

# 试论温经清化法治疗类风湿关节炎

刘喜德<sup>1</sup>, 叶丽红<sup>1</sup>, 冯莹莹<sup>2</sup>, 王云卿<sup>2</sup>, 杨梦霞<sup>2</sup>, 余建明<sup>1</sup>

1. 浙江省中西医结合医院关节病科, 浙江 杭州 310003

2. 浙江中医药大学第二临床医学院, 浙江 杭州 310003

**[摘要]** 类风湿关节炎(RA)属中医学顽痹范畴。病本禀赋不足,邪凑正虚致痹。临床多表现为寒热错杂证,痰瘀痹阻。治疗法当温清并用,痰瘀同治。拟温化蠲痹方,温经清化法为基本治法。

**[关键词]** 类风湿关节炎(RA);寒热错杂;痰瘀痹阻;温经清化法;温化蠲痹方

**[中图分类号]** R593.22 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2014)03-0004-03

类风湿关节炎(Rheumatoid Arthritis, RA)为全身性自身免疫性疾病。笔者通过长期临证观察治疗,认为本病的基本病因病机为本虚标实,寒热错杂,痰瘀痹阻。并以温经清化法为RA基本治法,组成温化蠲痹方治疗RA取得满意疗效<sup>[1]</sup>。兹将辨治体会介绍如下。

## 1 病本禀赋不足,邪凑正虚致痹

素体禀赋不足而致肝肾亏虚,营卫气血不足为RA发病之本。正如《素问遗篇·刺法论》曰:“正气存内,邪不可干”,《素问·评热病论》载:“邪之所凑,其气必虚”。清·喻嘉言在《医门法律·中风门》中也提到,痹证“非必为风寒湿所痹,多因先天所禀,肾气衰薄,随寒凝聚于腰膝而不解”,指出了先天禀赋不足、正气虚弱是疾病发生的根本原因。又如《金匱要略·中风历节病脉证并治》谓:“少阴脉浮而弱,弱则血不足,浮则为风,风血相搏,即疼痛如掣”,及《灵枢·阴阳二十五人》在论述痹证的发病时指出:“血气皆少……感于寒湿则善痹,骨痛爪枯也。”说明了体质虚弱、气血不足致皮肉不坚而病痹。凡有遗传因素致病,多与肾有关,痹证中约有1/3以上有家族史,与肾关系更加密切。《冯氏锦囊》认为,鹤膝风多属肾虚,以肾主骨,肾气衰弱,邪气乘之而得。根据肝主筋、肾主骨的理论,本病当定位在肝肾。先天禀赋不足或后天劳逸失度而致肝肾亏虚,

气血不足,脏腑经络组织功能低下,风寒湿等外邪乘虚侵袭致痹。脏腑内伤既是痹证发生发展的重要原因,也是痹证经久不愈,内传入里的结果。

## 2 证属寒热错杂,温清治法并用

笔者临床上发现,多数RA患者表现为寒热错杂证,主要临床表现:①内有里寒,外有热痹的寒热错杂证。症见:关节红肿热痛,或伴见结节红斑,伴见面色㿔白,畏寒,喜暖,苔黄或白,脉弦或紧或数;②内有虚热,外有风寒的寒热错杂证。症见:肢体关节疼痛较剧,逢寒更甚,局部畏寒喜暖、变形,伸屈不便,伴见午后潮热,夜卧盗汗,心烦,舌红、苔薄白;③内有实热,外有风寒湿的寒热错杂证。症见:肢体关节疼痛、肿胀,局部畏寒,伴有面赤口苦、烦躁、便秘等实热症状;④内有湿热,外有风寒湿的寒热错杂证。症见:关节冷痛、沉重,局部喜暖,但身热不扬,口渴不喜饮,舌苔黄腻;⑤其他寒热错杂证。症见寒邪所致典型痛痹症状,但舌苔色黄,或具有热痹表现,但舌苔色白而厚。

寒热错杂证病因、病机复杂,可因机体阴阳偏盛与病邪属性不同而形成,或由于风寒湿邪郁久易化热而致,或是其他痹证失治误治后演化而来。素体阳虚阴盛,平日即有畏寒、喜暖等寒象表现,当湿热之邪直袭时,引动阳虚不化形成内湿,流注于肌肉、经脉、关节,又出现关节肿痛灼热等热痹表现,形成临

**[收稿日期]** 2013-09-25

**[基金项目]** 浙江省自然科学基金资助项目(编号:LY12H29008);浙江省中医药科技计划项目(编号:2008CA086,2012ZB121,2013ZB096);杭州市医药卫生科技计划项目(编号:2010B027);杭州市科技发展计划项目(编号:20092133W09,20120633B12)

