

引用:黄旭升,苏新平,谭旭仪,罗海恩,何灿宇,张道伟,于文奇,谭子龙. 苏新平治疗膝骨关节炎经验[J]. 湖南中医杂志, 2021,37(5):47-49.

## 苏新平治疗膝骨关节炎经验

黄旭升<sup>1</sup>,苏新平<sup>2</sup>,谭旭仪<sup>2</sup>,罗海恩<sup>2</sup>,何灿宇<sup>2</sup>,张道伟<sup>1</sup>,于文奇<sup>1</sup>,谭子龙<sup>1</sup>

(1. 湖南中医药大学,湖南 长沙,410208;

2. 湖南省中医药研究院,湖南 长沙,410006)

**[摘要]** 介绍苏新平教授治疗膝骨关节炎(KOA)经验。苏教授提出 KOA 的主要病机为气滞血瘀,肝肾脾亏虚。临床分为五型论治,即寒湿型(独活寄生汤加减),湿热型(宣痹汤加减),寒热夹杂型(独活寄生汤加减、宣痹汤加减),痰瘀互结型(止痛健骨方),肝肾亏虚型(独活寄生汤合六味地黄汤加减)。并总结出“寒湿并重”“发汗、利小便”“善用虫类药物”“注重外洗”等用药特点,取得满意疗效。

**[关键词]** 膝骨关节炎;中医疗法;名医经验;苏新平

**[中图分类号]**R274.943 **[文献标识码]**A **DOI:**10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.05.015

膝骨关节炎(knee osteoarthritis, KOA)是一种由多种因素作用导致软骨细胞、软骨下骨和细胞外基质合成及降解失衡,致关节代谢异常,进而引起关节软骨及软骨下骨变性,关节缘骨赘形成,滑膜炎,关节组织渐进的结构改变及慢性炎症的持续损害的慢性骨关节病。随着病情不断进展,关节功能出现不可逆性的丧失和疼痛,严重影响了患者的生

活<sup>[1-3]</sup>。KOA 多见于中老年人,该病发病率逐年上升,且呈现日趋年轻化之趋势<sup>[4]</sup>。现代医学对 KOA 治疗主要为缓解疼痛、改善功能并重建受损软骨及骨结构,但均有局限性,效果不佳。中医学将其归属于“痹证”“骨痹”“膝痹”等范畴。中医药治疗 KOA 方法众多,毒副作用较少,费用低,具有一定优势。

**基金项目:**湖南省科技厅创新引导计划项目(2017SK50410)

**第一作者:**黄旭升,男,2018级硕士研究生,研究方向:中医药防治骨关节疾病

**通讯作者:**苏新平,男,主任医师,硕士研究生导师,研究方向:中医药防治骨关节疾病,E-mail:fysyxp111@163.com

**案2:**患者,女,60岁,2018年6月7日初诊。患者大便秘结5年余,自服泻药可2d行1次,大便偏干,平素无便意。腹部胀痛不适,口干口苦,平素性情急躁,腰部畏寒,神疲乏力,脱发,纳寐差,小便可,舌红、苔黄腻,脉细,舌下静脉瘀紫。辨为脾虚湿热,气滞痰阻,大肠传导失司。治宜行气导滞、清热化湿、润肠通便。处方:党参10g,仙鹤草15g,炒薏苡仁10g,炒苍术10g,厚朴10g,白花蛇舌草15g,肉苁蓉10g,莱菔子15g,紫菀6g,决明子10g,火麻仁10g,槟榔10g,蛭螂10g,炒枳实10g,乌药10g,制何首乌15g,桑椹15g,野料豆10g。14剂,水煎服。二诊:患者胀痛缓解,排气较前增加,苔腻已化。原方去炒苍术、厚朴,加生白术10g,继服14剂。三诊:患者大便已畅,日行1次。原方去炒枳实,蛭螂减量至3g。此后上方加减,共治疗2个月余,患者精神可,纳食转香,二便调,夜寐安。

**按语:**本案患者症见大便秘结,腹胀腹痛,口干口苦,舌红、苔黄腻,舌下静脉瘀紫,辨为脾虚夹湿、气滞痰阻证,本虚标实,标实明显,急则治标,方选六磨汤合平胃散加减。方中炒苍术、厚朴燥湿除

满,槟榔、炒枳实破气行滞,乌药行气止痛,肉苁蓉、莱菔子温阳通便,火麻仁、决明子润肠通便,蛭螂逐瘀通便,紫菀宣肺降气,党参、炒薏苡仁益气健脾,仙鹤草健脾补虚,制何首乌、桑椹、野料豆补肾养血,白花蛇舌草清热解毒。二诊诸症皆缓,苔腻已化,腑气渐通,去炒苍术、厚朴,加生白术益气健脾。三诊大便已畅,此当中病即止,去炒枳实,蛭螂减量。后原方加减巩固而愈。

