

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2019.06.018

临证心得

类风湿关节炎心脏损害的中医治疗

马诺莎, 汪悦*

(南京中医药大学附属医院, 江苏省南京市汉中路 155 号, 210029)

摘要 类风湿关节炎心脏损害多为人正虚不足, 风、寒、湿、热之邪乘虚而入, 以致经脉不通, 气血受阻, 风、寒、湿、热之邪与内生之痰湿瘀搏结, 循脉内舍于心, 日久心脉瘀痹。本病初始以邪实为主, 心脏损害轻微, 当祛风通络, 行气活血; 病久心脏损害较重时当理气化痰, 活血通络, 扶正固本。临床在汪履秋教授的经验方“痹痛灵”基础上化裁“除痹保心方”治疗本病, 并强调辨证与辨病结合, 根据症状表现不同而审因论治, 随症加减。

关键词 类风湿关节炎; 心脏损害; 心痹; 祛风通络; 除痹保心方

类风湿关节炎属于中医学“痹证”“历节”“痛风”范畴, 多由正虚不足, 腠理不固, 风寒湿热趁虚而入, 导致经络不通, 气血受阻, 运行不畅而成。痹证日久不愈, 复感于邪, 病邪由经络而及脏腑, 可出现脏腑痹的证候, 其中以心痹较为常见, 临床表现为胸闷、胸痛、心悸、短气等, 甚则水肿、憋气、不得平卧等。《素问·痹论篇》曰: “心痹者, 脉不通, 烦则心下鼓, 暴上气而喘, 噎干, 善噫, 厥气上则恐”, 症状与中医学“心悸”“喘证”等疾病临床表现相类。现代医学发现, 类风湿关节炎患者心脏受累, 可引起心包、心肌、心瓣膜、传导系统及冠状动脉损害, 有较高的致残率和病死率^[1]。目前西医以针对原发病治疗为主, 根据心脏损害的部位及症状进行对症处理, 效果不甚理想。我们采用中西医结合诊治痹证, 辨证与辨病相结合, 并自拟除痹保心方为基本方治疗类风湿关节炎心脏损害, 现将体会介绍如下。

1 风、寒、湿、热痹阻, 内舍于心

本病发病之初, 病位主要在关节, 表现为关节肿痛、活动受限, 为风、寒、湿、热诸邪乘虚而入, 留滞关节、肌肉所致。风为百病之长, 性善行数变, 为六淫之首, 多挟他邪, 合而为病; 寒为阴邪, 最易损伤阳气, 导致气血凝滞, 经脉拘挛; 湿属阴邪, 其性黏腻, 阻滞气机, 病程缠绵。此外,

亦多表现风湿热之证, 或为感受风、湿、热之邪; 或因素体阳盛或阴虚有热, 感受外邪之后从热而化; 或因风、寒、湿邪日久化热。平素气虚之体, 卫外不固, 风、寒、湿、热之邪乘虚由外侵入, 久滞不去, 由表入里, 壅塞经脉, 气血与津液运行不利, 血滞为瘀, 津停成痰。心在体合脉, 主脉行血, 内生之痰、湿、瘀与外袭之风、寒、湿、热搏结, 循脉内舍于心, 伏着心内, 正气受损, 致心脉瘀痹, 从而导致心痹。

2 病位主要在心, 与肺、肝、肾、脾相关

心受邪侵, 耗伤阴血, “血为气之母”, 血少则心气弱。 “气为血帅”, 心气虚弱而血脉鼓动无力, 运行不畅, 血脉瘀滞, 则“心下鼓”。津血同源, 血不利则津停为水饮。瘀血、水饮内滞, 一则留滞心内, 壅塞心脏; 二则内窜脏腑, 外溢肌肤。心主一身血脉, 诸脏腑皆需心行血以养, 心脉瘀滞则诸脏腑失养而功能衰退, 加重病情。心气不足、血瘀不运, 可致肺络阻滞, 肺失肃降、肺气上逆而出现咳嗽喘促; 瘀阻肺络, 血溢脉外, 又可见痰中夹血或者咯血; 继而累及脾肾, 脾虚则运化失司, 土不治水, 肾虚则气化不利, 摄纳失调, 导致水湿内停, 凌心射肺, 从而加重心肺循环障碍, 出现胸闷、心悸、短气, 甚则水肿、憋气、不得平卧等症状。可见该病病位主要在心, 日久影响肺脾肾, 导致气滞血瘀, 水湿内停, 心脉痹阻。

