基于“脾肾互赞”理论探讨脾肾同调法治疗痛风*

白舒琳[1]，王振刚[2]，安晓霞[2]

1. 广西中医药大学，广西 南宁 530001；2. 广西中医药大学第一附属医院，广西 南宁 530023

摘要：肾为人体先天之本，脾为人体后天之本，先后天之本相互资生、共同协作，为人体正常生命活动提供动力，二者有“互赞”之功。“脾主运化”“肾主水液”的生理过程与人体水液代谢密切相关，脾肾功能失司是导致水湿留滞体内的主要成因。湿浊停滞日久，化瘀生热则关节红肿热痛；浊毒蕴结积聚成石即发展为痛风石、关节畸形、痛风性肾病等，严重影响患者心理健康及生存质量。痛风整体治则应以脾肾同调为本，急性期清湿热祛浊邪的同时需重视补脾肾本虚，以达“标本同治、缓急并行”之效；慢性期素体正虚易反复发作，内补脾肾为治疗关键，使脏腑机能、气血津液运化恢复正常，减少痛风发作及高尿酸对机体的损害。

关键词：痛风；脾肾同调法；“脾肾互赞”理论；四妙丸；甘草附子汤

DOI：10.16368/j.issn.1674－8999.2025.09.300

中图分类号：R256.5　　**文献标志码**：A　　**文章编号**：1674－8999(2025)09－1874－07

Treatment of Gout with Regulating Spleen and Kidney Based on Theory of "Two－Way Relationship Between Spleen and Kidney"

BAI Shulin[1], WANG Zhengang[2], AN Xiaoxia[2]

1. Guangxi University of Traditional Chinese Medicine, Nanning Guangxi China 530001; 2. The First Affiliated Hospital to Guangxi University of Traditional Chinese Medicine, Nanning Guangxi China 530023

Abstract: The Kidney is the innate foundation of the human body, and the Spleen is the acquired foundation of the human body. The foundation of the successive and acquired nature is mutually dependent and cooperates together to provide power for the normal life activities of the human body. In other words, there is a two－way relationship between Spleen and Kidney. The physiological processes of "Spleen manages digestion and absorption as well as and Kidney manages Water and Fluid" are closely related to human water metabolism, so the Spleen and Kidney function is the main cause of Water and Dampness retention in the body. Dampness and Turbidity stagnate for a long time, and the joints will be red, swollen, hot and painful; Turbid Toxins accumulate into stones, which develop into tophi, joint deformities, gouty nephropathy, etc., which seriously affects the mental health and quality of life of patients. The overall treatment of gout should be based on the synchronization of the Spleen and Kidney, and in the acute stage, it is necessary to pay attention to the deficiency of the Spleen and Kidney while clearing Dampness and Heat to achieve the effect of "treating the symptoms and root cause together as well as solving the urgency and unurgency case accordingly". During the chronic phase, deficiency would cause recurrence and internal tonification of the Spleen and Kidney is the key to treatment, so that the function of the internal Zang and Fu, Qi, blood and Fluids can be returned to normal, and the damage caused by gout attacks and high uric acid to the body can be reduced.

Key words: gout; regulating Spleen and Kidney method; two－way relationship between Spleen and Kidney; Simiao Pill; Gancao Fuzi Decoction

---

* **基金项目**：广西医疗卫生适宜技术研究与开发项目(S2019024)；广西中医药适宜技术开发与推广项目(GZSY23－23)

痛风(Gout)是由多种原因引起的嘌呤代谢紊乱和/或尿酸排泄障碍,导致血尿酸(serum uricacid,SUA)升高、尿酸单钠晶体(monosodium urate,MSU)沉积,诱发关节局部炎症反应和关节周围组织破坏的一种炎症性疾病[1]。本病呈间歇性发作,急性痛风发作时疼痛剧烈,呈进行性加剧,多于夜间发作,临床表现为关节红肿热痛、活动受限,发作部位以双足第一跖趾关节为最常见,也可累及膝、踝、肘、手指等关节,严重者可发展为慢性关节炎、关节畸形、痛风石沉积、尿酸性肾结石、痛风性肾脏病及血管性肾脏病变等[2]。痛风发病机制与饮食、肥胖、代谢综合征、炎性反应、胰岛素抵抗、心血管疾病及遗传等因素相关[3]。

