● 百家精粹 ●

谢春光教授基于伏毒学说论治痛风的学术思想探析*

彭思涵[1,2]，谢子妍[2]，何风仪[3]，徐刚[2]，谢春光[1,2,△]

（1. 代谢性疾病中医药调控四川省重点实验室，四川 成都 610075；2. 成都中医药大学附属医院，四川 成都 610072；
3. 成都中医药大学，四川 成都 610075）

摘要： 现代医学之单钠尿酸盐（Monosodium urate，MSU）与中医之伏毒均为痛风的关键病理因素。谢春光教授基于伏毒学说，认为正气不足、脏腑失养是伏毒致痹的前提条件，伏而不显、发时急猛是伏毒致痹的发病特点，虚实错杂、杂合为病是伏毒致痹的病性特征，暗耗气血、缠绵难解是伏毒致痹的最终结果。治疗应以益气扶正、透达伏毒为原则，首辨虚实主次，再辨伏毒性质。急性期以热毒、湿毒为最，治宜清热解毒、利湿化毒，兼益气扶正；缓解期以湿毒、痰毒、瘀毒蛰伏为主，治宜益气扶正与利湿、化痰、活血祛毒并用。

关键词： 伏毒学说；痛风；学术思想；谢春光

中图分类号： R 249，R 589.7　　**文献标志码：** A　　**文章编号：** 1000-3649（2023）07-0001-05

Analysis of Professor XIE Chun-guang´s academic thought on the treatment of gout based on hidden toxin theory/

PENG Sihan[1,2]，*XIE Ziyan*[2]，*HE Fengyi*[3]，*et al* //（1. *TCM Regulating Metabolic Diseases Key Laboratory of Sichuan Province*，*Hospital of Chengdu University of Traditional Chinese Medicine*，*Chengdu Sichuan* 610075，*China*；2. *Hospital of Chengdu University of Traditional Chinese Medicine*，*Chengdu Sichuan* 610072，*China*；3. *Chengdu University of Traditional Chinese Medicine*，*Chengdu Sichuan* 610075，*China*）

Abstract: Monosodium urate（MSU）in modern medicine and hidden toxin in traditional Chinese medicine are both key pathological factors of gout. Based on the hidden toxin theory，Professor XIE Chun-guang considered that deficiency of qi and viscera is the preconditions for hidden toxin to cause gout，and the characteristics of hidden toxin to cause gout are that underlying and not obvious，acute and fierce onset. The combination of deficiency-excess and complexity are the pathological feature of hidden toxin to cause gout，and dark consumption of qi and blood and lingering refractory are the final results of hidden toxin. The treatment principle should be benefiting qi and strengthening body resistance，dispelling hidden toxin out. In treatment，we should first distinguish the primary and secondary of deficiency and excess，and then distinguish the nature of hidden toxin. In acute phase，heat toxin and dampness toxin are the most important，so the treatment should be based on clearing heat，detoxicating，removing dampness toxin，as well as benefiting qi. While in the remission stage，dampness toxin，phlegm toxin and stasis toxin are the main ones，and it is advisable to benefit qi，combined with removing dampness toxin，phlegm toxin，and stasis toxin.

Keywords: Hidden Toxin Theory；Gout；Academic Thought；XIE Chunguang

痛风，是因嘌呤代谢紊乱及（或）尿酸排泄减少而导致单钠尿酸盐（Monosodium urate，MSU）沉积于骨关节、肾脏等组织引起的一组临床症候群，属于代谢性疾病及风湿病的范畴，临床表现为关节剧烈疼痛、红肿及功能障碍[1,2]。我国痛风的患病率为 0.86%～2.20%[3]。研究表明 MSU 是痛风的关键诱导因素，其诱导的炎症是痛风的病理基础[4]。由于痛风伏而不显、发时急猛的发病特点以及缠绵难解的临床特性符合中医学伏毒致病的特点，因此谢春光教授提出从伏毒学说的角度论治痛风。本文从伏毒致痹的发病机制、致病特点及治疗用药等多方面进行深入探讨，对谢春光教授基于伏毒学说论治痛风的理论认识及临床经验进行梳理总结，以期使伏毒学说进一步现代化、客观化，亦为中医药临床防治痛风等代谢性疾病提供新思路。

