

李发枝教授辨证论治痛风经验摘要

王鑫<sup>1,2</sup> 罗珊珊<sup>3</sup> 肖培根<sup>4</sup> 李华燕<sup>1,2</sup> 牛源源<sup>1,2</sup> 孙千惠<sup>1,2</sup> 陈禛恒<sup>1,2</sup> 杜明瑞<sup>1△</sup>

[摘要] 名老中医李发枝教授辨证论治痛风,在减轻患者临床疼痛症状、平稳降低尿酸水平、减少痛风复发等方面疗效显著,本文系统介绍李发枝教授辨证治疗痛风的临床经验。李发枝教授提出“湿邪”是痛风的关键致病因素,且湿多“夹热”“夹寒”“夹郁”“夹虚”,贯穿于痛风发病的急性期与慢性期,急性痛风辨为湿热留恋型,慢性期痛风辨为寒湿蕴结型、气郁湿侵型、气虚湿阻型。总体治疗以清热利湿、散寒除湿、理气祛湿、健脾化湿为辨证治则,选用经典方剂当归拈痛汤、甘草附子汤、柴苓汤、防己黄芪汤为主,临床取得满意疗效。

[关键词] 痛风;辨证论治;名医经验;分期治疗

[中图分类号] R589.7 [文献标志码] A [文章编号]1005-0205(2025)05-0093-04

DOI:10.20085/j.cnki.issn1005-0205.250520

Summary of Professor Li Fazhi's Experience in Treating Gout with Syndrome Differentiation

WANG Xin<sup>1,2</sup> LUO Shanshan<sup>3</sup> XIAO Peigen<sup>4</sup> LI Huayan<sup>1,2</sup> NIU Yuanyuan<sup>1,2</sup>  
SUN Qianhui<sup>1,2</sup> CHEN Zhenheng<sup>1,2</sup> DU Mingrui<sup>1△</sup>

<sup>1</sup> The First Affiliated Hospital of Henan University of Chinese Medicine,Zhengzhou 450003,China;

<sup>2</sup> The First Clinical Medical School,Henan University of Chinese Medicine,Zhengzhou 450046,China;

<sup>3</sup> The Third Affiliated Hospital of Henan University of Chinese Medicine,Zhengzhou 450003,China;

<sup>4</sup> The Third Clinical Medical School,Henan University of Chinese Medicine,Zhengzhou 450046,China.

**Abstract** Professor Li Fazhi,a renowned traditional Chinese medicine (TCM) physician,has achieved remarkable clinical outcomes in alleviating pain symptoms,stabilizing uric acid levels,and reducing gout recurrence through syndrome differentiation and treatment. This article systematically introduces Professor Li Fazhi clinical experience in treating gout. He emphasizes that dampness is the key pathogenic factor in gout,often accompanied by heat,cold,stagnation,or deficiency,which are present in both the acute and chronic phases of the disease. Acute gout is categorized as the damp-heat retention type,while chronic gout is divided into the cold-damp accumulation type,Qi stagnation with damp invasion type,and Qi deficiency with damp obstruction type. The overall treatment principles include clearing heat and resolving dampness,dispersing cold and eliminating dampness,regulating Qi and removing dampness,and strengthening the spleen to transform dampness. Classical prescriptions such as Chinese Angelica Pain-Alleviating Decoction,Licorice and Aconite Accessory Root Decoction,Chai-Ling Decoction,and Stephania Root and Astragalus Decoction are primarily used,achieving satisfactory clinical efficacy.

基金项目:河南省中医药传承与创新人才工程(仲景工程)  
中医学学科拔尖人才项目(CZ0325-15)  
河南省卫生健康委员会基地专项课题  
(2021JDZY083)

**Keywords:** gout; syndrome differentiation and treatment;  
renowned physician experience;phased treatment

<sup>1</sup> 河南中医药大学第一附属医院(郑州,450003)

<sup>2</sup> 河南中医药大学第一临床医学院

<sup>3</sup> 河南中医药大学第三附属医院

<sup>4</sup> 河南中医药大学第三临床医学院

△通信作者 E-mail:dumingrui@126.com

痛风是一种由嘌呤代谢紊乱所诱发的代谢性风湿病,高水平的尿酸引起关节内尿单钠晶体在关节和非关节组织中沉积,导致关节内和关节周围出现疼痛性炎症发作<sup>[1]</sup>。李发枝教授验证认为湿邪是痛风发作的关键致病因素,贯穿疾病的全过程,此外,湿邪常与其

