

· 名医精华 ·

苏友新基于“脾虚湿浊内蕴”核心病机辨治
高尿酸血症共病经验探析^{*}郭洁梅^{1,2*} 王美玲^{1,2} 杨瑞芳^{1,2} 李毓婉³ 邱 灵^{1,2} 陈则均^{1,2} 陈冰燕^{1,2} 郑卓铭³
陈小华³ 张英杰^{1,2} 苏友新^{1,2,3▲}

摘 要 苏友新教授长期致力于高尿酸血症及痛风的中医防治研究,基于丰富的临证经验,归纳总结出针对高尿酸血症“脾虚湿浊内蕴”核心病机的主方健脾化湿泄浊方,并取得良好的临床疗效。本文系统总结其学术经验:首辨“脾虚湿浊内蕴”理论内涵,次析该病机在高尿酸血症与高血脂、高血糖“共病”中的辨治要点与应用规律,再详述健脾化湿泄浊方的组方思路、用药特点及“共病”配伍加减,并分享健脾化湿泄浊方的临床应用案例,以飨同道。

关键词 高尿酸血症;共病;脾虚;湿浊;健脾化湿泄浊方

高尿酸血症(hyperuricemia, HUA)是由嘌呤代谢紊乱引起的一种代谢性疾病。正常膳食状态下,非同日 2 次检测空腹血尿酸水平 $>420\ \mu\text{mol/L}$,即可诊断为 HUA^[1]。据统计,中国成年人 HUA 的患病率达 17.7%,且逐年增高,呈年轻化趋势,已严重威胁公众健康^[2, 3]。长期的高尿酸状态不仅是痛风性关节炎发病的生化基础,更是与高血压、高脂血症、糖尿病、胰岛素抵抗、慢性肾病及心血管疾病等形成紧密关联^[4-6],呈现出普遍的“共病”现象^[7]。若是孤立地看待和干预 HUA,则忽视了疾病间的相互影响与协同危害,往往难以取得理想的疗效。当前临床实践中对 HUA 的治疗,以降尿酸为主,但在改善整体代谢紊乱、减少并发症等方面仍存在局限^[8],亟需更具整体观的诊疗思路。

苏友新教授(以下简称“苏教授”)乃国家中医药领军人才岐黄学者、国务院政府特殊津贴专家。苏教授从事 HUA 及痛风相关临床与基础研究 20 余年,基于深厚的理论基础和丰富的临床经验,敏锐地洞察到 HUA 的“共病”特点,并将“共病”理论应用于该病的临床诊疗。苏教授认为, HUA 绝非孤立的生化指标异常,而是机体多系统、多脏腑功能失调在嘌呤代谢环节的具体体现,常与湿浊等病理产物交织互结,形成复杂的病机网络。因此,其治疗应突破“降尿酸”的单一思维,转而立立足于整体,辨析核心病机及其关联的“共病”状态,实施动态、综合的干预策略。基于此,苏教授总结出 HUA 的病机为“脾虚湿浊内蕴”,并归纳出具有健脾益气、运化湿浊功效的健脾化湿泄浊方,在近年临床应用中疗效良好。笔者有幸跟师学习,获益匪浅,现将其诊治 HUA 的经验报告如下。

1 “脾虚湿浊内蕴”内涵辨析

“脾虚湿浊内蕴”是中医理论中描述脾脏功能失调与水液代谢异常的核心病机概念,其内涵深刻体现了中医“藏象学说”与“病因病机学说”的辨证统一^[9]。《黄帝内经》奠定了脾虚湿浊内蕴的理论基石,《素问·至真要大论》云“诸湿肿满,皆属于脾”,明确指出脾主运化水液的核心功能。脾失健运则水谷精微不得布散,反聚为湿浊,如《素问·六元正纪大论》所言“湿胜则濡泄,甚则水闭跗肿”^[10]。张仲景在《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》中进一步细化脾虚与湿浊内生的