1　伏毒学说理论内涵

“伏毒学说”由国医大师周仲瑛首倡，被认为在内伤杂病中有重要的学术价值及指导意义。“毒”在《说文解字》中记载为“毒者，厚也，害人之艸[5]”，本指有毒的植物，后在中医学中有了更为丰富的含义：可表示病名、病因、病机和治法，如阴阳毒、毒火上攻、清热解毒法等。《金匮要略·心典》言：

* 基金项目：四川省博士后创新人才支持项目（编号：BX202205）；中国博士后科学基金（编号：2023MD734104）；成都中医药大学附属医院院基金（编号：22HL02）。
△通讯作者：谢春光，教授，博士研究生导师，研究方向：中西医结合及中医药防治内分泌代谢性疾病的基础与临床研究。E-mail：xcg718@aliyun.com；作者简介：彭思涵，博士研究生，研究方向：中医药防治内分泌代谢疾病的基础及临床研究，E-mail：476674985@qq.com。

(C)1994-2023 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

“毒，邪气蕴结不解之谓”，认为毒为邪之甚也。华佗在《中藏经》中提出“蓄其毒邪，浸渍脏腑”[6]，可见毒邪是由邪气蓄积产生的，可内侵五脏六腑发为疾病。正如《中医大辞典》载“伏者，匿藏也”，《瘟疫论》云“凡邪所客，有行邪，有伏邪……”，伏毒既是病理产物又是致病因素，是指由外受或内生之毒邪先伏后发，潜伏机体，在伏匿毒邪达到量的积累或是在相关诱因的作用下，乘势由内外发而为病。伏毒可由热毒、湿毒、痰毒、瘀毒等的相互兼夹杂合为患，致病上具有“隐匿性、暗耗性、急猛性、缠绵性、杂合性”的病性特点[7]。痛风伏而不显、发时急重、缠绵反复、迁延难治的发病特点与“伏毒”的致病特点极为相似。伏毒之于痛风类似于现代医学中 MSU 之于痛风，是痛风的关键病理因素及主要病理产物。

2 伏毒与痛风

2.1 从伏毒学说论痛风发病机制

2.1.1 现代医学之 MSU 与中医之伏毒均为痛风的关键病理因素 痛风的发生与遗传、免疫、饮食、肥胖等因素相关[8]，这些因素的串扰导致嘌呤代谢障碍，形成 MSU。研究发现，MSU 是痛风的关键诱导因素[9]，其诱导的炎症是痛风的病理基础。MSU 脱落进入关节腔，被巨噬细胞、中性粒细胞等多种免疫细胞及炎症因子识别，激活细胞内信号传递，释放如白介素 1β、肿瘤坏死因子等多种炎症介质，进而引起炎症级联反应。MSU 与局部微环境相互作用诱发的炎性反应导致痛风急性发作，表现为早期快速应答、无免疫记忆及长期免疫保护，使痛风具有急性发作、反复发作及自限性等发病特点。

“痛风”滥觞于《丹溪心法·痛风六十三》：“四肢百节走痛是也，他方谓之白虎历节风证”[10]，亦名“脚气”“历节”等，属中医学“痹证”范畴[11]。伏毒贯穿痛风全程，持续损伤经络脏腑，使病情缠绵难解，病程迁延较长。随着疾病进程，正气不足日益凸显，正毒交争，由于伏毒尚浅，或机体正气尚强，正毒可相安共处，毒邪内伏于筋骨关节，暂不发病；在正气下降，或伏毒弥漫、触感诱因时，伏毒趁势由内向外，气机失调，血行不利，筋脉关节闭阻不通，或气血羸弱，濡养无源，筋脉关节干涩不荣，发为痛风。

