

亡率为 20.0%。

2.2 感染部位以及临床特点 真菌感染部位以肺部感染居多,为 24 例(60.0%),泌尿系统感染 3 例(7.5%),消化系统感染 4 例(10.0%),中枢神经感染 2 例(5.0%),其他患者感染部位不确定。

2.3 影像学检查 24 例肺部感染患者的肺部影像均有改变,其中毛玻璃改变 3 例(12.5%),胸腔积液 2 例(8.3%),多发性高密度小结节影 8 例(33.3%),空洞 5(20.8%),弥漫性粟粒影 6 例(25.0%)。

2.4 不良反应 治疗后,40 例患者中 11 例患者出现肝功能损害,经治疗后有所好转。2 例患者出现视觉模糊,3 例患者出现皮疹。所有患者均无肾功能损害。

3 讨论

近些年,真菌感染的发病率逐年增加,严重影响患者的正常生活,使患者生活质量下降,承受巨大痛苦。血液病患者发生真菌感染的几率最高,且诊断困难,死亡率较高^[9]。及时诊断是改善血液病合并侵袭性真菌感染及降低死亡率的关键。伏立康唑是抑制真菌的常用药物,尤其针对念球菌属抗菌作用更

强,针对其他致病真菌也具有杀菌作用,且在治疗过程中不产生耐药性,具有较高的安全性,其治疗血液病合并侵袭性真菌感染的临床效果显著^[9]。本研究结果亦显示采用伏立康唑的杀菌效果良好、不良反应较小、临床安全性较高,且治疗过程中所有患者均配合良好,临床表现正常,无患者因不能耐药和不良反应而退出治疗。综上所述,伏立康唑作为新型抗菌药物,可减轻患者痛苦,提高患者生活质量,值得临床广泛应用。

参考文献

[1]章瑜,俞康,朱海燕,等.伏立康唑治疗血液病合并侵袭性真菌感染 38 例[J].实用医学杂志,2010,26(7):1 213-1 215
[2]兰光辉.伏立康唑治疗恶性血液病合并侵袭性真菌感染 28 例临床分析[J].齐齐哈尔医学院学报,2010,31(14):2 248-2 250
[3]刘晓,秦兰,李巍,等.血液病合并侵袭性真菌感染应用伏立康唑治疗的临床分析[J].中国实用医药,2013,8(33):149-150
[4]赵朴,薛阿利,冯爱梅,等.伏立康唑治疗恶性血液病患者合并侵袭性真菌感染临床疗效分析[J].中华医院感染学杂志,2012,22(22):5 115-5 117
[5]王智,冯金萍,陆时运,等.伏立康唑静脉序贯口服治疗血液病患者合并侵袭性真菌感染的疗效[J].中国全科医学,2011,14(8):899-902
[6]沈莉菁,陈芳源,肖菲,等.伏立康唑治疗血液病合并侵袭性真菌感染 23 例[J].中国感染与化疗杂志,2010,10(13):216-219

(收稿日期:2014-04-06)

蒋小敏教授痛风性关节炎的辨治经验介绍

胡子毅^{1,2} 叶菁^{1,2}

(1 南京中医药大学 南京 210046;2 江西中医药大学附属医院 南昌 330006)

关键词:痛风性关节炎;蒋小敏;名医经验

中图分类号:R684.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.12.044

蒋小敏教授系国家级名中医,江西中医药大学附属医院主任医师,第五批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师。从事中医风湿杂病的临床医疗与临床研究工作近 30 年,积累了丰富的临床经验和理论心得。近年来,痛风性关节炎患者日渐增多,蒋老师治疗该病多获殊效,笔者有幸随诊,现总结如下。

