论探讨与个案验

证,缺乏大样本、长期随访的临床研究数据支撑,后续需开展设计严谨的多中心随机对照试验,进一步证实该分期论治体系的有效性与安全性。未来研究可基于“湿盛阳微”理论,结合临床流行病学方法,构建痛风中医证候量化评估量表,并将其与肠道菌群、炎症因子、代谢组学等现代客观指标进行关联分析,实现痛风中医病机的客观化、量化评估,从而为痛风的精准辨证与个体化治疗提供更可靠的依据。

参考文献

- [1] 张陶陶,羊世远,刘显波,等. 1990—2021年中日韩归因于高BMI的成人痛风疾病负担研究[J]. 现代预防医学, 2025, 52(18): 3290-3296.
- [2] 甘斌,李华南,李松,等. 基于脂代谢和炎症反应探讨两种湿热证痛风性关节炎大鼠模型的构建[J]. 中国比较医学杂志, 2023, 33(1): 26-33.
- [3] HE Q Y, MOK T N, SIN T H, et al. Global, regional, and national prevalence of gout from 1990 to 2019: age-period-cohort analysis with future burden prediction[J]. J. *JMIR Public Health and Surveillance*, 2023, 9: e45943.
- [4] DEHLIN M, JACOBSSON L, RODDY E. Global epidemiology of gout: prevalence, incidence, treatment patterns and risk factors[J]. *Nature Reviews Rheumatology*, 2020, 16(7): 380-390.
- [5] XU D, ZHU X X, ZOU H J, et al. Prevalence and risk factors of gout in Chinese adults: a national cross-sectional study[J]. *Chinese Medical Journal*, 2023, 62(9): 1068-1076.
- [6] 王耀东,王亚萍,杨佩佩,等. 基于“湿胜阳微”论治湿秘[J]. 中国中医药信息杂志, 2022, 29(8): 131-134.
- [7] 王晓梅,姜秀新,丁宁,等. 中医学寒湿病因内涵探赜[J]. 中国中医基础医学杂志, 2021, 27(6): 891-892.
- [8] 姚艺婷,黄麟琅,陈德轩. 从土之湿燥平衡理论辨治胃病病摘要[J]. 江苏中医药, 2025, 57(11): 62-65.
- [9] 王燕,王倩影,严宁娟,等. 魏玮基于“顾润燥、纳化常”辨治胃食管反流病经验[J]. 北京中医药, 2025, 44(8): 1040-1043.
- [10] 骆云丰,陈锦团,杨正宁,等. 杨春波国医大师“脾胃湿热理论体系”的构建[J]. 世界中医药, 2024, 19(19): 3004-3007.
- [11] 李华南,刘峰,涂宏,等. 邓运明辨治痛风性关节炎经验[J]. 广州中医药大学学报, 2013, 30(6): 922-924.
- [12] 张英杰,毛骁,肖艳,等. 痛风宁对高尿酸血症脾虚湿盛证模型小鼠肠道菌群及肠道尿酸代谢的影响[J]. 中医杂志, 2023, 64(21): 2232-2240.
- [13] MA W W, YE G C, LIU Y Y, et al. Impact of alcohol consumption on hyperuricemia and gout: a systematic review and meta-analysis[J]. *Frontiers in Nutrition*, 2025, 12: 1588980.
- [14] 张思宁,刘激激,韩秀珍,等. 基于“脾-线粒体”相关从脾论治慢性疲劳综合征[J]. 世界中医药, 2025, 20(6): 1004-1010.
- [15] 陆妍,孟凤仙,刘慧. 中医痛风相关病名的演变与发展[J]. 世界中医药, 2015, 10(4): 609-612.
- [16] 李浩林,柏倩,程伟刚,等. 基于 NLRP3/ASC/Caspase-1 途径探讨清热散浊饮对痛风性关节炎合并高尿酸血症模型大鼠的作用机制[J]. 中国实验方剂学杂志, 2025, 31(3): 49-57.
- [17] 张冬寒,翟文生,何改丽,等. 基于“寒气生浊”理论探讨温阳化浊法治疗顽固性过敏性紫癜[J]. 时珍国医国药, 2024, 35(6): 1449-1451.
- [18] 贺娟.《黄帝内经》卫气理论还原与解析[J]. 北京中医药大学学报, 2025, 48(2): 166-173.
- [19] 邓雍钰,孟庆良,马俊福,等. 痛风汤对急性痛风性关节炎模型大鼠踝关节滑膜组织中 NLRP3 炎症小体及 NETs 的影响[J]. 中医杂志, 2024, 65(17): 1816-1824.
- [20] 陈玉年,顾兵,李华南,等. 痛风性炎症自发性缓解的分子机制概述[J]. 中国药理学通报, 2019, 35(10): 1353-1356.
- [21] 贺红安,吕梁川,毕明晶,等. 基于“阳化气、阴成形”理论辨治痛风性关节炎[J]. 中国民间疗法, 2025, 33(20): 10-13.
- [22] SHANG J, ZHOU L P, WANG H, et al. Diagnostic performance of dual-energy CT versus ultrasonography in gout: a meta-analysis[J]. *Academic Radiology*, 2022, 29(1): 56-68.
- [23] 曾园园,王振刚,谢永祥,等. 基于“脾气散精”理论探讨痛风性关节炎发病机制和治疗原则[J]. 吉林中医药, 2025, 45(6): 631-634.
- [24] 杨灏,吕厚昂,王云鹏,等. 赵文海教授从“阳虚浊聚”论治痛风性关节炎临证经验[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2025, 33(8): 86-88.
- [25] 王倩影,王燕,钟卓泰,等. 基于国医大师路志正“顾润燥、纳化常”思想论治脾胃病[J]. 中华中医药学刊, 2025, 43(9): 140-142.
- [26] 慕青翔,代昭欣,何沂,等. 基于“土郁夺之”理论探讨痰湿型慢性咳嗽的治疗[J]. 中医杂志, 2023, 64(23): 2407-2411.
- [27] 章晓云,曾浩,李华南,等. 痛风性关节炎的发病机制及中医药治疗研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志, 2022, 28(11): 256-267.
- [28] 兰小雨,林治国,陆燕. 中医药治疗急性痛风性关节炎的抗炎机制研究进展[J]. 中医药临床杂志, 2023, 35(3): 618-623.
- [29] 牛源源,杜明瑞. 从六淫辨治急性痛风性关节炎[J]. 北京中医药大学学报, 2025, 48(8): 1140-1146.
- [30] 关惠芳,赵林华,田佳星. 痛风非痹论的内涵与应用[J]. 中医杂志, 2025, 66(10): 987-991.
- [31] 李华燕,苏培培,宋哲,等. 基于网络药理学和动物实验探讨加味四妙散治疗痛风性关节炎的作用[J]. 中成药, 2025, 47(6): 2058-2063.
- [32] 孙守芳,逢雯丽,谢小超,等. 苓草四妙汤加减治疗 2 型糖尿病伴痛风急性发作临床观察[J]. 中华中医药学刊, 2023, 41(12): 231-234.
- [33] 尤君怡,梁国强. 苏州新“吴门医派”以络从“湿”治痹探析[J]. 中华中医药学刊, 2019, 37(1): 170-173.
- [34] 张冰,胥亦,林志健,等. 痛风病中医认识源流考[J]. 世界中医药, 2024, 19(13): 1875-1880.
- [35] 谢丽钰,卢健棋,罗宇东,等. 桃仁-红花药对及其活性成分治疗心血管疾病作用机制的研究进展[J]. 时珍国医国药, 2025, 36(20): 3930-3935.

(收稿日期:2025-11-10)