

引用:逢仁诚,叶心雨,蔡哲夫,孙绍裘. 孙达武从湿热、痰瘀、正虚治疗痛风经验[J]. 湖南中医杂志, 2024, 40(2): 47-50, 57.

孙达武从湿热、痰瘀、正虚治疗痛风经验

逢仁诚¹, 叶心雨¹, 蔡哲夫¹, 孙绍裘²

(1. 湖南中医药大学, 湖南 长沙, 410208;

2. 湖南中医药大学第二附属医院, 湖南 长沙, 410005)

[摘要] 介绍孙达武教授从湿热、痰瘀、正虚治疗痛风的经验。孙教授认为痛风总属本虚标实之病, 正虚为痛风发作之本, 里湿不化为发作基础, 而痰浊、血瘀则为发作之标, 也是贯穿整个发病过程的重要病理产物与因素。孙教授临证时强调局部与整体兼顾, 分期与辨证相合, 并确立分消湿热、祛痰化瘀、补益脾肾的治疗大法, 发作期重以祛邪, 缓解期重以扶正, 并以自拟宣痹通络方为基础方, 因人随症加减施治, 效如桴鼓。

[关键词] 痛风; 分消湿热; 祛痰化瘀; 宣痹通络方; 名医经验; 孙达武

[中图分类号] R259. 897 **[文献标识码]** A **DOI:** 10. 16808/j. cnki. issn1003-7705. 2024. 02. 010

痛风是一种由单钠尿酸盐沉积所致的晶体相关性关节病, 与嘌呤代谢紊乱及(或)尿酸排泄减少所致的高尿酸血症直接相关, 特指急性特征性关节炎和慢性痛风石疾病^[1]。在我国, 痛风患病率为0. 86%~2. 20%, 其中男性患病率较高, 为0. 83%~1. 98%, 女性为0. 07%~0. 72%, 均有逐年增高趋势^[2], 越来越成为影响人类健康的主要疾病之一。西医于急性期多予以消炎镇痛, 如非甾体抗炎药(NSAIDs)、秋水仙碱片、糖皮质激素等, 缓解期予以降尿酸相结合, 如别嘌醇、非布司他及苯溴马隆等药物^[1, 3], 虽效果较好, 但存在一些不良反应, 如超敏反应、肝肾功能损害, 甚至心血管风险等^[3]。而中医药在治疗痛风方面疗效确切, 优势独特, 不良反应较小, 更易被患者接受^[4]。

孙达武教授, 湖湘张氏骨伤学术流派第六代代表性传人, 第二、三、五批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师。其勤求古训, 博采众长, 临床行医六十余载, 在伤科及痹症等领域颇有建树。对于痛风一病, 孙教授见解独到, 善从脾肾不足, 湿热、痰瘀痹阻着手论治, 遣方严谨, 用药精炼, 效如桴鼓。笔者曾长期跟诊于孙教授, 有幸听其教诲,

现将孙教授对于痛风的临证思想及治验介绍如下。

1 病因病机

痛风的发病机制较为复杂, 孙教授遍览历代医家典籍, 结合自身多年临证经验, 大致将其病因归纳为内因、外因与诱因三个方面。内因即为发病之本, 其人多有脾肾不足, 运化失司, 气化无权, 失于温煦, 以致水湿、痰饮、血瘀痹阻经络, 附着关节, 发为痛风。外因则为发病之标, 风寒湿邪外侵人体, 与里湿相合, 郁而化热, 或直受火热之邪, 内合里湿, 以致湿与热结, 客于经络, 甚者日久变生痰瘀, 经络壅塞, 不通则痛。诱因如饮食不节、情志不畅、劳作损伤等, 每每引新邪侵袭, 或诱旧邪复发, 导致痛风发作。孙教授认为, 痛风总属于本虚标实之病, 脾肾不足当为本, 湿热、痰瘀则为标, 因此特别强调此三者在整个疾病过程中的关键作用。