**[作者简介]** 刘喜德(1970-),男,医学博士,主任中医师,硕士研究生导师,研究方向:中西医结合诊治风湿病的临床及实验研究。

床上多见的内有里寒、外有热痹的寒热错杂证。素体阴虚，阴虚则阳亢，平素有午后潮热、盗汗、心烦、舌红等阴虚火旺之象，当感受风寒湿邪时，风寒之邪凝滞经络，闭阻关节，又可见肌肉关节冷痛、拘急、屈伸不利、局部畏寒喜暖等痛痹表现，由此形成了内有虚热、外有风寒的寒热错杂证。素体阳盛，内有蕴热，平日可有面赤口苦、烦躁、便秘等实热之象，当感受风寒湿邪时，又有风寒湿邪凝滞经络，留恋关节肌肉致关节肌肉疼痛、麻木不仁、屈伸不利、得温则减的风寒湿痹之象，由此形成了内有实热、外有风寒湿的寒热错杂证。

寒热错杂证可由风寒湿邪郁久化热而致。《素问·痹论》云：“风寒湿三气杂至，合而为痹。”元·朱丹溪《格致余论·阳有余阴不足论》云：“人受天地之气以生，天之阳气为气，地之阴气为血，故气常有余，血常不足。”阳有余而阴不足，乃致风寒湿三气更易化热化火。风寒借湿邪黏着、胶固之性，导致经络壅塞，气血郁滞不通，胶结难解。清·顾松园《医镜》云：“邪郁病久，风变为火，寒变为热，湿变为痰。”日久风寒湿邪郁而化热，形成寒热错杂证。

失治或治疗不当，使病邪性质转化，亦可演化为寒热错杂证。失治误治后，风寒湿痹经久不愈，形成既有风寒湿痹表现，又有风寒湿邪郁而化热或伤阴之象的寒热错杂证；寒证过用温热药物治疗不当时，形成既有风寒湿痹表现，又有温热药物伤阴的寒热错杂证。正如清·汪蕴谷《杂证会心录》所云：“又有服热药太过，胃中蕴热太深……医家不知清热降火，泥于风寒湿三气之说……愈服愈热。”

### 3 证属痰瘀痹阻，化痰祛瘀同治

RA患者关节肿胀，按之稍硬，伴有疼痛固定不移的症状，主要由于痰瘀痹阻所致，且痰瘀痹阻贯穿于病程的始终。正如清·叶天士在《临证指南医案》中云：“痹者，闭而不通之谓，正气为邪所阻，脏腑经络不能畅达，皆由气血亏损，腠理疏松，风寒湿三气得以乘虚外袭，留滞于内，致湿痰浊血，留注凝涩而得之。”又如清·刘一仁《医学传心录·痹证寒湿与风乘》所载：“风寒湿气侵入肌肤，流注经络，则津液为之不清，或变痰饮，或成瘀血，闭塞隧道，故作痛走注，或麻木不仁。”清·林佩琴《类证治裁·痹证》亦明确指出：“必有湿痰败血瘀滞经络。”以上均说明了痰瘀痹阻经络是痹证发生的主要病理机制。

《灵枢·百病始生》谓：“凝血蕴裹而不散，津液涩渗，著而不去，而积皆成矣。”首次阐明了痰瘀同病的病理现象。隋·巢元方《诸病源候论·诸痰候》提出：“诸痰者，此由血脉壅塞，饮水结聚，故成痰也”，明确提出了因瘀致痰的病理现象。《临证指南医案》载：“经以风寒湿三气合而为痹，然经年累月，外邪留著，气血皆伤，其化为败瘀凝痰，混处经络”，创立“久病入络”学说。清·唐容川在《血证论》中对痰瘀相关多有阐述发挥，如“血积既久，亦能化为痰水”，“瘀血流注，亦发肿胀者，乃血变成水之证”，进一步阐述了瘀血痰水相互化生胶结的病理机制。

RA病情缠绵，则久病致痰瘀。如清·沈金鳌《杂病源流犀烛·诸痹源流》云：“痹者，闭也，三气杂至，壅蔽经络，血气不行，不能随时祛散，故久而为痹。”《临证指南医案》亦云：“经以风寒湿三气合而为痹，然经年累月，外邪留著，气血皆伤，其化为败瘀凝痰，混处经络。”指出了痰瘀互结，痹阻经络是久病入络理论的病理基础。

痰浊与血瘀既是病理产物，又都是致病因素，二者之间相互影响，痰瘀之间相互转化，终致痰瘀同病。《灵枢·百病始生》亦谓：“凝血蕴裹而不散，津液涩渗，著而不去，而积皆成矣。”又如明·罗周彦《医宗粹言》所云：“先因伤血，血逆则气滞，气滞则生痰，与血相聚，名曰瘀血挟痰。”《血证论》更是明确指出：“须知痰水之壅，由瘀血使然。”以上都说明瘀血内停，阻碍气机，津液凝聚，则痰浊内生。另一方面痰浊内生，也可阻碍气机，使血行不畅，瘀血内生，正如明·虞抟在《医学正传》中所云：“津液稠黏，为痰为饮，积久渗入脉中，血为之浊。”说明痰或瘀一旦在体内形成，可互为因果，相互转化，形成痰瘀互生的恶性循环。