目前临床上对于痛风的药物治疗主要包括抗炎止痛及降尿酸,急性期以非甾体抗炎药、秋水仙碱和糖皮质激素为主[4]。若人体内环境长期呈尿酸高浓度状态,易促进炎性因子生成并激活而引起急性炎症反应,常用非布司他、别嘌醇、苯溴马隆等纠正 SUA 水平降至正常范围,长期降尿酸治疗可使 MSU 溶解,避免痛风反复发作并减少痛风石沉积[5]。尽管西药治疗痛风见效快、效果显著,但难以达到根治效果,相关药物长期使用易导致一定程度的胃肠道反应、肝肾功能损伤及心血管风险等不良事件,且停药后痛风易反复发作。中医学防治痛风历史悠久,根据不同证型遣方用药,给予针对性治疗,在缓解痛风急性期症状、预防痛风复发和延缓痛风进程等方面具有疗效显著、不良反应较少、安全性高等优势。肾和脾为人体先后天之本,主管生命之机,共同调控人体水液平衡,故而从脾肾角度论治痛风在临床中具有重要意义。

1　脾肾互赞,水土合德

《素问·宣明五气》云:“五脏所主……脾主肉,肾主骨。”《素问·五脏生成》曰:“肾之合骨也,其荣发也,其主脾也。”《素问·玉机真脏论》亦记载:“弗治,脾传之肾。”《黄帝内经》从人体的生理特点和疾病的发展演变等方面对脾、肾两脏关系进行论述,各代医家在此基础上从不同角度不断补充、完善和丰富相关理论。明代李中梓在中医藏象、五行、经络、气血津液等经典学说基础上,研究和总结历代医家之言,结合临床实践经验,不断充实脾肾相关论点并概括形成了较为完善的“脾肾相赞”理论体系[6]。《医宗必读》述:“脾肾者,水为万物之元,土为万物之母,二脏安和,一身皆治,百疾不生。夫脾具土德,脾安则土为金母,金实水源,且土不凌水,水安其位,故脾安则肾愈安也;肾兼水火,肾安则水不挟肝上犯而凌土湿,火能益土运行而化精微,故肾安则脾愈安也;二脏为人生之根本,有相赞之功能。”提出脾肾并重观点,肾为元气之根,脾为谷气之本,二者有“相赞”之功,水土合德,相辅相成,合为生命之根本。肾为水脏,兼命门之火,主司全身水液代谢,赖脾气及脾阳的协助和制约;命火暖土,土能承载、生化万物,脾土化生精微、运化水液,赖肾气蒸化及肾阳温煦的同时培育和充养肾中精气;脾肾二脏相辅相成,为人体生命活动提供能量,共司水液代谢平衡。《傅青主女科》曰:“肾为先天,脾为后天,脾非先天之气不能化,肾非后天之气不能生。”充分说明脾肾在生理上相资相生、病理上互相影响、治疗时同调互济。

2　“脾肾互赞”理论与痛风

2.1　痛风的中医病因病机　痛风是临床少见的中西医同名疾病,其病名出自元代朱丹溪《格致余论·痛风论》,原文述:“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,寒凉外抟,热血得寒,污浊凝涩,所以作痛,夜则痛甚。”《血证论》述:“痹痛,身体不仁,四肢疼痛,今名痛风,古曰痹证。”在中医古籍中,痛风多以“痹证”“痛痹”“脚气”“历节病”“白虎病”“白虎历节风”等病名出现。

痛风的病因病机较为复杂,多由正虚邪袭、内外合因共同所致。《金匮要略》曰:“历节疼,不可屈伸,此皆饮酒汗出当风所致。”《万病回春》述:“膏粱之人,多食煎炒、炙爆、酒肉热物蒸脏腑,所以患痛风。”《景岳全书·脚气》曰:“脚气之病,外因者多寒湿,内因者多湿热,湿热内蒸致脚气者,多因酒食不节。”《严氏济生方》指出:“夫白虎历节病者,世有体虚之人,将理失宜,受风寒湿毒之气,筋脉凝滞,血气不流,蕴于骨节之间,或在四肢,其病昼静夜剧,其痛彻骨如虎之啮,名曰白虎之病。”本病的发生多因病患平素恣食膏粱肥甘、醇酒肉腻等高嘌呤食物,或由于患者先天禀赋不足、劳倦内伤、情志失调等内因致

