

王承德治疗风湿病经验

黄雪琪¹, 沙正华¹, 林海^{2*} 指导: 王承德²

(1. 国家中医药管理局对港澳台中医药交流合作中心, 北京市朝阳区幸福一村 55 号, 100027; 2. 中国中医科学院广安门医院)

摘要 王承德在诊治风湿病中注重辨病与辨证相结合, 宏观与微观相结合。认为痹必本虚, 主张扶正培本为主, 强调“湿”在风湿病的发病、转归、预后等方面的重要性, 并重视脾胃在风湿病中的地位。主张痹发于内、痹必挟湿、痹多挟瘀的学术观点, 治疗上重视扶正培本、健脾化湿、解毒化瘀、温阳散寒等法, 临证善用经方、巧用毒药, 并提出治痹用药宜重。

关键词 风湿病; 痹病; 名医经验; 王承德

王承德 (1947—), 男, 主任医师, 第五批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师, 中华中医药学会风湿病分会主任委员。从事中医风湿病临床、科研、教学工作 40 余载, 擅长治疗类风湿关节炎、干燥综合征、强直性脊柱炎、痛风性关节炎、系统性红斑狼疮等疑难杂症。

中国中医科学院广安门医院王承德精于风湿病诊治, 临证中注重辨病与辨证相结合, 宏观与微观相结合。风湿病属于中医学“痹病”, 王老师认为, 痹必本虚, 治疗主张以扶正培本为主, 强调“湿”在风湿病的发病、转归、预后等方面的重要性, 并重视脾胃在风湿病中的地位。现将王老师治疗风湿病经验介绍如下。

1 学术观点

1.1 痹发于内

痹病的病因自《黄帝内经》提出“风、寒、湿三气杂至, 合而为痹”之论始, 历代医家多沿袭其说, 强调外邪致病的重要性。王老师认为, 本病的发病是内外合邪, 以正虚为本。脾虚外湿易侵, 血虚外风易入, 阳虚外寒易袭, 阴虚外热易犯。随人体阴阳盛衰之不同, 病邪亦有从寒化、从热化的区别。阳虚或阴盛之体易感寒湿之邪, 或感风热之邪从寒而化, 成为寒湿痹; 阳盛或阴虚之人易感风热之邪, 或感寒湿之邪而从热化, 成为湿热痹。又风、寒、湿、热、痰浊、瘀血也可内生, 既为病理因素, 又为致病结果, 留于经脉、筋骨、关节, 甚至于脏腑, 闭阻气血, 使痹从内生。

1.2 痹必挟湿

在病因病机方面, 痹病多起于冒雨涉水、久处湿地等, 使湿从外入。若脾胃虚弱, 水失健运, 内生于中, 又易感外湿。不论风寒或风热侵犯机体, 都可与湿相挟为患。从临床表现来看, 湿留关节, 则关节肿胀; 湿邪久羁, 化生痰浊, 阻滞血脉, 则关节肿大变形; 湿留于肌肤, 则机体困重, 四肢浮肿; 留于脾胃, 则纳谷不香, 呕恶胃满, 舌苔多腻; 湿为阴邪, 故天阴雨季、潮湿寒冷、阴盛之时, 则病情加重^[1]。

1.3 痹多挟瘀

瘀血既是病理产物又是致病因素, 一方面, 风、湿、热邪均可致瘀; 另一方面, 痹病日久, 脏腑气血亏虚, 心主血脉、肺朝百脉、肝藏血、脾统血、肾温煦功能受损, 亦可致瘀, 且久病入络, 络脉受损, 气血不行也可致瘀。湿邪阻滞, 阻塞脉络; 寒邪凝滞, 血脉不通; 热邪煎熬, 血液黏稠; 气虚失运, 脉络不畅等, 皆致血脉瘀滞, 停留关节, 闭塞不通, 因此, 痹病多挟瘀。临床表现为关节肿胀畸形, 夜间疼痛加重、痛处相对固定, 甚则关节局部皮肤发暗, 舌质紫暗、舌下静脉迂曲, 脉弦涩, 妇女月经色黑有血块。