* 通讯作者: wangyuephd@126.com

肝主筋，肾主骨，肝肾亏虚，精血不足，筋骨失养，腠理空虚，易感受风、寒、湿、热之邪。肝藏血，肝血不足，则心失所养，心血亦虚。肝气郁结，肝失疏泄，致血液运行障碍。痹证日久伤肾，肾阳不足，气化不能，水饮内生，上凌于心。肺主气，司呼吸，主宣发肃降，肺朝百脉，主治节，有助心营运血脉的作用，肺气虚则血行迟缓，致心血瘀阻不通，而生心痹；肺通调水道功能失常，可使水液内停，聚而成痰，痰湿、水饮之邪阻碍心血的运行。脾主运化，脾气虚弱，则湿浊内生，亦是主要致痹之因。

《类证治裁·痹证》云“诸痹，……良由营卫先虚，腠理不密，风、湿、寒乘虚内袭。”营卫之气不足，则腠理空虚，卫外不固，因而易遭邪侵，走窜经络，流注关节，遏阻心脉。此外，营卫通过血、脉与心密切关联。若因外邪阻滞，致“营气稽留于经脉之中，则血涩而不行，不行则卫气从之而不通，壅遏而不得行”，“营气不通则血归之”，进而气滞血瘀，脉络不通，发为心痹。若营卫不行，津液不得气化，聚而成痰，痰瘀互结，脉络受阻。营卫二气合聚于胸中即为宗气，宗气“贯心脉”“行呼吸”，推动血液在脉管运行。

3 分阶段论治

3.1 祛风通络，行气活血

祛风通络、行气活血是类风湿关节炎心脏损害初始阶段的基本治法。由于风、寒、湿、热痹阻，经脉不通，血行不畅，初始临床表现多以关节疼痛为主，心脏损害症状不显，其证多实，以祛邪通络为基本治则。根据邪气的偏盛，分别予以祛风、散寒、清热、理气、活血等法。痹证寒者居多，单属热证者较为鲜见，因此，在治疗本病时，应注意温散走窜，即便是风湿热痹也要在清热的同时酌配温散之品。对于寒热错杂之证或风湿热痹，清热之法亦不可忽视，特别是在病变急性活动期表现为关节红肿疼痛、身热烦渴者，清热之法必不可少，常用药如石膏、知母、黄芩、金银花等。邪气久羁，循经入骨，血凝不行，变生痰浊，闭塞经络，须用虫蚁搜剔，如全蝎、地龙、露蜂房、蜈蚣、土鳖虫等。在临床辨证用药时还重视引经药的使用，如痛在上肢加桑枝、姜黄；痛在下肢加独活、牛膝；痛在颈项加羌活、葛根；痛在腰背加续断、狗脊。藤类药善走经络，有舒经通络之功，临床常用忍冬藤、桑枝清热通络，鸡血藤、石楠藤补虚和络，青

风藤、海风藤祛风通络。现代药理研究认为，青藤碱具有极强的抗炎及免疫抑制作用^[4]。虫类药及枝藤类药味多辛燥，过量久服，恐有耗液伤阴之虞，常佐以生地黄、白芍等滋阴之药，病久则宜培补肝肾，阳气偏虚者常用鹿角、淫羊藿等。阴血不足者，多配伍熟地黄、山萸肉等。