他病因相互糅合,导致疾病也常伴随有“夹热”“夹寒”“夹郁”“夹虚”的病理特点。李发枝教授辨证治疗急性期与慢性期痛风,临床选方化裁,疗效显著。现将李发枝教授治疗痛风的临床经验总结如下。

## 1 病因病机

李发枝教授认为随着现代生活方式及饮食结构的改变,所导致机体阴阳失衡为疾病的产生带来很大隐患。一方面由于现代人群饮食偏嗜加之运动量严重不足,脾胃功能下降易造成水液代谢障碍,导致体内湿浊内生;另一方面体内湿浊不除,遇到外邪引动,外邪趁机侵犯留滞于肢体关节,阻滞筋脉,引起痛风的发作。李发枝教授指出痛风归属于“痹证”“白虎病”“历节病”“痛风”等范畴<sup>[2]</sup>。《说文解字》云“痹,湿病也”;《汉书·艺文志》记载“痹”为“风湿之病”,可见湿邪与痹证的发生关系密切<sup>[3]</sup>。《金匱要略》云“湿留关节,历节而痛”,仲景论述湿浊留滞关节,是导致关节疼痛发作的关键因素。李发枝教授认为痛风患者表现出关节肿胀疼痛等,乃湿与外邪相合痹阻于关节,湿浊是疾病发作的关键因素,并且贯穿痛风发病的始终。

李发枝教授指出急性痛风之湿邪多与热邪相伴,痛风急性发作期发病急骤,多表现为关节疼痛、红肿、发热等<sup>[4]</sup>,急性痛风出现的红肿热痛与湿热邪毒郁阻经络相契合。正如《景岳全书》云“自内而至者,以肥甘过度,酒食无节,或多食乳酪湿热等物,致令热聚下焦,走注足胫,而日见肿痛”,进一步阐释湿热相合是痛风急性发病的关键。此外,也有较多研究者认为湿热证是急性痛风发病的最常见的病因<sup>[5-6]</sup>。李发枝教授指出慢性痛风性关节炎是反复和持续存在痛风,疾病后期常表现为痛风石、结构性关节损伤等特征<sup>[7]</sup>。李发枝教授结合慢性缓解期痛风病程迁延反复发作、缠绵难愈的特点,认为慢性缓解期痛风符合湿邪缠绵、湿性黏滞难于速去的致病特点,且湿多“夹寒”“夹郁”“夹虚”,临床往往出现不同的症候表现。李发枝教授结合中医“寒主收引”及“寒气……客于脉中则气不通,故卒然而痛”的理论,指出寒湿蕴结型慢性痛风常常表现出冷痛挛急、卒然疼痛、持续不解的临床特点,疾病疼痛的性质与寒邪发病的致病特点相互关联。气郁湿侵型痛风的发病与肝气疏泄畅达关系密切,肝失疏泄气机失调,影响脾胃分清降浊功能的发挥,尿酸代谢功能减退,常引起痛风的反复发作<sup>[8]</sup>。李发枝教授也认为痛风日久导致气机郁阻、气血失和,进一步导致痹病湿浊代谢障碍,导致慢性痛风的迁延和反复发作。李发枝教授指出气虚湿阻型痛风由气血亏虚,荣卫出入失常以致腠理不固,邪气趁虚而入。《医学准绳六要》曰“今人多内伤,气血亏损,湿痰阴火,流滞经络,或在四肢,或客腰背,痛不可当,一名白虎历节是也”,也进一步说

明气虚湿阻型痛风的发生与气血内伤、脏腑失和、湿浊流滞经脉关系密切。

## 2 辨证论治

李发枝教授根据痛风湿邪为患,多兼夹热、寒、郁、虚不同病理特点,在临床治疗时将急性痛风划分为湿热留恋型;慢性缓解期痛风划分为寒湿蕴结型、气郁湿侵型、气虚湿阻型,在临床上针对不同证型的痛风,选取不同的治法,具体遣方用药描述如下。

