

## 黄淑玲治疗痛风经验介绍

陶慧员, 周宇清 指导: 黄淑玲

广州中医药大学东莞医院, 广东 东莞 523000

**[摘要]** 介绍黄淑玲教授治疗痛风的临床经验。黄淑玲教授认为, 痛风的病机可归纳为脾虚湿阻、肾阳亏虚、肝失疏泄、湿热痰凝瘀结, 并根据痛风临床分期及临床特点的不同, 其辨证及治法各有侧重, 治疗上提出健脾化湿、补肾助阳、疏肝行气、清热利湿、化痰祛瘀之法。此外, 黄淑玲教授将治未病思想运用于痛风的防治, 总结概括出痛风的三级防治方法, 并注重痛风的外治治疗, 对各期痛风患者均取得了良好的临床疗效。

**[关键词]** 痛风; 辨证分型; 三级防治; 黄淑玲

**[中图分类号]** R249; R589.7 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2026) 08-0201-04  
**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2026.08.034

### Introduction to HUANG Shuling's Experience in Treating Gout

TAO Huiyuan, ZHOU Yuqing Instructor: HUANG Shuling

Dongguan Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Dongguan Guangdong 523000, China

**Abstract:** This article introduces Professor HUANG Shuling's clinical experience in treating gout. Professor HUANG believes that the pathogenesis of gout can be summarized as spleen deficiency with dampness obstruction, kidney yang deficiency, liver failed in ensuring free movement of qi, and accumulation of damp-heat, phlegm, and stasis. Based on the clinical stages and characteristics of gout, syndrome differentiation and treatment methods are emphasized accordingly. In terms of the treatment principles Professor HUANG proposes methods that include invigorating the spleen to resolve dampness, tonifying the kidney to support yang, soothing the liver to regulate qi, clearing heat and promoting diuresis, and resolving phlegm and dispelling stasis. Additionally, Professor HUANG applies the concept of "preventive treatment of disease" to the prevention and management of gout, summarizing a three-level prevention and treatment approach. She also emphasizes external treatment for gout, achieving favorable clinical outcomes for patients at various stages of the disease.

**Keywords:** Gout; Syndrome differentiation and classification; Three-level prevention and treatment; HUANG Shuling

东莞市名中医黄淑玲教授, 是东莞市中医院内分泌科的创始人, 在中西医结合治疗高尿酸血症、痛风等内分泌与代谢性疾病方面有着丰富的临床经验, 从事痛风诊疗工作38年, 总结了一套系统的诊疗方案。笔者有幸跟师学习, 现将黄淑玲教授治疗痛风的经验总结介绍如下。

痛风是由于嘌呤代谢紊乱和(或)尿酸排泄减少, 导致体内的血尿酸水平升高, 尿酸盐结晶沉积在关节, 引起的以关节局部炎症表现为主的晶体相关性关节病, 临床上可分为五期: 高尿酸血症期、急性痛风性关节炎期、痛风间歇期、慢性痛风性关节炎期、痛风性肾病期<sup>[1]</sup>。据统计, 我国痛风的患病率为

[收稿日期] 2025-11-07  
[修回日期] 2026-03-07  
[基金项目] 东莞市医学领军人才引进培养项目 (东卫函[2024]47号)  
[作者简介] 陶慧员 (2000-), 女, 硕士研究生。  
[通信作者] 周宇清 (1972-), 女, 主任医师。

1%~3%，并呈现逐年上升的趋势，以男性患者居多。此外，痛风患者常伴发高脂血症、高血压、糖尿病、冠心病等<sup>[2]</sup>。

痛风属中医痹证、历节、白虎风等疾病范畴。历代医家对其病因各有不同的见解，如《素问·痹论》云：“所谓痹者，各以其时，重感于风寒湿之气也。”认为痹证是由风寒湿所致；隋唐时期，巢元方《诸病源候论·风湿痹》曰：“人腠理虚者，则由风湿气伤之……故其肌肤尽痛。”认为体虚外感是引起痹证的主要因素；金元时期，朱丹溪《格致余论》云：“痛风者，大率因血受热已自沸腾，其后或涉水或立湿地……”首次提出“痛风”病名，认为本病的发生与生活环境有关。黄淑玲教授认为，痹证的发生，主要因禀赋不足，外邪入侵，饮食不节，年老久病，劳逸不当等。黄淑玲教授综合各家理论并结合自己多年的临床实践，认为痛风的核心病机可归纳为：脾虚湿阻、肾阳亏虚、肝失疏泄、湿热痰凝瘀结四种，并在此基础上，形成了自己的诊疗思路。

