

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2016.02.021

类风湿关节炎中医治疗经验探讨

潘胡丹, 刘良*

(澳门科技大学, 澳门特别行政区氹仔伟龙马路)

摘要 类风湿关节炎属中医学“痹证”范畴, 病机复杂、合并症繁多, 是临床治疗的难点。临证之时, 需紧守通经活络之法, 温经与除湿并举; 慎辨寒热错杂与偏盛, 常祛寒与清热并用。此外, 亦需配用活血化瘀药物以通痹, 慎防痰湿瘀血胶结而致病情缠绵不愈, 并应始终固护脾胃, 保障长程治疗。

关键词 类风湿关节炎; 痹证; 寒痹; 热痹

类风湿关节炎 (rheumatoid arthritis, RA) 是一种临床常见的慢性、异质性、系统性自身免疫性疾病, 我国的患病率约为 0.32% ~ 0.36%^[1]。本病以对称性、进行性多关节炎为主要特征, 关节滑膜病变多随病程长短而异, 早期为炎症, 其后增殖增厚, 血管翳形成, 直至关节软骨、骨质及关节周围结构破坏而致残。若治疗不当, 两年关节致残率达 50%, 三年致残率达 70% 以上^[2-3], 且病情反复发作, 严重影响患者的生活质量和社会劳动能力, 甚或伴发关节外脏器受累而危及生命。西医学对本病的治疗以内科药物为主, 常用非甾体抗炎药 (NSAIDs) 和改善病情的抗风湿药 (DMARDs)、糖皮质激素、生物制剂等, 但多数药物副作用大^[4], 且不能阻止关节破坏等不良预后。

RA 属中医学“痹证”范畴, 又称“鹤膝风”“历节风”等。中医治疗本病已有逾千年的历史, 《神农本草经》即有附子治“寒湿痿痹, 拘挛膝痛, 不能行步”等记载, 张仲景所创乌头汤和桂枝芍药知母汤等治疗痹证的经方沿用至今。我们采用纯中医方法治疗经过多种方法治疗后疗效不佳的 RA, 有如下体会。

1 通经活络, 温通除湿

《素问·痹论》云“风气胜者为行痹, 寒气胜者为痛痹, 湿气胜者为着痹也。”然三种邪气, 风邪易宣, 寒邪易散, 唯湿邪黏滞重着, 若与风寒之邪相搏, 便可交错胶着而久留经络、肌肉和关节, 这是 RA 病情缠绵的主要原因。此外, 痰湿的

形成与 RA 病情的转归有着密切的联系。由于湿邪重浊黏滞, 易停滞于筋膜和关节之间, 日久则化为痰湿, 使经络和关节之气机阻滞, 病情更加缠绵难愈。凡痰湿内盛患者, 通经活络常常难以奏效, 当先行气祛湿, 使湿邪去而痰湿减后, 通经活络方药才能发挥疗效。

附子是最常用和最有效的通经活络中药, 但需掌握好用药时机、剂量及与其他药材的恰当配伍, 使之增效减毒。《金匱要略》所创乌头汤, 在临证时可用附子易乌头以避免乌头之烈性, 再配伍多种藤类药助附子的通经活络止痛之力, 如海风藤、宽筋藤、黑老虎、青风藤等。若寒邪甚、疼痛重, 酌加桂枝、细辛、鸡血藤等; 若热邪盛, 配以海桐皮、秦艽、豨莶草、桑枝、忍冬藤等; 若湿热盛, 配用二妙丸、土茯苓、豨莶草等; 若舌苔黄厚腻而干, 燥湿健脾而湿邪难去者, 可重用茵陈 (60 ~ 90 g) 配以厚朴 (15 g) 行气化湿, 常能使腻苔渐去。即使是行痹和热痹, 也需使用温经通络之附子和藤类中药以通经活络, 否则闭阻之经络难以复通, 惟需恰当配伍清热除湿等中药。此外, 藤类药在通经活络之时也会产生化湿祛湿效果, 因经络通, 气血畅, 便能驱使湿邪从肌肉和关节外散而出, 即寓除湿于通经活络之中, 这是治疗痹证湿邪与治疗其他病症湿邪的主要区别。一般的健脾燥湿、甘淡化湿、利水渗湿等方药治疗痹证常常难以奏效, 故认为 RA 等风湿病无湿邪相搏则痹证不成, 无通经活络则通痹不效。对于附子用量, 宜从 6 ~ 9 g 开始, 逐步增加至 12 ~ 15 g。附子类药虽药性峻烈, 但温经通络常需逐步累积药效方可通痹,

