

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2018.12.018

临证心得

从痰瘀痹阻论治类风湿关节炎

李光耀, 姜泉*

(中国中医科学院广安门医院, 北京市西城区北线阁 5 号, 100053)

摘要 类风湿关节炎 (RA) 中晚期多属痰瘀痹阻, 且久病入络、痹病必挟瘀, 痰瘀痹阻是 RA 中晚期的重要病机, 治当以化痰通络、活血行瘀为主。治疗上强调通络为要、内外合治、综合治疗为最佳方案, 且重视以脾胃为本的理念, 减少内服药物对脾胃的损伤, 以减轻脾胃负担、缓解 RA 病情、提高患者生活质量。

关键词 类风湿关节炎; 痰瘀痹阻; 化痰通络; 活血行瘀

类风湿关节炎 (rheumatoid arthritis, RA) 是一种以对称性多关节炎为主要临床表现的自身免疫性疾病, 以关节滑膜慢性炎症、关节进行性破坏为特征^[1]。本病属于中医学“痹证”范畴, 概指以肌肉、筋骨、关节酸痛、麻木、重着、屈伸不利, 甚或关节肿大灼热等为主要临床表现的病证。现将我们从痰瘀痹阻论治 RA 的体会介绍如下。

1 痰瘀痹阻是 RA 中晚期的重要病机

1.1 痹病必挟瘀

血瘀在 RA 发病过程中既可以是主要的致病因素, 又可作为主要病理机制贯穿疾病的始终。瘀血的形成, 与脏腑功能密切相关, 心主血脉、肺朝百脉、肝主疏泄、脾主统血, 五脏功能失调、血不循经而瘀血生成。痹病必挟瘀^[2], 临床各证型均可与血瘀证相关: 正气不足, 风、寒、湿三邪乘虚而入, 或风寒为主, 或寒湿为主, 或风、寒、湿杂至, 侵入经络, 痹阻经脉, 气血凝滞可成风、寒、湿挟瘀; 外感邪气或脏腑功能失调, 痰浊内生, 痹阻经络、关节、肌肉、脉络瘀阻, 而成痰浊挟瘀; 外感温热邪气或脏腑火热炽盛, 致热毒留于经络、关节、肌肤, 血脉痹阻可为热毒挟瘀; 久病不愈, 反复感邪, 脏腑功能虚弱, 致气化不利, 水湿内停, 血行不畅可成水湿挟瘀; 痹病日久, 脏腑气虚, 气虚则无力推动血脉, 脏腑、经络生理功能减

退, 血瘀停聚发为气虚挟瘀; 病久不愈, 脏腑功能减弱, 血生于脾, 总统于心, 归藏于肝, 宣布于肺, 施泄于肾, 在病理状态下, 血液生成匮乏, 血脉不充, 血流涩滞而成血虚挟瘀; 素体阴虚或热毒灼伤阴液致阴液亏耗, 脉道失充, 血液黏稠度增加, 血行缓慢可成阴虚血瘀; 素体阳虚或久病不愈, 脏腑虚弱, 阳气衰微, 不能温煦、鼓动血脉而致气血凝滞, 瘀血内停而成阳虚血瘀。有学者亦从多角度探讨了血瘀与 RA 的关系。如吴后富等^[3]探讨了 RA 不同阶段甲襞微循环及血液流变学的变化, 结果发现, RA 早期、缓解期和晚期患者甲襞微循环及血液流变学指标均有不同程度的改变, 提示 RA 普遍存在不同程度的血瘀证且存在于各个阶段, 并有随着病程的延长而逐渐加重的倾向。苏励等^[4]观察了活血化瘀序贯疗法治疗 RA 的临床疗效及对 RA 患者瘀血状态的改善, 结果显示, 活血化瘀序贯疗法能有效且较迅速地改善 RA 患者体内存在的血瘀状态, 并可降低患者血清血管表皮生长因子水平。

1.2 久病必挟痰挟瘀

《类证治裁·痹证》言“痹久必有瘀血。”清代医家叶天士、王清任等更提出“瘀血致痹”之说; 叶天士针对热痹“初病湿热在经, 久则瘀血入络”的病理演变过程, 提出“久病入络”的观点。痰源于津, 瘀本于血, 生理上“津血同源”, 病理上“痰瘀同病”, 经络痹阻迁延不愈, 气血津液运行输布失利, 血滞而为瘀, 津停而成痰, 酿成