正气虚弱，脾脏虚损不运，升清降浊失常，邪水泛行，水聚成湿，加之邪毒侵袭、寒热失调等外因，体内湿邪与风、寒、湿、热等外邪相合积聚于内。《证治汇补·痛风》提到："因气血亏损，湿痰浊血，流滞经络，注而为病，故曰痛风。"《圣济总录》曰："历节风者，血气凝涩，不得流通关节，诸筋无以滋养，真邪相搏。"《类证治裁》曰："痛风，痛痹之一症也，初因风寒湿郁痹阴分，久则化热攻痛，至夜更剧。"《备急千金要方》云："热毒流入四肢，历节肿痛。"湿邪为痛风发病的基础，亦是水液代谢障碍所致的病理产物，湿藏于内，壅久凝聚成痰，蕴浊化瘀生热，痰湿、浊瘀、热毒等浊邪汇聚，留滞关节，痹阻筋脉肌骨，发为痛风[7]。若病情反复发作、迁延不愈，各种病理因素胶结内伏不去，通过经络血脉而内舍脏腑，进一步影响气机升降，水液代谢失常更甚，痛风旋而复起，久则损伤肾络、侵蚀骨节，脾肾俱损，阴阳不调，引发"水肿""关格""肾衰"等证候危及生命。《素问·痹论》曰："五脏皆有合，病久不去者，内舍于其合也。故骨痹不已，复感于邪，内会于肾。"可见，痛风病性属虚实夹杂，脾肾两虚、湿浊内壅是痛风的基本病机，其病位早期以脾虚为主，后期则以伤肾为要。

2.2　脾主运化，升清降浊　脾为人体后天之本、先天之资，脾主运化、升清，具有传化水谷、运送精微和调节人体全身气机的功能。脾消化吸收胃所受纳的饮食谷物并转化成精微物质，输散布送至全身濡养五脏六腑、四肢百骸。脾胃健运而后能充养元气，荣养气血，使五脏健旺，人体安和。《脾胃论》曰："脾胃不足为百病之始。若饮食失节，寒温不适，脾胃乃伤。"人以水谷为本，然肥甘厚味极易成湿热，阻碍中焦而使脾运化失职、胃降纳失责，脾胃不和，人体气机枢纽升降失序，清不得升则脏腑肢体不得荣，浊不得降故糟粕壅积不能排，以致机体代谢紊乱，内湿蕴结，积湿成浊，引发血糖、血脂、血尿酸异常等代谢性疾病[8]。

《灵枢·经脉》云："脾足太阴之脉，起于大指之端……属脾，络胃。"第一跖趾关节在足太阴脾经循行处，是痛风最常见的首发部位，可见脾与痛风关系密切。《温热经纬》载："太饱则脾困，过逸则脾滞，脾气困滞而少健运，则饮停湿聚矣。"《医方考·脾胃门》云："湿淫于内者，脾土虚弱不能制湿，而湿浊内生也。"痛风患者平素多有饮食失节、劳逸无度以致脾虚湿聚，或因感受外湿，内湿外湿合而为邪困于脾土、阻遏气机，致使尿酸生成过多。脾健则胃和，运化得当，升清降浊；脾病则湿蕴，谷反为滞，水反为湿，故脾为论治痛风的重要环节。

2.3　肾主水液，藏精排浊　肾为人体先天之本、后天之基，肾主藏精，精可化气，肾之元气推动人体脏腑、骨骼、肌肉等生发滋长；肾之元阴元阳为人体脏腑阴阳的根本，二者相互为用，生生不息，水火既济，阴平阳秘，内外协调，身康体健。尿酸是嘌呤经酶代谢的产物，约 2/3 的尿酸经肾脏分泌、滤过、重吸收等过程参与转运，其排泄减少主要与肾脏功能相关。

《素问·上古天真论》记载："肾者主水，受五脏六腑之精而藏之，故五脏盛，乃能泻。"肾脏主持水液互生互化和周流全身，脾之散精、肺之通调水道、小肠泌别清浊均倚赖肾气调控完成，肾气"开阖"关系到水的生化、潴留、输布和排泄，肾阳为开，肾阴为合，阴阳失衡将导致人体水精不布、浊邪不泄[9]。《素问·水热穴论》言："肾者，胃之关也。关门不利，故聚水而从其类也，上下溢于皮肤，故为胕肿。"肾为胃关，内寄相火，是脾胃腐熟运化的动力来源，人体代谢所产生的浊液有赖于肾气推动排出体外，故水之运化归于脾、输布代谢则在肾。若肾气衰弱，五脏失命火温养、乏生气之源，胃腑传化障碍，脾脏腐熟无权，水液不能蒸化排泄而成形蓄留于体内，水泛湿动，则诸恙丛生。邪藏于体内亦可影响肾藏精质量，肾脏所藏之精不足，则三焦元气不足，膀胱开合失常，加重津液布散排泄障碍。此外，肾主骨生髓，肾精滋养骨之化生，肾气推动骨之代谢，肾精亏、肾气伤则骨失所养，化生无源，由此可见痛风日久致关节穿凿样畸形改变，最终形成痛风石。