* 通讯作者: liu@must.edu.mo, (853) 88972238

故毋需急于求成而大剂量使用药物。虫类药物亦需谨慎使用,要特别注意该类药物的安全用药问题。

2 慎辨寒热,寒温并用

RA 病情十分复杂,以寒热错杂者居多,需仔细辨清寒证兼热、热证兼寒、寒热错杂等多种证候,方可做到对证下药。RA 在不同的发病阶段,寒热错杂的临床表现各异。本病大多数患者起病缓慢,常为一个或多个手指关节交替和反复疼痛,之后日渐加重,出现多关节患病,呈现热证或湿热为主的急性期表现,如肢体关节肿胀、局部灼热疼痛、关节活动困难、口干而黏、舌质偏红或舌有瘀点、舌苔黄厚腻而干,或见恶风畏寒、得寒而痛不减等。当病情由急性期逐步转向缓解期,或病情发作的轻症患者,必须仔细辨别是否有兼夹余热之邪。此时可用医者手背触摸患病关节的周围皮肤,若感觉到关节周围某些局部皮肤的皮温较其他部位的皮温高,表明该关节仍有余热未尽,仍需采用通经活络、清热化瘀方药以治之,否则停药后容易复发。在临证之时,寒湿或湿热相搏之证必须明辨,二者常可在舌苔上反映出来,寒湿重者舌苔厚且灰腻或白腻而润,湿热盛者常舌苔厚且黄腻而干。若兼夹瘀血明显,可见舌质暗红或瘀斑瘀点,需要配以活血化瘀药物;若见舌尖红而夹杂红点,便是血有郁热之象,必须配以活血凉血药物。

RA 临床所见纯属寒痹之证者甚少。典型的寒痹证可见于慢性期,表现为关节冷痛及沉重、皮温不高、局部喜温,伴身热不扬、口渴不欲饮等。但在治疗时也常常为寒热并用,惟寒药热药之配比需要权衡。疾病好转阶段或缓解期寒热错杂证也颇为常见,故需辨明寒温主次,恰当地使用寒温并用方药或加减用药。此外,若逢冬寒、春温等季节转变之时,或气候突然变化,均会导致病情反复或波动,故需因时制宜地遣方用药,特别注重季节气候的寒温等变化。

3 早用活血化瘀,慎防瘀瘀胶结

痹,痹阻不通之谓也,常与瘀血密切相关。清代王清任《医林改错》曰:“……总逐风寒去湿热,已凝之血,多不能活,……用身痛逐瘀汤”,强调了活血化瘀法在痹痛治疗中的重要性。叶天士创“久病入络”理论,《临证指南医案》指出:“风寒湿三气合而为痹,经年素月,外邪留着,气血俱伤,其化为败瘀凝痰,混处经络,经用虫类搜剔,以动药使血无凝着,气可宣适。”痼病必瘀,

RA 若病情缠绵,经脉不畅,必将导致气虚气滞、血行不畅而致瘀。

活血化瘀药物是治疗 RA 的必选药物,如姜黄、三七、丹参、煅瓦楞子、红花、紫草等。姜黄味辛,性温,可破血行气、行经止痛,多用于气滞血瘀的胸腹痛、痛经、肢体疼痛等。三七与姜黄合用,行气散瘀止痛效果更佳,可将其纳入治疗 RA 的基本方。煅瓦楞子味甘咸,性平,可消痰化瘀、软坚散结、制酸止痛,可兼顾 RA 患者痰瘀内阻之病理环节,亦能制酸护胃。紫草能活血凉血,对于辨证属热痹或舌质红且见较多红点者最为适当。