基金项目: “十二五”国家科技支撑计划 (2013BAI02B06)

* 通讯作者: doctorjq@126.com

痰瘀互结。痰瘀既成,互相影响,互为因果,痰瘀互挟,随气升降,无处不到;痰瘀互结,胶固难化,迁延难愈。临床多表现为慢性病程、关节疼痛肿胀日久不消、局部肤色晦暗、关节肌肉刺痛、晨僵伴皮下类风湿结节、关节超声下腱鞘囊肿、舌质暗紫或瘀点瘀斑、舌体胖大边有齿痕、舌苔白厚或黄腻、脉弦滑或沉涩等痰瘀互结之象。

1.3 中晚期 RA 多属痰瘀痹阻证

久病入络,痰瘀存在于 RA 发病各个阶段且以中晚期为著。RA 患病日久,耗伤正气,气虚运行无力则津停为痰,血滞为瘀,痰瘀互结而缠绵难愈。《类证治裁·痹证论治》中认为痹久不愈“必有湿痰败血瘀滞经络”。对 475 例 RA 患者进行中医临床证候分析显示,RA 活动期多见湿热痹阻合并瘀血阻络证,痰瘀痹阻占 6.1%,兼挟痰和瘀者占 28.96%,两者共计达 35.06%^[4]。从现代文献分析 RA 证候、证候要素分布特点,结果显示,痰瘀互结证频率为 7.84%,痰、瘀合计频率为 14.03%,证候要素上,痰、瘀分别占 6.58%、9.04%,合计 15.62%^[4]。对 339 例 RA 中医证候分布规律研究提示,RA 患者较年轻者证候主要表现为湿热阻络、寒湿阻络,年长者以肝肾不足兼痰瘀阻络为主,在病程方面,肝肾不足兼痰瘀互结型病程最长^[4]。

2 治疗以通络为要、脾胃为本,强调内外合治、综合治疗

2.1 通络为要

针对痰瘀痹阻,治疗以化痰通络、活血化瘀为主,临证时注重配合养血活血、清热利湿、补益肝肾诸法,方以双合汤、身痛逐瘀汤、桃红四物汤、清热活血方、独活寄生汤等化裁。RA 病情复杂,常表现为寒热交错、表里同病、虚实夹杂、气血混乱,宿疾并新病、内伤兼外感。而通络之法,切中病机,临床善用炙乌梢蛇、白花蛇舌草、蜈蚣、全蝎、僵蚕、露蜂房、三棱、莪术、地龙、水蛭、胆南星、白芥子、皂角刺、鸡血藤等加强走窜通络、活血化痰之功。通络止痛临证选药时上肢痛加桑枝、桂枝、葛根等;下肢疼痛加络石藤、川牛膝等,足跟痛加山萸肉、熟地黄等;颈肩痛加羌活、葛根、片姜黄等;腰痛加独活、狗脊、杜仲、桑寄生等。关节屈伸不利加伸筋草、木瓜等;骨破坏者加骨碎补、补骨脂、续断、枸杞子等。

2.2 脾胃为本,贯穿始终

治疗 RA 以脾胃为本,不仅由于脾胃为“后天之本”“气血生化之源”,且因 RA 患病日久、痰瘀互结,患者常年服用各种中西药物。在病机上,脾喜燥恶湿,而导致痹病的风寒湿热等病邪最易伤脾,脾伤又生内湿,内外湿邪夹杂,病情更甚。RA 患者常常需要长期甚至终生服药,无论西药非甾体类抗炎药、延缓病情的抗风湿药以及免疫抑制剂,或是中药祛风除湿药、清热解毒药、化痰散结药以及活血化瘀药等,均可对脾胃造成损伤。我们临床发现,服药后出现胃脘胀满不适、腹痛、腹泄的患者疗效往往不尽如人意。因此,临证时注重顾护脾胃,不仅是治病求本的体现,更是为进一步发挥药效、提高患者生活质量提供保障。

