

湿热入络病机指导下祛湿降浊饮治疗慢性痛风性关节炎的临证思路探讨

吴方真

福建中医药大学附属第二人民医院, 福建 福州

收稿日期: 2025年4月23日; 录用日期: 2025年5月16日; 发布日期: 2025年5月27日

摘要

基于“湿热入络”病机, 探讨笔者自拟的祛湿降浊饮(国家发明专利号ZL202210497323.0)治疗慢性痛风性关节炎思路。慢性痛风性关节炎常伴关节肿痛畸形、痛风石。脾虚湿热是慢性痛风性关节炎常见证型。脾虚失运导致湿浊内生, 久则化热、酿痰、成瘀, 最终深伏络脉, 形成“虚-湿-热-痰-瘀-络阻”的慢性病理链条。脾虚是湿浊内伏的始动与基础, 湿热络瘀是络脉损伤的关键环节。祛湿降浊饮的方药组成包括太子参、车前子、茵陈、茯苓、陈皮、丹参、炙甘草, 其配伍紧扣病机。以健脾益气治其本, 清热利湿与活血通络治其标, 体现标本兼顾, 祛邪扶正的原则。文章旨在通过分析方药组成与病机的关联, 探讨其治疗机制, 为临床应用提供理论依据, 并为慢性痛风性关节炎辨证论治提供新思路。

关键词

湿热入络, 慢性痛风性关节炎, 祛湿降浊饮, 中医病机

Discussion on the Clinical Approach of Treating Chronic Gouty Arthritis with Qushi Jiangzhuo Yin under the Guidance of Damp-Heat Entering the Meridians

Fangzhen Wu

The Second Affiliated Hospital of Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fuzhou Fujian

Received: Apr. 23rd, 2025; accepted: May 16th, 2025; published: May 27th, 2025

文章引用: 吴方真. 湿热入络病机指导下祛湿降浊饮治疗慢性痛风性关节炎的临证思路探讨[J]. 生物医学, 2025, 15(3): 520-526. DOI: 10.12677/hjbm.2025.153060

Abstract

Based on the pathogenesis of “damp-heat entering the meridians”, this paper explores the idea of treating chronic gouty arthritis with the self-proposed Qushi Jiangzhuo Yin (National Invention Patent No. ZL202210497323.0) by the author. Chronic gouty arthritis is often accompanied by joint swelling, pain, deformity and tophi. Spleen deficiency with damp-heat is a common witness type of chronic gouty arthritis. Spleen deficiency and loss of transportation lead to the internal generation of dampness and turbidity. Over time, this can generate heat, produce phlegm, and form blood stasis. Eventually, it deeply conceals the meridians, creating a chronic pathological chain of “deficiency-dampness-heat-phlegm-blood stasis-blocked meridians”. Spleen deficiency is the initiation and foundation of internal dampness and turbidity, while damp-heat and blood stasis in the meridians are the key links in the damage of the collaterals. The composition of the formula for the Qushi Jiangzhuo Yin includes *Pseudostellaria heterophylla*, *Plantago asiatica* seeds, *Artemisia capillaris*, *Wolfiporia extensa*, dried tangerine peel, *Salvia miltiorrhiza*, and honey-fried licorice. The combination of these ingredients closely follows the pathogenesis of the disease. To address the root cause by strengthening the spleen and benefiting qi, and to treat the symptoms by clearing heat and promoting diuresis as well as activating blood circulation and unblocking meridians, the principle of taking both the symptoms and the root cause into account and eliminating pathogenic factors to support the body’s resistance is reflected. This article aims to explore its therapeutic mechanism by analyzing the association between the composition of prescriptions and drugs and the pathogenesis, providing a theoretical basis for clinical application and offering new ideas for the syndrome differentiation and treatment of chronic gouty arthritis.