4 固护脾胃,坚持治疗

RA 属难治性疾病,没有恰当的治疗和足够的疗程是难以奏效的,中西医结合治疗均是如此。按照治疗 RA 的国际疗效判断标准^[5],连续治疗 3 个月为 1 个疗程,常需 3~4 个疗程。据我们的临证体会,中医药治疗一般需要连续治疗 2 个月后开始生效,多数患者经过连续 3~4 个疗程的治疗可基本控制病情,之后开始减半量继续巩固治疗 1~2 个疗程,之后酌情停药,部分患者完全停药后逾 10 年未见复发。中医治疗能否获得满意疗效的关键是能否坚持连续性治疗和保障足够的疗程。

RA 的诊治效果与脾胃功能的正常与否息息相关,其原因主要有以下两方面:一是本病患者多湿盛,无论内湿、外湿,均可最终影响到脾胃功能,脾喜燥恶湿,脾受湿困而功能失调,虚则不能腐熟水谷,郁于中焦而进一步加重气机阻滞,使痰湿内阻日盛;二是病情多反复发作,缠绵难愈,需长期序贯治疗,而所用祛风除湿、通络止痛等藤蔓类药物又容易损伤脾胃而导致患者不能耐受。因此,RA 的治疗必须始终固护脾胃,藉以保障长程用药和药物在胃肠道内的充分吸收,发挥疗效。临证常用麦芽、炒鸡内金、山药、布渣叶、火炭母等药物,大便稀溏者用炒麦芽,重则用山药、火炭母;大便硬结者用生麦芽、玄参、火麻仁等。

5 辨证辨病互参,中药西药相配

在临证过程中,必须辨病和辨证论治有机结合,既按照现代医学的国际标准明确 RA 的诊断,又谨守中医四诊八纲等传统理论辨明 RA 在不同个体的病因病机和证候类型等,藉此指导临床遣方用药。通过辨病能够了解疾病的病理特征和发展规律,针对主要病理特征考虑部分药物的使用;通过辨证论治充分体现中医整体性和个体化治疗系统性

自身免疫性疾病的优势, 针对复杂网络病理进行整合调节治疗, 二者相得益彰。

大多数患者罹患 RA 后首先接受西医治疗, 疗效不佳时方寻求中医药治疗, 故患者接受中医药治疗时常正在服用西药, 此时不宜立即停用, 因为中医药治疗也需要累积药效而后减轻病情, 过快地停用西药容易造成病情加重。但是若有服用激素者宜酌情减量停用, 长期大量服用激素会产生较大的药物副作用或掩盖病情而延误治疗, 导致患病关节的破坏或变形, 大量使用激素也会减弱中医药的治疗效果, 使疾病难以控制。因此, 中药与西药合用时必须特别谨慎, 尤其要尽量避免使用激素。对就诊时仍在服用激素的患者, 必须设法减量停药, 且大部分患者能够完全停用, 随后采用中医药治疗也可收到较好的治疗效果。采用纯中医药治疗 RA 患者也时有所见, 只要治疗得当, 可收到显著疗效。