1.1 湿热为痛风之标 湿与热各具特性, 湿热相合亦是特性突出。湿性趋下, 易袭阴位, 正如《素问·太阴阳明论》所言:“伤于湿者, 下先受之。”又如《备急千金要方》所载:“地之寒暑风湿, 皆作蒸气, 足当履之, 所以风毒之中人也, 必先中脚。”故痛风多好发于下肢关节, 如踝关节、足中段等, 而尤好

基金项目: 湖南省中医骨伤临床研究中心(2020SK4013); 孙达武名老中医工作室

第一作者: 逢仁诚, 男, 2021级硕士研究生, 研究方向: 中医药防治骨与关节疾病

通信作者: 孙绍裘, 男, 医学硕士, 主任医师, 博士研究生导师, 研究方向: 中医药防治骨与关节疾病, E-mail: 54sunshaoqiu@

发于第一跖趾关节^[5]。热邪与火,异名同类,热极便是火。《素问·至真要大论》云:“诸病附肿,疼酸惊骇,皆属于火”,火热之邪流窜筋脉,客于关节则见红肿热痛,难以触碰,故痛风发作之时,《外台秘要》言其:“其疾昼静而夜发,发即彻髓酸疼,乍歇,其病如虎之啮。”湿为阴邪,其性趋下;热为阳邪,其势炎上,二者相合,胶着难解,加之湿性黏滞,故湿热之为患,漫长而缠绵,也导致了痛风发作之病程反复,缠绵难愈。

孙教授认为,痛风之初起,当先有里湿蓄积,尔后多由邪气外感,合于里湿,或受诱因引动,以致郁而化热,湿热痹阻,发为痛风。《素问·痹论》曰:“风寒湿三气杂至,合而为痹也。”或久居湿地,湿邪外侵;或天气数变,骤感于寒;或贼风狡黠,无孔不入。凡此种种,皆为外邪侵犯,客于人体。叶天士曰:“外邪入里,里湿为合。在阳旺之躯,胃湿恒多;在阴盛之体,脾湿亦不少,然其化热则一。”《类证治裁·痛风》载:“寒湿风郁痹阴分,久则化热攻痛。”外来之邪,内合里湿,郁而化热,胶结于内,痹阻经络,不通则痛。《金匱翼·热痹》又提到:“脏腑经络,先有蓄热,而复遇风寒湿气客之,热为寒郁,气不得通,久之寒亦化热。”痛风多见肥人,其内多有痰湿蓄热,每遇外邪侵袭,最易从热而化,内与里湿相合,湿热痹阻经络。此外,诱因常可加重湿热为患,激活、放大痛风发作,如饮食不节、情志不畅等。时人“以酒为浆,以妄为常”,恣食肥甘厚腻、辛辣炙搏,酗酒过饱,伤及脾胃,脏腑升降之枢纽失职,脾失健运,胃失和降,则运化失司,水湿内生,酿而生热,湿热乃成。若情志不畅,肝失条达,气机失调,木郁克土,则升降失调,脾不升清,胃不降浊,内湿难以运化,郁热久而自发。

1.2 痰瘀为痛风之渐 痰浊、血瘀皆为有形实邪,极易流注筋脉,阻塞关节,积聚日久,甚则结为块瘰,其性坚涩顽固而难以清除。《辨证录》载:“人有遍身生块而痛者,此虽是痛风,然因湿气不入脏腑而外走经络,皮肤以生此块,乃湿痰结成者也”,提及经络所生结块与痰浊相关。可见痰瘀之邪与现代医学之尿酸盐结晶性质类似,其沉着于四肢关节处,经年累月则逐渐形成痛风石。病至此期,其状关节漫肿而畸变,晶石累累如串珠,疼痛乍轻乍重,发作不定其时。痰浊、血瘀虽为不同病邪,然二者往往相兼为病,