※基金项目 国家重点研发计划“中医药现代化”重点专项资助项目(No.2022YFC3501200);国家中医药管理局 2021 年岐黄学者支持项目(No. 国中医药人教函[2022]6 号);福建省省级财政专项(No. X2020004-财政专项);福建中医药大学苏友新岐黄学者传承工作室(No. 闽中医[2023]56 号)

*** 作者简介** 郭洁梅,教授。研究方向:痛风、骨关节炎的中医药防治与康复。

▲通信作者 苏友新,男,教授,主任医师,博士研究生导师。研究方向:痛风、骨关节炎的中医药防治研究。E-mail: suyouxin777@hotmail.com

• 作者单位 1. 福建中医药大学骨伤学院(福建 福州 350122);2. 中医骨伤及运动康复教育部重点实验室(福建 福州 350122);3. 福建中医药大学第一临床医学院(福建 福州 350004)

病理关联,指出“水在脾,少气身重”,揭示了脾虚与湿浊内生的因果关系。后世医家对此病机的阐释更具临床指导意义,如李东垣在《脾胃论》中强调“内伤脾胃,百病由生”,创立“甘温除大热”治法,其代表方补中益气汤暗含健脾以绝湿源之理^[11]。叶天士在《临证指南医案》指出“脾为阴土,赖阳以运”,提出“太阴湿土,得阳始运”的学术观点,为后世温阳健脾化湿法提供理论依据^[12]。脾虚与湿浊内蕴呈现互为因果的关系,脾虚致湿方面,《医宗金鉴》云“脾虚则运化失常,水谷不化,而生湿痰”,临床常见纳呆、便溏、舌淡苔腻等表现;湿浊困脾方面,湿邪重浊黏滞,易阻遏脾阳,形成恶性循环。《湿热论》谓“湿困脾阳,则运化无权”,表现为身重如裹、脘腹痞闷等症。现代研究从微观角度佐证,脾虚患者唾液淀粉酶活性下降、D-木糖吸收率降低,提示消化吸收功能障碍;湿浊证患者血清透明质酸、层粘连蛋白水平升高,反映水液代谢紊乱^[13]。这种脾虚与湿浊的互为因果关系,构成了该病机的核心病理环节。其临床辨析应注重舌诊、脉诊:(1)舌诊方面,脾虚湿盛者多见舌体胖大、边有齿痕、苔白腻或黄腻,《温病条辨》指出“舌白如积粉,湿浊内盛也”;(2)脉诊方面,典型脉象为濡脉,如《脉诀汇辨》所言“濡脉极软而浮细,如帛在水中”^[14]。“脾虚湿浊内蕴”病机指“脾虚为本,湿浊为标,本虚标实”,其内涵辨析需立足经典,结合现代研究,既要把握脾虚与湿浊的因果关系,又要注重病机转化的动态性,通过“健脾不碍湿,化湿不伤脾”的治法平衡,体现中医“治病求本”的核心理念。

2 “脾虚湿浊内蕴”在 HUA 共病中的应用

HUA 是随着现代医疗诊断技术进步而检测发现的一种疾病前状态,中医古籍对此并无明确记载^[15]。现代中医医家基于临床与中医理论,对 HUA 的病因病机提出了新的见解与认识,认为 HUA 的病理与中医学的“血浊”“膏浊”“浊瘀痹”范畴相契合^[8]。全小林教授^[16]将 HUA 归为“膏浊病”范畴。膏浊属饮食中精微稠厚部分,若患者嗜食膏粱厚味,损伤脾胃,导致气血运行不畅,则酿生膏浊。膏,即体脂;浊,包括尿酸浊等,尿酸浊聚集血脉,随血脉循行,形成 HUA。HUA 的发病与患者素体脾气亏虚密切相关,如《素问·经脉别论》记载“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”^[17],阐述了脾脏在人体水谷、精微运化过程中的核心作用,脾不仅可通过运化、升清功能将胃消化的精气,输送到全身各处以滋养五脏六腑、四肢百骸,还可参与水液的代谢和调节,与肺、肾等脏腑共同维持人体水液代谢的平衡。脾气虚则健运失司,水液失于运化、津液失布、酿生湿浊,湿浊留于体内,加重脾虚失运。此外,后天饮食失节也是 HUA 发病的重要诱因,长期嗜食肥甘、酒食不节,易影响脾胃运化,水饮不化、津液不布,停滞为湿,脾虚则无力输布水谷精微,谷精壅滞则为浊,从而生为“内湿”^[18]。“内湿”进一步阻碍脾运,形成脾虚失运与湿浊内蕴的恶性循环。综上,HUA 的病机可总结为脾虚失运、湿浊内蕴。