### 参考文献

- [1] 杨向东,蓝海波,魏雨. 中西医结合治疗慢性顽固性便秘的体会[J]. 中国中西医结合杂志,2017,37(12):1427-1428.
- [2] 杨云峰,刘恒瑞. 临症验舌法 察舌辨症新法[M]. 北京:人民卫生出版社,1960.
- [3] 王景韩. 神验医宗舌镜[M]. 上海:上海科学技术出版社,1993.
- [4] 朱良春. 虫类药的应用[M]. 北京:人民卫生出版社,2011.

(收稿日期:2020-09-25)

苏新平主任医师,从事骨科临床工作三十余年,擅长中西医结合治疗四肢疾患,对四肢、脊柱、骨关节损伤等疾病的诊治临床经验丰富。笔者(除通讯作者外)有幸跟师,获益颇多,现将苏教授治疗KOA的经验介绍如下。

## 1 病因病机

痹证的病因不外乎外感、内伤两类。《素问·痹论》载:“风寒湿三气杂至,合而为痹也”,《玉机微义·痹证门》曰:“痹,感风寒湿之邪则阴受之”。《症因脉治·卷三》载:“痹者闭也,经络闭塞,麻痹不仁,或攻注作痛,或凝结关节,或重著难移……故名曰痹。”外感由于风、寒、湿、热等侵袭关节肌肉,导致经络闭阻,气血凝滞。内伤多因人体年老体衰、肝肾亏损、气血不足所致。因脏腑损伤,津液气血不足,无以濡养四肢皮肉、筋脉骨髓,不荣则痛;气血津液运行不畅,致湿浊内生,湿浊之邪留注肌肉关节,不通则痛,故致痹证。《素问·百病始生》曰:“风雨寒热不得虚,邪不能独伤人,卒然逢疾风暴雨而不病者,盖无虚,故邪不能独伤人,此必因虚邪之风,与其身形,两虚相得,乃客其形。”脏腑亏虚又以肝肾脾为重。肾者先天之本,主藏精,主骨,能生髓充骨,濡养筋骨,肾亏不能主骨,发为骨痹。肝主筋,膝乃“宗筋之聚”“宗筋主束骨而利机关”,肝血亏虚,筋脉濡养不足,筋不束骨,膝关节运行不利,故《金匱要略心典》曰:“厉节者,盖非肝肾先虚,则虽得水气,未必便入筋骨”。脾为后天之本,运化水谷精微濡养全身,脾气健运则四肢肌肉营养充足,脾气不足,运行不利,四肢失于濡养,不荣则痛。《素问·太阴阳明论》言:“四肢皆禀气于胃而不得至经,必因于脾乃得禀也。今脾病不能为胃行其津液,四肢不得禀水谷气,气日以衰,脉道不利,筋骨肌肉,皆无气以生,故不用焉。”苏教授认为,KOA病因病机总属肝肾脾亏虚为本,正气亏虚,卫外不固,外感风寒湿热之邪,以致关节气血运行不畅,筋脉闭阻,故引起疼痛、活动障碍。

## 2 辨证论治

苏教授认为本病为本虚标实之候。痹证新发,风、寒、湿、热之邪为实,此时虚象不明显,应分清风寒湿热之邪。《素问·痹论》载:“其风气胜者为行痹,寒气胜者为痛痹,湿气胜者为着痹。”行痹者,风邪偏盛,关节疼痛游走不定;痛痹者,寒邪偏盛,疼痛较剧,痛有定处,遇寒痛甚;着痹者,湿邪偏盛,肢体关节酸痛、漫肿、重着,肌肤麻木不仁;而热邪偏

胜者,为热痹,以肢体关节红肿灼热疼痛为主症。治当以祛外邪为主,补益肝脾肾为辅,以防止病邪伤及人体正气脏腑。痹证日久,耗伤气血,损及脏腑,肝脾肾不足,病程缠绵,日久不愈,痰瘀互结,肝脾肾亏虚,形成虚实夹杂证。治当祛风除湿散寒、理气活血化痰与补益脾肝肾兼顾,以达标本兼治,根除或延缓关节痹痛之目的。