2.4　健脾补肾，化湿祛浊　先天温养后天，后天补养先天。若脾气虚弱，肾精失后天所养则损及肾阳，继而命门火衰则不能温煦脾阳，人体先后天之本皆不足。《脾胃论·脾胃盛衰论》亦根据五行相克关系，提出脾、肾两脏之间的疾病传变规律："脾病下流则乘肾，土克水，则骨乏无力，是为骨蚀，令人骨髓空虚，足不能履地。"尿酸属于人体湿浊，其形成在五脏之中与脾、肾的关系最为密切。脾之运化与尿酸生成相关，脾健则水谷得以化生精微，濡养全身，脾病则水谷精微运化无常反生水湿，病久湿浊成瘀累及脏腑，必及于肾。肾主水液功能和尿酸代谢相

关联，肾气充则机体气血津液平衡，肾阳不足使脾失温煦、清浊失别，肾阴亏耗故虚火灼液、酿湿生热，由此留滞过多的尿酸停于体内。可见，水液其制在脾，其本在肾。痛风之病有虚实之异，标实为以湿为首的淫邪蕴结体内发病，本虚则以脾肾亏虚贯穿疾病始终。《证治汇补·脾胃》论述："脾肾交通，则水谷自化。"故治疗痛风当以脾肾之生理病理功能及疾病进展为切入点，治法应主以脾肾同调、化湿祛浊，辅之清热、化瘀、止痛，扶正与祛邪同时兼顾，通全身之经络，调脏腑之阴阳，畅人体之气血。

3　脾肾同调法论治痛风的作用机制及临床应用

炎症反应是痛风急性发作时关节疼痛的重要环节，炎症浸润是慢性期关节损害的关键因素。多种炎症信号通路的激活会诱导相关促炎因子大量合成和释放引起炎症反应，MSU 也会触发成纤维细胞中活性氧（reactive oxygen species，ROS）释放导致氧化应激（oxidative stress，OS）反应，持续的炎症浸润和尿酸沉积诱发血液高凝状态使病情缠绵难愈[10]。此外，肠道参与嘌呤和尿酸的代谢，肠道微生态的结构改变或失调与代谢性疾病关系密切，肠道菌群失调可能通过诱导机体产生脂多糖引发慢性炎症、改变短链脂肪酸的代谢而影响痛风的发生和发展[11]。研究表明，中医药抗痛风安全性和有效性较高，多种中药及其组方可通过脾肾共治增强患者升清化浊、藏精排浊之功，通过降尿酸、抑制炎症反应、调节免疫、提高抗 OS 反应能力、维持肠道菌群稳态及改善血液循环等有效防治痛风[12-13]。

3.1　中药单体及有效成分　研究表明，薏苡仁、茯苓、苍术、白术、甘草、黄芪、牛膝、杜仲、山茱萸、萆薢、泽泻、黄柏、土茯苓等为治疗痛风的常用核心药物[14-16]。薏苡仁、茯苓味甘淡，甘能补、淡能渗，二者均可入脾经，为健脾利水渗湿之要药。白术、苍术共属苍术属药用植物，术虽二种，均有健脾燥湿之功，白术重在补虚，苍术主祛湿浊。牛膝、杜仲、山茱萸均可入肾经，牛膝既可活血通经、引血下行，又可补肝肾强筋骨，利水通淋，是治疗痛风性关节炎的常用药物，《神农本草经》称其"主寒湿痿痹，四肢拘挛，膝痛不可屈伸，逐血气"；而杜仲为补肾的代表药物之一，主补中益精坚筋骨；山茱萸亦可补益肝肾及益精固气。萆薢归肾、胃经，其有利湿祛浊除痹之功。黄柏、泽泻归肾、膀胱经，泽泻泄热利湿化浊，黄柏清热燥湿解毒。《本草纲目》记载土茯苓具"健脾胃，强筋骨，祛风湿，利关节"之功用。黄芪、甘草则有益气补脾、行滞利水、缓急止痛等功效，能增强患者的免疫功能，改善血液循环系统。