难以单论其一,李建洪等^[6]亦提出“痰瘀同病”为痛风发生发展之关键,言痰浊血瘀常常同时出现,相互胶结,使得痛风病情复杂,缠绵难愈。

孙教授认为,痛风发展至中及中后之期,痰浊、血瘀之属当为痹阻经络关节之最,二者皆为疾病发生发展过程中所积累的病理产物。痛风初起所受湿热之邪,其性缠绵迁延,脾受其累,运化失司,使其经年累月壅滞于经络,往往变生痰浊血瘀,正如《类证治裁》云久痹:“必有痰湿败血瘀滞经络。”《内经》言痰为“积饮”,饮积则为痰。脾主运化,升清降浊,脾气充盛则运化有权,津液输布从其道,水湿饮邪难化形,若脾失健运,运化失司,水饮欲去而失于引导,日久则聚生痰浊。二者湿热之邪久积不化,稽留络脉,热邪煎熬津液,酿湿亦为痰。巢元方曰:“诸痰者,此由血脉壅塞,饮水积聚而不消散,故成痰也。”《内经》称瘀为“菀陈”,即非日久之积难成血瘀。孙教授崇叶氏“初病气结在经,久则血伤入络”理论,认为“久发、频发之病必有瘀”^[7]。湿热之邪初起,正气奋起抗争欲拒邪于外,成则邪去正安,败则病邪深入,缠绵日久,正气渐亏,湿热壅滞益甚,以致体内气机周流艰涩,气已滞则血难行,脉络中必生瘀。国医大师朱良春亦提出,痛风虽由外邪侵袭,合而为痹,诱发本病,其本却当责之湿浊瘀滞内阻,日久损及脾肾,独创“浊瘀痹”论,并以泄化浊瘀、调益脾肾之法治之^[8]。痰瘀所生亦受诱因引动,饮食不节可加重湿热为患,损伤脾胃,运化无权,痰浊以生,日久瘀亦生。另有情志不畅,肝失条达,气机郁滞,气滞则血瘀;木郁克土,脾失健运,水湿益盛,聚生痰浊;若气郁化火,煎熬津液,亦可炼液为痰。再者可见剧烈运动,损伤血络,离经之血留而成瘀;或过劳耗气,脾肾不足,气血运行不畅,则凝滞成瘀。

1.3 正虚为痛风之本 孙教授认为,痛风虽由湿热、痰浊之邪痹阻经络所致,然非正气不足邪亦难盘踞为病,恰如《素问·评热病论》所云:“邪之所凑,其气必虚。”故正气不足正是邪犯人体,久积不去的内在基础,也是导致痛风缠绵不愈、病情反复的根本原因。脾为土脏,主运化,既居中州而灌四傍,运化水谷输布全身,又为水液升降之枢纽,运化水液上腾下达,令“水精四布,五经并行”,脾气充盈,则运化无虞。若因恣食肥甘海珍,酒浆炙搏,或因情志不畅,木郁克土,或因久居湿地,湿困阳气,

抑或体质不足,素体气虚,种种原因使得脾气不足,运化失司,以致湿邪久积不去,留滞经络。里湿即相当于现代医学之尿酸,此时痛风尚未发作,临床仅可发现尿酸偏高,即高尿酸血症期,此期患者往往不察,或不甚在意。尔后脾胃益亏,湿邪久积,郁而化热,流注关节,红肿热痛,即痛风急性发作期。湿热为患,则病势缠绵迁延,加之脾胃虚弱,无力抗邪,病情反复,发作期与间歇期交替出现。病程日久,渐损脾阳,湿邪不化成饮成痰,水谷精微输布受限,络脉之气化生乏源,气虚则血瘀。痰浊血瘀纷至沓来,留滞关节结生块瘰,即发展至慢性痛风石阶段。肾为水脏,主一身之水,调节水液代谢,司膀胱之开合,亦可配合脾胃升清降浊,肾气充沛,肾阳充足则水液传输有道,清者上输于脾,重归于肺,浊者下注膀胱,排出体外。若肾气不足,气化不利,肾阳受损,蒸腾无力,则浊液难去,邪无所出,留滞体内变生痰浊,如《素问·水热穴论》曰:“肾者,胃之关也,关门不利,故聚水而从其类也。”另外肾气亏虚,无力推动血行,则生血瘀,如《证治汇补·痛风》所言:“痛风即《内经》痛痹也。因气血亏损,湿痰浊血,流滞经络,注而为病。”此谓气血亏损为内因,血亏则气难生,气虚则血不行,留作浊血瘀滞经络,发为痛风。待痛风发展至后期,脾虚及肾,脾肾两亏,则痰瘀益盛而更难清除。重者脾肾阳虚,病邪入脏,形寒肢冷,浮肿纳差,小便不利,最终发展为“关格”。