3.2 理气化痰，活血通络，扶正固本

理气化痰、活血通络是类风湿关节炎合并心脏损害的主要治法。风寒湿热合而为痹，经年累月，外邪留著，气血瘀滞，心脉痹阻。早期临床可见心悸、胸闷，关节肿痛，或见气短、自汗、脉细弱等心气虚弱之候，或兼见低热、颧赤、脉细弱无力等气阴两虚之证。中期可见胸痛、咳喘、气急、咯血、舌下络脉迂曲等肺络瘀阻之候。晚期见唇甲青紫、足胫水肿、胁下癥积，脉沉涩等血瘀水停之征，或见神疲肢冷、下肢水肿、脉细无力等阳虚水泛之象，甚见气短不得平卧、大汗肢冷，咯吐粉色泡沫痰等心阳虚脱之危候。因此，当标本兼治，标则理气、化痰、活血、利水，本则扶正固本，心气虚者，当益气补心；气阴两虚，当益气养阴；阳虚者，当温阳；阳气虚衰欲脱者，当回阳救逆、益气固脱。

3.3 寒温并用，除痹保心

我们临证使用“除痹保心方”治疗本病，该方是在汪履秋教授的经验方“痹痛灵”^[5]的基础上化裁而成，药物组成：桂枝 10 g、白芍 30 g、生地黄 15 g、防风 10 g、青风藤 15 g、露蜂房 10 g、蜈蚣 3 g、川芎 6 g、丹参 9 g，主要适用于早期邪气痹阻心脉，临床症见关节肿痛、胸闷胸痛等，功效重在祛风散寒、理气活血、清热通络。方中桂枝温经通络，辛温散寒；白芍、生地黄滋阴生津，以防温燥伤阴，柔筋缓急；防风祛风解表、胜湿止痛；青风藤祛风除湿，引经通络；露蜂房、蜈蚣搜剔窜透，荡涤瘀浊；川芎为血中气药，擅行血中气滞，能破瘀滞，通血脉，丹参得川芎，则宣通络脉，祛瘀止痛之功弥彰。诸药相须为用，共奏祛风散寒、理气活血、清热通络之效。具体应用时再根据病情轻重、病程早晚、不同证候随症加减，病程早期气阴不足，症见心悸、胸闷，气短、乏力，口干、舌红，加用生脉散；病程中期气阴两虚，心脉不畅，症见心悸、气短、乏力，自汗、盗汗，低热、颧红，舌红、苔少，脉结代，加用炙甘草汤加减；病久病情较重，心肾阳虚，症见心悸、怔忡，喘息不宁，面暗、神疲，面浮身肿，舌暗、苔滑，脉沉细，加用苓桂术甘汤或真武汤。

4 典型病案

患者,男,47岁,2013年8月31日初诊。主诉:手足指趾关节疼痛1年余,胸闷、心悸3个月。刻下症见:心悸时作,时有胸闷,双手关节疼痛,肿胀明显,足趾亦痛,晨僵,颈项酸痛,纳食可,夜眠安,二便调。查体:双手关节肿胀明显,表面不红,触之肤温略高。听诊心脏未见明显杂音,律欠齐。苔薄黄,脉细。心电图检查:窦性心律,偶见房性早搏,Ⅱ、Ⅲ、aVFST-T异常改变。血沉40 mm/h;类风湿因子1120单位。西医诊断:类风湿性关节炎;心律失常。中医诊断:痹证;心悸;证属气血痹阻,寒热错杂;治以祛风散寒、理气活血、清热通络,拟除痹保心方加减。处方:桂枝10g,白芍30g,防风10g,川芎6g,丹参9g,生地黄15g,熟地黄15g,蜈蚣3g,露蜂房10g,川牛膝10g,羌活10g,独活10g,炙甘草3g,苍术10g,青风藤15g。28剂,每日1剂,水煎分早晚两次口服。

2013年9月28日二诊:药后胸闷减轻,心悸偶作,足趾疼痛减轻,左手指关节肿痛仍作,颞颌关节、颈部不适,恶寒不显,口苦,纳寐可,二便调。处方以初诊方去熟地黄、独活,加白芷6g、黄芩10g。28剂,每日1剂,水煎分早晚两次服。

