

胡荫奇运用清热解毒活血通络法 治疗类风湿性关节炎经验

王 义 军*

胡荫奇(1943—),男,1968年毕业于北京中医学院中医系,1981年毕业于中国中医研究院研究生部,获医学硕士学位。现任博士生导师、中华中医药学会风湿病分会副主任委员、中华中医药学会内科学会常委、中国中医研究院风湿类疾病学科带头人、全国名老中医学术继承人指导老师等,享受政府特殊津贴。1983年开始从事痹病(风湿病)科研和临床工作,曾完成国家“七五”攻关《痹病(类风湿性关节炎)的临床及实验研究》等课题。主编的著作有《痹病古今名家验案全析》、《风湿类疾病诊断治疗指南》等。1998年《实用中医风湿病学》获国家中医药管理局基础理论三等奖。

主题词 关节炎;类风湿/中医药疗法;名医经验;@ 胡荫奇

胡荫奇老师从事中医临床医疗、教学、科研30余年,学验俱丰,在诊治风湿病方面尤有心得,在临床上运用清热解毒活血通络法治疗类风湿性关节炎取得了良好疗效。兹将胡师经验整理总结如下。

1 热毒痹阻,络脉不通

六淫外邪致痹之说,始见于《内经》。《素问·痹论》云“风寒湿三气杂至合而为痹”。古人认为外感风寒湿是引起痹病的重要因素,“风寒湿三气杂至合而为痹”作为痹证的最基本病因一直为大多数医家所固守。但痹之病因决非单纯表现为风寒湿邪。华佗、吴鞠通、叶天士、顾松园等医家根据各自的临床经验提出了湿热之邪或风寒之邪郁久化热皆可导致热痹之说。胡师根据类风湿性关节炎的临床表现,发现本病活动期多表现为手足关节肿胀疼痛、拒按、触之发热、晨僵,或有皮下结节,或有口渴、咽痛、溲赤等,舌质红暗或紫、有瘀斑、瘀点,脉弦细或涩数。根据活动性类风湿性关节炎起病原因及常见证候,总结出其主要病因病机为素体阳盛或阴虚有热,风寒湿入侵机体,留滞经络,郁久化热为毒,或直接感受热毒之邪,热毒交炽,导致气血壅滞不通,痹阻脉络而出现关节红肿热痛、关节曲伸不利等症。胡师指出,在热毒瘀血痹阻时,最主要的表现为手足关节肿胀疼痛,触之发热及舌脉变化。临床上有的活动性类风湿性关节炎患者在热毒瘀血之象中还表现关节怕冷等症,此为阳气内郁所致。因关节为气血敷布

薄弱之处,热毒瘀血痹阻,阳气内郁,不达于外,故出现关节怕冷等症。此时不要误认为是寒证。只要热毒得祛,气血流通,则关节怕冷之症可除。

2 清热解毒,活血通络

胡师根据活动期类风湿性关节炎临床所表现的主要证候,采用清热解毒、活血通络之治法,可使热毒得祛,经络得通,气血流畅,关节肌肉得气血之濡养,正气恢复,顽疾得以控制。胡师在临床上清热解毒药常选用:金银花、蒲公英、土茯苓、土贝母、连翘、白花蛇舌草、黄柏、紫花地丁、苦参、漏芦、栀子、天花粉、忍冬藤等。活血化瘀药常选用:赤芍、川芎、鸡血藤、当归、蜈蚣、全蝎、三七、炮穿山甲、莪术、土鳖虫、乌梢蛇、蜂房、姜黄、乳香、没药、苏木等药。

胡师认为,临床用药要在符合中医辨证论治原则的前提下,选用一些经现代药理研究证实对风湿病具有针对性的药物,能提高疗效。如现代药理证实白花蛇舌草、黄柏、金银花、蒲公英、土茯苓等对细菌、病毒等有明显的抑制作用,还能刺激网状内皮系统增生,促进白细胞和网状内皮细胞吞噬抗原的能力。白花蛇舌草、黄柏、金银花、蒲公英具有抑制B细胞产生抗体的作用,土茯苓可选择性地抑制细胞免疫反应。