2 临证经验

孙教授治疗痛风强调局部与整体兼顾,分期与辨证相合。常以内服通治其本,以外用精克其标,并将痛风按症状急缓分为发作期与缓解期,按发病时间分为初期、中期与后期,再结合患者实际情况四诊合参,辨证论治。大法常以发作期分消湿热,祛痰化瘀,缓解期则健脾益气、补肾养精,发作期重以祛邪,缓解期重以扶正,并根据临床实际灵活施治。

2.1 发作期

2.1.1 分消湿热,宣痹止痛 痛风初期多见湿热痹阻为患,症见关节红肿热痛,难以屈伸,发病迅猛,痛如虎啮,夜间尤甚,兼见胸闷脘痞,口中黏腻,神疲肢倦,纳呆便溏,溲黄,舌红、苔黄腻,脉滑数或弦滑。孙教授临证多采用自拟宣痹通络方,以奏分消湿热、宣痹止痛之功。方中苍术燥湿健脾,《珍珠囊》曰苍术“诸肿湿非此不能除……能健胃安脾”;

黄柏清热燥湿、泻火解毒,《景岳全书》载其:“性寒润降,去火最速”,此二者相伍,使热邪得降,里湿得除,共为君药。薏苡仁、泽泻淡渗利水,前者健脾化湿,后者泄热降浊,二者皆可引湿热从小便去,又可助苍术行燥湿之功;防己苦寒,善祛风湿热痹,金银花甘寒质轻,善清热解毒,又可透热于湿外,二者皆可助黄柏清泄体内之热毒,故上四味皆为臣药。土茯苓通关节、利窍穴,尤善关节痹症,陈皮燥湿健脾,加强薏苡仁之功,延胡索活血行气止痛、丹参凉血除热,二者皆可活血以防瘀血生成,此四者皆为佐助之药。生甘草清热解毒,又缓急止痛,为佐使之药。川牛膝活血通络,善引血下行,故为使药。诸药合用,集燥湿、渗湿、利湿之功,使湿无所藏,出有其道,热邪无所依附,则清之可矣。湿热得以分消,经络通畅无阻,则痹痛自除。吴睿哲等^[9]建立急性痛风性关节炎大鼠模型,发现宣痹通络膏可通过下调 MyD88 蛋白表达改善该模型大鼠踝关节的滑膜损伤,提示宣痹通络膏对于痛风有一定的治疗作用。临床中孙教授还常以湖南中医药大学第二附属医院院内制剂消炎贴敷散贴于患处关节,适用于病势急迫、疼痛剧烈、肿胀明显的患者,配合内服,疗效显著。若热重于湿者,加玄参、栀子以凉血解毒,泄三焦之火;湿重于热者,加木瓜、砂仁、泽兰以和胃化湿、利水消肿;心烦躁扰、口苦咽干、脉弦滑者,可加柴胡、黄芩、法半夏等解郁清热;脾虚较甚者,可合用六君子汤加减以增强健脾益气之功。

2.1.2 祛痰泄浊,活血化瘀 痛风中期及后期,湿热之邪除而未尽,痹阻日久则变生痰瘀,此已至慢性期,发作之时,其症疼痛如潮之涨落,渐起渐消,痛甚有如惊涛骇浪,痛缓则如潺潺溪流,其病程缠绵迁延,恰似抽刀断水,水复长流;另见关节肿大,局部刺痛,痛处固定,甚则关节畸变,遍生块瘰,皮色暗,舌淡或紫或见瘀斑、苔白腻或薄,脉弦或沉涩。治法当以祛痰泄浊,活血化瘀。孙教授此期治疗颇为灵活,常以宣痹通络方为基础方,根据痰瘀偏盛之别,配伍不同的药味。痰浊偏盛者,常伍萆薢、石菖蒲、威灵仙、“二白”,“二白”即白芥子与白术,为孙教授祛湿化痰常用药对,二者合用化痰效果显著,又可健运脾气,使祛邪不伤正,用于脾虚痰阻之腰椎间盘突出症亦获良效^[10]。瘀血偏甚者,孙教授宗王清任活血化瘀之大法,常加三七粉、乳香、没药、川芎、当归、赤芍,并伍适量气药,如黄芪、木