### 2.1 清热利湿,祛风止痛

李发枝教授认为湿热留恋型急性痛风患者多因嗜食肥甘厚味,湿热郁结,损伤中焦脾胃,或因正气亏虚,湿热之邪趁机侵袭经络,痹阻关节;或因外感风寒湿之邪,继而化热,多表现为湿热之证。临床表现以迅速剧烈的关节疼痛、红肿为主要表现,伴随口干、口苦、舌质红、苔黄腻、大便溏等症状,辨治以清热利湿、祛风止痛为治则,方用当归拈痛汤合土茯苓、车前子、木通、木瓜加减。《医学启源》论述当归拈痛汤治“湿热为病,肢节烦痛,肩背沉重,胸膈不利,遍身疼,下注于胫,肿痛不可忍”,其味苦性温、清热燥湿,是治疗湿热留恋型急性痛风的经典方剂<sup>[9]</sup>。方中用羌活、葛根辛散善走上焦,祛风除湿,通络止痛效强;黄芩、苦参、知母、茵陈苦寒,功善清热利湿,消肿止痛;猪苓、泽泻利水渗湿,善清利下焦湿热;麸炒白术、麸炒苍术温中燥湿,可以补中焦脾胃;当归以养血扶正,活血通络,使一身之气血通畅,使清热利湿效果更佳。李发枝教授认为湿热留恋型急性痛风性关节炎患者,应该因时、因地、因人随证加减制裁,肿胀甚者加土茯苓、车前子、木通,活动不利者加木瓜。诸药合用共奏除湿清热、祛风止痛之功效。李发枝教授也强调湿热留恋型急性痛风为最常见的证型,“湿”与“热”相合是其主要致病因素,谨查病机是选方用药的关键。

### 2.2 散寒除湿,缓急止痛

李发枝教授认为寒湿蕴结型慢性痛风患者常出现关节肿胀,冷痛挛急,常伴随乏力、怕冷等症状,其病因主要包括两个方面:一是因外感寒湿,寒湿之邪外袭,流注肢体经络,寒性收引而痛;二是素体阳虚,或喜食寒凉,阴寒内盛,凝结经络,搏结筋骨,发为疼痛。《医经原旨》言“阴寒之气客于肌肉筋骨之间,则凝结不散,阳气不行,故痛不可当,即痛风也”,指出痛风疼痛病机是阴寒内盛、阳气不行,李发枝教授结合寒邪致病疼痛挛急、卒然疼痛、持续不解的特点,认为寒湿蕴结型慢性痛风患者寒湿之邪浸淫于经络,可以采用“微汗出法”祛除寒湿,正如《金匱要略·痉湿喝病脉证治》言“若治风湿者,发其汗,但微微似欲汗出者,风湿俱去也”。李发枝教授运用甘草附子汤合白术加减治疗寒湿蕴结型慢性痛风,方用桂枝辛散温通经脉,炮附子辛

热,两药相用增强其祛风除湿、温经散寒的作用,白术苦燥,健脾利水,善行中焦水湿,桂枝、附子、白术三药合用,尤善改善冷痛、难以屈伸、肿胀疼痛等临床症状。李发枝教授在临床辨证治疗过程中运用甘草附子汤加皂角刺、薏苡仁、白芍、生姜、大枣,收效颇佳。寒湿疼痛,多卒然而痛,以白芍酸甘化阴,敛急止痛;皂角刺辛温,温通消肿托毒;薏苡仁甘温,健脾利水,渗湿消肿;姜枣草顾护脾胃,祛邪而不伤正。李发枝教授认为甘草附子汤取其微汗法轻扬发汗,不令其泻,兼顾阴阳,表里湿邪皆有去路,并在临床取得了良好的疗效。也有研究表明甘草附子汤可以改善寒湿蕴结型痛风患者关节冷痛、恶风、难以屈伸等症状<sup>[10]</sup>。