Keywords

Damp-Heat Entering the Meridians, Chronic Gouty Arthritis, Qushi Jiangzhuo Yin, Pathogenesis of Traditional Chinese Medicine

Copyright © 2025 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

痛风(GA)作为一种全球流行的代谢性疾病,其特征是单钠尿酸盐晶体在关节和其他组织中的沉积,导致反复发作的疼痛和组织损伤,多表现为痛风性关节炎[1]。痛风的发病率在全球范围内呈上升趋势,部分原因是饮食习惯的变化和老龄化人口的增加[2]。其治疗主要包括降低尿酸水平和缓解急性发作的炎症。别嘌醇和非布司他片是常用的降尿酸药物,通过抑制黄嘌呤氧化酶来降低血清尿酸水平;传统抗炎镇痛药物包括秋水仙碱、非甾体抗炎药和糖皮质激素[3]。近年来,新的治疗方法不断涌现,如尿酸酶等,这些新疗法为难治性痛风的临床管理提供新的希望[4]。中医药在改善 GA 临床症状,延缓病情进展方面亦具有独特优势。

中医学将其归为“浊瘀痹”范畴,其发病与湿、热、瘀、虚等多种因素相关。现有研究表明[5],在慢性痛风性关节炎的常见中医证型中,脾虚湿热证占比最高,比例高达 46.81%。针对这一核心病机,笔者创祛湿降浊饮作为治疗脾虚湿热型慢性痛风性关节炎的基本方。临床观察亦证实[6],本方可延缓痛风病情进展。本文旨在从中医理论角度出发,立足于脾虚湿热病机,深入分析祛湿降浊饮的方药组成、功

效与该病机的关联，探讨本方治疗慢性痛风性关节炎的作用机制。以期为临床应用本方提供更坚实的理论依据，并为慢性痛风性关节炎的辨证论治提供新思路。

2. 病机诠释

2.1. 以“脾虚为本，湿热络瘀为标”为核心病机

慢性痛风性关节炎以长期关节肿胀、疼痛、僵硬、畸形、痛风石形成及反复发作作为特征，在中医多归属于“顽痹”“痰瘀痹”的范畴。其病理机制区别于急性发作期的“湿热骤壅”或“风寒湿痹”，其本质是一个以脾虚失运为始动环节，导致湿浊内生、内伏，日久渐化为热，湿热交蒸，酿湿为痰，阻滞气血而成瘀，最终湿热痰瘀深伏于关节经络、缠绵不去的渐进性、慢性病理过程。中医认为，“脾为后天之本，气血生化之源”，若脾胃功能受损，运化失健，一方面水谷精微无法正常输布，反而凝聚为湿浊痰瘀；另一方面，气血生化不足，正气亏虚，无力祛邪外出，病邪留恋体内，形成“虚-湿-热-痰-瘀-络阻”这一环环相扣的慢性病理链条。此病机贯穿疾病全程，充分体现了慢性病“本虚标实、虚实夹杂”的复杂特点，其中脾虚是发病和迁延的基础，“湿、热、痰、瘀、络阻”是其病理演变的表现。

2.2. 脾虚为湿浊内伏的始动环节与核心基础

2.2.1. 脾虚致湿的病理机制

脾胃虚弱是慢性痛风性关节炎发生和发展的内在基础。《脾胃论》有云：“脾胃之气既伤，而元气亦不能充，而诸病之所由生也”。现代社会生活方式多样，长期饮食不节(如过食肥甘厚味、海鲜、啤酒等)、饥饱失常、情志不遂、过度劳倦，或年老体衰，均可损伤脾胃功能，导致运化失司。脾主运化水湿，脾虚则水湿停聚，不能正常输布代谢，凝聚成湿浊蕴积体内，此“内生之湿”与现代医学认识到的高尿酸血症所反映的机体慢性代谢紊乱状态存在内在联系。湿浊黏腻，易阻碍气机升降，脾气虚弱，清阳不升则头身困重、倦怠乏力，浊阴不降则湿浊随气血流注，最易趋下，流注于关节、经络，久留不去。临床上慢性痛风患者常表现为神疲乏力、肢体困重、胃纳呆滞、口黏不爽、大便或溏或黏、舌体胖大、苔白腻等脾虚湿盛证候，这与痛风患者常伴有的肥胖、高脂血症、糖尿病等代谢综合征的病理基础有共通之处。