2013年10月26日三诊:药后胸闷不显,心悸消失,手足关节肿痛稍减,寐可,饮食稍减,大便稍溏。处方以二诊方去黄芩,加法半夏6g。28剂,每日1剂,水煎分早晚两次口服。

2013年12月21日四诊:胸闷心悸不显,手关节肿胀明显消退,仍感疼痛晨僵,足趾肿痛,

纳寐可,二便调,苔薄白,脉细。处方以三诊方加僵蚕10g。守方继进两个月,复查血沉正常、心电图正常。

按:本例患者手指足趾关节肿胀疼痛明显,并出现胸闷、心悸等症,心电图提示心脏下壁心肌缺血。当属痹证经久不愈,内舍于心所致。该患者病机为风、寒、湿邪久羁,邪从热化,耗伤阴津,气血痹阻,正虚邪恋,寒热错杂。治以祛风散寒、清热除湿、活血通络为主,稍佐养心生津之品,以除痹保心方加减。用桂枝、防风、羌活、独活、苍术、青风藤祛风散寒;蜈蚣、露蜂房搜风通络,以疗痼疾“气为血帅”,气行则血行,气滞则血滞,故配伍川芎、丹参、川牛膝理气活血,外通经络、内通心络;白芍、生地黄、熟地黄养心生津,并可制诸风药温燥之弊;辅以炙甘草益气和缓,缓诸药峻烈之性,使祛邪而不伤正。二诊因邪从热化,颞颌关节不适、口苦、苔黄,去熟地黄、独活加黄芩、白芷清热祛风除湿。三诊因脾失健运,大便稍溏,去黄芩加半夏化湿和中。四诊加僵蚕以增强祛风化痰、解痉止痛之功效。总之,用药精确恰当,丝丝入扣,病情得到控制。

参考文献

- [1] 赵鹏. 类风湿关节炎心脏损害的研究进展 [J]. 微循环学, 2011, 21(3): 71-74.
- [2] 董文燊, 崔发林. 青风藤药理作用及制剂临床应用研究概况 [J]. 天津药学, 2011, 24(2): 76-78.
- [3] 覃仕化, 汪悦. 痹病灵颗粒对胶原诱导性关节炎大鼠的影响 [J]. 湖北中医药大学学报, 2011, 12(6): 8-10.

(收稿日期: 2018-08-02; 修回日期: 2018-10-23)

编辑: 侯建春

欢迎订阅 《世界中西医结合杂志》

《世界中西医结合杂志》[ISSN 1673-6613, CN 11-5511/R] 由中国科学技术协会主管, 中华中医药学会主办的学术期刊, 国内外公开发行。由中国科学院院士吴孟超任名誉主编, 首届国医大师、中国中医科学院资深研究员路志正教授任主编。本刊为中国科技核心期刊, 连续两届获得中国科协精品科技期刊示范项目资助, 2012年获得优秀期刊二等奖, 中华中医药学会中医药标志性文化(徽标)一等奖, 2013年获中国知网“中国国际影响力优秀学术期刊”奖中国科协精品科技期刊, 2015年获中国科协精品科技期刊项目, 影响因子逐年提升。本刊辟有国医传承、博士论坛、文献研究、实验研究、药物研究、临床研究、思路与方法、海外中医药动态、综述等栏目。及时报道中医及中西医结合在临床、科研等方面的新理论、新技术、新思路、新成果, 探讨中西医结合的思路和方法, 介绍相关学术领域的国内外新进展, 开展学术讨论。

本刊为月刊, 大16开本, 每月28日出版。每期定价14元, 168元/年。订阅方式: 全国各地邮局订阅, 邮发代号: 80-538。

地址: 北京市朝阳区北土城西路11号北京城建开发大厦东座303室, 邮政编码: 100029

联系电话: (010) 82275991