HUA 是众多代谢紊乱疾病发生的危险因素,包括胰岛素抵抗、血脂异常、非酒精性脂肪性肝病等^[19, 20]。当代中医医家多认为,HUA 合并糖尿病、高脂血症的核心病机可归结于脾虚湿浊内蕴^[21]。脾为中土,主运化灌溉四旁,若先天禀赋不足或后天饮食不节,必致脾胃升降失常,水谷不化精微反化为湿浊,此为发病之根本。湿浊内阻,既阻碍气血运行,又可与热邪搏结,炼津成痰,进而形成湿浊、湿热、痰瘀等病理产物。湿浊伏于脏腑则尿酸代谢紊乱;痛风性关节炎之“痹证”乃湿浊下注关节,致气血凝结,运动失司^[22];糖尿病之“消渴”乃水谷痰湿积聚,浊邪日久化热,致津伤气耗,气阴两虚^[23, 24];高脂血症则因湿浊困脾,脂浊无以输布,沉积血脉而成“血浊”^[25]。三者病位虽有不同,但均以脾虚为本,湿浊为标。

《四圣心源·中气》记载:“中气者,和济水火之机,升降金木之轴。”脾虚失于健运,而致中焦壅滞不通,湿浊内蕴,困阻气机,进一步加重气化不利,如湿浊瘀阻脉络,既加重尿酸沉积,又致血糖、血脂代谢障碍,终致多种代谢性疾病并见。此过程体现“湿邪贯穿疾病始终”的病理特点,印证脾虚湿浊内蕴是诸病共同的病变基础。现代医学认为,“脾气散精”与胰腺分泌胰岛素、调节脂质代谢密切相关,脾失健运则胰岛素抵抗、脂质代谢紊乱,与中医“脾虚失运”“湿浊内蕴”理论不谋而合^[26]。治疗当以健脾祛湿为核心,兼顾清热、化痰、活血,阻断湿浊传变,改善代谢紊乱。

3 健脾化湿泄浊方

3.1 健脾化湿泄浊方的组方思路及用药特点

苏教授团队针对 HUA“脾虚湿浊内蕴”的核心病机,经反复归纳整理,提出以健脾化湿泄浊为 HUA 的核心治法,

在痛风宁^[27]的基础上,易丹参、秦艽、肿节风、泽泻为石韦、薏苡仁、菊苣、葛根以加强利湿泄浊之功,形成具有“健脾化湿泄浊”功效的健脾化湿泄浊方。其药物组成为:苍术 6 g,薏苡仁 20 g,土茯苓 40 g,石韦 12 g,草薢 15 g,金钱草 30 g,菊苣 10 g,黄柏 6 g,葛根 15 g,怀牛膝 10 g。方中苍术苦辛温,入脾、胃经,擅长燥湿祛风,且能健脾;薏苡仁甘淡微寒,入脾、胃、肺经,利水渗湿、除痹散结,亦能健脾,二药共为君药。臣以苦寒之黄柏清热燥湿,甘淡之土茯苓解毒除湿、通利关节,苦寒之草薢泄浊利湿。研究^[28]亦证实,土茯苓可通过干预黄嘌呤氧化酶和黄嘌呤脱氢酶,使尿酸生成减少,并通过 NLRP3 信号通路、NF- κ B 信号通路等减轻炎症反应。苦寒之菊苣可利尿消肿,且能健脾胃消食;苦寒之金钱草可清热利湿通淋;苦寒之石韦可利尿通淋、凉血;辛甘凉之葛根升清以降浊、生津止渴、通经络,使诸药燥湿、渗湿、利水通淋而不伤阴津,共为佐药。研究^[29]证实菊苣在尿酸相关代谢性疾病的防治中疗效显著,其降尿酸机制可能与其增加回肠组织中 ABCG2 蛋白含量,促进肠道中尿酸排泄有关。使以怀牛膝直入病所,引药下行,因势利导,更有助于利湿化浊。该方可健脾气、恢复脾主运化水湿之功以治本;祛湿化浊、利尿通淋,引湿邪从小便而解以祛邪。全方配伍,标本兼顾,祛邪不伤正,健脾扶正不恋邪,共奏健脾化湿泄浊之功,以达降尿酸目的。