2.3 健脾和胃“三阶梯”法

针对 RA 痰瘀痹阻之特点,在化痰通络、活血行瘀的基础上,序贯使用健脾和胃“三阶梯”^[4]:第一阶段“治未病”,药用生谷芽、生麦芽、炒神曲、生姜、甘草等,用于脾胃无明显不适、方中有大苦寒、活血之品或动物药等刺激成分时;第二阶段健脾开胃、促进药物吸收,药用焦山楂、焦神曲、焦麦芽、鸡内金、炒白扁豆等,必要时佐以行气、止呕、消痞、通下等药;第三阶段治疗全程顾护脾胃、扶正以御邪,药用白术、山药、茯苓、薏苡仁、黄芪、佛手等。

2.4 重视食疗,强调生活调摄和忌口

RA 中晚期久病患者长期服用各种药物,容易造成脾胃损伤,临证常佐以食疗方,可收到事半功倍的效果。RA 的发生和发展多由于自身免疫系统紊乱而非免疫低下,治疗的一个重要原则是调节紊乱的免疫反应,并强调使用免疫抑制剂治疗。湿热瘀是活动期 RA 的核心病机,中晚期多属痰瘀痹阻兼肝肾不足,针对门诊常有患者因食用羊肉、蜂王浆、冬虫夏草及人参等增强免疫之品而致病情复发或加重,常对 RA 患者尤其是处于病情活动期患者强调,忌食上述辛燥之品,以免加重病情。

3 内外合治、综合治疗,减少内服药物对脾胃的损伤

外治法是中医治疗的重要方法之一,清代吴师机《理渝骈文》云“外治之理,即内治之理;外治之药,亦即内治之药,所异者,法耳”。中医外治法是与中医内服法相对而言,两者均以中医整体

观念和辨证论治思想为指导,将药物施于皮肤、腧穴等局部,以发挥其疏通经络、畅通气血、消肿止痛等作用,并且通过皮肤黏膜、腧穴吸收,从体表、腠理到达脏腑,从而起到调整脏腑功能、抗病祛邪的治疗作用。RA 以四肢关节多发肿痛等局部体表病变为临床特点,中医外治可直接作用于病变局部,克服 RA 痰瘀痹阻证患者外周血液循环不良、内服药进入病变局部药物浓度低的缺点。且 RA 患病日久,患者长期服用各种药物,常造成脾胃损伤,药邪致病是医源性致病的重要原因之一,正如《素问五常致大论》云“病有久新,方有大小,有毒无毒,固宜常制矣。大毒治病,十去其六,常毒治病,十去其七,小毒治病,十去其八,无毒治病,十去其九。谷肉果菜,食养尽之,无使过之,伤其正也”。宗外治之理和脾胃为本之思想,通过改变雷公藤的给药途径,以复方雷公藤制剂外敷患处,临床研究表明,复方雷公藤制剂外敷不仅可以控制 RA 病情、降低疾病活动度,且安全性较好^[8];动物实验也显示,复方雷公藤制剂外敷有良好的抑制滑膜组织增殖、减少炎症细胞浸润、延缓骨与软骨破坏的效果,其机制可能是通过降低关节炎滑膜组织炎症细胞因子水平、减弱 ERK 通路活化,从而抑制滑膜组织增殖、减少滑膜中血管新生和血管翳形成^[10]。并配合痹病痰瘀方外洗,此方以活血化瘀、祛痰通络为基本治则,由山慈菇、莪术、胆南星、炒白芥子、白芷、夏枯草、芒硝、僵蚕等组成,通过外治佐内治,不仅使药物直达病所,亦能减少内服药物对脾胃的损伤。

4 典型病例

患者,女,36 岁,2016 年 12 月 12 日初诊。主诉:全身多关节疼痛 10 年余,加重 1 个月。患者 2006 年无明显诱因出现双手近端指间关节肿痛,2007 年诊断为类风湿关节炎,给予激素、甲氨蝶呤、来氟米特及中药治疗,症状反复发作。刻诊:双手二、三、四、五近指关节肿痛,左肩关节疼痛,双踝关节肿痛,晨僵约 1 h,无口干、眼干,无口腔溃疡及皮疹,无雷诺现象,胃纳差,时有腹胀,二便正常、月经调,舌质暗、苔白腻,脉沉滑。实验室检查:类风湿因子 48 IU/ml,血沉 47 mm/h, C-反应蛋白 30.36 mg/L。双手 X 线片提示:符合类风湿关节炎改变。西医诊断:类风湿关节炎;中医诊断:痹证(痰瘀痹阻),法当活血化