1 病机强调脾运失调,肾之气化开阖障碍,湿浊排泄不畅

现代医学认为,痛风性关节炎是由于遗传性或获得性病因导致嘌呤代谢障碍和血清尿酸持续升高,尿酸盐在关节及关节周围组织以结晶形式沉积所引起的炎症反应。治疗以抗炎、促进尿酸排出和抑制尿酸形成为原则。中医学中对痛风的认识由来已久,普遍将其归为“痹症、历节、脚气、痛风、痰火毒”范畴。元代朱丹溪在其《格致余论》最先明确提出“痛风”的病名:“痛风者,四肢百节走痛,方书谓之白虎历节风证是也。”李东垣指出:“痛风者多属血虚,然

后寒热得以侵之。”对于本病病因病机,医家大多认为与湿热瘀毒有关。蒋师认为痛风性关节炎的发病机制既有饮食不节、风寒湿外袭之诱因,又有先天禀赋异常、脾运虚弱、肾之气化失常的内因。病理改变为湿浊之邪留滞脏腑,阻滞气机,导致气机升降失调,尿浊排泄不利,浊瘀留滞经络、关节,郁而化热而发病。早期急性痛风性关节炎阶段主要因邪毒闭阻经络而发骨节剧痛,或兼夹痰凝变生痛风结节,久之,痰浊瘀腐则见溃流脂浊,痰瘀胶固,以致僵肿畸形,由于郁闭之邪最易化热,其症又多兼热象,如湿浊蕴热,煎熬尿液,可见石淋尿血;浊毒久稽,损伤脾胃,寒热错杂,壅塞三焦,而有关格险恶之证。此浊毒之邪非受自于外,而主生于内,多由于素体阳盛,脾肾功能失调,复因饮食不节,嗜酒肥甘,或劳倦过度,情志过极,脾失健运,肝失疏泄,聚湿生痰,血滞为瘀,酿生浊毒。湿热瘀毒外则流注经络关节,内则流注脏腑。本病以脾肾失调、脏腑蕴热为本,以湿热痰瘀浊毒为标。因此,痛风性关节炎与六淫外邪无直接

关系，不同于正气不足，外感风寒湿热邪气痹阻经络之痹证。导师指出：饮食不节，脾运失调，肾之气化开阖障碍，湿浊排泄不畅导致内生湿热毒是痛风的主要病因病机，饮食不节是痛风的诱发因素，人体正气特别是脾肾功能改变是本病迁延不愈的主要原因。

2 治疗重视脾肾，善用通利

蒋小敏教授在长期临床实践中逐渐形成了一套系统的中医药治疗痛风性关节炎的理论和治疗体系，认为本病的治疗不能单纯进行清热利湿、活血化瘀等治疗，而是应该抓住本病病机中脾运失调、肾的气化开阖障碍的病变核心，在急性期辨治中不仅要清热利湿、化痰消浊，还要注重肾的气化功能的恢复，通过利湿、补肾、化痰等方法达到开通水道、恢复气化的作用。其用药多用金钱草、车前草、土茯苓等通利药物，既清利湿浊，又使水道通利，使邪有出路，达到治疗目的。蒋小敏教授自拟消痛方（炒杜仲 30 g，粉萆薢 15 g，白术 10 g，百合 25 g，汉防己 10 g，金钱草 15 g，车前草 15 g，威灵仙 20 g，土茯苓 10 g，黄柏 10 g，丹皮 10 g，伸筋草 15 g，忍冬藤 30 g，生甘草 6 g）标本兼治，效果较好。相关药理研究证实白术能延长淋巴细胞寿命，增强机体清除自由基的能力，具有明显的抗氧化作用；土茯苓、萆薢均可促进尿酸排出，降低体内血尿酸水平^[1-2]；伸筋草煎剂具有显著的抗炎、镇痛药理作用^[3]；威灵仙制剂能显著降低血尿酸，同时因威灵仙有极强的抗炎作用，因而能有效地保护肾脏，治疗高尿酸引起的肾病^[4]；金钱草水提取物对发育正常小鼠血清尿酸作用并不明显，但对患有高尿酸血症小鼠能明显降低其血清尿酸^[5]。总之，以上诸药通过利尿消炎、促进尿酸排泄等途径达到治疗痛风的目的。