薏苡仁多糖类和多酚类[17]、苍术素、苍术酮、白术多糖及内酯类[18]、牛膝皂苷类和甾酮类[19]、杜仲皮多糖和环烯醚萜类[20]、山茱萸多糖[21]、甘草黄酮类和三萜类[22]、黄芪甲苷和黄芪多糖[23]、萆薢皂苷类[24]、黄柏生物碱类[25]、泽泻萜类[26]、土茯苓黄酮、落新妇苷、白藜芦醇[27]等多种药理活性成分均对痛风有相应治疗作用。这些化学成分主要通过降低白细胞介素（IL）-1β、IL-6、IL-8、肿瘤坏死因子（TNF）-α、干扰素（IFN）-γ、一氧化氮（NO）等含量，下调一氧化氮合酶（NOS）、环氧合酶 2（COX-2）的表达，升高精氨酸酶 1（Arg-1）、巨噬细胞源性趋化因子（CCL22）、转化生长因子（TGF）-β 等蛋白表达水平，抑制核苷酸结合寡聚化结构域样受体蛋白 3（NLRP3）炎症小体的活化以及半胱氨酸蛋白酶 1（Caspase-1）的激活，干预核转录因子（NF）-κB、丝裂原活化蛋白激酶（MAPK）、Toll 样受体 4（TLR4）、磷脂酰肌醇 3-激酶（PI3K）、蛋白激酶 B（AKT）、IκB 激酶（IKK）/NF-κB、细胞外调节蛋白激酶 1/2（ERK1/2）、核仁磷酸蛋白-间变性淋巴瘤激酶（NPM-ALK）等信号通路，通过多途径、多靶点、多通路发挥抗炎镇痛、抗氧化、调整肠道相关菌群、免疫调节等功用，缓解急性痛风发作，防治慢性痛风。此外，苍术中的 β-桉叶醇可通过抗胆碱作用或直接作用促进胃肠运动；茯苓总三萜和茯苓多糖[28]等可通过降低肾脏组织中水通道蛋白的表达量以减少肾对水的重吸收，促进机体水液代谢；泽泻三萜类化合物能下调肾髓质水通道蛋白 mRNA 的表达，显著增加大鼠尿量和 Na^+、K^+ 离子浓度，有良好的利尿作用；落新妇苷、白藜芦醇及萆薢总皂苷可通过下调尿酸转运体 1（URAT1）的高表达，抑制尿酸在肾近端小管的重吸收发挥利尿作用，同时上调有机阴离子转运体（OAT1、OAT3）的低表达以及抑制黄嘌呤氧化酶（XOD）的活性，增强机体抗氧化能力，减少嘌呤分解代谢，显著降低 SUA；萆薢水提物在降低 SUA 的同时减少肾组织中 TNF-α、单核细胞趋

化蛋白 1(MCP－1)和细胞间黏附分子 1(ICAM－1)等因子表达,上调有机阳离子转运体 2(OCT2)的表达来降低血清肌酐(SCr)的水平,土茯苓的有效药用成分通过抑制结缔组织生长因子(CTGF)、TGF－β1 的表达和减少单钠尿酸、前列腺素 E2(PGE2)、IL－1 的生成来预防肾损伤,保护肾脏。

3.2　中药复方　四妙散/丸(薏苡仁、苍术、黄柏、川牛膝)为治疗痛风的常用中药复方[29],方中薏苡仁、苍术健脾以升清利湿化浊,除湿邪之源,兼燥湿祛风散寒、舒筋通络止痹;黄柏、牛膝合而下利湿热瘀血,兼泻火解毒利尿、逐瘀通经止痛,且牛膝性善下行,可引药入肾。四妙散能有效改善机体代谢、减少尿酸沉积和重吸收、抑制肾脏损伤,其作用机制可能与抑制 XOD 活性,调节线粒体融合及分裂,进而增强机体抗 OS 能力有关,同时可抑制炎性因子的活性、调控炎症基因的转录,缓解胰岛素抵抗,全方协同作用增强疗效[30]。诸多医家以本方为基础,细辨虚实、病势、邪正之强弱盛衰,加减变通,行之有效。国医大师路志正[31]以四妙丸合宣痹汤加减论治急性期痛风,发现该法可明显减轻关节肿痛,且纳可寐安、二便调畅。刘喜德教授[32]认为治疗痛风遣方用药应时时顾护脾肾,病案可见四妙散贯穿始终,随症加减,有效缓解急性期关节疼痛症状及防治痛风复发。赵京伟[33]亦以四妙散合用自拟降酸解毒汤加减论治痛风各期,临床使用屡收佳效,减少痛风发作次数,改善预后,提高生活质量。郭良等[34]拟四妙散加减治疗痛风,患者临床症状、T 细胞亚群和血液流变学指标得到改善,SUA 水平下降,无明显不良反应发生,发现该法可有效提高患者临床疗效与预后质量。

