

左振素诊治类风湿关节炎的经验

常冬梅 张 晗 周明爱
(临沂市中医医院, 山东临沂 276002)
指导: 左振素

摘 要 左振素教授对类风湿关节炎的诊治思路独具特点; 强调辨识病之轻重及分期, 重视预防及个体化治疗, 采取辨证与辨病相结合, 选法用药个体化, 分急慢性期分期论治, 权衡利弊选用西药, 推崇“杂合以治”理论。临床验之, 多获佳效。

关键词 类风湿关节炎 中医病机 中医药疗法 名医经验

中图分类号 R274.943 **文献标识码** A **文章编号** 1672-397X(2014)06-0020-03

左振素教授是全国第四批、第五批名老中医药专家学术经验继承导师, 从事中医内科临床工作近40载, 具有丰富的临床经验。笔者作为第五批全国名老中医药专家学术经验继承人, 有幸跟随左师临床, 收益匪浅。左师对类风湿关节炎(RA)的诊治思路独具特点, 现总结如下, 与同道共享。

1 病因病机认识

RA是一种慢性、炎性、系统性的自身免疫性疾病。以外周关节持续性和进行性的滑膜炎, 关节侵蚀性改变及进行性关节畸形为特点, 可累及全身多系统, 为临床难治之证。根据类风湿关节炎表现特点可归属于“顽痹”、“尪痹”范畴。左师认为类风湿关节炎的病因除常见的风寒湿外, “痰湿瘀毒”也是类风湿的主要病因。其发病主要是由于正气不

足, 腠理不密, 卫外不固, 或感受风、寒、湿、热等邪气所致, 而正气不足是发病的基础。

左师强调对类风湿关节炎应能够辨识病之轻重及分期, 因为RA有自限性和进行性、破坏性的临床类型, 预后差别很大, 及早明确诊断是治疗及预后的关键。关节病理过程可分为滑膜炎期、肉芽肿期和纤维化期。在滑膜炎期如能及时正确的诊断与治疗, 炎症过程可以被控制或终止, 预后良好。如果进入纤维化期已造成关节功能障碍, 治疗难度则加大, 关节功能恢复困难, 甚至可成永久性残废。

2 疑似病例重防轻治

类风湿关节炎的早期诊断是医生和患者都很关注的问题。对于有类风湿关节炎倾向, 仅有双手掌指关节或近端指间关节疼痛, 及双手指关节的短时晨

兰、杏仁、白薏仁、生苡仁、苍术、厚朴、茯苓等。

4.3 地域辨治 《素问·异法方宜论》提出: 东方之域……鱼盐之地……其民皆黑色疏理, 其病为痲瘍, 其治宜砭石; 西方……砂石之处……其民华实而脂肥……其病生于内, 其治宜毒药(为作用强烈的药物, 非真正有毒的药); 北方……闭藏之域也……其民乐野处而乳食, 脏寒生满病, 其治宜灸焫(一种温热的治疗方法); 南方阳光充足, 其民多皮肤致密而色红, 病证多挛挛麻痹, 其治宜针刺; 中央地平多湿, 其民食物较杂, 其病多羸弱发寒势, 其治宜按摩气功。龙师认为, 这些根据地域环境习惯影响人体素质而鉴识病证的经验, 对某一些具体病来说, 是有指导意义的。现代社会, 交通发达, 不同地域的人员流动性大, 如南方之人, 到北方后往往不

能耐受北方干燥寒冷的气候, 易患寒燥型咳嗽等; 北方之人, 到南方后不能耐受南方炎热多湿的气候, 易患湿疹等。在诊治这类疾病时, 医者应考虑到地域环境对治疗的影响, 治疗中针对性地运用相关药物。龙师告诫我们, 从地域上讲, 北方宜用温药, 南方常用清火之品, 西北方多用润药, 重庆等多雾之地每每于方中加用苍术、厚朴等燥湿之品, 而我们金陵江南水乡用药当轻灵, 温病多宗叶天士《临证指南医案》法。

第一作者: 陈新(1965-), 女, 本科学历, 主任医师, 内科学专业。

通讯作者: 程凌云, 103912322@qq.com

收稿日期: 2014-02-12

编辑: 傅如海

僵,其他无明显症状,化验检查也无阳性指标,不符合类风湿关节炎的诊断条件,左师以治未病思想为指导,预防为主。针对 RA 可能的影响因素,如环境因素、感染因素、遗传因素、个体因素、精神刺激以及内分泌失调等加以预防。其措施有五:一是避寒保暖,以防外邪内侵。做到适四时而调寒温,以减少环境因素对疾病的不良影响。二是舒畅情志,避免精神刺激。人的精神状态与 RA 的发生、发展有密切的关系,尤其处于更年期的女性是 RA 的高发阶段,更需注意情志的调摄,避免因精神刺激而诱发或使病情加重,保持良好的心态,对维持机体正常的免疫功能极为重要。三是调节饮食,加强营养。日常饮食的摄取也是调节免疫功能的重要环节,多食富含脂肪酸的鱼类而少食辛辣刺激之品,鱼类中富含的脂肪酸可调节人体的代谢、抑制炎性介质的产生、减缓 RA 的进展;过酸、过咸、过辣等食物不可摄入过多。四是适度运动,增强体质。所谓“正气内存,邪不可干”,“邪之所凑,其气必虚”,适当适度锻炼身体,有利于全身气血流畅,调节体内阴阳平衡,增强机体抗病能力。五是改善生活质量和生活状况,有研究认为,RA 在社会低经济状况者,尤其是未受中学以上教育的人中更为多见。采取以上措施,将发病控制在萌芽阶段。