香之属,以“使周身之气通而不滞,血活而不瘀”^[11]。若至慢性痛风石期,痰瘀皆甚者,可加制胆南星、皂针、三棱、莪术,增强豁痰通络、破血逐瘀之功;此外,孙教授还常用藤类及虫类药以增强通络散结之效。《本草纲目》载:“藤类药物以其轻灵,易通利关节而达四肢。”其通络之效尤显,如鸡矢藤、鸡血藤同用,化痰与祛瘀兼备;唐容川提出若言攻利之性,“动物”类药更甚于“植物”类药,其拔毒攻瘀、疏经搜络之效甚佳,如僵蚕、地龙之属^[12]。同时孙教授告诫,因虫类药多有毒性,故临床应从小剂量用起,不可盲投。此外,孙教授也常以自拟方下肢熏洗方配合外用,药味常用伸筋草、凤仙透骨草、醋莪术、醋三棱、醋延胡索、海桐皮、秦艽、川牛膝、木瓜、鸡血藤、红花等,以熏蒸加浸泡双重方式作用于患处,屡屡获效。

2.2 缓解期——扶正祛邪,补益脾肾 痛风本质为本虚标实之病,故待患者症状缓解,疼痛不甚,肿胀渐消时,当以扶正为主,祛邪为辅。《外科证治全书》载:“此证,须察其所患轻重,有无瘀血及元气虚实,不可概行攻下,致成败证焉。”孙教授常以宣痹通络方去黄柏、泽泻、金银花、延胡索、丹参;加独活、骨碎补、续断片以益肾强骨,加党参、山药、茯苓以健脾益气,再根据临床症状加以配伍增减,补益脾肾之不足。脾气虚者,症见肢倦疲乏,少气懒言,纳呆,脉濡缓,可加黄芪、麸炒白术等,甘温益气,以充脾源,脾旺则健运有权,水湿不生;若脾虚夹湿者,症见头重如裹,胸闷呕恶,苔白腻,脉滑,可加砂仁、木瓜、白扁豆等健脾祛湿;脾肾阳虚者,症见腰膝酸软,形寒肢冷,腹中冷痛,舌淡,脉沉细,可易川牛膝为怀牛膝,加制附片、肉桂、山茱萸等温补脾肾,助阳祛寒;若至后期肝肾亏虚,肌肉痿废无力,则可合虎潜丸加减以滋补肝肾,壮骨养筋。

3 典型病案

蔡某,男,46岁,2021年10月15日初诊。主诉:左踝关节外侧疼痛伴活动受限2d。患者诉平日感左踝外侧酸胀不适,无明显疼痛,关节活动可,久行及劳累后症状明显,迁延数月,未曾治疗;2d前骑行十余公里后感疼痛明显,活动受限。刻诊:左踝持续性肿痛,较难忍受,伴关节活动受限,晨起口干口苦,纳寐可,二便调。既往无外伤史,否认高血压病等慢性病史。查体:患者形体偏胖,左踝关节肿胀,外侧为甚,压痛明显,皮色深红,肤温高,屈