6 典型病例

患者, 男, 67 岁, 2013 年 10 月 21 日初诊。主诉: 多关节疼痛 5 个月余。患者 5 个月前无明显诱因出现全身多关节疼痛, 以左肩、左膝、双手腕关节疼痛最甚, 疼痛呈持续性, 遇阴雨天加重, 关节压痛明显, 晨僵, 皮色红, 皮温增高。查血沉 (ESR): 120 mm/h, 抗环瓜氨酸 (+) 抗体 (anti-CCP): 85.5, 类风湿因子 (RF): (+)。诊为类风湿关节炎, 予以甲氨蝶呤、来氟米特、糖皮质激素、塞来昔布、兰索拉唑口服 3 个月, 病情无缓解。2 个月前接受针灸治疗, 针灸时可明显缓解疼痛, 但治疗结束后疼痛如前。在接受针灸治疗期间, 因服药后症状无改善, 故在西医医师指导下逐步停用糖皮质激素。刻诊: 双手腕关节、左膝、双踝关节剧烈持续性疼痛, 伴明显肿胀, 按之有波动感, 皮色红, 皮温高, 双手近端指间关节有压痛, 晨僵约 20 min, 双手活动受限, 无面部红斑, 无眼干、口干, 无发热、畏光等其他症状。查 anti-CCP: 78.6, RF (-), C 反应蛋白 (CRP) 25.6 mg/L。大便日行 1 次, 小便频, 胃纳可, 因疼痛而夜寐欠佳, 舌尖红, 苔薄黄, 脉弦细。西医诊断: 类风湿性关节炎; 中医诊断: 痹证。治以通经活络, 清热利湿。处方: 海桐皮 15 g, 海风藤 15 g, 忍冬藤 15 g, 黑老虎 15 g, 宽筋藤 15 g, 炮附片 10 g, 姜黄

15 g, 延胡索 15 g, 白芍 15 g, 三七粉 12 g, 赤芍 15 g, 煅瓦楞子 30 g (先煎), 紫草 10 g, 炒麦芽 25 g, 豨莶草 12 g, 桑枝 30 g, 桂枝 10 g, 知母 12 g。14 剂。每日 1 剂, 早晚饭后分两次口服。

2013 年 11 月 4 日复诊, 左肩、左膝关节疼痛减轻, 自觉尿频明显, 上方去桂枝, 减炮附片至 6 g, 加黄芩 12 g, 黄柏 15 g, 苍术 15 g, 土茯苓 20 g。2013 年 11 月 27 日复诊, 左肩、左膝关节疼痛缓解, 肿胀减轻, 晨僵基本消失。2013 年 12 月 13 日复诊, 左腕关节、右踝关节疼痛缓解, 踝关节肿胀消退, 腕关节肿胀减轻无明显波动感, 晨僵消失。以后每 2 周复诊 1 次, 随症加减。2014 年 5 月 6 日复诊, 右腕关节疼痛, 伴肿胀, 余关节疼痛不明显, 查 ESR: 50 mm/h, CRP: 4.6 mg/L。继续予清热除湿、通经活络治疗, 另加中药双手泡洗外用, 促进腕关节肿胀消退, 处方: 炮附片 45 g, 桂枝 120 g, 路路通 120 g, 川芎 30 g, 海桐皮 180 g, 黑老虎 120 g, 三七粉 30 g, 海风藤 160 g。共 7 剂, 每 3 日 1 剂, 反复浸泡。后关节疼痛情况明显改善, 右腕关节轻度肿胀, 活动不受影响。

本患者诊断明确, 发病急, 病情重, 曾使用激素和免疫抑制剂治疗数月, 但病情无缓解, 经中医药治疗症状明显缓解, 但患者腕关节肿胀持续不消, 故采用内外兼治之法, 佐用中药泡洗双腕, 最终获得疼痛及关节活动度都显著改善。

参考文献

- [1] 叶任高, 陆再英. 内科学 [M]. 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 897-903.
- [2] 林懋贤, 杨南萍. 风湿痛诊疗手册 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 10.
- [3] WYNGARDEN JB. Cecil text of medicine [M]. London: WB Saunders Company, 1992: 1058-1515.
- [4] 吴华香, 朱亮. 2010 年中国类风湿关节炎诊治指南解读 [J]. 浙江医学, 2010, 33(10): 1413-1415.
- [5] ALIVERNINI S, LARIA A, GREMESE E, et al. ACR70-disease activity score remission achievement from switches between all the available biological agents in rheumatoid arthritis: a systematic review of the literature [J]. Arthritis Res Ther, 11(6): R163. doi: 10.1186/ar2848.

(收稿日期: 2015-05-09; 修回日期: 2015-08-10)

编辑: 焦爽