

学术探讨

类风湿性关节炎从“络”辨治的理论体系初探

李 梢¹ 王永炎²

摘要 提出类风湿性关节炎(RA)是“新病入络”的代表病证, RA 的病变渠道在于“病络”。并初步构建了 RA 从“络”辨治的理论体系:“外邪入络、伏邪逆攻入肢节络脉”的发病学特点;“毒损肢节络脉,络道亢变,络脉虚滞”的主要病机特点;分证论治(如散寒、清热)、截毒防变(强调早期治疗)、通畅络脉(强调矫正病理)的主要治则治法特点。

主题词 关节炎, 类风湿/中医药疗法 辨证论治

类风湿性关节炎(Rheumatoid Arthritis, RA)是一种以关节炎症为主的慢性自身免疫性疾病。在我国的发病率约占总人群 0.3%~0.5%, 欧美国家为 0.3%~1%^[1], 患者中关节局部致残率在 60% 以上^[2]。RA 属中医风湿病范畴, 可见于“历节病”、“顽痹”、“尪痹”、“骨痹”等病种。中医药治疗 RA 具有丰富的实践经验, 局限则在于缺乏具有针对性的、符合 RA 发病学和病理学特征的理论认识体系, 缺乏相应规律的发现与发展。

自《金匱要略》首创活血化瘀通络法和虫蚁搜剔通络法治痹以降, 我们梳理历代理论、临床文献, 提出 RA 是“新病入络”(指机体体表皮部之络脉感受邪气如外邪、伏邪的侵犯而致病)的代表病证; 络脉的病理生理功能是“新病入络”的先决条件; “久病入络”是 RA 的病理转归; RA 病变的主要渠道与枢纽在于“病络”等系列观点。现进一步对 RA 从“络”辨治的理论体系初步探讨如下。

1 “外邪入络、伏邪逆攻入肢节络脉”为 RA 的发病学特点

早在《素问·气穴论》已提出营、卫由络以通的观点:“孙络三百六十五穴会, 亦以应一岁, ……以通营卫。”有学者认为, RA 近似于痹病之“历节”^[3], 历节起病多由外邪伤及营卫所诱发, 如在《金匱要略》所言:“营卫不通, 卫不独行, 营卫俱微, 三焦无所御, 四属断绝, 身体羸瘦, 独足肿大, 黄汗出, 胫冷, 假令发热, 便为

历节也。”由于禀赋或素体不健, 营阴不足, 卫气虚弱, 脏腑功能低下, 或因起居不慎, 寒温不适, 或因劳倦内伤, 生活失调, 腠理失密, 卫外不固, 则风、寒、湿、热诸邪由外乘虚而入络, 可发为痹病。吴鞠通在《温病条辨》有谓:“湿热痹乃感受外界湿热之邪, 或因感受风寒湿邪, 郁而化热, 蕴于经络所致。”叶天士在《临证指南医案》亦例举了寒湿、寒热和湿痰“流经入络”之腿足痛证。

从 RA 的发病特点来看, 大多数 RA 患者呈隐匿缓慢发病, 前驱症状多为周身不适、倦怠乏力、自汗, 食欲不振, 手足麻木、关节酸胀、甚或低热。此即外邪留著营卫, 络中血气阻遏之症象。营卫之气在表, 营卫失其固外开阖作用, 筋脉失养, 可见恶风、自汗、头痛、项背不舒等周身不适; 正气虚损, 故倦怠乏力; 血气凝滞, 不能宣行于四肢, 加之致痹之外邪每多夹湿, 可见手足麻木、关节酸胀; 营卫气虚, 或兼有脏腑阴阳失调, 则发为低热。以至于 RA 病成之后, 所见关节疼痛、晨僵、肿胀、活动障碍、畸形、皮下结节、关节周围肌肉萎缩等症象, 也总归因于络中气滞血瘀而气机不通, 或络中血气不足兼有留瘀, 络体及组织失养所致。