3 典型病例

王某,女,31岁。2003年7月9日初诊。主诉:双手近端指间关节、掌指关节、双腕关节肿胀疼痛6个月。现病史:6个月前出现咽痛,伴有轻度发热,继之出现双手近端指间关节、掌指关节、双腕、膝、踝关节肿胀疼痛,双肩前部疼痛,怕凉,手足心热,晨僵明显,终日不解。与天气变化无关。化验类风湿因子(RF)升高,给予非甾体类消炎药等,效差。月经经常延迟,有较多凝血块。诊见:双手近端指间关节、掌指关节、双腕、膝、踝关节肿胀疼痛,伴双肩前部疼痛,咽痛,晨僵4小时,口干,饮食可,二便调,舌质红暗、苔黄腻,少津,脉细涩。查体:双手握力:左手60mmHg,右手50mmHg,左手第3、4、5,右手第2、3近端指间关节呈梭形肿胀,右手第2、3掌指关节肿胀,双腕关节明显肿胀,屈伸受限。化验:RF76IU/L,C-反应蛋白(CRP)92mg/L,血沉(ESR)64mm/h。西医诊断:类风湿性关节炎。中医辨证:热毒夹湿痹阻,瘀血阻络。治法:清热解毒祛湿,活血通络。处方:土贝母15g,忍冬藤30g,虎杖20g,萆薢10g,车前

* 中国中医研究院望京医院内三科,北京市朝阳区花家地街(100102)

收稿日期:2004-02-25

子 10g(包),苦参 10g,青风藤 15g,穿山龙 15g,乌梢蛇 10g,延胡索 15g,乌药 10g,伸筋草 10g,徐长卿 15g,水煎服,每日 1.5 剂,口服 3 次。

二诊:药后 2 周,关节疼痛明显减轻,肿胀亦减轻,仍有晨僵,持续 2~3 小时,仍双肩前部疼痛,痛引小臂、双肘,咽喉部疼痛,二便调,纳食睡眠可,舌暗红、苔黄腻,脉细涩。处方:土贝母 15g,金银花 20g,辛夷 10g,青风藤 15g,穿山龙 30g,车前子 10g(包),苦参 10g,威灵仙 30g,延胡索 15g,乌药 10g,乌梢蛇 10g,鸡血藤 30g,伸筋草 10g,姜黄 20g,徐长卿 15g,莪术 10g。

三诊:服上方 2 周后,关节肿胀疼痛较前减轻,晨僵 1 小时,咽痛,大便干,每日 1 次,舌质红略暗、苔黄,少

津,脉细涩。前方减辛夷,加牛蒡子 10g,僵蚕 10g。

四诊:服上方 2 周后,双手近端指间关节、掌指关节、双腕、双膝关节、踝关节肿胀疼痛、双肩前部疼痛大减,咽痛减轻,晨僵 0.5 小时,二便调。舌质略红暗、苔薄黄,脉沉细。握力:左手 170mmHg,右手 150mmHg。处方:威灵仙 30g,泽泻 10g,草薢 15g,乌梢蛇 10g,莪术 15g,当归 10g,乌药 10g,青风藤 30g,穿山龙 15g,徐长卿 15g,僵蚕 10g,牛蒡子 10g,水煎服,每日 1 剂。

五诊:以上方为主加减治疗 6 周后诸症基本消失,但感周身乏力,腰酸,劳累后加重,舌质淡红、苔薄白,脉沉细。化验:RF 22IU/L,CRP 3mg/L,ESR 12mm/h。随后予益肾蠲痹丸治疗 2 个月调理善后。

针药结合治疗脑梗塞共济失调 48 例

马其江^{*} 赵世珂^{*} 冯树军^{*}

自 2001 年以来,我们采用针药结合治疗脑梗塞以共济失调为主要临床表现的患者 48 例,疗效较好,报告如下。

1 临床资料

60 例均来自本院住院患者,脑梗塞的诊断符合 1986 年中华医学会全国第二次脑血管病学术会议修订的脑血管疾病诊断标准,全部病例均经头颅 CT、MRI 检查。发病均在 15 天以内,临床主要症状为头晕,步态不稳甚则不能行走;查体见眼球震颤、指鼻、快复轮替及跟膝胫试验阳性。治疗组 48 例,男 26 例,女 22 例;年龄 54~77 岁,平均 66 岁;其中 26 例患者伴有饮水呛咳,29 例伴构音不清,38 例合并有轻偏瘫,肌力 3~4 级,11 例合并偏侧肢体麻木。对照组 22 例,男 17 例,女 5 例;年龄 56~74 岁,平均 69 岁。其中伴有饮水呛咳者 8 例,构音不清者 11 例,15 例合并有轻偏瘫,6 例合并偏侧肢体麻木。两组资料经统计学处理具有可比性($P>0.05$)。