2.1.2 MSU 与伏毒相似性高，以 MSU 为窗口有望阐释伏毒科学内涵 现代研究认为痛风发病机制中的关键环节是因嘌呤代谢障碍和尿酸排泄减少所致的 MSU 形成[12]，发作时疼痛难忍，间歇期则与常人无异，具有自限性、反复性。这与祖国医学中因正气不足、毒邪伏匿致痹相似，亦与伏毒伏而不显、发时急猛及缠绵难解的病理特性相符。

研究表明，在痛风急性发作之前、发作期及缓解期均存在 MSU 沉积，故国际对痛风的发展分期进行了重新界定，分为高尿酸血症无 MSU 沉积期、有 MSU 沉积但无相关临床症状期、伴有 MSU 沉积的急性发作期及慢性痛风石病变期[13]。这与伏毒从氤氲-弥漫-鸥张-隐伏发为痛风的病理过程不谋而合：内外邪气侵袭机体，耗损正气，邪气氤氲伏于筋骨关节，此过程与高尿酸血症无 MSU 体沉积期相对应；内伏邪气蕴结不解，郁久化毒，伏毒弥漫，此为有 MSU 沉积但无相关临床症状期；伏毒在量的积累或在诱因触感下由内向外、由伏转显，毒盛正怯，伏毒鸥张，发为痛风，与伴有 MSU 沉积的急性发作期相似；最后伏毒因其缠绵特性迁延不愈、反复发作，气血运行失畅，经络痹阻不通，湿、痰、瘀毒杂合胶着于关节，发为慢性痛风石病变期。谢春光教授认为痛风的形成过程是正气不足，内外邪气侵袭→邪气郁而化毒→伏毒鸥张→不通（荣）则痛→发为痹症，这与西医遗传、免疫、饮食、肥胖因素串扰→嘌呤代谢障碍→MSU 积累→诱发炎症反应→发为痛风的过程极为相似（图 1）。

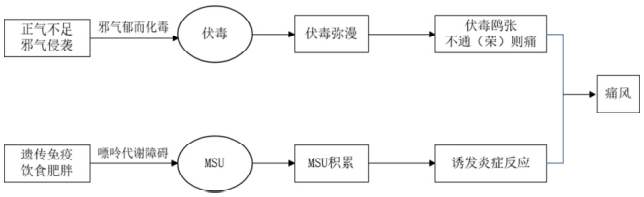

图 1 伏毒与 MSU 在痛风中的相似性

MSU 是导致痛风炎症反应和多系统损害的主要原因，长期 MSU 沉积所致的代谢缺陷可直接损伤机体造成局部红肿热痛的低度炎症，从炎症的微观表现来看具有中医毒邪的特点[14]，故笔者将 MSU 类比为伏毒。这与“糖毒”“脂毒”“尿毒”等内毒学说有异曲同工之处，微观与宏观相结合，为中医临床辨证带来客观、形象、具体的理论指导，推动中医病因学说的创新和发展[15]。

2.2 从伏毒学说论痛风证候特点

2.2.1 正气不足、脏腑失养是伏毒致痹的前提条件，伏而不显、发时急猛是伏毒致痹的发病特点 正所谓“正气存内，邪不可干”“邪之所凑，其气必虚”，故无论是外感毒邪或内生毒邪，伏毒致痹总以人体正气虚弱、脏腑筋脉失养为基础[16]，饮食不节，恣食肥甘厚腻或酒热海腥发物，损伤脾气，脾失健运，邪毒内生；或因素体虚弱，腠理空疏，卫外不固，或劳逸过度，邪气趁虚而入，伏藏体内，蕴结不解，郁而化毒，伏匿体内，待正虚或再次受邪时乘势由内外发而为痹。正气不足既是伏毒形成的前提，又是伏毒待时而发的条件。

伏毒常始于微而成于著，伏毒致痹“伏而不显、发时急猛”的发病特点，是其隐匿性和酷烈性的外在证候表现。隐匿性是导致伏毒“伏而不显”的主要原因，毒邪伏潜早期，状态隐蔽，不易察觉，正气尚充以抗邪气，邪毒难伤其正，则伏于体内，伺机而发。而伏毒的酷烈性则是其“发时急猛”的决定因素，若伏毒蕴结日久，正衰毒盛，或复感诱因引触，伏毒由内外发，毒势鸥张，同正气激烈交争，