2.2.2. 脾虚与湿浊的恶性循环

在慢性病程中，脾虚不仅是湿浊产生的根源，湿浊一旦形成，其黏滞胶着的特性又会进一步困遏脾阳，阻碍脾的运化功能，加剧脾虚的程度，从而形成“脾虚→湿盛→更虚”的恶性循环。正如《医宗必读》所论：“脾土虚弱，清者难升，浊者难降，留中滞膈，瘀而成痰”，湿浊久蕴，不仅加重脾虚，更因其胶着郁滞，郁久化热，煎熬津液成痰，阻滞血行成瘀，为湿热络瘀的形成奠定了物质基础。

2.3. 湿热络瘀为络脉损伤的关键病理环节

2.3.1. 湿热从化为湿浊久蕴的必然演变

慢性痛风性关节炎的病理性质已非急性期单纯的“寒湿”或“湿热”，而是湿浊因脾虚日久，或素体阳盛，或过食辛辣肥甘，或环境因素影响，长期蕴结，渐化为热，形成湿热互结的病理状态。湿热之邪黏滞难解，兼具湿邪的重浊、黏腻、趋下、缠绵不去以及热邪的燔灼、伤津、化腐、易伤络脉等特性。湿热壅阻于关节经络，导致气血运行不畅，不通则痛，表现为关节隐隐作痛、肿胀反复、活动不利。湿热郁久，煎灼津液，津液凝结为痰；湿热阻滞气血，血行不畅则成瘀，形成“痰瘀互结”。此时，尿酸盐结晶作为一种病理产物，在中医看来可归属于“湿浊”、“痰瘀”、“有形之邪”的范畴，湿热痰瘀内伏，沉积于关节、滑膜、韧带等软组织，引发持续的慢性炎症反应和组织破坏。现代医学超声、CT等检查可见关节滑膜增厚、尿酸盐结晶沉积，这与中医湿热痰瘀有形之邪阻滞关节的认识相符。

2.3.2. 久郁入络为慢性病理的最终归宿

《黄帝内经》有“病在经络脉分之间，留而不去为痹”之论，提示慢性病邪易深伏于经络、络脉。湿热痰瘀等病邪在关节局部久留不去，逐渐深入络脉，导致络道狭窄闭塞，甚至断裂坏死，气血精微无法正常濡养关节筋骨。络脉失养，筋骨失柔，关节功能障碍日益加重，出现关节僵硬、变形、活动受限，痛风石作为痰瘀湿热胶结的有形之邪，沉积于关节周围甚至形成骨质侵蚀，即现代医学所说的慢性痛风结节、关节纤维化、骨质破坏等病理表现。在此过程中，脾虚气血生化不足，络脉失养，与络脉瘀阻相互影响，互为因果，形成“因虚致瘀，因瘀致虚”的恶性循环。临床上可见患者关节疼痛固定、性质刺痛，舌质紫暗或有瘀斑，舌下络脉瘀曲粗胀，痛风石质地坚硬，推之不移等“络瘀”征象，符合叶天士“久病入络”、“久痛在血”的理论。因此，“湿热入络”是慢性痛风性关节炎关节病变的核心病理机制。

3. 方药诠释

祛湿降浊饮，紧扣“脾虚为本，湿热络瘀为标”的慢性痛风性关节炎核心病机，以健脾益气、祛湿化浊为基础，辅以清热利湿、活血通络，组方严谨，理法明晰。其基本方药组成包括：太子参，车前子，茵陈，茯苓，陈皮，丹参，炙甘草。

3.1. 方药组成与功效解析

3.1.1. 健脾益气以治本

方中以太子参、茯苓、陈皮、炙甘草合用，共奏健脾益气、和中化湿之效，直击脾虚这一病之根本。其中太子参：性平，味甘、微苦，归脾、肺经。补气养阴，健脾益肺。此处用其健脾益气之功，增强脾胃运化功能，为化湿利浊奠定基础。太子参性平力缓，既能补虚而不滋腻碍湿，符合慢性病“补而不滞”的原则。茯苓性平，味甘、淡，归心、肺、脾、肾经。利水渗湿，健脾安神。茯苓是健脾化湿要药，通过渗利水湿，将体内多余的湿浊从小便排出，减轻湿邪对脾之困遏。同时其健脾作用，有助于恢复脾的运化功能，标本兼顾。陈皮性温，味辛、苦，归脾、肺经。理气健脾，燥湿化痰。脾虚湿盛易生痰，陈皮理气行滞，助脾运化，燥湿化痰，消除湿浊进一步凝聚成痰的病理产物，且能行气化湿，增强祛湿之力。其辛行之性还能避免补益药的壅滞。炙甘草性温，味甘，归脾、胃、肺经。益气补中，调和药性。炙甘草补脾益气，增强健脾药的疗效，同时调和方中诸药，使其协同作用，并能缓急止痛。