2 治疗方法

2.1 对照组:(1)脑细胞活化剂:脑复康 10~20ml 或胞二磷胆碱 0.5~1.0g 加入 0.9% 生理盐水 250ml 中每日 1 次静脉滴注,28 天为 1 个疗程。(2)改善脑血液循环:血塞通 0.4ml 或复方丹参注射液 16~20ml 加入 5% 葡萄糖注射液 250ml 中,每日 1 次静脉滴注,28 天为 1 个疗程。以上两组药物同时静脉滴注。

2.2 治疗组:在对照组的基础上加中药定眩汤及针刺治疗。定眩汤处方:石菖蒲 15g,胆南星 6g,远志 15g,天麻 10g,清半夏 10g,陈皮 10g,川芎 12g,赤芍 12g,生石决明 30g,当归 20g,牛膝 15g。随症加减:瘀血症状明显加桃仁、红花各 12g;气血亏虚加黄芪 30g,黄精 30g;大便不通加大黄 10g(后下);肢体活动不利加桑枝 15g,地龙 10g。水煎服,每剂煎两次,约 300ml,早晚两次分服或鼻饲,每日 1 剂,28 天为 1 个疗程。针刺处方:基本穴组成:百会、上星、风池、足三里、丰隆、三阴交。头目不清加四神聪、印

堂;眩晕欲呕加内关、梁丘;肝阳上亢加太冲、侠溪;肢体偏瘫上肢加肩髃、曲池、外关、合谷;下肢加伏兔、阳陵泉、丘墟。除偏瘫麻木取患侧穴位外,其余均双侧取穴。操作方法:取 1~2 寸毫针,穴位消毒后,快速刺入皮下,施以手法使之得气,刺激强度中等,平补平泻,并加 G6805-1 型电针治疗仪,连续波,输出强度以患者能够耐受为度,持续刺激 30 分钟后起针。每日 1 次,28 天为 1 个疗程。两组中合并脑水肿、高血压、糖尿病、高脂血症、肺感染者,均选用西药对症治疗。

3 治疗结果

3.1 疗效评定标准:参照 1995 年全国第四届脑血管病学术会议通过的《脑卒中临床疗效评定标准》中病残等级标准。基本痊愈:生活自理,独立生活,或恢复到病前状态,病残等级为 0 级。显效:肢体活动范围扩大,能独自行走,生活基本自理,小部分活动需人帮助,或病残等级减低 2 级以上。有效:生活部分自理,虽能行走,但需人随时照料,或病残等级减低 1~2 级。无效:病残等级无变化,甚或较前加重或死亡。

3.2 治疗结果:治疗组 48 例,基本痊愈 15 例,显效 12 例,有效 17 例,无效 4 例,总有效率为 91.7%;对照组 22 例,基本痊愈 4 例,显效 3 例,有效 8 例,无效 7 例,总有效率为 68.2%。两组比较差异有显著性($P<0.05$)。

4 讨论

脑梗塞是中老年人的常见病。中医学认为,痰阻血瘀为脑梗塞发病的根本病机,“无痰不作眩”,因此,化痰逐瘀为治疗的关键。基本方中石菖蒲、远志、胆南星、天麻、清半夏、陈皮化痰浊开窍醒脑,川芎、赤芍、当归、牛膝活血化瘀通脑络,生石决明平肝熄风定眩。针灸以督脉、足阳明胃经、足少阳胆经为主,百会、上星属督脉,上巅顶,主一身之阳气,为治疗眩晕的要穴;足三里、丰隆属胃经,主运化水湿痰浊;三阴交属三阴经的交会穴,功能滋补肝肾,与风池共奏熄风化痰之功。针药共用,在改善临床症状的同时,血液流变学多项指标也有明显的改变。

* 济南市中医医院,山东省济南市共青团路 76 号(250012)

收稿日期:2004-08-18