(C)1994-2023 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

发病迅猛，病势急迫，乖戾难解。

2.2.2 虚实错杂、杂合为病是伏毒致痹的病性特征，暗耗气血、缠绵难解是伏毒致痹的最终结果 谢春光教授认为痛风以正气不足为先为本为虚，以伏毒阻脉为机为标为实，为虚实错杂之证也。伏毒伏潜日久，热毒、湿毒、痰毒及瘀毒等往往杂合为病，证候多样，表现多变。在饮食不节、情志失调、禀赋不足等因素影响下，脾虚失运，气机不畅，津液不行，痰湿浊邪内生[17]，蕴结成毒，郁久化热，生为热毒，久而成积，癥积内附血脉，化为瘀毒。在痛风的发生发展中，组成伏毒的病理因素可相互兼夹转化，彼此交错为患，杂合为痹。

伏毒虽伏潜于内，但并非静止不动，其暗耗性使机体陷入虚-毒-虚的恶性循环中。随着痛风病程的不断进展，伏毒根基愈深，弥散愈广，侵蚀脏腑，暗耗气血，使正气愈虚，正愈虚则伏毒愈易由内外发而为痹，如此反复，致伏毒顽恶深伏[18]，缠绵难解。伏毒既有隐匿暗耗缠绵等属阴的一面，又有酷烈杂合等属阳的一面，这种阴阳交错、正虚毒恋、胶着难解的病性，决定其难治性[19,20]。故痛风病程较长，发作期与缓解期交替出现，且屡治屡发，屡发屡重。

3 基于伏毒学说的痛风治疗思路

3.1 治疗原则 痛风为发作-缓解性疾病，总以正气不足，伏毒久留胶着，缠绵难解而为病。伏毒贯穿全程，是导致痛风反复难治的宿根。基于伏毒的特性，谢春光教授提出痛风应以益气扶正、透达伏毒为治疗原则，首辨虚实主次，再辨伏毒性质，正邪兼顾，攻补兼施，扶正以绝伏毒之源，祛邪以透伏毒外达，使正气充、伏毒解、气血通、阴阳和。

痛风治疗应首辨虚实主次。痛风以正虚为本为先，因虚致实，虚实夹杂，故扶正为关键，但要根据病性虚实主次和邪正缓急来决定治疗是重在益气扶正，还是重在祛除伏毒。痛风急性发作期，病情来势汹汹，毒盛正怯，此时应在以攻邪为主的同时顾护根本，佐以扶正；而在痛风缓解期，病势和缓，正虚毒恋，伏毒潜藏氤氲，应补虚缓攻并用，扶正既可固本清源，又可益气托毒，缓攻则伏毒解而不伤正。再辨伏毒性质是以热毒、湿毒、痰毒或瘀毒为主[21]，亦或相互兼夹杂合，采用清热解毒、利湿化毒、活血祛毒、化痰清毒等治法以廓清伏毒、透达伏毒。在祛毒时应得其机要，辨证施治，因势利导，方可“动小而功大，用浅而功深”，伏毒得解，正气来复。