3.1.2. 清热利湿以治标

方中以车前子、茵陈合用，旨在清利湿热，解除湿热胶着之邪。其中车前子性微寒，味甘，归肾、膀胱、肺、肝经。清热利尿通淋，渗湿止泻。车前子善于清膀胱湿热，利小便以泄湿浊，加速体内尿酸的排出，减轻湿热对关节的侵袭。其性微寒而不伤阳，符合湿热证的治疗原则。茵陈性微寒，味苦、辛，归脾、胃、肝、胆经，是清利湿热的常用药。在此方中与车前子合用，增强清热利湿退浊的作用，直指湿热这一标实。

3.1.3. 活血通络以祛瘀

方中以丹参为主要活血通络药，针对湿热痰瘀久留导致的络脉瘀阻。丹参性微寒，味苦，归心、心包、肝经，活血祛瘀，凉血止痛，能深入血分，通行血脉，化解瘀滞，改善局部血液循环障碍。对于慢性痛风性关节炎的关节肿胀、疼痛、僵硬、畸形以及痛风石形成等络瘀表现，丹参能起到重要的治疗作用。其性微寒，也能兼治湿热之邪，可谓一药多效。

3.2. 方药配伍特点

祛湿降浊饮的配伍特点体现了“扶正不留邪，祛邪不伤正”的原则，紧密围绕“脾虚为本，湿热络瘀

为标”的病机。

3.2.1. 标本兼顾

以太子参、茯苓、陈皮、炙甘草健脾益气、培土固本，恢复脾胃运化水湿功能，从源头上减少湿浊的生成，并增强正气抗邪；同时以车前子、茵陈清利湿热，以丹参活血通络，直击湿热、络瘀等病理产物，体现了“急则治其标，缓则治其本”、“标本同治”的思想。

3.2.2. 组合精妙，协同增效

健脾药与渗湿药合用(太子参、茯苓)，增强脾的运化和水湿的排出；理气药与健脾燥湿药合用(陈皮)，行气化湿助运；清热利湿药合用(车前子、茵陈)，加强湿热的清除；活血药(丹参)既能化解瘀滞，又能助湿热痰浊的排出，同时改善关节局部微循环。诸药合用，相互协同，形成治疗脾虚湿热型慢性痛风性关节炎的有效方剂。

4. 临床应用

祛湿降浊饮作为治疗脾虚湿热型慢性痛风性关节炎的基本方，临证使用时应结合患者的具体症状、体征及舌脉表现进行辨证加减。

4.1. 基础方应用

适用于慢性痛风性关节炎处于缓解期或慢性迁延期，主要表现为：关节持续或反复隐痛、肿胀不适、僵硬感，活动不利；伴有神疲乏力、肢体困重、胃纳欠佳、口黏或口苦，大便不爽或便溏；舌质暗淡或有瘀斑，苔白腻或黄腻；脉弦滑或濡数。

4.2. 随证加减

在基础方之上，可根据兼夹症状进行加减：① 湿邪偏重，肢体困重、关节肿胀明显，可加用薏苡仁、苍术、厚朴等，增强健脾燥湿、芳化湿浊之功。② 湿热郁蒸，关节红肿热痛较甚(慢性炎症活动期)，可加用黄柏、知母、忍冬藤、络石藤等，加强清热利湿通络止痛之力。③ 痰浊凝聚，关节硬痛、皮下结节明显(痛风石)，可加用贝母、生牡蛎等，以化痰软坚散结。④ 瘀血阻滞，关节刺痛固定、舌下络脉瘀曲明显，可加用川牛膝、地龙等，以活血化瘀、通络止痛。⑤ 脾气亏虚明显，倦怠乏力严重，可加用黄芪等，以增强健脾益气之力。⑥ 肾虚精亏，腰膝酸软、关节畸形严重，可酌情加入补益肝肾之品，如桑寄生、杜仲、牛膝等，以固本培元，强筋健骨。但需注意避免滋腻碍湿。⑦ 疼痛明显，可加用延胡索、川芎、乳香、没药等行气活血止痛之品。使用时剂量可根据患者体质、病情轻重、药物偏性以及临床疗效进行调整。

