

· 临证心得 ·

类风湿关节炎继发肺间质纤维化辨治体会

杨效华 指导:周平安

(北京中医药大学东方医院呼吸科,北京市丰台区方庄方星园1区6号,100078)

通讯方式:yxhua2001@hotmail.com, 13581510511

[关键词] 肺间质纤维化;类风湿关节炎;肺痹

类风湿关节炎是一种病因尚未明了的慢性全身性炎症性疾病,是以慢性、对称性、多滑膜关节炎和关节外病变为主要临床表现的自身免疫炎症性疾病。该病好发于小关节,呈对称分布,反复发作。早期有关节红肿热痛和功能障碍,晚期可出现不同程度的关节僵硬畸形、骨和骨骼肌的萎缩,以及浆膜、心、肺及眼等结缔组织的广泛性炎症性改变。类风湿关节炎在肺中的病理改变为弥漫性间质性肺病,即肺间质纤维化^[1]。肺间质纤维化是以咳嗽、运动性呼吸困难,动则气短、干咳、喘憋为主要特征的一组病变,继发于类风湿关节炎的肺间质纤维化是继发性肺间质纤维化中最常见的类型^[2]。早期以类风湿关节炎为主要表现,随着病情发展逐渐出现肺部病变,并伴有肺部CT改变^[3]。继发性肺间质纤维化病程进展较特发性肺间质纤维化缓慢,肺纤维化程度较后者略轻,治疗效果明显,但由于类风湿关节炎的反复迁延可导致肺纤维化程度不断加重。

中医认为,类风湿关节炎属痹证,肺间质纤维化属肺痹。“肺痹”病名首见于《黄帝内经》。《素问·痹论》曰:“五脏皆有所合,病久而不去者,内舍于其合也,……皮痹不已,复感于邪,内舍于肺……”;又云:“凡痹之客五脏者,肺痹者烦满喘而呕,淫气喘息,痹聚在肺,……其入脏者死。”近年来,我们运用中医药治疗本病取得了一定的效果,现总结如下。

1 治病求本,强调补气养血

肺间质纤维化病变在肺,以咳嗽、气短为主症;类风湿关节炎病变在关节,以关节肿痛为主要临床表现。来诊的患者,往往两个病变已经同时存在,只是表现有所侧重,有的患者以关节疼痛为主,有的以咳嗽、喘憋、气短为主,病变后期往往两方面表现皆重。我们认为,无论是类风湿关节炎,还是肺间质纤维化,或是硬皮病,皆属于痹证,都是由于各种原因导致病变局部脉络痹阻不通、气血不足,病机辨证为气虚血瘀。治疗时强调补气养血,活血通络、解毒化痰,最常用的药物配伍是黄芪、金银花、当归、甘草。方中重用黄芪为特色,黄芪用量为20~30g,黄芪具有大补肺脾之气及补气生血之效,《本草备要》赞其“生用固表,无汗能发,有汗能止,温分肉,肥腠理,泻阴火,解肌热”。黄芪、当归相配有当归补血汤之意,令阳生阴长,气足血旺。金银花性寒、味甘,具有清热解毒、散痈消肿作用,黄芪配金银花有益气解毒、通络开痹之功。三药合用,药性平和,不凉不燥,少佐甘草则使药力威而不猛,疗效柔和持久。若以类风湿关节炎关节疼痛为主要表现,则可将金银花改为忍冬藤,通络开痹,使通利关节作用更强。如果痰不多,以气短、疲乏为主,辨为肺脾气虚者,加用补肺健脾之品,如党参、太子参、茯苓、(炒)白术、灵芝、红景天等。

2 标本兼顾,化痰通络并重

因为患者两个系统疾病同时存在,用药时多有所侧重,用药的主次则依据临床表现而定。患者肺间质纤维化症状明显,以咳嗽、气短为主时,给予浙贝母、瓜蒌皮、穿山龙、石韦,与黄芪、当归、金银花组成治疗肺间质纤维化基本方,以求益气活血,通络化痰,止咳平喘。若痰多色黄辨为肺热实证,则加用鱼腥草、金荞麦、紫菀、款冬花、野菊花、天竺黄等,清热化痰,宣肺止咳;若咳嗽频繁,加用旋覆花、桔梗调理气机,(炙)麻黄、白果宣肺降气止咳,(炙)枇杷叶、(炙)百部肃肺止咳。若患者以关节肿痛、变形症状为主时,则用鸡血藤、威灵仙、穿山龙、地龙、苍术、白术、防己、羌活、独活等活血通络止痛药,与黄芪、当归、金银花组成治疗类风湿关节炎基本方,以求益气活血,通络止痛。寒痛时宜辛散温通,加入桂枝、细