瘀、通络止痛。处方:胆南星 15 g,姜半夏 10 g,山慈菇 15 g,炒皂角刺 15 g,炒白芥子 10 g,莪术 9 g,桃仁 9 g,红花 9 g,当归 12 g,青风藤 15 g,海风藤 15 g,黄芪 30 g,女贞子 30 g,土茯苓 30 g,山药 30 g,露蜂房 9 g,蜈蚣 2 条,陈皮 9 g,鸡内金 9 g。28 剂,每日 1 剂,水煎服。外用药:复方雷公藤外敷剂(中国中医科学院广安门医院院内制剂,批号:15011303),28 支,每日 1 支,均匀涂于患处。

2017 年 1 月 11 日二诊:双手关节、肩关节疼痛较前减轻,肿胀减轻,双踝关节行走时仍有疼痛,晨僵约 30 min,胃纳不馨,舌淡暗、苔腻,脉沉滑。实验室检查:血沉 34 mm/h, C-反应蛋白 7.68 mg/L。处方:当归 15 g,川芎 15 g,丹参 15 g,桃仁 9 g,炙没药 6 g,炒白芥子 9 g,炒皂角刺 15 g,山慈菇 15 g,陈皮 9 g,土茯苓 30 g,薏苡仁 30 g,萆薢 15 g,蜈蚣 2 条,熟地黄 30 g,砂仁 6 g。28 剂,每日 1 剂,水煎服。继以复方雷公藤外敷剂外用,用法同前。

2017 年 2 月 10 日三诊:四肢多关节疼痛基本缓解,晨僵已不明显,仍胃纳较差,复查血沉 26 mm/h, C-反应蛋白 2.96 mg/L,既见效机,遂予前方加焦三仙各 10 g、佛手 9 g。28 剂,每日 1 剂,水煎服。外用药继用。1 个月后复诊,胃纳较前改善,关节无明显疼痛,嘱适度关节功能锻炼,注意饮食调摄,忌食羊肉、人参等辛燥之品,定期复诊。

按语:本案患者 RA 病程已达 10 年,经甲氨蝶呤、来氟米特及中药等治疗,病情反复发作。初诊时四肢多关节肿痛伴晨僵,舌淡暗、苔腻,脉沉滑,中医辨证为痰瘀痹阻,予双和汤加减以活血化瘀、通络止痛。方中胆南星、山慈菇、皂角刺、白芥子、莪术、露蜂房、蜈蚣、青风藤、丹参、土茯苓等加强化痰通络之功;黄芪、山药、陈皮、鸡内金顾护脾胃。二诊时,关节疼痛减轻,然化痰通络之品久服伤胃,故去胆南星、姜半夏、莪术、红花、青风藤、海风藤、露蜂房,气行则血行,故酌加川芎、薏苡仁、萆薢等行气化湿之品。三诊时诸症进一步减轻,唯胃纳不馨继存,效不更方,前方加焦三仙、佛手以兼顾中焦。此外,该患者为青中年女性,雷公藤制剂如雷公藤多苷、昆仙胶囊等因其对月经、生殖系统的影响,故不宜使用,我们通过改

(下转第 1068 页)

功; 肺与大肠相表里, 若清大肠, 宜先清肺火, 则便自通; 芦根、连翘入肺胃两经, 生津除烦, 开降肺气, 且连翘清热散结, 适用于长期便秘; 苦杏仁亦入肺经, 可上清肺火, 下润大肠 《本草正· 栀子》云 “栀子, 若用佐使, 治有不同, 加厚朴枳实可除烦满”, 栀子可泻脏腑之热, 与厚朴、枳实相合, 又可除烦满; 炒决明子入肝与大肠经, 既可泻肝火又可润肠; 太子参养阴生津, 增液润肠, 又能补健脾气; 患儿属于长期较顽固型便秘, 故加入火麻仁、胡黄连、莪术、桃仁润肠泻下, 祛瘀消滞。全方五脏兼顾, 标本兼治, 泻下不过于寒凉, 健脾补运兼施, 体现了五脏一体观的辨证思路和独重运脾的治则。

参考文献

- [1] BENNINGA MA, FAURE C, HYMAN PE, et al. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler [J]. Gastroenterology, 2016, 150: 1443-1468.
- [2] LIBRIZZI J, FLORES S, MORSE K, et al. Hospital-Level Variation in Practice Patterns and Patient Outcomes for Pediatric Patients Hospitalized With Functional Constipation [J]. Hospital Pediatrics, 2017, 7(6): 320-327.