### 2.3 理气祛湿,通络止痛

李发枝教授认为肝气郁结、湿邪内盛是慢性痛风迁延不愈、反复发作的主要因素,气机郁遏,日久气血郁滞不畅,不通则痛。《丹溪心法·六郁》云:“气血冲和,万病不生,一有拂郁,诸病生焉。故人身诸病,多生于郁。”有研究者<sup>[11]</sup>亦指出肝郁脾虚湿阻也是痛风发病的关键,肝气郁结,气血失和,肝气疏泄不利导致三焦气化失司,体内水湿积聚,流注关节筋脉导致痛风疼痛的反复发作。李发枝教授结合自身临床经验及现代临床研究,认为柴苓汤和解表里、疏肝健脾、化气行水,可用于治疗肝郁脾虚、水湿停聚之痛风等多种疾病<sup>[12]</sup>。气郁湿阻型慢性痛风患者多伴有局部肿胀明显,反复发作,疼痛不甚剧烈,伴有胸胁苦满,情绪不畅等症状,以“疏肝理脾,祛湿通络”为治则,方用柴苓汤加减。柴苓汤方由五苓散与小柴胡汤基础合方而成,其中小柴胡汤疏肝解郁、和解少阳,五苓散温阳化气、利水渗湿,是疏肝健脾、祛湿通络的经典方剂。方用泽泻甘寒,猪苓、茯苓甘淡,共奏利水渗湿之功;白术、桂枝助发散在表之湿,温阳化气促进津液流通布散;柴胡、黄芩疏肝清热、理气止痛;半夏、生姜和中降逆,助柴胡清透郁热,疏泄肝气郁滞;党参、大枣、炙甘草补气、存津液。李发枝教授在柴苓汤基础上随证加减,关节不利甚者加威灵仙、防己、木瓜,以祛风除湿消肿;口渴者加乌梅、天花粉。现代研究发现柴苓汤具有抗炎、抗氧化、免疫调节等功能,对痛风患者有较好的临床疗效<sup>[13-14]</sup>。李发枝教授认为慢性痛风病情的迁延和症状的反复发作多与气郁湿阻有关,故临床需辨证论治,而不可拘泥于一证。

### 2.4 健脾化湿,益气止痛

李发枝教授认为气虚也可导致慢性痛风病程迁延,先天不足,肝脾肾等脏腑亏虚,加后天失养,气虚抗邪无力,是造成慢性痛风病久难愈的主要原因。正如《严氏济生方》所言“皆因体虚腠理空虚,受风寒湿气而成痹也”,气虚腠理亏空,风寒湿等邪气入侵,导致气血

运行不畅,不通则痛。李发枝教授指出气虚湿阻型慢性痛风患者多伴有肢体关节肿痛日久,周身乏力,倦怠、易汗出、易感冒等症状,舌质淡、脉细弱无力等临床症状。慢性痛风患者伴周身乏力、倦怠、易汗出、易感冒等症状,乃卫气已虚,腠理稀疏,此为虚邪。李发枝教授认为防己黄芪汤益气健脾、祛风除湿、利水消肿的病机与本病相符,正如《金匮要略·痉湿喝病脉治》所言“风湿,脉浮、身重,汗出恶风者,防己黄芪汤主之”,防己黄芪汤专为气虚湿盛而设,故方选防己黄芪汤化裁。防己黄芪汤中黄芪益气固表,白术健脾利水,生姜发汗散水,生姜、大枣、炙甘草既可益气,又助防己、黄芪增强补气行水的作用。桂枝发汗解肌,与黄芪同用,抵御外邪,增加固表之功。李发枝教授在防己黄芪汤基础上,若患者气虚明显,伴有低热、崩漏、脱肛等症状时,常合用补中益气汤以升阳举陷;挛急疼痛加威灵仙、白芍;若头晕耳鸣、腰膝酸软加巴戟天、菟丝子;临床随证加减。

### 3 小结

痛风患者多数伴随关节部位疼痛,严重影响患者的生活质量。名老中医李发枝教授临床辨证分期论治急性期与慢性期痛风,提高了临床疗效,减轻了患者被疾病折磨的痛苦。李发枝教授嘱托痛风的患者调整饮食结构,增强锻炼,降低体内湿浊的产生与留滞,增强自身正气,抵御外邪随意入侵,五脏元真通畅可进一步降低疾病复发的频率。

#### [名老中医简介]

李发枝教授是河南中医药大学教授、主任中医师,是全国第四批名老中医药专家学术经验继承工作指导老师,擅长治疗内科疑难杂病,临床治疗痛风疾病颇有疗效。

#### 参考文献

- [1] DALBETH N, CHOI H K, JOOSTEN L A B, et al. Gout[J]. Nat Rev Dis Primers, 2019, 5(1): 69.
- [2] 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.
- [3] 杨健松, 郑炜宏. 湿热型痛风性关节炎急性期治疗体会[J]. 新中医, 2015, 47(12): 286-287.
- [4] 世界中医药学会联合会. 国际中医临床实践指南: 痛风(2024-03-14)[J]. 世界中医药, 2024, 19(9): 1223-1229.
- [5] 许小岑, 兰小雨, 黄熠, 等. 国医大师周仲瑛运用“病机十三条”辨治痛风经验[J]. 上海中医药杂志, 2024, 58(8): 27-30.
- [6] 刘春柳, 刘维, 侯旭. 清热解毒、利湿化浊法治疗急性痛风性关节炎研究进展[J]. 中国中医急症, 2021, 30(9): 1673-1675.
- [7] 吴菲虹, 郭燕芬, 赵钟文, 等. 急性痛风性关节炎 112 例临床资料回顾性分析[J]. 福建医药杂志, 2021, 43(4): 104-107.
- [8] 张鑫田, 吴思璇, 李艺文, 等. 金远林教授内外合治痛风性