慢性痛风性关节炎的病机复杂，但“脾虚为本，湿热络瘀为标”这一病机概括，抓住了疾病发生、发展和迁延的核心环节。脾虚导致湿浊内生是始动因素，湿浊久蕴化热酿痰成瘀，深伏络脉是病邪的演变和最终归宿。祛湿降浊饮正是基于此病机理论构建的方剂，通过健脾以固本清源，祛湿、清热以化解病理产物，活血通络以改善局部瘀阻，从而达到治疗慢性痛风性关节炎的目的。该方配伍严谨，攻补兼施，体现了中医治疗慢性病“本虚标实”的特色。

5. 医案举隅

患者，男，55岁，福州。2024年4月23日初诊。主诉：反复关节肿痛5年，加重3月余。现病史：患者5年前开始先后出现足第一跖趾关节、踝关节红肿热痛，尿酸升高(不详)，外院诊断为痛风性关节炎，不规律服用“非布司他片40mg qd”，急性期经“秋水仙碱0.5mg prn”治疗后缓解。但反复发作，

频率不定。近3月来，关节肿痛加重，先后累及双踝、双膝关节，呈隐痛、肿胀，伴见肢体困重，神疲乏力，食欲欠佳，食后腹胀，大便不调，或偏稀，或黏滞不爽，口黏腻不爽，睡眠可。体格检查可见双肘关节、右踝关节皮下痛风石，质硬，右膝关节轻度肿胀，皮色不红，触之不热，活动受限。晨下症见：右膝痛，关节活动不利，双肘及右踝可见痛风石，面色萎黄，精神不振，语声低微。舌体胖大，边有齿痕，舌质淡暗，苔白厚腻，根部微黄。脉象濡滑，弦。西医诊断：慢性痛风性关节炎。中医诊断：顽痹(脾虚湿热证)。治则：健脾益气，清热利湿，通络散结。方药：祛湿降浊饮加减。组成：太子参9g，茯苓9g，陈皮9g，车前子10g，茵陈6g，丹参9g，炙甘草3g，苍术9g，薏苡仁9g。7剂，每日1剂，水煎服。早晚餐后温服。

二诊，2024年4月30日。服药7剂后，关节痛减轻，肿胀略消退，肢体困重改善，神疲乏力减轻，食欲较前好转，腹胀不显，大便仍略黏腻，但较前成形，口黏腻感减轻，无其他不适。舌体较前略小，苔白腻较前变薄，根部微黄已退。脉象濡滑，弦象减轻。原方茵陈减至3g，苍术减至6g，仍有瘀象，丹参增至15g，续服7剂，用法同前。

三诊，2024年5月7日。服药7剂后，关节疼痛基本消失，仅在长时间行走或受凉后偶有轻微酸胀不适，可自行缓解，关节肿胀明显消退，活动自如。肢体困重、神疲乏力已无，饮食二便正常，睡眠佳，痛风石外观无明显变化。舌体形态正常，舌质淡红，苔薄腻苔已退。脉象平缓有力。去茵陈、苍术、薏苡仁，处方调整如下：太子参9g，茯苓9g，陈皮9g，车前子10g，丹参15g，炙甘草3g。续服10剂，余法同前。

四诊：服药10剂后，无关节疼痛、肿胀，活动正常，精神体力充沛，食欲佳，二便正常。痛风石外观未见明显缩小，但自觉结节周围皮肤较前松软。患者对手术切除痛风石有顾虑，希望继续中药治疗。法效上方续服14剂，余法同前。