## 1 病机

**1.1 痛风形成与脾虚失运、湿浊内阻有关** 黄淑玲教授认为，脾虚不运是导致痛风的重要病因。脾居中焦，为水液运化调节的枢纽，脾气健运，津液化生充足，输布正常，脏腑形体官窍得养<sup>[3]</sup>。若饮食不节、嗜食醇酒厚味，脾胃承其厚赋碍阻中焦，气机升降失常而运化受阻，加之岭南地区六淫之邪以湿为首<sup>[4]</sup>的地域特点，机体易外受湿浸；或因先天禀赋不足，影响脾升清、胃降浊功能，逐渐形成湿浊内阻，痰湿蕴久化热，湿热相搏于关节，发为痛风。此外，湿热之邪又反过来阻碍脾胃运化，湿性趋下，向下流注关节，导致关节疼痛反复发作。

**1.2 痛风形成与肾阳亏虚、气化不利有关** 黄淑玲教授根据《素问·逆调论》“肾者水脏，主津液”，认为肾开窍于二阴，主水道开阖，肾气的蒸腾气化、肾阳的温煦推动，对尿酸的代谢具有重要的调控作用。高尿酸血症属中医血浊范畴，高尿酸血症的产生归因于两方面：来源增多和排泄减少。故肾气充足，肾阳充盛对于水谷精微的运化输布至关重要，在肾气的蒸腾气化、肾阳的温煦推动下，水谷精微的运化输布正常，不会形成湿浊，减少尿酸的生成；另一方面肾主水道开阖顺畅，若疏泄之职正常，水湿得运，则促进血浊排泄<sup>[5]</sup>。若先天禀赋不足或后天失养，导致肾虚气化不利，血浊生成增多、排泄减

少，停留体内，侵袭关节，则可导致痛风的发生。

**1.3 痛风形成与肝失疏泄、肝血不足有关** 黄淑玲教授认为，痛风形成与肝有密切联系。首先，肝主疏泄，畅达气机，气行则津液布散，肝气条达可促进脾之运化水湿、肺之布散津液、肾之蒸化水液，即影响肺、脾、肾的水液代谢功能<sup>[6]</sup>。若患者精神压力大、或缺乏运动，肝失疏泄，则水液代谢失调，湿邪内蕴，郁而化热，湿热交结于关节，发为痛风。其次，肝主筋，筋主司关节运动，筋依赖肝血和肝气的濡养，肝血充足，筋得其养，运动灵活而有力，若肝血亏虚，肢体关节失养，不荣则痛。黄淑玲教授认为，痛风缠绵难愈与肝脏关系密切。肝血不足，筋脉关节失养；肝失疏泄，则肝木克脾，加重脾失运化，肝脾不和是痛风缠绵难愈的重要原因。

**1.4 痛风形成与湿热痰凝瘀结有关** 痛风的形成不仅与肝脾肾相关，而且与“湿热痰凝瘀结”也密切相关。脾虚失运、湿浊内阻，肾阳亏虚、气化不利，导致水谷精微的运化输布失常，形成湿浊，日久则痰湿凝聚，肝失疏泄，气机运行不畅，日久则气滞血瘀，痰凝瘀结于关节，郁而化热，故痛风发作时出现红肿热痛，日久可形成痛风石。

《素问·痹论》曰：“风寒湿三气杂至，合而为痹也。”表明了外邪对痛风的形成也有一定的影响。若患者外感寒热淫邪，与体内的湿痰瘀搏结，外邪引动内邪，也可导致关节疼痛发作<sup>[7]</sup>。

## 2 辨证论治

临床上痛风大致分为五期：高尿酸血症期、急性痛风性关节炎期、间歇期、慢性痛风性关节炎期、痛风性肾病期。黄淑玲教授根据痛风临床分期及临床特点的不同，其辨证及治法各有侧重。