甘草附子汤(炙甘草、制附子、白术、桂枝)[35]对痛风性关节炎患者具有补益脾肾、扶正固本、祛湿化浊作用,能够迅速缓解急性痛风疼痛症状,有效降低 SUA、血细胞沉降率(ESR)、C 反应蛋白(CRP)等指标。升阳化浊汤(桂枝、白术、苍术、薏苡仁、黄芩、玉米须、栀子、柴胡、黑茶)[36]通过顾护脾肾阳气、祛湿降浊,降低 SUA 及炎症指标,改善内环境,临床疗效可观。温肾运脾汤(黄芪、党参、山药、茯苓、萆薢、杜仲、肉桂、附子片、干姜、威灵仙、桑寄生、忍冬藤)[37]用于治疗脾肾阳虚、寒湿瘀阻型痛风,经治后患者 SUA、CRP、ESR、中医证候评分和体征评分较治疗前均降低,且中西联合用药组指标优于西药治疗组,温肾运脾汤联合西药临床疗效较好,且安全性较高。周培荣等[38]根据脾肾两虚论,拟健脾益肾痛风方(薏苡仁、苍术、川牛膝、黄柏、泽泻、土茯苓、萆薢、车前子、地龙、甘草)加减,有效改善痛风患者临床症状,SUA 降至正常范围,且较长时间无复发,值得临床借鉴。叶品良教授[39]认为正气不足、脾肾阳虚是痛风发病的内在基础,自拟加味补阳还五汤(黄芪、当归、赤芍、白芍、怀牛膝、川芎、地龙、桂枝、制附片、肉桂、炙甘草、生姜、木瓜、威灵仙、茯苓、土茯苓、车前子、桃仁、红花)随症加减治疗痛风,显著提升总体治疗效果,且不良反应小,有临床应用价值。国医大师朱良春[40]以调益脾肾、泄化浊瘀为法,创立痛风汤(苍术、薏苡仁、土茯苓、泽泻、萆薢、威灵仙、秦艽、山慈菇、地龙、土鳖虫、桃仁、红花、泽兰、车前子等),发现该方可以通过促进尿酸排泄、调节内环境平衡从而达到治疗目的,有效预防疾病复发。周卫国等[41]拟健脾补肾泄浊活血方(苍术、甘草、白术、牛膝、土茯苓、薏苡仁、萆薢、厚朴、生大黄、牡丹皮、蚕砂、黄柏)联合别嘌呤醇治疗痛风性肾病患者,疗效显著。卢婉君等[42]以四君子合温胆汤加减方(太子参、黄芪、绵萆薢、茯苓、麸炒苍术、牛膝、姜竹茹、法半夏、陈皮、淫羊藿、丹参、瞿麦、黄柏)联合非布司他片治疗脾肾气虚夹痰瘀型痛风性肾病患者,结果显示,中西医联合用药组患者的 SUA、SCr、尿素氮、胱抑素 C、24 小时尿蛋白等指标水平显著下降,西医临床疗效、中医证候评分疗效均明显优于单纯采用西药治疗的对照组,且未出现明显不良反应,故在西药基础上联合中药复方能更有效治疗痛风性肾病,可延缓疾病进展,减少西药对患者的不良反应。

3.3　中医外治　罗兴民等[43]以补肾健脾、泄浊解毒为法,运用针刺(太白、三阴交、合谷)合以缪刺法放血、方药内服治疗痛风。三阴交为足三阴之交汇穴,有补肾益脾、益气养阴之效;太白是足太阴脾经输穴,具健脾和胃、清热化湿、缓解关节疼痛之功;合谷乃手阳明大肠经的原穴,有镇静止痛、调理大肠之用,通过释放抗炎因子、抑制致炎因子从而减轻炎性反应,并改善微循环障碍、抑制疼痛介质分泌,缓解关节症状。曾智君等[44]以补益脾肾、调肝行气、祛瘀化痰散结为治法,运用靳三针治疗痛风,背俞穴取

脾俞、肾俞、肝俞三脏治本，调节体内水液代谢，并加之足三阴经之输穴太白、太溪、太冲以升清降浊、导气排浊，通行经脉气血。肠三针则选用大肠经募穴之天枢、任脉与足三阴经交会穴之关元、大肠经下合穴之上巨虚调畅气机以行滞化痰散瘀。天枢位于中焦，为机体气机升降出入通路、运化枢纽；关元穴乃三焦元气之根源，为培补元气、补肾固本之要穴；取上巨虚以加强大肠传导糟粕之力；三穴合用，补运并行，共通浊邪外出之渠道。研究结果显示，针刺组临床疗效优于非布司他组，虽两组患者关节肿胀疼痛、触痛、活动度及 SUA 指标均有改善，然靳三针疗法效果更为确切，且无明显毒副作用，预后良好。杨文辉教授[45]认为，痛风治疗当健脾补肾以泄浊，临床常取补肾之要穴肾俞充实肾中精气，髓会悬钟以填髓益肾，肾经原穴太溪补益肾脏；取足太阴和足阳明之募穴章门、中脘补益脾胃之气，助中气斡旋，恢复升清降浊机能；配合胃腑之下合穴足三里，增强健脾和胃之功。诸穴合用，调整机体水液平衡，改善脾肾功能。