伸受限,舌质红、苔黄腻,脉浮滑数。血清尿酸:699 μmol/L,白细胞:12.17×10⁹/L,超敏C反应蛋白:37.6 mg/L,肌酐及尿素(-)。西医诊断:1)急性痛风性关节炎;2)高尿酸血症。中医诊断:痛风,湿热阻络证。治宜分消湿热、宣痹止痛,予宣痹通络方加减治疗。处方:苍术10g,黄柏12g,知母12g,薏苡仁20g,秦艽10g,金银花15g,连翘15g,生地黄15g,鸡血藤15g,赤芍10g,川牛膝10g,甘草6g。7剂,每天1剂,水煎,分早晚2次温服。同时予湖南中医药大学第二附属医院院内制剂消炎贴敷散外敷左踝关节以清热止痛,嘱患者清淡饮食,勿剧烈运动。10月22日二诊:患者诉左踝疼痛大幅改善,活动可,肿胀明显消退,舌淡红、苔黄,脉滑。治宜健脾化湿、兼以活血,处方:薏苡仁20g,苍术15g,茯苓15g,泽泻15g,陈皮15g,草薢10g,车前子10g,威灵仙10g,黄柏10g,川牛膝10g,赤芍10g,地龙10g,甘草6g。7剂,煎服法同前。嘱患者继续规律饮食,作息。11月1日三诊:患者诉左踝无明显疼痛,关节活动正常,肿胀已消退,皮色皮温可,舌淡红、苔黄,脉濡滑。尿酸:387 μmol/L,予二诊方基础上去泽泻、威灵仙,易赤芍为白芍,加木瓜15g、当归10g,继服7剂以巩固疗效,嘱患者坚持清淡饮食,规律作息与运动。后电话随访未再复发。

按语:患者为中年男性,久居湿地,素体偏胖,加之嗜食肥甘厚腻、辛辣酒腥,损伤脾胃,脾失健运、胃失和降,体内湿邪不化,客于经络,成为痛风发作的内在基础。湿邪久积,郁而化热,加之过度运动诱发,遂导致痛风急性发作。故初诊以宣痹通络方加减以分消湿热,宣痹止痛,方中苍术、秦艽、薏苡仁除湿宣痹,黄柏、知母、金银花、连翘、生地黄清热解毒,鸡血藤、赤芍活血止痛,川牛膝活血兼载药下行,甘草调和诸药,使湿热分消,痹痛自止。二诊患者症状改善明显,急性期渐往缓解期转归,故适时调整用药以转攻为守,增强治本之效,于一诊方去清热解毒药,加入茯苓、陈皮等健脾利湿之品以扶益正气,配合草薢、车前子、威灵仙等利湿除痹,兼以赤芍活血及虫类药地龙通络除痹以预防痰瘀生成。三诊患者急性期症状已基本消退,故效不易法,续以健脾化湿活血之法固本,此时邪势已去大半,故小调用药,去泽泻、威灵仙加木瓜,易赤芍为白芍使用药更柔和,同时加当归以增强活血之效。

按语:本案患者为老年男性,长期从事体力劳动,久立则伤骨,久行可伤筋。吴教授认为男子五十六岁时出现肝气衰弱、活动不自如的情况,六十四岁时可出现天癸枯竭、精气虚、肾脏衰的情况,发病部位在腰部,与肾虚不足,久病及络、肝肾亏虚血瘀阻络有关,四诊合参,本病属腰痹,肾虚血瘀证。中医治以补肝益肾、活血化瘀为法,吴教授初诊拟方补肾活血汤加减,方中杜仲、狗脊、川牛膝壮骨强筋、补益肝肾,乳香、没药、延胡索、川芎、活血行气止痛,熟地黄、当归、鸡血藤补血活血,白芍舒筋活络止痛,三七、丹参活血,党参顾护脾胃。全方共奏补肾活血、通痹止痛之功。同时急性期患者疼痛明显,可以配合中药硬膏贴敷治疗,恒古骨伤愈合剂内服以补益肝肾、活血化瘀以及消肿止痛,七叶皂苷钠片减轻神经水肿。二诊考虑天气温度较低,且患者为老年男性,肾阳亏虚,风寒之邪侵入,且患者纳寐欠佳,故加大热之附子治寒湿痹痛,淫羊藿温肾壮阳,独活祛风除湿、宣痹止痛,白术、山药加强护脾胃,夜交藤安神活络,细辛散寒止痛,同时配合针灸理疗、功能锻炼等全方位、多维度助力患者疾病康复,临床疗效显著。

(上接第50页)