3.2 分期论治

3.2.1 急性期 痛风急性期多起病突然，表现为局部红肿热痛，如《丹溪心法》云：“遍身骨节疼痛，昼静夜剧，如虎吃之状。”此时伏毒鸱张亢盛，正不胜毒，以热毒、湿毒为最，故应以清热解毒、利湿化毒为主，益气扶正为辅，临证可用土茯苓、虎杖、山慈菇等清热解毒之品截断热毒，苍术、泽泻、防己等利湿之品以化解湿毒，黄芪、白术之品顾护后天之本以补正虚、托伏毒。现代药理研究证实，土茯苓、虎杖、山慈菇、防己、黄芪等具有抗炎、抗氧化、镇痛、增强免疫等功能，可防治痛风。《本草正义》中记载土茯苓“此物蔓生，而根又节节连贯，性又利湿去热，故能入络搜剔湿热之蕴毒”[22]，现代药理研究发现土茯苓有效成分总黄酮提取物[23]及白藜芦醇可通过抗炎、抗氧化[24]等作用以降低尿酸、抑制炎症反应。虎杖的活性成分大黄素、虎杖苷能抑制黄嘌呤氧化酶活性减少尿酸合成[25]，促进尿酸排泄[26]，还具有抗炎作用[27]。防己及其指标性成分粉防己碱、防己诺林碱通过发挥抗炎、抗病原微生物等多方面作用可防治痛风及高尿酸血症[28]，可多部位、多环节地对痛风炎症反应进行有效抑制[29]。黄芪为“补气之圣药”[30]，长于补气健脾、托毒生肌，既能抑制炎症信号通路[31]、增强免疫、提高抗炎能力，还能通过保护肾功能延缓痛风性肾病的发生发展[32]。同时还可配伍川芎、海桐皮、姜黄等通络止痛。

3.2.2 缓解期 痛风缓解期症状不明显，病势和缓，多见四肢关节不痛或轻微屈伸不利，或痛风石沉积致关节畸形等。此时正虚毒恋，伏毒潜藏氤氲，正所谓“恐炉烟虽熄，灰中有火也”，治疗上应益正气之本源，击伏毒之惰归，以补虚缓攻为宜。缓解期伏毒以湿毒、痰毒、瘀毒蛰伏为主，故应益气扶正法与利湿、化痰、活血祛毒法并用，用药不可急于求成，应绵绵用力，久久为功。针对缓解期伏毒，临证常用茯苓、车前子、薏苡仁以化氤氲之湿毒，半夏、胆南星以清潜藏之痰毒，川芎、莪术以祛蛰伏之瘀毒。痰湿瘀毒胶结难解，互害互化，最易耗气伤阴，故于久病缓解期者可添加五味子、葛根、麦冬等益气养阴之品。伏毒深潜隐匿，治疗中可酌情配伍搜剔经络之虫类药物，如蜈蚣、全蝎等。

4 病案举隅

患者，女，53 岁，2018 年 8 月 3 日初诊。主诉：四肢多关节反复红肿热痛 2 年，加重 3 天。患者 2 年前出现双跖趾关节红肿热痛，后逐渐累及至双踝关节、指间关节等，诊断为痛风性关节炎，先后服用别嘌呤醇、苯溴马隆片等，未规律服药，疼痛缓解后自行停药，目前未服用相关药物。刻诊：右侧踝关节肿痛，左手第二、三指间关节疼痛，皮温略高，口渴多饮，眠差，纳差，小便色深，大便可，舌红苔黄腻，脉沉。尿酸 520μmol /L。西医诊断：痛风性关节炎；中医诊断：痹证；处方：苍术 15g，桂枝 15g，泽泻 30g，山慈姑 15g，土茯苓 15g，姜黄 20g，黄芪 20g，防己 20g，秦皮 20g，虎杖 15g，川芎 20g，白芷 20g，酸枣仁 30g，首乌藤 20g，车前子 20g，海桐皮 20g。14 剂，水煎服，1 日 1 剂，1 日 2 次，并嘱患者平素多饮水，注重饮食及生活调理。

2018 年 8 月 17 日二诊：踝关节、指间关节疼痛缓解，皮温正常，睡眠好转，口渴欲饮，小便调，

(C)1994-2023 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

大便溏，舌红苔薄黄，脉沉。遂于前方减海桐皮、白芷、山慈菇、秦皮，加粉葛 15g。14 剂，水煎服，1 日 1 剂，1 日 2 次。

2018 年 9 月 7 日三诊：关节疼痛明显缓解，偶有疼痛，仍有轻度口渴，纳眠可，二便调，舌红苔薄黄，脉沉。遂于前方减姜黄、酸枣仁，易土茯苓为茯苓，易苍术为白术，并加五味子 15g，处方如下：黄芪 20g，白术 15g，桂枝 15g，泽泻 30g，茯苓 15g，防己 20g，虎杖 15g，川芎 20g，首乌藤 20g，车前子 20g，粉葛 15g，五味子 15g。20 剂，水煎服，2 日 1 剂，1 日 2 次。患者三诊续服中药 20 剂后关节疼痛、口渴等症状消失，尿酸降至 405μmol /L。随访至 2019 年 9 月，患者未出现关节疼痛，尿酸控制稳定。