苏教授结合临床,将膝痹分为寒湿型、湿热型、寒热夹杂型、痰瘀互结型、肝肾亏虚型。1)寒湿型。临床表现:关节冷痛重着,或有肿胀,局部畏寒,遇寒加重,得热痛减,舌淡红、苔薄白,脉弦紧。可予独活寄生汤加减:独活10g,桑寄生10g,杜仲10g,牛膝15g,秦艽10g,茯苓15g,肉桂10g,防风10g,川芎10g,黄芪30g,当归10g,白芍10g,白术10g,延胡索15g。寒盛者可佐附子6g;湿邪盛者可加薏苡仁20g、苍术10g。2)湿热型。临床表现:关节红肿疼痛,局部触之发热,伴有沉重感,口干,小便黄,舌红、苔黄,脉弦数或滑数。可予宣痹汤加减:防己10g,薏苡仁20g,杏仁6g,滑石20g,连翘10g,栀子10g,法半夏10g,土茯苓15g,蚕砂10g。骨节痛甚,可加海桐皮10g、延胡索15g;湿甚可予苍术10g、黄柏10g。3)寒热夹杂型。临床表现:关节局部冷痛重着,或有肿胀,局部畏寒,遇寒加重,得热痛减,却见口干口苦,心中烦闷,小便黄,大便干,舌红、苔黄,脉数等上热下寒之象;或见关节红肿疼痛,局部触之发热,伴有沉重感,却见畏寒怕冷、口不干不苦,舌淡红、苔白,脉弦紧等上寒下热之象。临床此型多见,多因素体寒而复感热邪,或体热复感寒邪所致。临床在针对膝关节症状选方的基础上,加用治疗上部之寒热药物。如上热下寒者在独活寄生汤的基础上加寒药:独活10g,桑寄生10g,杜仲10g,牛膝15g,秦艽10g,茯苓15g,桂枝10g,防风10g,川芎10g,黄芪30g,白芍10g,白术10g,延胡索15g,栀子仁10g,黄芩10g。口渴可加知母10g、葛根20g等。上寒下热者选宣痹汤辅以寒药:知母20g,桂枝10g,防己10g,薏苡仁20g,杏仁6g,茯苓15g,蚕砂10g,白术10g,白芷15g,黄柏10g。4)痰瘀互结型。临床表现:关节疼痛,痛有定处,僵直麻木,关节变形,活动受限,舌可见瘀斑瘀点、苔白腻,脉涩。方选止痛健骨方:炒白芥子12g,猪牙皂3g,当归12g,丹参15g,鹿角霜15g,鳖甲15g,黄芪20g,醋乳香10g,醋没药10g,独活6g,千年健15g,陆英15g<sup>[5]</sup>。

5) 肝肾亏虚型。临床症见: 关节疼痛、局部肿大变形, 僵硬, 沉重感, 触之可及发热, 肌肉瘦削, 屈伸不利, 腰膝酸软, 舌淡或红苔白, 脉沉细。方予独活寄生汤合六味地黄汤加减: 生地黄 15 g, 山茱萸 10 g, 山药 20 g, 牡丹皮 10 g, 泽泻 10 g, 茯苓 15 g, 独活 10 g, 桑寄生 10 g, 杜仲 10 g, 牛膝 15 g, 肉桂 10 g, 防风 10 g, 川芎 10 g, 黄芪 30 g, 当归 10 g, 白芍 10 g, 白术 10 g, 延胡索 15 g。

### 3 用药特点

3.1 寒温并重 寒湿之邪为阴邪, 重着凝滞气血, 故痹初感, 适当应用肉桂、附子等药物以散寒, 即使是热痹, 仍需在寒凉药物中佐以少量温药, 以防寒凝之弊。痹证日久, 邪盛正虚, 邪郁化热, 可仿仲景桂枝芍药知母汤制方之法, 于众多祛风湿、温经散寒之品中伍知母、白芍以清热养阴, 可治久痹化热伤阴之证, 又可制约温性药物的温燥之性。

3.2 发汗、利小便 因气候的影响, 湖南地区的患者湿邪多重, 而湿邪其性阴柔, 重浊黏滞, 缠绵难去, 滞留腠理肌肉, 令痹证久作难愈。仲景言: “湿性滞渐解, 汗大出, 则骤风去而湿不去, 故不愈。若发之微, 则出之缓, 缓则风湿俱去矣。”痹证初期, 风湿邪在表, 故制方时多予发汗之品, 使患者微微汗出, 如荆芥、防风之类, 兼顾祛风除湿止痛。若发汗不佳或气候寒冷, 可予麻黄或桂枝宣表发汗。仲景治痹证的麻杏薏甘汤、桂枝芍药汤、知母汤、桂枝附子汤、甘草附子汤等诸方均有此意。久痹或素体有湿者, 以内湿为主, 当通利小便, 达祛邪之效。“治湿不利小便, 非其治也”, 故多予茯苓、白术、苍术配肉桂或桂枝, 振奋阳气, 助膀胱气化, 助利小便之功。