3.2 HUA 共病配伍加減 针对 HUA 合并高血脂、糖尿病的复杂并发症,苏教授遵循“谨守病机,各司其属”原则,围绕“脾虚湿蕴”的核心病机,以“健脾化湿泄浊”为根本治法,并依据其兼杂证的不同进行药物加減及配伍。如患者血脂代谢紊乱明显,多因脾虚失运而致湿浊困脾,脂浊无以输布,沉积血脉,可于基础方中配伍山楂、益母草、荷叶(山楂以消肉食积滞、行瘀化痰;益母草活血利水以通脉降脂;荷叶升清降浊、化湿消脂),与薏苡仁健脾渗湿、通利关节之效相伍,共奏祛湿化痰、调脂通络之功。若并发糖尿病,常伴痰湿积聚、气阴两虚之症,宜加用“桑类药物”(桑叶、桑白皮、桑寄生、桑椹),其中桑叶生津润燥;桑白皮利水消肿;桑寄生补益肝肾;桑椹滋阴养血、生津止渴,诸药合用共达清热生津、养阴润燥之效,还可协同苍术、薏苡仁增强健脾益气之功。若并发高血压,常伴阴虚阳亢之症,则加用天麻、钩藤、川芎、槐米,以加强清热平肝、潜阳息风;若浊瘀甚,则易怀牛膝为川牛膝,并加用泽兰,以加强活血化瘀之力;若腰膝酸软、

五心烦热、舌红少苔等,则配伍山茱萸、地骨皮、生地黄养阴清热;若畏寒肢冷、小便清长等,则配伍淫羊藿、巴戟天、肉苁蓉等以补肾助阳;若失眠多梦,则加合欢皮、远志、炒枣仁以养心安神。

4 验案举隅

李某,男,48 岁,2023 年 10 月 24 日初诊。主诉:血尿酸升高 2 年余,血糖升高半年。现病史:患者缘于 2 年前体检发现血尿酸为 540 $\mu\text{mol/L}$,未予系统治疗。半年前体检发现血尿酸 584 $\mu\text{mol/L}$,空腹血糖 7.8 mmol/L,糖化血红蛋白(HbA1c):6.8%,确诊为“2 型糖尿病”,暂未服用降糖药。平素喜食肥甘厚味,饮酒频繁。近半年来自觉倦怠乏力明显,伴口干多饮,今为求治疗前来就诊。辰下:神疲乏力,口干多饮,晨起口黏,偶有腹胀,小便频,大便黏滞不爽,日行 1~2 次。舌质淡红,舌体胖大,边有齿痕,苔白厚腻,脉濡滑。体格检查:体重指数(BMI)为 28.7 kg/m²,双下肢无浮肿,关节无红肿畸形。辅助检查:(2023-10-20)血生化示“尿酸 578 $\mu\text{mol/L}$ $\uparrow$,空腹血糖 7.6 mmol/L $\uparrow$,甘油三酯 2.92 mmol/L $\uparrow$,丙氨酸氨基转移酶(ALT)48 U/L, γ 谷氨酰转移酶(GGT)72 U/L $\uparrow$ ”;HbA1c 6.7% $\uparrow$ 。西医诊断:①高尿酸血症;②2 型糖尿病;③高脂血症。中医诊断:①膏浊;②消渴,辨为脾虚湿盛证。治法:健脾化湿泄浊。处方:健脾化湿泄浊方加減。药用:苍术 6 g,薏苡仁 20 g,黄柏 6 g,土茯苓 20 g,菊苣 10 g,桑叶 10 g,桑白皮 10 g,葛根 20 g,桑寄生 15 g,草薢 10 g,金钱草 15 g,山楂 15 g,怀牛膝 15 g。每日 1 剂,水煎服,早晚分服,共 14 剂。嘱患者严格低嘌呤饮食,忌酒及肥甘厚味,每日饮水不少于 2 L,适当运动控制体重,并监测空腹及餐后血糖。