按：本病中患者以关节红肿疼痛，皮温略高，口渴多饮，小便色深等为主症，结合舌脉，四诊合参辨证为痛风急性期-正虚毒伏，湿热互结证。正气不足，触受邪气，邪郁化毒，藏匿于筋脉关节，故出现关节肿痛；正气不足，脾气亏虚，运化失司，故纳差；脾不散精，津液不能上承于口，亦失于下输膀胱，湿毒热毒胶着互结，煎灼津液，故出现口渴多饮、小便色黄。热毒蕴结体内，故舌红苔黄腻；伏毒壅遏阳气，鼓动无力致脉沉。治疗以清热解毒、利湿化毒为主，益气扶正为辅，予土茯苓、山慈菇、虎杖等解毒清热，苍术、车前子、防己等化湿利湿，解毒不忘扶正，予黄芪健脾益气以托毒外达。患者眠差，加酸枣仁、首乌藤养心安神。二诊后诸症缓解，出现便溏，考虑药后伏毒已除大半，此为久服清热解毒之品损及脾胃，故减清热解毒等寒凉药物，加粉葛养阴生津。三诊除口渴外诸症明显缓解，病程进入痛风缓解期，治以补虚缓攻，故减少祛毒药物，加重扶正之品，并减少服药剂量以缓缓补之、徐徐攻之。本病从痛风急性发作期到缓解期，根据正虚邪实进退加减，灵活辨证用药，伏毒得清，正气得复，疼痛得解，痹证得愈。

5 小 结

本文对谢春光教授基于伏毒学说论治痛风的学术思想进行梳理探析，提出 MSU 可作为研究痛风伏毒学说分子生物实质的良好切入点和新方向，值得更多、更广、更深的研究，为中医药深入认识及有效防治痛风提供理论支撑，拓展防治思路，同时也对发展伏毒学说的临床应用有着深远意义。