由于瘀血阻滞，影响气机通利，气滞血瘀，可使津液凝而为痰；痰浊阻滞，影响气血运行，反过来进一步加重气滞血瘀。故有“痰瘀同源”之说。朱丹溪在《丹溪心法》中创立“痰挟瘀血，遂成窠囊”之论，痰瘀胶结，深入经络脏腑，终成痼疾。

### 4 立法温经清化，拟温化蠲痹方

笔者认为，素体禀赋不足而致肝肾亏虚，营卫气血不足为RA发病之本，素体阳虚、或阳盛、或阴虚阳亢、或失治误治等因素，风寒湿邪侵袭，出现热痹

及阴虚内热，或湿热，伴有畏寒肢冷的症状，呈现寒热错杂之征；外邪痹阻于肌肤、筋脉、骨节，致水湿不运聚而为痰，血行不畅滞而为瘀，痰瘀胶结，病情难愈。本虚标实、寒热错杂、痰瘀痹阻为 RA 主要病机特点。

临床上，我们针对此病因病机，确立以温经化痰、清热化湿、化痰通络为主要的温经清化治法，拟温化蠲痹方治疗 RA 取得了满意临床疗效<sup>[1]</sup>。该方主要由防风、白芷、威灵仙、全蝎、蜈蚣、白芥子、僵蚕、延胡索、忍冬藤、丹参组成，关节疼痛明显者加穿山甲；关节畏寒明显者加桂枝；兼有湿热者加茵陈；兼有阴虚内热者加知母。方中防风、白芷、威灵仙、全蝎、蜈蚣均为辛温之品，具有温经通络、祛风

除湿，消肿止痛之功；全蝎、蜈蚣配伍，剔络搜邪；僵蚕与白芥子相伍，具有化痰消肿散结、通络止痛之功；忍冬藤、丹参、薏苡仁性寒，既能清热除痹、活血化痰，又能健脾而保护脾胃。全方配伍寒温并用，痰瘀并治，具有温通经络、化湿、化热(毒)、化痰、化痰的功效，使寒散、湿化、热除、痰消、瘀祛而治疗 RA。

#### [参考文献]

- [1] 刘喜德, 张金禄, 叶丽红, 等. 温化蠲痹方对类风湿关节炎患者外周血 TNF- $\alpha$ 、IL-1 $\beta$  的影响[J]. 中国中西医结合杂志, 2009, 29(9): 789-793.

(责任编辑:黎国昌)

## IgA 肾病从瘀论治探究

赵永凯<sup>1</sup>, 任艳芸<sup>2</sup> 指导:徐军建

1. 陕西中医学院 2012 级硕士研究生, 陕西 咸阳 712046; 2. 陕西中医学院附属医院, 陕西 咸阳 712046

[摘要] 从中医学微观之瘀、辨证之瘀及现代中药药理学等角度探讨 IgA 肾病从瘀论治的意义。认为 IgA 肾病临床以单纯血尿为主要特征, 属中医学尿血证范畴。IgA 肾病血尿发病的内因因素在于脏腑亏虚, 其中以肾脏的虚损为主。根据中医学“久病属瘀”、“离经之血便是瘀”等观点, 认为血瘀证几乎贯穿 IgA 肾病始终, 治疗血尿当以活血祛瘀为要。

[关键词] IgA 肾病; 微观辨证; 瘀; 活血祛瘀

[中图分类号] R692.3

[文献标识码] A

[文章编号] 0256-7415 (2014) 03-0006-03

IgA 肾病病理特点是肾小球系膜细胞和系膜基质增生、伴有以 IgA 为主的免疫复合物沉积, 虽然其他免疫球蛋白也可伴同沉积, 但强度较弱, 又称系膜性 IgA 肾病、IgA-IgG 肾病、IgA 相关性肾小球肾炎。临床表现以无症状血尿为主, 当时称良性血尿, 后来发现, 表现多样, 自无症状血尿到急进性肾小球肾炎均可出现, 约 40% 的病例可发展为终末肾<sup>[1]</sup>。

IgA 肾病血尿与中医学的尿血极为相似。尿血是一个病证名, 出自《金匱要略·五脏风寒积聚病脉证并治》, 曰: “热在下焦者, 则尿血。”《内经》称为溲血、溺血。中医学的尿血是指小便中混有血液, 或伴有血块而下, 多无疼痛感, 这与 IgA 肾病所见的肉眼血尿是相吻合的。随着中医学对肾脏病治疗的深入, 临床分型不再局限于肾气虚、肾阳虚、

[收稿日期] 2013-10-21

[作者简介] 赵永凯 (1983-), 男, 硕士研究生, 研究方向: 肾脏病的临床与实验研究。