就发病的病因而言, RA 除多为外邪诱发之外, 伏邪内发、逆犯入肢节络脉以及体质倾向亦不容忽视。这是同为外邪入侵, 由于体质之易感、伏邪之交织, 而独发为 RA 的要因; 又是同为 RA, 而具体病变有急进型、波浪型、缓弛型等区分的重要因素。同时, RA 家族性倾向的形成, 也不排除生活环境和社会心理因素上的共同点。因此伏邪、体质的影响包含了一种 RA 内因转化的必然性。

RA 具体所伏之“邪”, 则既有无形之虚邪(血虚生风, 阳虚生寒, 阴虚生热), 又有内生继发之病理产物(痰、湿、瘀)等。同时六淫之邪也具有外袭、内伏的双重性质。早在《灵枢·贼风》中, 有“此皆尝有所伤于湿气, 藏于血脉之中, 分肉之间, 久留而不去。……其开而遇风寒, 则血气凝结, 与故邪相袭, 则为寒痹”一句即指出了痹病中“伏邪”与“血脉”的关联。不惟“湿气”可“藏于血脉之中”, 而且清代刘吉人在《伏邪新书》中已明确提

1 清华大学生物信息学研究所, 北京市海淀区清华园(100084)

2 中国中医研究院

收稿日期: 2001-09-14

出了六淫皆可为伏邪的观点,他说:“感六淫而不即病,不定期后方发者总谓之曰伏邪,已发者而治不得法,病情隐伏,亦谓之曰伏邪”。清代叶子雨在《伏气解》也谓:“伏气之为病,六淫皆可,岂仅一端。”且列举伏气病具体如消渴、疟疾、痿证、痹证、泄泻等。《素问·痹论》有云:“所谓痹者,各以其时重感于风寒湿也。”可见六淫皆可为伏邪,致痹之邪亦无出其属。现代医学也认为,非遗传因素(如某些未知的环境因素作用)在RA的发病,尤其在触发疾病方面,可能起相当重要的作用^[4]。

RA的易感倾向、证候特征,也与外邪、伏邪、体质关系密切。临床上罹患RA之初,多有反复外感等前驱症状,俟于感受外邪、精神忿郁或偶遇外伤之后,“或饮酒当风,或汗出入水,或坐卧湿地,或行立寒水,或体虚腹空,掩护不谨”,“或病后体虚,或饥饿劳役,风邪乘之”,“或冲寒冒雨,露卧当风,寒邪袭之”,“或身居卑湿,湿气袭人”,“或雨湿之年,起居不慎”,特别是青年女性适值经期、产后,尤易诱发,说明正气早虚于未病之先,所谓“里气虚馁,卫阳式微”。若素体阳气偏虚,则易为风寒湿所袭,形成寒湿阻络证;若素体阴血不足,内郁有热,则易为风湿热所袭,或风寒湿邪从化蕴热,则易形成湿热阻络证;正邪相搏形成湿火,或遭暑热之邪、甚或疫毒侵袭,则其发病可呈现为急性关节炎形式,迅速出现多关节红、肿、热、痛,并可伴高热等全身症状。据现代医学统计,约有15%~20%的RA患者呈此种发病特点。

就发病病位而言,络脉则是RA发病的重要病理机转和途径。《灵枢·周痹》认为周痹是“此内不在脏,而外未发于皮,独居分肉之间,真气不能周,故名曰周痹”,《金匱要略》也认为“历节”病与“三焦无所御”有关。而络脉既布于表里,又居于半表半里、骨空间隙,如叶天士所谓的络病“散之不解,邪非在表;攻之不驱,邪非着里”(《临证指南医案》),同时络脉既沟通表里、渗灌气血,又呈束状弥散于上下内外,交接“脏腑、油膜之阴络”与“肌肉、皮肤之阳络”。因此,体内寒、湿、痰、热、毒诸邪,乘经络气血亏虚、外邪来袭之际,逆犯并潜伏入络,伏邪复又乘络虚或挟新邪而发,则是RA逢外感、内伤、劳倦乃至气候变化等,伏邪易于引动,导致其病活动与缓解交替、病势缠绵难愈、病变日渐深入的原因。至于肢节之络脉,虽十二经之别络均起于四肢,然循环偏僻,往来难周,气血分布较疏,且络脉具有“易郁易滞”^[2]的特点,易为邪气所伏留结聚,RA病变焦集中于肢体、关节、筋膜,尤其是躯体远端的掌与指间关节每先受累,可视作此种因果。