4 小 结

孙教授认为,痛风发病既可因实致虚,又可因虚致实,常见虚实转换,总属本虚标实之病。本因正虚使得里湿不化,郁而化热,湿热久积,以致病邪深入,变生痰浊血瘀,每每郁而发热,发为痛风,此即因虚致实;然湿热、痰瘀之邪壅塞不化,痹阻络脉,困遏阳气,又可加重脾肾之虚,令病势缠绵,反复发作,此即因实致虚。痛风之中后期,往往发作期与间歇期交替往复,循环为病,病情亦缠绵迁延,经久难瘥,故言常见虚实转换,而本质总属本虚标实。故孙教授以此确立分期治疗大法,急性期治以分消湿热、祛痰化瘀,缓解期则补益脾肾,以自拟宣痹通络方为基础方,因人随症加减,内服外用相合,兼顾局部与整体的治疗。

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]. 浙江医学, 2017, 39(21): 1823-1832.
- [2] 中华中医药学会风湿病分会. 痛风和高尿酸血症病证结合诊疗指南[J]. 中医杂志, 2021, 62(14): 1276-1288.

6 小 结

吴教授临床治疗LDH,以肾虚血瘀为核心,注重补肾活血法,标本兼治,气血同调,分型辨证,分期论治,同时重视温补并行、肝肾两治、脾胃同调,功能锻炼、防治结合,在临床治疗中取得了较好的疗效,不仅有效缓解了患者的症状,更能降低疾病的发病率及复发率,改善和提高患者的生活质量,为中西医结合治疗LDH提供了重要思路。

参考文献

- [1] 陈孝平,汪建平,赵继宗,等. 外科学[M]. 9版. 北京:人民卫生出版社, 2018.
 - [2] 冯传汉,张铁良. 临床骨科学[M]. 2版. 北京:人民卫生出版社, 1973: 11.
 - [3] 刘仁,吴官保,冯帅华,等. 补肾活血汤对腰椎间盘突出大鼠TNF- α 表达的影响[J]. 湖南中医杂志, 2017, 33(3): 144-145, 156.
 - [4] SUN D, YAN Q, XU X, et al. LC-MS/MS analysis and evaluation of the anti-inflammatory activity of components from Bushen Huoxue decoction[J]. Pharmaceutical Biology, 2017, 55(1): 937-945.
 - [5] 郝小刚,周国徽,闫宏旭,等. 基于肝肾理论探讨腰椎间盘突出症[J]. 吉林中医药, 2021, 41(11): 1412-1415.
- (收稿日期: 2023-07-28)
[编辑: 王红梅, 刘珍]
- [3] DALBETH N, GOSLING A L, GAFFO A, et al. Gout[J]. Lancet, 2021, 397(10287): 1843-1855.
 - [4] 刘婷,张霞,李飞燕. 急性痛风性关节炎的中西医治疗进展[J]. 中国中医急症, 2019, 28(2): 374-376.
 - [5] 王皓男,寇秋爱. 以脾虚为本、毒热与痰浊为标分期论治痛风性关节炎[J]. 中国中医急症, 2023, 32(5): 826-828.
 - [6] 李建洪,杨博,张晓宇,等. 从痰瘀论治痛风探析[J]. 风湿病与关节炎, 2017, 6(11): 52-54.
 - [7] 孙绍裘,董克芳,王勇,等. 孙达武医案精华[M]. 北京:人民卫生出版社, 2015: 179.
 - [8] 朱婉华,顾冬梅,蒋恬,等. 浊瘀痹—痛风中医病名探讨[J]. 中医杂志, 2011, 52(17): 1521-1522.
 - [9] 吴睿哲,吴洁,张德生,等. 宣痹通络膏对急性痛风性关节炎大鼠MyD88表达及踝关节滑膜组织形态的影响[J]. 湖南中医杂志, 2022, 38(4): 179-183.
 - [10] 张慧,李荣慧,贵鹏,等. 孙达武从脾主运化论治腰椎间盘突出症的经验[J]. 中医药导报, 2022, 28(10): 126-128, 135.
 - [11] 王清任. 医林改错[M]. 李占永,岳雪莲,校注. 北京:中国中医药出版社, 1995: 64.
 - [12] 唐宗海. 本草问答[M]. 陆拯,李占永,总主编. 陆拯,校注. 北京:中国中医药出版社, 2013: 82.

(收稿日期: 2023-09-11)

[编辑: 徐霜俐]