2 治痹要点

2.1 扶正培本

风湿病以虚为本, 临床常见脾胃、肝肾不足, 气血阴阳亏损, 兼以风、寒、湿、热、痰浊、瘀血之邪。病轻者多伤及气血, 病程长、病势重者多损伤阴阳, 气血虚久则导致阴阳亏虚, 故补阳药中宜

* 通讯作者: hxq6128@aliyun.com

加益气之药，滋阴药需增养血之品。

本病初中期应注重补脾胃，益气血，兼顾肝肾；中晚期应注重调肝肾，补阴阳，兼顾脾胃。补阳时辅以养阴之品，使阳有所依，并借阴药制阳药之温燥；补阴时辅以补阳之药，使阴有所化，并借阳药之温运制阴药之凝滞。脾虚湿胜者，宜用温而不燥、补而不滞，既能健脾又能利湿之药，如黄芪、薏苡仁、白术、茯苓等；气虚血瘀者，宜用益气活血之品，如黄芪、党参，佐以活血化瘀搜剔之虫类药；血虚风胜者，宜用既能养血又能通络祛风之药，如当归、赤芍、鸡血藤、白芍等；阳虚者，宜温补，要温而不燥，不刚不柔，对阴寒凝滞不化者，可用大辛大热之剂以散阴寒凝结，但注意只能数剂，且配伍要刚柔相济；阴虚者，宜清补，补而兼清，清而不过寒，滋而不膩，如鲜地黄、知母、白芍、麦冬、丹参等。若过用刚燥之剂，必耗阴伤血，久用苦寒之品，则损阳伐气，变生他证，犯虚实之戒。

2.2 首当治湿

王老师认为，痹必挟湿，无论寒痹、热痹、风痹，均可兼挟湿邪。湿为阴邪，其性黏滞，风可骤散，寒因温可去，惟湿浊难以速去^[4]，所以痹病首当治湿。治湿之法虽多，但湿之源责之于脾，土胜则湿去，故治湿须健脾。脾为气机升降枢纽，通过补益脾气，使脾运得健，水湿自去。

健脾运湿是治湿的基本大法，依其寒热不同，有温补、清补之异。寒湿证当以温补化湿，临证常用炙黄芪、苍术、白术、炒薏苡仁、党参、茯苓等；湿热证当清热化湿，常用药如生薏苡仁、黄芪、土茯苓等；阳虚水湿当温阳化湿，常用药如附子、肉桂、川乌、桂枝、狗脊、巴戟天、仙茅。黄芪、薏苡仁、苍术、白术是历代治痹之常用药，主要功效是健脾益气，化湿消肿。黄芪寒热皆可用，热者宜生，寒者宜炙，小而力微，用量须大，30 ~ 45 g 为常用量。生薏苡仁为治湿良药，寒热皆可用之，用量一般为 30 g，能健脾益肾、补肺清热、祛风渗湿，《本草经疏》谓其“性燥能除湿，味甘能入脾补脾，兼淡能渗泄，故主筋急拘不可屈伸及风湿痹”。白术，《本经论》记载其有“主风寒湿痹之功”，《本草经疏》云“其气芳烈，其味甘浓，其性纯阳，为除风湿痹之上药”。苍术具有燥湿健脾、祛风湿的功效，临床主治湿阻中焦，风寒湿痹，脚膝肿痛，痿软无力，雀目夜盲，《珍珠囊药

性赋》记载苍术“能健胃安脾，诸湿肿非此不能除”。

2.3 解毒化瘀

《素问·痹论》提出“风寒湿三气杂至，合而为痹也”，可见外邪入侵为痹病发病的一个重要原因。但随着社会变迁，风湿病的病因病机也“古今异轨”，现代研究显示，痹病以湿热痹阻证居各证型之首，且以湿热瘀阻为核心病机^[5]。风寒湿入侵机体，郁久化热为毒，或直接感受热毒导致气血壅滞不通，痹阻脉络；湿郁化浊，热蕴成毒，湿浊热毒闭阻血脉导致瘀血停着，瘀血复与湿浊、热毒、湿痰胶结致湿热瘀毒互结^[6]，因此，热、毒、瘀互结为风湿病急性期发作的主要病因病机。