2 “毒损肢节络脉,络道亢变,络脉虚滞”为RA的主要病机

风寒湿热等外邪反复、夹杂侵犯肢体关节,袭入络脉,以致络脉环境之稳态失衡,或络脉空虚而招引内邪、无形之虚邪同气相求,合并侵犯,激发机体反应,从而正邪交争并用,形成“病络”。RA由早期的疼痛、肿、僵,渐至于关节变形,肢体失用,甚则晚期内舍于脏腑,则是“毒损肢节络脉”,其势由表及里,由浅入深,由局部至全身的渐进性表现。即毒邪在病变的初期仅见于病变的局部或有限的几个靶点(关节、筋膜、肌肉、皮部等),不是整个络脉系统的紊乱。但毒邪不除,将导致RA局部病变的继续加重,同时出现以络脉系统为主的机体稳态的破坏。

2.1 邪入络脉,填塞阻逆,蕴而为毒:王永炎院士从中风病的长期临证经验中,提炼出“毒”的概念,认为以“毒邪”和“络病”为深入研究的切入点,是进一步提高中医药治疗脑血管疾病疗效的突破口^[5]。这一观点基于络病病变的基本特征,并在痹病中也具有指导意义。正如王焘《外台秘要》中就历节病的外因曾提出:“大都是风寒暑湿之毒,因虚所致,将摄失养,受此风邪,经脉结滞,血气不行,蓄于骨节之间,或在四肢。”《素问·五常政大论》亦有“风毒”、“清(寒)毒”、“热毒”、“湿毒”、“燥毒”等称谓。

“毒”在中医学中主要指病因及继发病理产物;气味偏盛之药性或毒药或丹毒、瘟毒、痈疽等部分病证。RA中“毒”并非指某一具体的致病因素,而可视为外邪(风、寒、湿、热、毒等六淫时邪)、伏邪中无形之虚邪(血虚生风,阳虚生寒,阴虚生热)、内生之邪(痰、湿、瘀)等相互胶结所综合形成的病因病理。正所谓“无邪不有毒,热从毒化,变从毒起,瘀从毒结”。其成因有外来、内生两端。外来之毒如雷少逸《时病论》所谓“毒随邪入”,包括现在细菌、病毒、各种污染等所引起的损害;内生之毒则为脏腑功能和气血运行失常,体内病理生理产物不能及时排出,蓄积、停滞体内过多,以致邪盛化毒,如机体在新陈代谢过程中产生的废物堆积所滋生的毒邪。“毒损肢节络脉”则为RA发生、发展的基本病机及主要病理:外邪作用于机体后,初起使络脉结滞,血气不行,继而与伏邪交加,蓄结于关节、骨骱、血络之中,如叶天士《临证指南医案》所谓:“寒入络脉,气乘填塞阻逆”,遂凝而为毒(寒毒、热毒等),或凝泣津血,或灼津熬血,变生痰、湿、瘀等。络中气滞、血瘀、津阻、痰凝等互结互病,毒损络脉,则可败坏形体(筋、骨、肉、脉、皮),腐蚀筋骨;甚则循络(经络、脏腑之络)侵袭相合之内在脏腑,形成恶性病理循环,导致脏腑、经络、

营卫、气血关系失常,阴阳偏盛、偏衰,缠绵难愈。同时邪毒为有形之病理产物,亦可阻迫络道恣行。

2.2 “络道亢变”为 RA 毒邪内侵之路径:RA 邪毒(寒毒、热毒等)酿成之后,由皮表、肌肉等日渐内侵,深入经筋,乃至深侵入骨。其中毒邪肢节络脉的发展、演变应有其具体的物质与功能的传播途径,对此我们初步提出“络道亢变”的概念,即肢节脉络之体(络体)、络脉的脉道增生无制,亢变为害所呈现的多种形质变化,以及导致此种变化的、络脉内环境生克制化功能紊乱的状态。盖邪气侵袭,正邪交争,络脉环境失稳,生克制化的正常调节功能受到破坏,从而络道亢而为变,增生无制,“胜则亢,亢则害”。同时邪毒内蕴阻迫,亦将导致络道恣行,并与络道增生相并导致“络道亢变”之象。