辛、白芥子甚或炮附子，瘀血阻滞明显加用红藤、三七、牡丹皮、赤芍以活血通络止痛；热痛明显时加用青风藤、桑枝、络石藤清热通络止痛。

总之，无论是肺间质纤维化还是类风湿关节炎，其辨证总为毒邪闭阻，络脉不通，导致气虚血瘀，痰浊内盛，络脉痹阻。早期以痰瘀阻络、肺失宣降为主，中期以痰瘀阻络、肺气不足为主，晚期以痰瘀阻络、肺肾俱虚为主。补肾药多选用巴戟天、杜仲、续断、补骨脂、菟丝子、鹿角霜等温补肾阳之品，因关节痛久，多见腰膝冷痛，与肾阳虚衰有关。在感染期以痰热阴亏为主，除有清肺化痰药外，还多加用南沙参、石斛、阿胶、太子参等养阴之品。

3 稳中求效，平稳撤减激素

继发于类风湿关节炎的肺间质纤维化患者，就诊时大多已经中西医多方治疗，正在使用激素及免疫抑制剂者不在少数。对这类患者，我们并不要求其立即全部停用激素，而是帮助患者逐步撤减激素，以减轻激素的副作用。激素具有亢奋人体阳气的作用，减少激素用量时，会引起人体阳气不足，适当应用人参可减少撤减激素产生的反应，达到平稳撤减激素的目的。现代药理研究认为，人参能增强机体免疫功能，具有抗炎作用，对肾上腺—垂体有刺激作用^[4]。具体方法是开始服中药时原激素用量不变，待病情有所控制时，则可开始逐步减少激素用量，减量后期应更为慎重，防止出现反弹，中间若出现病情反复则暂缓减量，待病情平稳，临床症状逐步减轻，使用中药可完全控制病情时，再考虑完全停药。根据具体病情，人参亦可用西洋参、党参、太子参代替。参类的使用主要依据患者的症状。若脾虚为主，以纳呆、便溏为表现，则选用党参，每日15~30g；若气虚较重，气短乏力，精神疲惫，阳虚恶寒则选用人参；若出现阴虚内热，口干口渴喜冷饮，舌红、少苔，脉细数为表现，则使用太子参30g；若气虚阴虚皆重，则选用西洋参。

4 验案举例

原某某，男，53岁，2007年12月初诊。主诉：近1年来每因运动、骑车则气短喘憋，伴肩、腕、手指关节疼痛。在当地检查确诊为类风湿关节炎，双肺间质纤维化，用激素治疗，病情得到控制后逐渐减少激素用量。至2007年7月激素完全撤除。停激素后，自9月起关节痛加重，在宁夏某医院住院，按类风湿关节炎

治疗。现每天服用强的松15mg，已近20天，每2周用1次环磷酰胺400mg，静脉滴注。2007年12月肺CT报告为双肺下叶间质改变。化验回报：抗J0-1抗体阳性，抗核抗体(ANA)1:160，IgA5.96g/L，类风湿因子(RF)45.3U。诊断：①类风湿关节炎；②两肺间质纤维化。患者现气短，动则喘息，关节仍痛，不咳，舌暗红、苔黄腻，脉细数。嘱患者强的松改为每日15mg和10mg交替服。中药以益气活血，通络止痛为法，处方：生黄芪20g，忍冬藤20g，当归10g，鸡血藤20g，威灵仙10g，防己15g，千年健10g，桂枝10g，赤芍15g，白芍15g，桑枝15g，党参15g，苍术15g，白术15g，羌活10g，独活10g，穿山龙15g，络石藤10g，甘草5g。28剂，水煎服。2008年1月二诊：患者服药后气短、动则喘息有所减轻，舌暗红、苔白，脉细沉。上方去千年健，加太子参20g，28剂，水煎服。强的松减量为每日10mg。2008年3月三诊：患者关节酸胀，咳喘、气短有所减轻，小腿皮肤瘙痒，舌暗、苔白，脉沉细。上方去络石藤，加灵芝15g，28剂，水煎服。强的松减量为每日10mg和5mg交替服用。2008年4月四诊：药后关节痛、咳喘均明显减轻，舌暗红、苔白腻，脉沉细。汤药上方去防己，加猪苓、茯苓各15g，水煎服，45剂。强的松减量为每日5mg。2008年6月五诊：药后诸症均减，舌暗、苔白，脉沉细。强的松维持每日5mg，中药处方如下：生黄芪20g，忍冬藤20g，当归10g，鸡血藤20g，威灵仙10g，猪苓15g，茯苓15g，桂枝10g，灵芝15g，赤芍15g，白芍15g，桑枝15g，党参15g，苍术15g，白术15g，羌活10g，独活10g，穿山龙15g，川芎15g，白果10g。45剂，水煎服。2008年7月六诊：患者已无不适主诉，眠可，纳可，大便每日1行，舌暗、苔薄白，脉沉细。汤药上方去白果、桂枝，加红景天15g、生地黄15g，60剂水煎服。强的松减量为每日5mg或2.5mg交替服用。2008年10月七诊：患者病情稳定，无不适主诉，舌质红、苔薄，脉细。停药强的松。中药处方：生黄芪20g，忍冬藤20g，当归10g，鸡血藤20g，威灵仙10g，猪苓15g，茯苓15g，地龙10g，灵芝15g，赤芍15g，白芍15g，桑枝15g，党参15g，苍术15g，白术15g，羌活10g，独活10g，穿山龙15g，红景天15g，石斛20g。60剂，水煎服。2008年12月八诊：激素已停用2个月，无明显不适感，劳累或活动后偶感气短，无关节疼痛酸胀，无晨僵，舌质红、苔白腻，脉细。