3.3 虫类药物 痹证日久, 邪气久羁, 深入筋骨, 气血凝滞, 内生痰浊血瘀, 胶着固塞, 脉络不通, 引起抽掣疼痛, 肢体拘挛, 此时非草木之品所能宣达, 须借虫类等血肉有情之品搜剔走窜, 深入隧络, 方能通经达络。地龙、全蝎、蜈蚣、穿山甲等药物均为常用药。地龙平肝息风, 通经活络, 可祛风通络止痛, 与路路通相配伍, 祛风通络疗效更佳。蜈蚣乃祛内风之要药, 全蝎搜剔走窜效强, 两药相伍而用, 搜风力及通络力更强。但虫类药物多辛温, 部分有毒, 作用较猛, 量大、久用易伤正气, 使筋脉肌肉失养, 发为痿病, 预后更差, 须慎用。应用虫类药物时宜加用熟地黄、鸡血藤之类以滋阴养血, 避免伤津动血。

3.4 注重外洗 KOA 本虚标实, 病因复杂, 合而为病, 且病位偏下, 药力难以完全通达, 中药内服有一定疗效, 但难以面面俱到。苏教授认为应当内服外洗同时兼顾, 可予中药煎 3 次, 取第 3 次直接熏洗患处, 使药效直达病处, 如此方能事半功倍。

### 4 典型病案

王某, 女, 55 岁, 2019 年 10 月 19 日初诊。反复左膝关节疼痛 2 年余, 加重 3 d。患者诉 2018 年始发左膝关节疼痛, 活动后加重, 休息后缓解, 曾多次就诊于外院, 予止痛等对症治疗后好转。3 d 前劳累后左膝关节疼痛明显加重, 行走受限, 口干喜冷饮, 纳一般, 小便稍黄, 大便稍干燥。查体: 双膝对称, 左膝稍肿、发热, 压痛(+), 浮髌试验(±), 摩擦感(+), 关节有弹响, 交锁征(-)。舌质红、苔稍黄腻, 脉弦滑。X 线片示: 左膝退行性变。西医诊断: 左膝骨性关节炎。中医诊断: 痹证, 湿热痹兼肝肾亏虚型; 治法: 祛风清热, 除湿止痛, 兼补益肝肾。处方: 苍术 10 g, 怀牛膝 15 g, 黄柏 15 g, 黄芩 10 g, 茯苓 15 g, 白术 10 g, 白芷 15 g, 肉桂 10 g, 木香 6 g, 泽泻 15 g, 延胡索 15 g, 鸡血藤 20 g, 杜仲 10 g, 威灵仙 15 g, 全蝎 3 g。7 剂。每天 1 剂, 水煎 3 次, 煎 2 次汤剂分早晚温服, 并取第 3 次汤剂外用, 熏洗患处。10 月 26 日复诊: 患者症状均较前好转。续予原方 10 剂后, 患者症状基本好转。

按语: 《素问·上古天真论》曰: “女子……七七, 任脉虚, 太冲脉衰少, 天癸竭, 地道不通, 故形坏而无子也。”患者年过半百, 肝肾脾脏亏损, 肾气衰, 不能主骨, 肝气衰, 筋脉不利, 故活动不利; 风湿热邪内侵, 气滞血瘀, 经脉不通, 不通则痛。患者虽为热痹, 仍佐以肉桂, 一可防寒凝之弊; 二与茯苓、白术、苍术、泽泻相伍以燥脾、利小便、除内湿; 三可制约寒凉药物, 以防寒凉太过败胃。患者痹证已有一年有余, 久病入络, 予全蝎搜剔走窜, 深入隧络, 通经达络, 获得显效。

### 参考文献

- [1] LIU Y, ZHANG H, LIANG N, et al. Prevalence and associated factors of knee osteoarthritis in a rural Chinese adult population: an epidemiological survey[J]. BMC Public Health, 2016, 16(1): 94.
- [2] ROOS EM, ARDEN NK. Strategies for the prevention of knee osteoarthritis[J]. Nat Rev Rheumatol, 2016, 12(2): 92-101.
- [3] FELSON DT, NIU J, NEOGI T, et al. Synovitis and the risk of knee osteoarthritis: the MOST Study[J]. Osteoarthritis Cartilage, 2016, 24(3): 458.
- [4] 中华医学会骨科学分会关节外科学组. 骨关节炎诊疗指南(2018 年版)[J]. 中华骨科杂志, 2018, 38(12): 705-715.
- [5] 李小东, 苏新平, 谭旭仪, 等. 止痛健骨方治疗痰瘀互结型膝关节炎滑膜炎临床观察[J]. 湖南中医药大学学报, 2018, 38(8): 908-912.

(收稿日期: 2020-09-07)