- 关节炎经验[J]. 中国中医急症, 2024, 33(6): 1101-1105.
- [9] 周晔, 张玉萍. 当归拈痛汤研究进展[J]. 广西中医药大学学报, 2022, 25(2): 61-64.
- [10] 罗晓光, 曾萍萍, 闫兵, 等. 甘草附子汤治疗寒湿痹阻型急性痛风性关节炎的临床观察[J]. 光明中医, 2018, 33(4): 528-530.
- [11] 赵雅琛, 张瑞坤, 闫坤, 等. 姚新苗从肝肾论治痛风病经验[J]. 浙江中医杂志, 2023, 58(4): 249-250.
- [12] 刘建伟, 吴明阳, 张国海. 李发枝临床运用柴苓汤经验[J]. 上海中医药杂志, 2022, 56(3): 33-35.
- [13] 曾笑帅, 李慧辉, 吴惠明, 等. 加味柴苓汤结合穴位贴敷对急性痛风性关节炎患者血清 IL-6、TNF- $\alpha$  表达的影响[J]. 中国地方病防治, 2023, 38(1): 70-73.
- [14] 郭秀春, 李芳芳, 朱晓娣, 等. 柴苓汤的药理作用及临床应用研究进展[J]. 中成药, 2015, 37(5): 1075-1079.

(收稿日期: 2024-10-01)

(上接第 92 页)

- [14] KAMAL R N, SHAPIRO L M. American academy of orthopaedic surgeons/American society for surgery of the hand clinical practice guideline summary management of distal radius fractures[J]. J Am Acad Orthop Surg, 2022, 30(4): e480-e486.
- [15] 国家骨科医学中心(北京积水潭医院), 中华医学会骨科学分会创新与转化学组, 中国康复医学会骨与关节康复专业委员会创伤学组, 等. 成人桡骨远端骨折诊断与治疗循证指南(2024)[J]. 骨科临床与研究杂志, 2024, 9(5): 257-274.
- [16] WOOLNOUGH T, AXELROD D, BOZZO A, et al. What is the relative effectiveness of the various surgical treatment options for distal radius fractures? A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials[J]. Clin Orthop Relat Res, 2021, 479(2): 348-362.
- [17] GUTIÉRREZ-ESPINOZA H, ARAYA-QUINTANILLA F, OLGUÍN-HUERTA C, et al. Effectiveness of surgical versus conservative treatment of distal radius fractures in elderly patients: a systematic review and meta-analysis[J]. Orthop Traumatol Surg Res, 2022, 108(5): 103323.
- [18] GUTIÉRREZ-ESPINOZA H, ARAYA-QUINTANILLA F, CUYUL-VÁSQUEZ I, et al. Effectiveness and safety of different treatment modalities for patients older than 60 years with distal radius fracture: a network meta-analysis of clinical trials[J]. Int J Environ Res Public Health, 2023, 20(4): 3697.
- [19] HAINES S C, BOTT A. Current concepts: corrective osteotomy for extra-articular deformity following a distal radius fracture[J]. Cureus, 2023, 15(10): e47019.
- [20] BRONSTEIN A J, TRUMBLE T E, TENCER A F. The effects of distal radius fracture malalignment on forearm rotation: a cadaveric study[J]. J Hand Surg Am, 1997, 22(2): 258-262.
- [21] 郝博川, 谢克波, 张君松, 等. 闭合复位硬纸板夹板外固定治疗儿童尺桡骨远端骨折[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2023, 31(7): 68-72.
- [22] 王聪轩, 萨日娜, 包呼和. 桡骨远端骨折夹板外固定的骨折缝应力预测[J]. 医用生物力学, 2023, 38(6): 1179-1185.
- [23] 杨明涛. 桡骨远端骨折石膏和夹板外固定疗效比较[J]. 中国药物与临床, 2020, 20(12): 2005-2007.

(收稿日期: 2024-12-06)