镇万雄从胃论治燥痹经验

黄莉华 指导:镇万雄

(咸宁市麻塘风湿病医院,湖北省咸宁市桂香大道2号,437000)

通讯方式:824327479@qq.com, 13716044802

[关键词] 燥痹;从胃论治;镇万雄

镇万雄主任医师出身于中医世家,自幼秉承家技,精研岐黄之术,从事风湿病临床工作40余年,学验俱丰,疗效卓著,屡起沉疴。现将镇老师从胃论治燥痹的经验介绍如下。

燥痹这一病名,在历代医籍中未见记载,但与本病相关的论说首见于《素问·阴阳应象大论》,云:“燥胜则干”,后《医门法律》有:“燥盛则干,夫干之为害,非遽赤地千里也,有干于外而皮肤皴揭者,有干于内而精血枯涸者,有干于津液而荣卫气衰、肉烁而皮著于骨者,随其大经小络所属上下内外前后,各为所病。”历代医家通过临床实践,积累了丰富的治疗经验,在历代医著“燥病”篇中有所发明。而作为中医诊断病名,则首见于《路志正医林集腋》一书,次见于《痹病论治学》,后又被《中国痹病大全》收入。

燥痹,系燥邪(内燥,外燥)损伤机体的精、津、液、血、髓而致汗、液、泪、唾、尿等阴液代谢物亏虚,使四肢、百骸、九窍、肌腠失其濡养,甚则痰瘀痹阻,经脉不通所致机体的多系统、多脏器损害之病证。其

主要临床表现:两目干涩、少泪或无泪,口干无唾或少唾、不能咽下干食,齿枯焦黑成块脱落,腮腺肿大,关节疼痛或关节变形,遇冷手掌皮肤变白变紫,皮肤干燥或有斑疹,舌质暗红紫绛或光红短缩、裂纹纵横或无津无苔。临床多见于干燥综合征、类风湿关节炎、结节性红斑等疾病。

1 病因病机

燥痹成因有四:一是患者体质阴虚或内有蓄热;二是风寒湿邪,郁久化热;三是过服温燥辛散之药或滥施温经散寒之治;四是气运太过,阳明司天,燥气横逆。四者均可导致化热伤阴,液耗津亏而使肌肉、关节、经筋、经脉失其濡润,滋养发生挛掣疼痛,进而体伤而失其所用,痹证乃成。

燥痹的病机:燥痹之发,起因多端,然“燥”是主要起病之因,亦是病理变化之必然结果。燥邪损伤机体的精、津、液、血、髓,涉及五脏,《灵枢·本神》说:“五脏,主藏精者也”。如心主血、汗为心液,肝藏血、脾统一身之血、化生津液,肺主气、敷布津液,肾主水、藏精、主生髓。《素问·上古天真论》说:“肾者主水,受五脏六腑之精而藏之。”五脏各藏阴精,全归于

胸部CT示肺内病变部分吸收,化验类风湿因子(一)。中药处方:生黄芪20g,忍冬藤20g,当归10g,鸡血藤20g,穿山龙15g,地龙10g,威灵仙10g,羌活10g,独活10g,赤芍15g,白芍15g,猪苓15g,茯苓15g,党参15g,苍术15g,白术15g,灵芝15g,红景天15g,石斛20g,川牛膝10g。60剂,水煎服。2009年12月九诊:复查胸部CT示肺内磨玻璃样影全部吸收,无不适主诉,舌质淡红、苔白,脉细。中药继服上方60剂,以巩固疗效。

按:无论是类风湿关节炎还是肺间质纤维化,都是难治性疾病,具有病程长、疗效差、易反复的特点。在治疗的过程中,我们牢牢抓住气虚血瘀,络脉阻滞的病机,给予益气活血通络化痰的治疗总则,不被患者出现的虚假实证所迷惑,对于此类症状给予对症

用药即可,始终不离扶正的大方向,经过辨证分析后,谨慎地选择治法方药,一旦确定即不轻易改变治疗理法方药,只有坚持才能取得长久的疗效,尤其对老年及慢性病的治疗,坚持尤其显得重要。

参考文献

- [1]蔡柏蔷,李龙芸.协和呼吸病学[M].北京:中国协和医科大学出版社,2004:1096.
- [2]李焕章,沈丽英.呼吸病鉴别诊断学[M].北京:人民军医出版社,2004:264.
- [3]蒋明,朱立平,林孝义.风湿病学[M].北京:科学出版社,1998:640.
- [4]高学敏,钟赣生.实用中药学[M].北京:中国中医药出版社,2004:805.

(C)1994-2021 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.
(收稿日期:2010-10-20;修回日期:2010-11-12)

[编辑:洪涛]