2023 年 11 月 7 日二诊:精神好转,乏力减轻,口干多饮稍缓解,口黏减轻,腹胀减轻,大便较前成形,日行 1~2 次,小便频稍缓解。舌淡红,苔白稍厚腻,脉濡滑。自测空腹血糖波动于 6.8~7.5 mmol/L。辅助检查:(2023-11-05)血生化示“空腹血糖 7.0 mmol/L $\uparrow$,血尿酸 502 $\mu\text{mol/L}$ $\uparrow$,甘油三酯 2.45 mmol/L $\uparrow$ ”。处方调整:原方加桑椹 15 g 以滋阴生津,继服 14 剂。继续监测血糖。

2023 年 11 月 21 日三诊:体力明显恢复,口干多饮更进一步改善,纳寐可,二便调。舌淡红,苔薄白稍腻,边有齿痕,脉沉细。空腹自测血糖稳定在 6.0~

6.5 mmol/L。辅助检查:(2023-11-19)血生化示“血尿酸 412 $\mu\text{mol/L}$,空腹血糖 6.5 mmol/L,甘油三酯 2.15 mmol/L $\uparrow$,ALT 40 U/L,GGT 48 U/L $\uparrow$ ”;HbA1c 6.5%。处方调整:上方减黄柏至 4 g,加山药 20 g,续服 14 剂以巩固疗效。

随访:患者继续坚持治疗 1 个月,2023 年 12 月复查:血尿酸 380 $\mu\text{mol/L}$,空腹血糖 5.6 mmol/L,HbA1c 5.8%,血脂、肝功能均改善。随访半年,患者病情稳定,饮食作息较以往规律。

按 患者高尿酸血症病史 2 年余,高血糖病史半年,治疗前血尿酸波动于 540~580 $\mu\text{mol/L}$ 、空腹血糖 7.8 mmol/L、HbA1c 6.8%,属中医学“膏浊”“消渴”范畴。患者平素嗜食肥甘厚味,饮酒无度,损伤脾胃,致脾虚失运。一方面,水谷精微不化反生湿浊,内蕴阻滞气机。湿浊上泛则见口黏、苔腻;湿困中焦则纳呆、腹胀;湿性黏滞下趋肠道,故大便黏滞;脾虚气血生化不足,故神疲乏力;湿浊内蕴,气化失司,津失输布,则见小便频、舌淡红、苔白厚腻。四诊合参,辨为脾虚湿盛证。苏教授紧扣“健脾化湿泄浊”之治法,同时针对血糖异常,拟健脾化湿泄浊方为基础,灵活配伍。方中苍术、薏苡仁为君,可健脾化湿;萆薢、土茯苓、黄柏为臣,可泄浊利湿;菊苣、金钱草、石韦、葛根为佐,可分清别浊、利尿通淋,引湿邪从小便而解;使以怀牛膝引药下行;针对高血糖导致的津伤,苏教授善用桑类药物清肺胃之热兼能润燥,并佐以山楂化浊降脂。二诊时患者精神、纳食、大便均改善,口干多饮稍缓,舌苔由白厚腻转薄,提示湿浊渐化。然其脾胃未充,故加桑椹滋阴生津。三诊时患者诸症皆有缓解,血尿酸降至正常范围,空腹血糖、HbA1c、血脂亦改善,此时湿浊已去大半,脾虚渐复,治疗重点转向巩固脾运、防止复发,故减苦寒之黄柏用量防其伤胃,加山药固护脾胃。之后患者坚持治疗,血尿酸、血糖长期稳定在理想范围。此案中,苏教授首诊即精准把握“脾虚湿浊内蕴”核心病机,以健脾化湿泄浊方为主,并融入其治疗高血糖的特色药物,初诊重在祛邪(化湿浊),二诊加强滋阴生津,三诊转以健脾固本为主,层次分明,步步为营。苏教授还让患者辅以严格的饮食调摄,使湿浊无以滋生,脾运得复,气血津液输布复常,故患者在有效控制高尿酸血症的同时,亦显著改善了血糖代谢。这充分体现了苏教授辨治高尿酸血症共病,以“脾虚湿浊内蕴”核心,灵活用药的学术特色。