**2.1 健脾运，化湿浊** 健脾化湿法常用于高尿酸血症期、痛风间歇期的患者，此类患者临床表现为肢体困重，胸脘痞闷，大便溏滞，舌淡胖有齿印、苔白腻，脉濡或滑。《素问·至真要大论》曰：“诸湿肿满，皆属于脾。”故治以健脾化湿、通络止痛。黄淑玲教授自拟痛风防治方，其主要药物组成包括黄芪、白术、茯苓、石菖蒲、砂仁、玉米须、绵萆薢、秦艽等。方中黄芪、白术补气健脾；茯苓甘淡，健脾利水渗湿而不伤正，现代药理研究显示：茯苓既能抑制黄嘌呤氧化酶等合成酶的活性，又能影响尿酸转运蛋白的表达，进而具有双重降尿酸的作用<sup>[8]</sup>；石菖蒲、砂仁化湿和胃；玉米须利水祛湿；绵萆薢、秦艽利湿祛浊，祛风除痹止痛。全方共奏补气健脾、

利水祛湿之功用。适用于痛风初期,无明显关节症状的患者。

**2.2 温肾阳,利水湿** 补肾助阳法常用于痛风间歇期、慢性痛风性关节炎期、痛风性肾病期的患者。此类患者病程较长,常伴有面色㿔白,口淡不渴,下肢发凉,腰膝酸软,神疲乏力,头晕耳鸣,小便不利或清长,大便溏滞,舌胖淡暗、苔腻,脉沉细。治以温补肾阳、化气行水。黄淑玲教授常用济生肾气丸加味。此方以六味地黄丸为基础,取“善补阳者,治以阴中求阳”之意,再伍肉桂、附子辛热之品补火助阳;配牛膝性善下行,善补肝肾,通经络。车前子通利水道,使湿从小便而去,现代药理研究表明,车前子中毛蕊花糖苷及异毛蕊花糖苷可降低急性高尿酸血症小鼠血尿酸水平<sup>[9]</sup>。全方配伍,温化与通利并施,共奏温肾助阳、化气行水之功。

**2.3 疏肝气,养肝血** 疏肝行气法可用于痛风各期的患者。当痛风患者伴有急躁易怒,胸胁胀痛,口干口苦,心烦失眠,脘腹痞满,大便溏滞,舌边尖红、苔白,脉弦或弦细。治以疏肝行气、养血柔肝。黄淑玲教授常用逍遥散加减。处方:柴胡、当归、白芍、茯苓、白术、薄荷、麦冬、北沙参、炙甘草。全方以逍遥散疏肝理气,养血健脾,辅以麦冬、北沙参养阴生津,寓佐金平木之意。全方配伍肝脾同治,以疏肝为主,使木郁达之,则脾弱得复,血虚得养。

**2.4 清湿热,通经络** 清热利湿法常用于急性痛风性关节炎期,此类患者主要表现为关节红肿热痛,心烦口渴,小便黄赤,大便黏滞,舌质红、苔黄腻,脉滑数。治以清热利湿、通络止痛。黄淑玲教授根据临床经验自拟清补消痹方,处方:泡苍术、黄柏、盐牛膝、薏苡仁、独活、绵萆薢、川芎、茯苓、木瓜、络石藤、甘草等。全方以四妙散为基础,加木瓜、茯苓、萆薢,增强健脾利水之功用,使邪有出路,湿从小便而去,再辅以川芎活血行气、独活祛风止痛。现代药理研究表明:木瓜具有黄嘌呤氧化酶抑制作用,可抑制尿酸合成<sup>[10]</sup>。此法在痛风治疗中最为常见。

**2.5 祛痰瘀,止痹痛** 化痰祛瘀法常用于病程较久的慢性痛风性关节炎期,此类患者反复出现关节刺痛,肌肤紫暗,甚则关节僵硬变形,屈伸不利,舌质暗、苔白腻,脉弦或涩。治以化痰祛瘀、通络止痛。黄淑玲教授临床上常用双合汤联合丹芍活血片加减。双合汤以桃红四物汤合二陈汤为基础,辅

以白芥子豁痰散结。丹芍活血片为本院院内制剂,具有活血化瘀、通络止痛之功。若症状较重者,加鸡血藤、莪术、三棱等;若痰瘀化热者,加黄芩、黄柏、牡丹皮等。

### 3 痛风三级预防思想

《备急千金要方》提出:“古人善为医者,上医医未病之病,中医医欲病之病,下医医已病之病。”黄淑玲教授将“治未病”的思想运用于痛风的防治,总结概括出痛风的三级防治方法。一级预防:生活方式的管理及低嘌呤饮食,预防高尿酸血症的形成。二级预防:积极降尿酸治疗,减少痛风的发作频率,预防痛风石形成。三级预防:保护肾脏及心脑血管,预防并发症的发生。