4　结语

中医认为，痛风有湿、痰、瘀、热、虚等多种病理因素，其发病与脾肾密切相关。《景岳全书》指出："盖人之始生，本乎精血之原；人之既生，由乎水谷之养。非精血无以成形体之基，非水谷无以成形体之壮。命门为精血之司，脾胃乃水谷之海。是以命门得先天之气，脾胃得后天之气也，本赖先天为之主，又必赖后天为之资。"脾乃气血生化之源，肾是脏腑气血之基，人体生长发育需要肾精滋养，肾中精气又需脾运化精微供养，两脏协同完成机体气、血、津、精的运转。痛风整体治则应以脾肾同调为本，急性期清湿热祛浊邪的同时重视补脾肾本虚，以达"标本同治、缓急并行"之效；慢性期素体正虚易反复发作，内补脾肾为治疗关键，脏腑机能、气血津液运化恢复正常，减少痛风发作及高尿酸对机体的损害，保持长期康复效果。

参考文献：

[1]中华医学会风湿病学分会. 2016 中国痛风诊疗指南[J]. 中华内科杂志，2016，55(11)：892－899.
[2]倪青. 高尿酸血症和痛风病证结合诊疗指南[J]. 世界中医药，2021，16(2)：183－189.
[3]HAK A E，CHOI H K. Lifestyle and gout[J]. Curr Opin Rheumatol，2008，20(2)：179－186.
[4]BARDIN T，RICHETTE P. New ACR guidelines for gout management hold some surprises[J]. Nat Rev Rheumatol，2013，9(1)：9－11.
[5]DALBETH N，GOSLING A L，GAFFO A，et al. Gout[J]. Lancet，2021，397(10287)：1843－1855.
[6]孙海霞. 脾肾互赞的理论渊源及其对后世的影响[J]. 山西中医学院学报，2007，8(3)：14－15.
[7]陈静，徐鹏，黎创，等. 从"湿"辨治高尿酸血症及其并发症理论探析[J]. 广州中医药大学学报，2023，40(7)：1810－1815.
[8]朱建平，崔曼丽，字丽丽，等. 从脾治痛风探析[J]. 中国中医急症，2023，32(5)：821－825.
[9]莫陶然，李冀，胡晓阳，等. 刍议"肾主水"[J]. 中国中西医结合肾病杂志，2023，24(6)：563－564.
[10]李依奇，柳永明，陈耀龙，等. 氧化与抗氧化作用在急性痛风性关节炎中的机制探讨[J]. 风湿病与关节炎，2023，12(9)：41－45，49.
[11]金钗，徐明智. 肠道菌群与高尿酸血症及痛风的相关性研究[J]. 中国微生态学杂志，2019，31(8)：980－984.
[12]王佳亮，樊慧芳，贺奥城，等. 中医药治疗痛风的研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志，2023，29(21)：220－227.
[13]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.
[14]李泽宇，郝二伟，曹瑞，等. 基于数据挖掘和网络药理学分析中药治疗痛风的用药规律及作用机制[J]. 科学技术与工程，2022，22(36)：15967－15979.
[15]申玲玲，于东升，许石钟. 中医药治疗急性痛风性关节炎用药规律研究[J]. 河南中医，2021，41(2)：229－232.
[16]姜平，吴心瑶，杜星辰，等. 基于数据挖掘、网络药理学的中医药治疗痛风遣方用药规律和作用机制[J]. 上海中医药杂志，2023，57(4)：72－82.
[17]李晓凯，顾坤，梁慕文，等. 薏苡仁化学成分及药理作用研究进展[J]. 中草药，2020，51(21)：5645－5657.
[18]刘思佳，姚杰，宋雪，等. 苍术属药用植物的化学成分、药理作用、临床应用概况[J]. 中华中医药学刊，2023，41(1)：151－154.
[19]罗懿钒，欧阳文，唐代凤，等. 牛膝中皂苷和甾酮类物质基础及药理活性研究进展[J]. 中国现代中药，2020，22(12)：2122－2136.
[20]张敏，梁凤妮，孙延文，等. 杜仲化学成分、药理作用和临床应用研究进展[J]. 中草药，2023，54(14)：4740－