5 小结

苏教授认为脾虚失运是 HUA 的本质特点,脾虚失运引起的湿浊内蕴是血尿酸异常升高的关键原因。湿浊蕴结下焦,可影响机体升降清浊功能,形成脾虚失运与湿浊内蕴的恶性循环。基于此认识,苏教授认为可采取健脾化湿泄浊的治法以指导 HUA 的临床治疗,并提出在主病 HUA 与高血脂、高血糖等“共病”状态下,临证组方施药需兼顾“共病”配伍,为 HUA 共病的临床治疗提供新思路。

参考文献

- [1]方海琴,姜萍,王永俊,等.成人高尿酸血症与痛风饮食指南(2024 年版)[J].卫生研究,2024,53(3):352-356.
- [2]余洲海,杨辉,孟伟.2021 年上海地区成年体检人群高尿酸血症患病率及与体质指数的关系[J].实用预防医学,2023,30(2):227-229.
- [3]SONG J, JIN C Y, SHAN Z Y, et al. Prevalence and risk factors of hyperuricemia and gout: a cross-sectional survey from 31 provinces in mainland China[J]. J Transl Int Med, 2022, 10(2):134-145.
- [4]PIAO W, ZHAO L Y, YANG Y X, et al. The prevalence of hyperuricemia and its correlates among adults in China: results from CNHS 2015-2017[J]. Nutrients, 2022, 14(19):4095.
- [5]MALOBERTI A, QUALLIU E, OCCHI L, et al. Hyperuricemia prevalence in healthy subjects and its relationship with cardiovascular target organ damage[J]. Nutr Metab Cardiovasc Dis, 2021, 31(1):178-185.
- [6]AIUMTRAKUL N, WIPUTHANUPHONGS P, SUPASYNDH O, et al. Hyperuricemia and impaired renal function: a prospective cohort study[J]. Kidney Dis (Basel), 2021, 7(3):210-218.
- [7]高杨,平智广,裴晓婷,等.2009 年中国中老年人慢性共病现状及相关因素的多重对应分析[J].卫生研究,2020,49(5):844-849.
- [8]王雨,林志健,张冰.尿酸代谢紊乱相关疾病的现代认知及中医药防治进展[J].中国中药杂志,2024,49(12):3160-3167.
- [9]李永乐,翟双庆.中医五脏理论文献研究的现状与展望[J].世界科学技术-中医药现代化,2020,22(4):1299-1306.
- [10]任丽萌,张效霞.基于“五脏共主”的中医水液代谢系统的建立[J].中国中医基础医学杂志,2024,30(10):1638-1644.
- [11]李玲玲,程丹,李鑫洁,等.论甘温除热法代表方应为补脾胃泻阴火升阳汤[J].环球中医药,2020,13(6):1036-1038.
- [12]张涵灵,徐婧,闫海琳,等.基于《临证指南医案》探讨角药在脾胃病中的运用[J].中华中医药杂志,2024,39(7):3285-3288.
- [13]张坤漓,吕咪,胡佳艳,等.基于肠道菌群的脾虚证研究述评[J].世界科学技术-中医药现代化,2024,26(3):628-633.
- [14]赵倩倩,解天晓,李媛媛,等.濡脉古今研究评述[J].中华中医药杂志,2021,36(9):5133-5136.
- [15]杨崇,刘想,陈科翰,等.萆薢分清丸调控尿酸转运蛋白改善高尿酸血症肾损伤的作用机制研究[J].实用临床医药杂志,2024,28(18):1-7.

(下转第 13 页)