亢变恣行之络道在毒损肢节络脉过程中起重要的介导作用,具体表现如在 RA 关节软骨破坏、关节内粘连以及后期关节畸变成为关键因素的血管翳生成、新生血管网形成、毛细血管内皮细胞高度增殖、滑膜增生等形质变化及相应的功能改变。而在某些退行性骨关节病,如骨性关节炎中,似可见“络道衰变”之征象,表现为血管生成减少等形态改变,以及相关功能的退变。

2.3 “络脉虚滞”是 RA 的重要病理演变:《素问·皮部论》有言:“……邪客于皮则腠理开,开则邪入客于络脉,络脉满则注于经脉”、“络盛则入客于经”,说明邪毒因于“盛”、“满”而可在经络之间传变;同时,邪客于经不去,日久亦将导致“经盛入络,络盛返经,留连不已”(清·喻嘉言《医门法律·络脉论》)纠结难解之势。在此演变过程中即可形成“络脉虚滞”的病理环节,即邪毒克伐正气,络脉血气亏虚、络脉不充,气机窒滞,血行不畅,留而为瘀,或津阻痰凝,从而进一步影响了络脉正常的渗灌转输、整体协调之功能。络脉虚滞益甚,渐至瘤结难解,缠绵难愈,可导致五脏痹或并发痿病^[6]。

3 “分证论治,截毒防变,通畅络脉”为 RA 的主要治则治法

3.1 分证论治(譬如散寒、清热):诱发 RA 的外邪有风寒湿热兼夹、偏盛之不同,侵入气血之先后;体质有阴、阳之偏颇,从化之各异;内生无形之虚邪有寒、热之倾向;变生之毒也存在寒、热等不同性质,致使所引起的“病络”性征、机体整体反应状态(证候)亦有相应区别。病邪性质不同,络色也变化各异,如《素问·皮部论》所谓“黄赤则热,多白则寒”,《灵枢·经脉》所谓:“凡诊络脉,脉色青则寒且痛;赤则有热”。内外合犯而各有偏重的寒湿、湿热之毒则为早期 RA“病络”形成、证候差异以及按病态链演变发展的始动因素。因此,根据临床上的有关特征性现象及其相互转化的演变规

律,治疗上应强调分证论治。

络脉病证的原因,有因外邪而致者,其病有寒、热的不同;有因经脉而致者,其病有虚、实之别^[7]。RA“新病入络”的证候特点在早期相对单纯,病变以络实为主,并主要依邪毒的不同性质而主要分为寒湿阻络、湿热阻络两证,治疗上应分别以祛除寒毒、热毒等 RA 病态链的始动因素,阻止继发的痰瘀津凝,阻抑络道亢变,防止骨质侵蚀为主。中、晚期则病势转为缠绵,证、治均趋复杂。

3.2 截毒防变(强调早期治疗):清·赵学敏《串雅》正式提出“截法”：“截者,绝也,使其病截然而止。”后姜春华多次强调对于温病,根据病因性质,不必拘于卫气营血而主张采用“截断扭转”之法^[8],即温病治疗中重用清热解毒,早用苦寒攻下,及时凉血化瘀,迅速去除病因,救危截变,扭转病势。经临床验证,这种药先于病的治法不仅没有“引邪入里”,反而疗效更为显著。