针对热、毒、瘀互结的证候表现，立清热解毒、凉血通络法，在清热利湿的同时加重清热解毒、凉血活血之力，方选四妙勇安汤、犀角地黄汤、四妙丸合五苓散加减，配以生地黄养阴清热，壮水治火，佐以牡丹皮、赤芍加强清热凉血化瘀之力，并配合土茯苓、金银花、蒲公英等重清热解毒之力。如关节肿胀变形，应配合化痰活血散结，多选用莪术、山慈菇、丹参、皂角刺等药以消肿，选用全蝎、蜈蚣、天龙、地龙等搜剔通络。

2.4 善用经方

痹病多挟湿，湿邪的致病特点决定了痹病情缠绵、证情变化较小的特点。在治疗中，只要辨证准确，药证合拍，在守法守方的基础上依症之变化稍作加减，多数患者可经坚持治疗而获效。在选方用药上王老师善用经方，如寒湿痹阻证以乌头汤、附子汤为主加减；湿热痹阻以白虎汤为主加减，兼气虚者以白虎加人参汤为主加减；痹病日久不愈致肝肾亏虚者多以独活寄生汤为主加减；气血不足证多以黄芪桂枝五物汤合四物汤为主加减；痰浊瘀血内阻多以二陈汤合桃红四物汤为主加减；寒热错杂证多以桂枝芍药知母汤为主加减；对于风湿相搏、病位较浅者，则多选用麻黄加术汤、麻杏薏苡甘草汤，使风湿之邪随微汗而解。

2.5 用药宜重

痹病病位主在中下二焦，深侵关节筋骨，王老师根据吴塘提出的“治中焦如衡，非平不安；治下焦如权，非重不沉”的用药特点，主张临床治疗痹证时药物用量宜重。此外，痹病多挟湿，病情缠绵，胶着难解，非重药不能除沉痾。如类风湿关节炎活动期湿热痹阻患者，常重用生石膏 60 ~

90 g, 甚至 120 g, 可收立竿见影之效; 又如用黄芪治疗痹病, 常用量为 30 g, 当加至 45 ~ 60 g 时效果更明显, 且寒热皆可用, 偏寒者宜炙而量大。其他如白术、生地黄、白芍、薏苡仁、丹参等亦如此。但临证要注意配伍, 使补而不滞, 滋而不腻, 温而不甚燥, 清而不甚寒, 勿伤脾胃, 尤其重用生石膏时, 常常用附子 10 g 以反佐。

2.6 巧用有毒中药

风湿病为公认的缠顽难愈之疑难杂症, 变证多端, 为非常之病, 治疗亦需要用非常之药。王老师认为有毒中药的药性峻猛、功专效捷, 运用得当可力挽沉痾、攻克顽疾。风湿病临床中常用有毒中药有制川乌、制草乌、马钱子、雪上一支蒿、(炮)附子、苍耳子、全蝎、蜈蚣、天龙、露蜂房、雷公藤、蕲蛇、金钱白花蛇、白附子、白屈菜、艾叶、土鳖虫、蛇床子、石楠叶、水蛭、两面针、细辛等。