**3.1 重视临床营养宣教** 非药物治疗在痛风管理中占有重要地位,尤其对于有痛风家族史的人群,更应该注重预防的作用。首先,正确的辨证施膳指导可以有效地预防高尿酸血症的形成。饮食上应避免食用:动物内脏、果糖饮料、老火汤、酒类;限制食用:牛羊猪肉、富含嘌呤的海鲜、天然水果汁、调味料;鼓励食用:蔬菜、低脂或脱脂奶及其制品、鸡蛋,每天饮水量约2 000 mL。其次,要控制痛风相关伴发病及危险因素,应戒烟限酒、运动、肥胖者减轻体重等。

**3.2 重视中医外治法** 痛风急性期因关节炎症表现明显,为迅速缓解关节症状,黄淑玲教授提出内外合治,加强全身及局部的药力。活血消痛散是黄淑玲教授在长期临床工作与实践中归纳总结,依据痛风急性期患者临床症状、体征所拟。予活血消痛散,处方:黄柏15 g,醋乳香10 g,白芷10 g,酒川芎10 g,薄荷10 g,冰片5 g。使用方法:取上述药粉(药房代配),用温水、蜂蜜调匀后,以纱布包裹外敷于患处,每次外敷6 h,直至关节红肿热痛消退。外敷的活血消痛散主要针对湿热瘀结在局部关节引起的疼痛,选用清热活血止痛较强的药物以直达病位,通过中药内服与中医外治相结合,可快速缓解症状。此外,痛风的外治法还包括针刺、刺络放血、火针点刺、耳穴疗法、中药熏洗等,在临床上都取得了一定的疗效。

**3.3 重视现代医学指导** 黄淑玲教授在治疗痛风时既擅于运用中药,又积极结合现代医学。对于痛风急性期,疼痛难以缓解者,适当配合秋水仙碱及非甾体抗炎药缓解局部症状。针对尿酸居高不下,单纯中药治疗难以降至正常的患者,适当使用降尿酸

药物,将尿酸降至 $360\mu\text{mol/L}$ 以下,并维持6个月以上。经保守治疗后效果不佳,关节大量痛风石结晶形成,滑膜炎反复发作,甚者皮肤溃烂,严重影响患者日常工作生活,可以考虑手术治疗<sup>[11]</sup>。

#### 4 病案举例

邓某,男,41岁,2023年7月31日初诊。主诉:左足第一跖趾关节红肿热痛1周。患者1周前无明显诱因下出现左足第1跖趾关节红肿疼痛,于外院服用抗炎镇痛药治疗,疼痛减轻,3天前活动后再发肿痛,伴活动受限,遂来就诊。症见:左足第1跖趾关节红肿,压痛明显,局部肤温升高,口干口苦,纳眠可,二便正常。舌质红、苔黄腻,脉滑数。否认高血压、糖尿病病史。肾功能检查,尿酸 $517\mu\text{mol/L}\uparrow$ ,肌酐 $99.5\mu\text{mol/L}\uparrow$ 。超声:左足第1跖趾关节滑膜炎伴尿酸盐结晶沉积。西医诊断:急性痛风性关节炎。中医诊断:痛风,湿热阻络证。治法:清热利湿,通络止痛。处方:黄柏10g,泡苍术15g,薏苡仁15g,盐牛膝15g,绵萆薢15g,威灵仙15g,稀莪草15g,木瓜15g,蚕沙15g,茯苓20g,甘草5g。7剂,每天1剂,水煎,分早、晚2次服用。

2023年8月9日二诊:服药后,左足第1跖趾关节红肿疼痛减轻,自觉肢体乏力,纳可,睡眠正常,大便正常。舌红、苔黄腻,脉沉。处方:黄柏10g,泡苍术15g,薏苡仁15g,盐牛膝15g,绵萆薢15g,威灵仙15g,木瓜10g,蚕沙10g,茯苓20g,甘草5g,熟党参15g,五指毛桃15g。14剂,每天1剂,水煎,分早、晚2次温服。