参考文献

[1] 葛均波，徐永健. 内科学 [M]. 8 版. 北京：人民卫生出版社，2014：856.
[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.
[3] 高尿酸血症相关疾病诊疗多学科共识专家组. 中国高尿酸血症相关疾病诊疗多学科专家共识 [J]. 中华内科杂志，2017，56（3）：235-248.
[4] 党万太，王婧，谢文光，等. sCD14 在痛风性关节炎患者炎症反应中的变化及其意义 [J]. 西安交通大学学报（医学版），2015，36（4）：514-518.
[5] 段玉裁. 说文解字注 [M]. 北京：中国戏剧出版社，2008：85.
[6] 华佗. 中藏经 [M]. 北京：中国医药科技出版社，2011：39-40.
[7] 周仲瑛. “伏毒”新识. 世界中医药，2007，3（2）：73-75.
[8] 王奇，周衍衡，白占涛. 痛风及其发病机制研究进展 [J]. 延安大学学报（医学科学版），2018，16（4）：82-85.
[9] Bolzetta F，Veronese N，Manzato E，*et al*. Chronic gout in the elderly [J]. Aging Clin Exp Res，2013，25（2）：129-137.
[10] 朱震亨. 丹溪心法 [M]. 北京：人民军医出版社，2007：222.
[11] 张天星，王义军，贺娟，等. 痛风的中医医理探究 [J]. 中国中医基础医学杂志，2015，21（3）：268-269.
[12] Pascart T，Richette P. Current and future therapies for gout [J]. Expert Opin Pharmacother，2017，18（12）：1201-1211.
[13] Dalbeth N，Stamp L. Hyperuricaemia and gout：time for a new staging system [J]. Ann Rheum Dis，2014，73（9）：1598-1600.
[14] 周明学，徐浩，陈可冀. 中医脂毒、瘀毒与易损斑块关系的理论探讨 [J]. 中国中医基础医学杂志，2007，13（10）：737-738.
[15] 匡调元. 中医病理研究 [M]. 上海：上海科学技术出版社，1980：1-6.
[16] 吕柳，马悦宁，陈彦竹，等. 基于“双毒学说”探讨分期论治痛风性关节炎 [J]. 四川中医，2020，38（3）：26-28.
[17] 刘芬芬，羊维，黄琳，等. 基于脾主运化理论探讨间歇期及慢性期痛风治疗策略 [J]. 中医杂志，2015，56（6）：475-477.
[18] 王新东. 冠心病伏毒损脉病机理论与应用浅析 [J]. 南京中医药大学学报，2015，31（1）：8-12.
[19] 李俊贤，谢春光. 基于伏毒理论研究糖尿病代谢记忆效应的中医机制 [J]. 时珍国医国药，2014，25（5）：1177-1179.
[20] 高泓，谢春光，郭宝根，等. 从伏邪理论对糖尿病大血管病变代谢记忆的理论探讨 [J]. 时珍国医国药，2013，24（9）：2203-2204.
[21] 李芊芊，张伟. 从“伏毒”论治肺癌 [J]. 天津中医药大学学报，2019，38（2）：126-129.
[22] 张山雷. 本草正义 [M]. 北京：人民卫生出版社，1995：312.
[23] 魏蔼玲，袁明昊，刘娟汝，等. 中药在痛风疾病中的应用及其作用机制研究进展 [J]. 中国实验方剂学杂志，2020，26（19）：225-234.
[24] 王特，张晓宇，张薇，等. 土茯苓防治痛风的作用机制研究进展 [J]. 辽宁中医杂志，2021，48（1）：215-217.
[25] 谢招虎，解静，李兆福，等. 虎杖治疗痛风的作用机制及临床应用研究进展 [J]. 辽宁中医杂志，2019，46（5）：1111-1113.
[26] 龚汇智，顾宁. 中药干预高尿酸血症和痛风量效关系研究进展 [J]. 辽宁中医药大学学报，2021，23（4）：179-182.
[27] 唐春丽，魏江存，滕红丽，等. 黄酮类成分抗炎活性及其作用机制研究进展 [J]. 中华中医药学刊，2021，39（4）：154-159.
[28] 王蓉，马腾茂，刘飞，等. 防己的药理作用及临床应用研究进展 [J]. 中国中药杂志，2017，42（4）：634-639.
[29] 席苑，张海静，叶祖光，等. 汉防己甲素现代药理作用研究进展 [J]. 中国中药杂志，2020，45（1）：20-28.
[30] 陈士铎. 本草新编 [M]. 2 版. 北京：中国中医药出版社，2020：33.

(C)1994-2023 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

孔文霞运用“六维思想”治疗慢性糜烂性胃炎经验撷英*

陈林玲[1,2]，孔文霞[2]
（1. 成都中医药大学，四川 成都 610075；2. 绵阳市中医医院，四川 绵阳 621000）

摘要： 慢性糜烂性胃炎是临床上常见的消化系统疾病。孔文霞教授运用“六维思想”，即疏肝、降气、健脾、清热、化湿、散瘀，治疗遵循疏肝降气理中焦，补脾培中抵外邪，清热化湿除毒热，活血化瘀贯穿始终的治疗原则，同时注重舌脉，辨证论治，创立疏肝愈胃汤，临床效果颇佳。

关键词： 慢性糜烂性胃炎；疏肝愈胃汤；六维思想；孔文霞
中图分类号： R 249，R 573.3　**文献标志码：** A　**文章编号：** 1000-3649（2023）07-0005-04

Professor Kong Wenxia´s Experience in Treating Chronic Erosive Gastritis With “Six-dimensional Thinking”

/ *CHEN Linling*[1,2], *KONG Wenxia*[2] //（1. *Chengdu University of Traditional Chinese Medicine*, *Chengdu Sichuan* 610075, *China*; 2. *Mianyang Hospital of TCM*, *Mianyang Sichuan* 621000, *China*）

Abstract: Chronic erosive gastritis is a common clinical digestive system disease. Professor KONG Wenxia uses the “six-dimensional thinking”, namely soothing the liver, lowering qi, strengthening the spleen, clearing heat, removing dampness, and dissipating blood stasis, promoting blood circulation and removing blood stasis are the treatment principles throughout, and at the same time, Pro. f Kong pays attention to tongue and pulse, treating according to syndrome differentiation, and establishing Shugan Yuwei Decoction, which has a good clinical effect.