川乌性燥热而擅于止痛, 故寒湿阻滞而痛甚者尤为适用, 一般用量为 10 g, 可随证配伍祛风湿药、补气养血药、活血通络化痰药、强筋壮骨药等。对于阴寒痼疾、阳虚寒凝的患者, 附子为首选之品。附子能升能降, 能内达能外散, 凡凝寒痼冷之结于脏腑、着于筋骨、痹于经络血脉者, 皆能开之、通之, 临床常用量为 10 g, 寒凝较重者常用至 20 g。雷公藤是明确存在免疫抑制作用的中药, 是自身免疫病如类风湿关节炎、干燥综合征等存在免疫系统紊乱时的常用药, 而一般的风湿病如骨关节病、关节痛、产后痹等非免疫病者不宜用。雷公藤常用量为 20 g, 视病情情况有时用至 30 g。使用雷公藤一定要与辨病相结合, 在运用雷公藤的同时, 一般不再使用其他免疫抑制剂。对于痹病日久不除, 关节肿大、变形, 痰瘀互结的顽症, 唯搜剔通络血肉有情之品方能奏效, 全蝎、蜈蚣是常用的药对, 一般用量为全蝎 6 g、蜈蚣 2 条。

3 病案举例

患者, 女, 60 岁, 2015 年 1 月 20 日初诊。类风湿关节炎病史 10 年, 伴糖尿病病史 5 年。近日类风湿关节炎病情复发, 乏力, 多关节疼痛加重, 双手晨僵约半日, 不恶寒, 双手近端关节多处肿痛, 压痛明显, 右膝关节肿痛, 皮温略高, 双足跟、足底痛, 实验室检查: 血沉 (ESR): 90 mm/h,

类风湿因子 (RF): 68.5 IU/L, 双手关节 X 线片示: 双手 2、3 近指关节虫蚀样改变, 间隙变窄。舌淡、苔薄黄, 脉细数。诊断: 类风湿关节炎; 辨证: 湿热瘀阻, 肝肾亏虚; 根据辨证立清热活血、补益肝肾之法。处方: 黄芪 30 g, 生地黄 30 g, 薏苡仁 30 g, 白术 15 g, 当归 24 g, 白芍 15 g, 金银花 30 g, 生石膏 30 g, 知母 15 g, 雷公藤 20 g, 独一味 15 g, 独活 15 g, 丹参 15 g, 乳香 5 g, 没药 5 g, 全蝎 6 g, 蜈蚣 2 条, 桑寄生 15 g, 杜仲 15 g, 焦三仙各 10 g, 甘草 5 g。14 剂, 每日 1 剂。2015 年 2 月 4 日二诊: 关节疼痛明显减轻, 余症同前。守方微调, 考虑患者下肢痛为主, 上方加续断 15 g、牛膝 15 g、枸杞子 15 g 以增强补益肝肾之力。服用 14 剂后恶寒好转, 晨僵、肿痛亦明显好转, ESR: 35 mm/h, RF: 38 IU/L。2015 年 3 月电话随访, 病情稳定。

按语: 本例患者类风湿关节炎反复发作 10 年, 久痹不除已致气血亏虚, 肝肾不足。患者双手晨僵, 不恶寒, 关节痛处皮温略高, 苔薄黄, 均为湿热痹阻之象; 双足跟、足底痛, 脉细数为肝肾不足之征; 乏力, 舌质淡暗, 为气血亏虚兼瘀。从清热活血通络, 兼补气血、益肝肾之法立方。处方中黄芪、生地黄、白术、当归、白芍健脾益气, 补益气血, 扶助正气, 以助祛邪外出; 金银花、石膏、知母清热; 薏苡仁健脾清热利湿; 丹参、乳香、没药活血化瘀, 全蝎、蜈蚣搜剔通络祛痛; 雷公藤、独一味、独活祛风湿; 桑寄生、杜仲补益肝肾, 焦三仙顾护脾胃; 甘草调和诸药。全方清热活血通络, 兼补气血、益肝肾, 使祛邪不伤正, 补益又不留邪, 共奏扶正祛邪之效。

参考文献

- [1] 王承德. 扶正培本法为主治疗类风湿性关节炎 60 例 [J]. 新中医, 1986, 22(2): 37-40.
- [2] 王承德. 谢海洲老师治疗风湿病的经验 [J]. 中国中医风湿病学杂志, 2008, 11(3, 4): 18-21.
- [3] 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): 279-281.
- [4] 刘维, 王慧, 左芳, 等. 活血清痹方治疗类风湿性关节炎 60 例疗效观察 [J]. 中国中西医结合杂志, 1998, 18(12): 748.