- [3] TABBERS MM, DILORENZO C, BERGER MY, et al. Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN [J]. J Pediatr Gastr Nutr, 2014, 58(2): 258-274.
 - [4] 任爱民, 沈洪. 功能性便秘的中医药诊疗研究进展 [J]. 四川中医, 2014, 32(2): 182-184.
 - [5] 赵霞, 汪受传. 小儿胃肠动力药研究与中药开发展望 [J]. 辽宁中医学院学报, 2005, 7(4): 331-332.
 - [6] 董玉杰, 赵宝明. 小柴胡汤加减治疗肠道气滞型功能性便秘的临床观察 [J]. 北京: 北京中医药大学, 2014: 5.
 - [7] 江育仁. 脾健不在补贵在运 [J]. 中医杂志, 1983, 24(1): 4-5.
 - [8] 赵霞. 汪受传教授治疗小儿胃肠动力障碍性疾病经验 [J]. 中医儿科杂志, 2009, 5(6): 1-3.
 - [9] 赵红波, 吴晓晶, 杨云, 等. 慢性功能性便秘与中医体质类型及相关危险因素的 Logistic 回归分析 [J]. 中医杂志, 2017, 58(16): 1394-1398.
 - [10] NURKO S, ZIMMERMAN LA, et al. Evaluation and treatment of constipation in children and adolescents [J]. Am Fam Physician, 2014, 90(2): 82-90.
- (收稿日期: 2017-11-09; 修回日期: 2018-03-22)

编辑: 侯建春

(上接第 1065 页)

变用药途径, 以复方雷公藤外敷配合汤剂内服使用以加强外治, 减少内服药物对脾胃的损伤, 内外合治, 综合治疗而收效。然本病为慢性病程, 痰瘀痹阻, 互结胶着, 缠绵难愈, 取得一定疗效后仍需继续调治, 以期控制 RA 病情、提高患者生活质量。

参考文献

- [1] 王承德, 沈丕安, 胡荫奇. 实用中医风湿病学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 501.
- [2] 姜泉. 痹病必挟瘀 [J]. 北京中医药, 1994, 43(5): 12-13.
- [3] 吴启富, 肖长虹, 许文学, 等. 类风湿关节炎不同阶段甲襞微循环及血液流变学改变的临床研究 [J]. 中国微循环, 2003, 7(4): 236-237.
- [4] 苏励, 田雨, 薛轶燕, 等. 活血化瘀序贯疗法治疗类风湿关节炎 30 例临床观察 [J]. 中医杂志, 2009, 50(10): 898-901.
- [5] 姜泉, 蒋红, 曹炜, 等. 475 例类风湿关节炎患者中医临

床证候分析 [J]. 中医杂志, 2007, 48(3): 253-255.

- [6] 杜彩凤, 赵勇, 邹小娟. 基于现代文献的类风湿性关节炎证候、证候要素分布特点的研究 [J]. 世界中西医结合杂志, 2011, 6(2): 161-163.
 - [7] 何羿婷, 付丽媛, 阎小萍, 等. 类风湿性关节炎中医证候分布规律的初步探讨 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2004, 10(1): 26-28.
 - [8] 姜泉, 周新尧. 从湿热瘀论治类风湿关节炎 [J]. 世界中西医结合杂志, 2010, 5(4): 279-280.
 - [9] 焦娟, 姜泉. 复方雷公藤外敷降低类风湿关节炎疾病活动度的研究 [J]. 中国中西医结合杂志, 2012, 32(11): 1470-1472.
 - [10] 赵越, 唐晓颖, 姜泉, 等. 复方雷公藤外敷对 II 型胶原诱导型关节炎大鼠滑膜组织细胞因子及 ERK 通路的影响 [J]. 中医杂志, 2017, 58(7): 582-586.
- (收稿日期: 2017-11-02; 修回日期: 2018-03-02)

编辑: 侯建春