Keywords: chronic erosive gastritis; Shugan Yuwei Decoction; Six-Dimensional Thought; KONG Wenxia

孔文霞，教授，中西医结合主任医师，成都中医药大学硕士研究生导师，四川省名中医，第五批四川省师承导师，第三批全国名中医优秀师承学员，中华中医药学会脾胃病分会常务委员，四川省中医药学会脾胃病专委会副主任委员，四川省中医药学会仲景专委会副主任委员，四川省中医药学会老年病专委会副主任委员，潜心临床、教学、科研工作30余载，擅长消化系统常见病、疑难病的诊治。孔教授认为脾胃虚弱为疾病之源，强调“瘀血阻络”的病机特点，故治疗上注重健脾益气，且活血化瘀贯穿始终，提出以疏肝、降气、补脾、清热、化湿、散瘀的“六维思想”为基础治疗网络，得到了较好的临床疗效。笔者有幸跟师学习，将孔教授治疗慢性糜烂性胃炎经验介绍如下。

慢性糜烂性胃炎是指不同原因导致胃黏膜完整性受损，糜烂深度在1mm以内，未达肌层的一种特殊类型胃炎。在慢性胃炎中，经内镜诊断慢性非萎缩性胃炎最常见，占49.4%，其次是慢性糜烂性胃炎占42.3%，慢性萎缩性胃炎占17.7%[1,2]。慢性糜烂性胃炎分为平坦型和隆起型，前者表现为平整型糜烂灶，后者可见疣状或丘疹样隆起，顶端黏膜缺损或凹陷，中央有糜烂[3]。隆起糜烂性胃炎容易进展成为萎缩性胃炎[4]，被列为高癌变疾病之一[5]。糜烂性胃炎发病较缓，病程较长，早期常表现为非特异性的消化不良，中后期常出现上腹部隐痛或胀满、嗳气、嘈杂、反酸、口干苦等症状。

现代医学多采用抑酸、保护胃粘膜、根除幽门螺旋杆菌等疗法，常用奥美拉唑、雷贝拉唑、兰索拉唑等质子泵抑制剂和瑞巴派特等药物，但长期使用存在骨质疏松、易骨折、易感染、低镁血症、维生素B12缺乏、胃黏膜病变等风险，也易出现耐药性[6]。

中医药通过多靶点、多机制及个性化来调节，在缓解临床症状、改善疾病预后、减少复发率、提高患者生活质量等方面表现出更多的优势。孔老师认为慢性糜烂性胃炎基本病机是以脾胃虚弱为本，气滞、湿热、瘀血为标，治疗上强调标本同治，创新性提出“六维思想”，即以疏肝、降气、健脾、清

* 基金项目：四川中医药文化传承与研究中心重点项目（编号：2020Z003）。作者简介：陈林玲，硕士，住培医师，研究方向：中医内科学脾胃病，E-mail：1501817532@qq.com；△通讯作者：孔文霞，女，主任医师，研究方向：中西医结合防治脾胃病，E-mail：1149166493@qq.com。

[31] 杨大兴，单延具，张欣亮，等. 黄芪甲苷对尿酸钠诱导的大鼠急性痛风性关节炎的防治作用及炎性反应机制研究 [J]. 河北医药，2020，42（15）：2245-2249.
[32] 刘子安，刘维，张亚坤. 基于数据挖掘的中药治疗痛风性肾病用药规律分析 [J]. 风湿病与关节炎，2020，9（8）：25-28.

（收稿日期 2022-11-08）

(C)1994-2023 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net