(下转第 1132 页)

[[1] 冯敏山. 旋提手法的力学测量及模拟手法对颈椎髓核内压力影响的实验观察 [J]. 北京: 中国中医科学院, 2007.

[[2] 朱立国, 冯敏山, 毕方杉, 等. 颈椎旋转(提)手法的在体力学测量 [J]. 中国康复医学杂志, 2007, 22(8): 673-676.

Clinical Observation on 30 Cases of Vertebral Artery Type of Cervical Spondylosis Treated by Rotation-Traction Manipulation

WANG Xiaodong¹, ZHU Ligu¹, YU Jie¹, LI Bing¹, YIN He¹, FENG Rong²

(1. Wangjing Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing, 100102; 2. First Teaching Hospital of Tianjin University, Traditional Chinese Medicine)

ABSTRACT Objective Observe Clinical efficacy and safety of rotation-traction manipulation for patients with vertebral artery type of cervical spondylosis. **Methods** Divided 60 patients with cervical spondylosis of vertebral artery type into test group and control group, with 30 cases each. The test group was treated by the method of rotation-traction manipulation, once every other days, 10-15 minutes each time; The control group was treated with cervical traction, once a day, 20 minutes each time. Both groups were treated for 2 weeks. Clinical efficacy of the two groups were evaluated after treatment, to evaluate the functional status score, psychological function score and total score of vertigo of patients in each group before and 7 days and 14 days after treatment respectively. **Results** The total effective rate was 96.67% in the test group and 83.33% in the control group. And the total effective rate of the test group was significantly higher than that of the control group ($P < 0.05$). The total score of vertigo and the functional state of vertigo in the test group were significantly lower than before treatment ($P < 0.05$) on 7th day. The total score of vertigo, functional status and mental function score of two groups were decreased on 14th day compared with that before treatment ($P < 0.05$). The total score of vertigo on 7th day and 14th day of treatment, as well as vertigo function state score on 14th day of treatment in the test group were lower than those at the same time point in the control group ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). No adverse reactions occurred in the two groups. **Conclusion** Rotation-traction manipulation for vertebral artery type cervical spondylosis is more efficient and safe than cervical traction therapy.

Keywords cervical spondylosis; vertebral artery type; vertigo; rotation-traction manipulation; vertigo score

(收稿日期: 2015-09-21; 修回日期: 2015-12-18)

编辑: 王利菊

(上接第 1098 页)

WANG Chende's Experience in Treating Rheumatism

HUANG Xueqi¹, SHA Zhenghua¹, LIN Hai²

(1. Cooperation Center of Taiwan, Hong Kong and Macao in Chinese Medicine, State Administration of Traditional Chinese Medicine Beijing, 100027; 2. Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences)

ABSTRACT Doctor WANG Chengde combines disease differentiation and syndrome differentiation in treating rheumatism from both the macroscopic view and microscopic view. He believed that Bi-syndrome is caused by root deficiency, and the main treating principle is to strengthen the immune function and to tonify the vital-Qi. WANG emphasizes the importance of dampness in the developing, outcome and prognosis of rheumatism, and also pays attention to the role of spleen and stomach in rheumatism. He holds that, Bi-syndrome is from inside, associated with dampness, and often combined with stasis. In treatment, he strengthens the tonifying the vital-Qi, nourishing spleen and dissolving dampness, detoxifying and removing the stasis, as well as warming Yang and dispersing coldness. He is good at applying classic prescriptions and toxic herbs. Doctor WANG points out that it is necessary to use larger doses of herbs in treating rheumatism.

Keywords rheumatism; Bi-syndrome; experience of famous doctor; WANG Chende

(收稿日期: 2015-08-18; 修回日期: 2016-01-05)

编辑: 侯建春