3 缓解期注重补益脾肾，调和气血

蒋小敏先生认为痛风性关节炎急性期重在清热解毒，促进尿酸排泄，而缓解期应注重治未病。痛风性关节炎乃本虚标实之证，脾肾失调在前，正为邪毒所伤在后。本病湿浊毒邪留滞血中，不得泄利，积滞日久，致痰浊内生，血脉瘀阻，并损及他脏，致脾肾阳虚，脾虚则运化无权，湿浊不得排泄，湿浊积蓄于内，肾虚则气化不利，不能通调水道，分清别浊，致浊毒淤积。故在缓解期应多饮水，多进粗粮杂食，忌口戒

酒，并辨证服用金匱肾气丸或知柏地黄丸加大剂量的山药、黄精以达到巩固疗效的目的。

4 临床验案举例

4.1 病例资料 张某，男，39 岁。因双足第一跖趾关节红肿热痛反复发作 3 个月，再发加重 3 d 于 2013 年 12 月 20 日就诊。每因饮酒或饮食肥甘厚味即发，甚可累及足踝、足背及其他趾间关节，局部红肿疼痛，不可触近，口干，纳食欠佳，睡眠差，二便调，舌质红，苔黄腻，脉濡。实验室检查提示：血尿酸 776 mmol/L。中医诊断为痛风，西医诊断为痛风性关节炎。治疗予消痛方，用药：炒杜仲 30 g，粉萆薢 15 g，白术 10 g，百合 25 g，防己 10 g，金钱草 15 g，车前草 15 g，威灵仙 20 g，土茯苓 10 g，黄柏 10 g，丹皮 10 g，伸筋草 15 g，忍冬藤 30 g，生甘草 6 g，紫花地丁 10 g。水煎服，日 1 剂，7 剂。二诊患者诉服上方第 5 剂时关节红肿热痛明显消退，压痛减轻，足趾活动正常，伴腹胀，大便稀溏，舌质淡红，苔薄黄腻，脉濡。予继服消痛方，处方：炒杜仲 30 g，粉萆薢 15 g，白术 20 g，百合 25 g，防己 10 g，金钱草 15 g，车前草 15 g，威灵仙 20 g，土茯苓 10 g，黄柏 10 g，丹皮 10 g，伸筋草 15 g，忍冬藤 30 g，生甘草 6 g，薏苡仁 15 g，14 剂。三诊患者足趾红肿热痛消失，关节活动如常，纳可，二便平，舌质淡，苔薄白，脉濡。复查血尿酸 442 mmol/L，后以肾气丸调理善后。

4.2 讨论 患者初诊以邪盛为主，当急则治其标，故予消痛汤基础上加用紫花地丁加强清热之效。二诊时热毒之象已明显改善，脾虚及湿象偏盛，故予消痛汤加大白术用量及加用薏苡仁健脾益气，使肝脾调和，以助脏腑功能恢复。后以肾气丸加减调理善后。因此，临床诊治虽强调分期论治，但亦需临证灵活变通，以免犯虚虚实实之戒。

参考文献

[1]陈红梅,秀兰,吴占全.土茯苓的化学与药理研究进展[J].中国民族医药杂志,2008,13(11):71-73
[2]伍月红,方锦霞.萆薢的药理作用与临床应用[J].广东药学,2005,15(3):69
[3]郑海兴.伸筋草煎剂对小鼠抗炎镇痛药理实验研究[J].牡丹江医学院报,2005,26(2):10-12
[4]林凤平,任开明,宋恩峰,等.威灵仙对尿酸性肾病大鼠的实验研究[J].中成药,2006,28(6):842-845
[5]崔健,张英华,陈新,等.超滤技术与醇沉法在金钱草总黄酮纯化工艺中的比较研究[J].长春中医药大学学报,2009,25(6):959

(收稿日期:2014-09-16)

+++++

欢迎广告惠顾！ 欢迎投稿！ 欢迎订阅！