2023年8月27日三诊:关节红肿已消退,纳眠可,二便正常。舌淡、苔薄白,脉沉细。复查尿酸 $405\mu\text{mol/L}$ 。此乃痛风急性期已过,转为疾病的缓解期,为巩固疗效,以痛风防治方随症加减。处方:黄芪15g,麸炒白术15g,茯苓15g,石菖蒲10g,砂仁10g,玉米须10g,绵萆薢15g,秦艽15g,五指毛桃15g,鸡血藤15g,防己10g,熟党参15g。7剂,每天1剂,水煎,分早、晚2次服用。

此后,恪守三诊方,随症加减,每月坚持服药14剂,病情日渐好转。2024年3月8日复诊,患者表示痛风未见复发,社区复查尿酸 $396\mu\text{mol/L}$ 。

按:此例为典型痛风性关节炎急性发作,痛风性关节炎发作与饮食密切相关,急性发作时以清补消痹方为基础,加用威灵仙、稀莪草、蚕沙祛风湿止痛。二诊左足第1跖趾关节红肿疼痛较前减轻,舌

红、苔黄腻,脉沉,为湿热之证减轻,因稀莪草苦寒易伤脾胃,故治疗上在首诊方的基础上减去稀莪草,患者因出现肢体乏力,加熟党参、五指毛桃补气健脾。三诊关节炎症基本控制,进入间歇期,治疗上改用痛风防治方加减,辅以鸡血藤舒筋活络、防己祛风除湿。黄淑玲教授缓解期尤重视补脾药的应用,如黄芪、白术、五指毛桃、党参之属。

#### 5 结语

痛风是严重危害人类健康的代谢性疾病,且与心脑血管疾病的发生发展密切相关<sup>[12]</sup>。近年来,我国痛风的发病率逐年增长,且趋向年轻化,但其规范化治疗的普及依然欠缺,治疗和管理痛风刻不容缓。黄淑玲教授根据其临床经验总结出一套系统的中医诊疗方案,并将“未病先防、既病防变、愈后防复”的思想融合到痛风的临床诊治中,为痛风的防治拓展中医临床思路,临床上取得了明显的疗效。

#### 〔参考文献〕

- [1] 世界中医药学会联合会. 国际中医临床实践指南: 痛风[J]. 世界中医药, 2024, 19(9): 1223-1229.
- [2] 徐东, 朱小霞, 邹和建, 等. 痛风诊疗规范[J]. 中华内科杂志, 2023, 62(9): 1068-1076.
- [3] 邵凯栋, 符佳美, 周亚滨. 周亚滨教授基于“土郁夺之”论治冠心病伴抑郁症的经验[J]. 中国医药导报, 2024, 21(29): 157-160.
- [4] 曾令烽, 杨伟毅, 梁桂洪, 等. 岭南中医湿证与慢性病防治创新模式探讨[J]. 中华中医药杂志, 2019, 34(6): 2345-2349.
- [5] 张继, 熊竞争, 瞿于红丹, 等. 郑进治疗痛风性关节炎经验探析[J]. 浙江中医杂志, 2024, 59(10): 853-854.
- [6] 傅强, 吴双, 孙瑞茜, 等. 吕仁和从肝论治预防痛风复发经验[J]. 中医杂志, 2022, 63(23): 2213-2217.
- [7] 张先恒, 刘健, 周琴, 等. 刘健教授治疗痛风性关节炎经验抉微[J]. 时珍国医国药, 2021, 32(8): 2005-2006.
- [8] 魏志林, 张杰, 李华南, 等. 单味中药降尿酸作用机制概述[J]. 中医药通报, 2021, 20(6): 69-72.
- [9] 曾金祥, 许兵兵, 王娟, 等. 车前子中毛蕊花糖苷及异毛蕊花糖苷降低急性高尿酸血症小鼠血尿酸水平及其机制[J]. 中成药, 2016, 38(7): 1449-1454.
- [10] 王爱华, 金玥, 吴越, 等. 具有黄嘌呤氧化酶抑制作用的中药及中成药治疗高尿酸血症研究进展[J]. 天津中医药, 2019, 36(12): 1241-1245.
- [11] 王明智, 叶政锋, 魏合伟. 魏合伟临证辨治痛风性关节炎经验介绍[J]. 新中医, 2024, 56(16): 229-234.
- [12] 郑惠, 黄淑玲. 基于“肝常有余, 脾常不足”理论探讨小儿痛风治疗思路[J]. 中国中医急症, 2020, 29(1): 105-108.

〔责任编辑: 刘淑婷, 蒋维超(英文)〕