“截法”对于传变迅速的温病有重要价值。RA 多数患者虽非传变迅急,然而截法“先证而治”的思路,在 RA 的治疗中亦有审时度势,把握时机,阻止病邪瘤结难解的重要意义。RA 早期以关节疼痛,肿胀,沉重及游走窜痛为主症,中、晚期主要临床表现为关节僵直,畸形,屈伸不利,骨骼肌萎缩。一般 RA 早期、急性发作期以外邪为主导,中、晚期则内生之邪可致患者难愈。因此 RA 在早期或可以散寒、清热等,兼以调和营卫而竟全功;迨至中期,外邪与气血津液交织变化,痰瘀相合阻滞络脉,以致络道亢变、络脉虚滞,毒邪聚合难解,并有深入骨骱、恣行周围之势。如朱丹溪《丹溪心法》所谓:“痰夹瘀血,遂成窠囊”,则搜逐不易,迁延难愈;延至晚期,脏腑受累,变证从生,至此则治疗上只可控制 RA 诸症状,难以逆转病势。故应强调“截毒防变”,即及时去除 RA 病态链演进的动因,截断邪毒形成,防止络道亢变,阻抑“病络”发展,从而扭转病势,避免邪毒深入骨骱,累损脏腑。这里“截毒防变”主要针对 RA 的早期治疗而言,现代医学也认为早期是 RA 可能获得临床治愈的关键时期^[10],早期治疗在扭转 RA 病理进程上可能具有关键性的意义。

3.3 通畅络脉(强调矫正病理):邪阻络脉、化毒为害是络病久发难愈的根本原因。针对 RA 而言,其证虽有寒、热、虚、实之别,然而总以腠理、筋膜、骨节之络脉中之血气或津液痹阻不通为共同病变特点。“通畅络脉”则为其总的治则。如吴鞠通《温病条辨》认为“杂感混淆,病非一端,乃以气不主宣四字为扼要”,故强调治痹“唯贵宣通”;叶天士《临证指南医案·痹》亦指出:“虽汗不解,贵乎宣通,惟通则留邪可拔耳。”

治痹之法并非泛泛如祛风、除湿之属，“若泛用治湿之药，而不知循经入络，则罔效矣”（《温病条辨》），“凡治痹证，不明其理，以风门诸药套药施之者，医之罪也，痹证非不有风，然风入于阴分与寒湿互结，扰乱其血脉，致身中之阳，不通于阴，故致痹也”（《医门法律》）。因而矫正 RA “毒损肢节络脉，络道亢变，络脉虚滞”的病理改变，在于以“通畅络脉”为鹄，采取分期、辨证治疗。如早期以络实为主，当“散寒清热”以祛邪通络，兼以调和营卫；中期虚实夹杂，当“化痰消瘀”以通畅络脉，如活血化瘀通络、理气化痰通络、活血化瘀通络等法，兼以补虚；晚期络虚为主，当“培补肝肾”以扶正通络，兼以通补。即如叶天士所谓：“大凡络虚，通补最宜”、“当与通补入络”，或在补而不膩的方药中，“另进通络之义”。在以上三期治疗中，“通络”与清除毒邪二者互为因果，密不可分。就治“络”而言，用药上有辛香之品、虫类搜剔之品等可供适当选择或伍用。辛味之品，功善走窜，无处不到，既可引它药入络，又可透邪外达，既可走表，又可入里；RA 病久，酿为血气结聚蒂固之重症，则应以虫类药通络，盖其体阴用阳，升降迅速，

能入体内病邪瘀积潜伏之脉络，以搜剔邪瘀积毒，松透病根。另据《素问·异法方宜论》提出的“圣人杂合以治，各得其所宜”之说，予 RA 以“通畅络脉”之治，草木方药、虫类药物以及针刺、药浴、摩膏、熨贴等均可使用，配合以获佳效。然其旨要，皆是以“通畅络脉”为归。

参考文献

- 1 第三次全国风湿病学术会议纪要. 中华内科杂志, 1990, (2): 68.
- 2 董新民. 类风湿性关节炎的中医病因病机探讨. 南京中医药大学学报, 1996, 12(4): 9.
- 3 路志正, 焦树德. 实用中医风湿病学. 北京: 人民卫生出版社, 1996: 453.
- 4 蒋明, 朱立平, 林孝义. 风湿病学. 北京: 科学出版社, 1995: 816—817.
- 5 王永炎. 关于提高脑血管疾病疗效难点的思考. 中国中西医结合杂志, 1997, 17(2): 195—196.
- 6 李艳, 李梢, 李有伟. 论痹与痿. 中医杂志, 1995, 36(4): 205—207.
- 7 邱幸凡. 络脉理论与临床. 西安: 陕西科学技术出版社, 1991: 20—23.
- 8 姜春华. 叶天士的温病、杂病理论与治疗. 新医学杂志, 1978, (11): 6.
- 9 张乃峥. 类风湿性关节炎的临床表现. 实用内科杂志, 1992, 12(12): 631—633.