4761.
[21]张晓文,柳美娟,王珍珍,等. 山茱萸多糖的提取分离及药理活性研究进展[J]. 西北药学杂志,2020,35(3):470 – 475.
[22]邓桃妹,彭灿,彭代银,等. 甘草化学成分和药理作用研究进展及质量标志物的探讨[J]. 中国中药杂志,2021,46(11):2660 – 2676.
[23]王祯,张俊令,焦宏基,等. 黄芪有效成分的药理作用与质量控制研究进展[J]. 药物评价研究,2023,46(4):917 – 924.
[24]陈冲,曾臣红,张斯琪,等. 革薢的研究进展[J]. 中国中药杂志,2017,42(18):3488 – 3496.
[25]李嘉诚,吴岚,蔡同凯,等. 黄柏化学成分及其药理作用研究进展[J]. 药学实践杂志,2018,36(5):389 – 391,398.
[26]戴梦翔,金姝娜,宋成武,等. 泽泻及其炮制品化学成分和药理作用的研究进展[J]. 中草药,2023,54(5):1620 – 1635.
[27]王特,张晓宇,张薇,等. 土茯苓防治痛风的作用机制研究进展[J]. 辽宁中医杂志,2021,48(1):215 – 217.
[28]左军,祁天立,胡晓阳. 茯苓化学成分及现代药理研究进展[J]. 中医药学报,2023,51(1):110 – 114.
[29]石晗,佟雅婧,杨钊田,等. 中医药降尿酸的用药规律[J]. 世界中医药,2021,16(21):3241 – 3245.
[30]曹雯,孙洪平,曹琳,等. 四妙散的临床运用及作用机制[J]. 吉林中医药,2017,37(10):976 – 979.
[31]赵晓峰,刘签兴,姜泉. 路志正从脾肾论治痛风经验总结[J]. 北京中医药,2021,40(10):1092 – 1094.
[32]刘敏,刘喜德,周海丽,等. 刘喜德教授中医药治疗痛风经验探析[J]. 浙江中医药大学学报,2021,45(10):1117 – 1120.
[33]张桂霞,田中华,董永书. 赵京伟主任医师从脾肾论治痛风的学术思想探析[J]. 中医研究,2023,36(4):8 – 13.
[34]郭良,谭昱,马春涛,等. 四妙散加减治疗湿热蕴结型急性痛风性关节炎疗效及对患者 T 细胞亚群、血液流变学及炎性标志物的影响[J]. 陕西中医,2023,44(2):199 – 204.
[35]刘宾,程传浩,张延武,等. 经典名方甘草附子汤治疗骨关节病的研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志,2024,30(5):282 – 288.
[36]杨柳,熊小花,王莘智. 基于升清降浊理论探讨升阳化浊汤辨治高尿酸血症[J]. 风湿病与关节炎,2023,12(2):53 – 56,65.
[37]朱彦雷. 温肾运脾汤联合西药治疗痛风的疗效及对关节证候和体征、UA、ESR、CRP 的影响[J]. 中医研究,2022,35(9):55 – 58.
[38]周培荣,孙绍裘. 基于脾肾两虚论治疗痛风性关节炎用药探讨[J]. 中国医药科学,2021,11(5):81 – 83.
[39]吴伯达,石达攀,刘小可,等. 叶品良教授运用加味补阳还五汤治疗痛风经验[J]. 风湿病与关节炎,2019,8(12):37 – 38,52.
[40]孟庆良,张子扬,苗喜云. 朱良春泄浊化瘀法治疗痛风性关节炎经验[J]. 中医杂志,2017,58(16):1368 – 1370.
[41]周卫国,胡彦兴,卓彩琴. 健脾补肾泄浊活血方配合别嘌醇治疗痛风肾疗效观察[J]. 山西中医,2017,33(2):24 – 26.
[42]卢婉君,牛效清. 四君子合温胆汤加减方治疗痛风性肾病的临床疗效观察[J]. 广州中医药大学学报,2021,38(4):690 – 696.
[43]罗兴民,钱小方,李琴,等. 基于“肾为封藏之本”理论辨治急性痛风性关节炎[J]. 四川中医,2022,40(11):25 – 27.
[44]曾智君,温健辉,袁青. 靳三针治疗痛风性关节炎慢性期的随机对照试验[J]. 广州中医药大学学报,2023,40(5):1147 – 1154.
[45]曾文瑞,郑谅. 杨文辉教授治疗急性痛风性关节炎经验撷要[J]. 中国中医急症,2022,31(9):1462 – 1464.

收稿日期:2025 – 03 – 23

作者简介:白舒琳(1997 –),女,广西玉林人,硕士研究生,研究方向:内分泌代谢性疾病的中医防治研究。
通信作者:王振刚(1980 –),男,湖北仙桃人,主任医师,硕士研究生导师,研究方向:内分泌代谢性疾病的中医防治研究。E – mail:chquntx@163.com

编辑:孙铮