四诊后患者症状已基本消失，但慢性痛风性关节炎仍需长期管理，以末次处方为基础方煎汤代茶饮，剂量和组成根据情况调整，强调持之以恒的生活方式干预是预防复发的关键。

按语：本例患者为男性，中年，病程迁延日久，反复发作，关节慢性肿痛、活动不利，并有痛风石形成，典型表现为慢性痛风性关节炎，中医辨证属“顽痹”“痛风”范畴。详细诊察其症状、体征及舌脉，可见神疲乏力、肢体困重、纳呆便溏、舌体胖大苔腻等脾虚湿盛之象；关节肿痛反复不愈、口黏腻、舌苔腻、脉滑则为湿浊内蕴、郁久化热之象；关节痛固定、活动不利、痛风石、舌质暗、脉弦则为湿热痰浊胶结，痹阻经络、气滞血瘀之象。综合分析，其病机为脾虚为本，湿热络瘀为标，痰浊内生，互结关节经络，符合“脾虚湿热证”的特点，体现了慢性痛风“本虚标实、虚实夹杂”的复杂性。

治则确立为健脾益气以固本，清热利湿以化浊，活血通络散结以祛邪、消有形之邪。祛湿降浊饮，即是针对此核心病机而设的基础方。方中太子参、茯苓、陈皮、炙甘草健脾益气、和中化湿，培土以制水，顾护后天之本；车前子、茵陈清热利湿退浊，导湿热从下而去；丹参活血化瘀、通络止痛，改善局部血循环，化解瘀滞。诸药合用，既扶正健脾，又祛湿、清热、化瘀、通络，标本兼治，理法周全。

初诊时患者湿邪困重、痛风石明显，故在基础方中加用苍术、薏苡仁加强健脾燥湿、利湿化浊。此为随证加减，增强疗效。二诊时患者湿热症状减轻，但仍有余湿及络瘀，故在原方基础上，酌减清利湿热较峻的茵陈、燥湿的苍术用量，增强丹参的用量，以继续清除湿热、化解痰瘀。三诊时湿热已基本清除，脾虚亦大为改善，关节症状几近消失，此时病机转为脾气渐复、湿热已清、络脉未全通、痰瘀留结，故大胆减去茵陈、苍术、薏苡仁等清热化湿之品，保留健脾利湿药以巩固疗效。四诊时患者症状完全缓解，辨证属脾气渐复，湿热已清，络脉通畅，痰瘀留结的缓解期。此时治疗重点在于巩固疗效，培补中焦，防止湿浊再生，方中保留健脾益气、利湿化浊、活血通络之品。疗程延长，旨在稳定病情，徐图消散结节，以收全功。

6. 结语

在“湿热入络”病机指导下运用祛湿降浊饮治疗慢性痛风性关节炎，是中医辨证论治思想的体现，为临床治疗提供了新的思路和有效方药。通过深入的理论探讨和未来的实证研究，有望进一步提升中医在治疗慢性痛风性关节炎中的地位 and 作用，为患者带来更好的治疗效果和生活质量。

基金项目

福建中医药大学 2023 年度校管课题临床专项(XB2023029)：祛湿降浊饮在脾胃湿热型痛风性关节炎的临床观察。

参考文献

- [1] FitzGerald, J.D. (2025) Gout. *Annals of Internal Medicine*, **178**, ITC33-ITC48. <https://doi.org/10.7326/annals-24-03951>
- [2] Robinson, P.C. and Horsburgh, S. (2014) Gout: Joints and Beyond, Epidemiology, Clinical Features, Treatment and Comorbidities. *Maturitas*, **78**, 245-251. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.05.001>
- [3] Engel, B., Just, J., Bleckwenn, M. and Weckbecker, K. (2017) Treatment Options for Gout. *Deutsches Ärzteblatt International*, **114**, 215-222. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0215>
- [4] Soskind, R., Abazia, D.T. and Bridgeman, M.B. (2017) Updates on the Treatment of Gout, Including a Review of Updated Treatment Guidelines and Use of Small Molecule Therapies for Difficult-to-Treat Gout and Gout Flares. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, **18**, 1115-1125. <https://doi.org/10.1080/14656566.2017.1349099>
- [5] 狄朋桃, 王兴强, 朱婉华, 等. 1017 例痛风中医证候学调查研究分析[J]. 风湿病与关节炎, 2022, 11(5): 21-25+36.
- [6] 吴方真, 罗邦水, 肖小莉, 等. 祛湿降浊饮联合非布司他治疗脾虚湿热型慢性痛风性关节炎临床观察[J]. 福建中医药, 2024, 55(2): 9-11.