逍遥散加味治疗甲状腺右叶囊肿、左叶多发性结节 1 例

程 艳 荣*

1 病例报道

刘某某, 男, 65 岁, 2000 年 3 月 3 日初诊。患者于 3 个月前因颈部肿物半年、声音嘶哑 3 天在某医院外科就诊, 甲状腺超声检查示: (1) 甲状腺右叶囊性占位, (2) 甲状腺左叶多发性实性占位; SPECT 检查示: 甲状腺增大, 多发性低功能结节(右叶冷结节, 左叶下部凉结节); 同位素甲状腺功能 5 项检查均正常; 穿刺活检病理报告示: 甲状腺右叶囊肿, 甲状腺左叶结节。外科建议手术治疗, 或肿物抽液。因患者患冠心病及高血压病不适应手术, 故来中医科就诊。查颈部甲状腺前部可扪及一肿物, 约鸡蛋大小, 质较硬, 与甲状腺界限不清, 活动度稍差。舌红少苔, 脉细弦。患者颈部憋胀不适, 声音嘶哑, 伴有头晕、胸闷气短、口苦咽干、便溏等症状。中医诊断为瘰病, 属肝脾失调, 兼心肝阴虚之证。方用逍遥散加味: 当归 12g, 柴胡 12g, 白芍 12g, 生地黄 15g, 茯苓 12g, 厚朴 9g, 炒白术 9g, 薄荷 12g, 香附 9g, 郁金 9g, 半夏 8g, 连翘 12g, 皂角刺 9g, 浙贝母 12g, 昆布 15g, 海藻 15g, 每日 1 剂。连服 6 剂后, 颈部憋胀不适感明显减轻, 患者主动要求继续用中药治疗, 以此方为基础, 随症加减, 连续服用 40 余剂后, 症状逐渐好转, 颈前肿物完全消失。遂予逍遥丸加六味

地黄丸, 以善后调理。9 个月后随访, 病未复发。

2 体会

甲状腺腺瘤和甲状腺结节是临床上常见病及多发病。本病治疗一般多采用外科手术疗法, 但术后常有复发, 而且部分患者因个体原因限制不能接受手术治疗。中医药治疗简便易行, 既可使患者免于手术之苦及一些副作用, 又能达到扶正固本、祛瘀消癭、标本兼治之效。中医学认为本病主要是由于情志内伤, 肝气郁结, 以致气滞痰凝, 壅结颈前, 或因肝侮乘脾, 饮食不节而致脾运失常, 聚湿成痰, 阻碍气血运行, 气逆于上, 痰气交阻于颈前, 聚而成形, 发为瘰瘤。气滞、痰凝、瘀阻为本病症结所在。若痰气郁结化火, 耗伤阴津, 则可出现阴虚火旺表现, 且以心肝两脏为主, 治则应以理气化痰、软坚散结消癭为主, 并伍以健脾滋阴扶正之品。本例患者属于肝郁脾弱兼心肝阴虚之证, 故以疏肝解、健脾养血之逍遥散为主方, 并加入生地黄、厚朴、半夏、香附、郁金、连翘、昆布、海藻、皂角刺、浙贝母等药。方中生地黄配合当归、白芍而养血滋阴, 厚朴配合茯苓、白术以健脾去湿。香附、郁金配合柴胡、薄荷以疏肝解郁, 再配以皂角刺、半夏、浙贝母、连翘、昆布、海藻, 以加强理气化痰、开郁散结之效。《本草汇言》记载: “贝母, 开郁下气, 化痰之要药。”《药性论》云浙贝母“配连翘主项下瘰瘤疾”。《本草从新》谓皂角刺, “其锋锐, 直达病所。”以上诸药合用, 共奏健脾滋阴、祛瘀散结、标本兼治之功。

* 中国人民解放军第三〇七医院中医科, 北京市北太平路 2 号(100039)

收稿日期: 2001-05-30