3 辨证与辨病相结合

辨证是中医学的灵魂。左师临症始终把辨证论治作为指导诊治类风湿的基本法则,辨证祛风散寒化湿清热各有所偏,扶正祛瘀化痰通络适时选择。在符合中医辨证论治的前提下,选用一些现代药理研究证实有针对性治疗作用的药物,如穿山龙、青风藤、雷公藤等。特别是雷公藤,实验及临床研究证实对治疗 RA 有效。雷公藤的药用价值在我国明代已有记载,其味甘苦,性寒,有毒,功能祛风除湿、消肿止痛、解毒杀虫。西医药理研究发现在抗炎方面具有糖皮质激素相似之处,且无激素的依赖性。因其具有一定的毒副作用,临床上应用本品以水煎剂每日用量 10~15g,最大剂量不超过 20g 为宜,以文火煎 1h 以上为安全。若与生甘草配伍应用,不仅可以减轻其毒副作用,还可提高治疗效果。现在雷公藤制剂很多,已经普遍应用于临床,生产工艺已经减轻了其毒副作用。但左师强调应用雷公藤制剂仍应注意:婴幼儿不宜应用,未婚未育者慎用,老年人应减量使用。

4 选法用药个体化

每位类风湿关节炎患者的病情及病程阶段差异很大,对药物的反应情况也不一。左师强调风湿治疗方案的设计一定要个体化。要以最小的剂量,达到最好的治疗效果,把不良反应降到最低最小。轻证病人仅有关节痛,类风湿因子阳性,但滴度

不高者,用药量要轻,品种能少勿多。对恶性类风湿、急性活动期用药要重,量要足,采用中西药联用。老年人肝脏代谢功能及肾小球滤过率降低,导致药物代谢动力学改变,同时合并其他病者,治疗方案的选择难度增加,要慎之又慎。

5 分期辨治

左师认为类风湿关节炎急性活动期和稳定期病情程度和治疗用药差别很大,当分期辨治。

5.1 急性活动期 临床上医生所面对的类风湿病人大多数都处于活动期。活动期炎性反应明显,症状表现以热痛红肿为特点。化验检查血沉增快,类风湿因子阳性,C-反应蛋白增高和免疫球蛋白增高等。炎症改变多与热毒密切相关。所以类风湿的活动期,“热”和“毒”表现明显。其形成机理一是机体内蕴湿热毒;二是误治后热化所致:患者病初起恶风寒,得温舒,表现为风寒湿,应用香燥之品治之,久之化热助火、火毒内生;或糖皮质激素应用不当,使寒湿之邪化热、生火、蕴毒,轻则伤津耗气,重则灼阴炼液,形成活动期湿热毒未除而阴虚内热复生并存的局面。湿热毒羁留,相互胶结,阻滞气血,故活动期的治法当:清热解毒,祛风除湿,活血通络。清热解毒多选双花、连翘、蒲公英、板蓝根、半枝莲、白花蛇舌草、红藤、虎杖等;利湿消肿多选用薏苡仁、土茯苓、猫爪草、猪苓、泽泻等;活血通络常选用赤芍、丹皮、桃仁、红花、丹参、地鳖虫、王不留行等。其中红藤、虎杖、赤芍、丹皮有清热和活血双重作用。现代医学认为类风湿关节炎与感染和自身免疫反应有关,清热解毒药则具有广谱抗菌或抑制作用,能改善机体的反应性,调节免疫和全身各系统组织器官的功能。如水牛角、玄参、夏枯草、地丁等有通过增强机体抗感染应答反应而提高细胞免疫的作用;半枝莲、白花蛇舌草、蒲公英、板蓝根等则能通过抑制体液免疫而减少自身免疫反应对组织的损伤;双花、生地、紫草、雷公藤等则对体液和细胞免疫具有双向调节作用。

左师强调:清热解毒药物性味苦寒,长期大量使用可败坏脾胃,故对清热解毒药的选择,多选用苦而微寒或甘寒之品,如双花、蒲公英、半枝莲等,禁用或慎用黄柏、苦参等苦寒直折之品,或加用陈皮、毕澄茄、干姜、桂枝等,既能温中和胃,又散寒止痛或合用健脾益气、顾护脾胃之品,如党参、白术、茯苓等。

5.2 慢性缓解期 此期很多为久治不愈之顽痹,表现既有虚证,也有实证。虚有阴阳虚、气血虚、脾虚、肝肾虚等均可见;实证有风湿寒痹阻、瘀血、痰浊痹阻等等。治疗当辨证论治。

5.2.1 风寒湿痹 主要表现为肢体关节肌肉紧痛酸楚,麻木重着,活动障碍。若风邪偏胜,其疼痛呈游走

性,多见于上肢;若寒偏胜,其痛如刀割针扎,遇寒加重,得温痛减,痛处不红不热,较为固定,常有冷感;若湿偏重,痛处较为固定,且有明显重着感,肌肤麻木不仁,或患处明显肿胀。治拟散寒祛风胜湿,温经宣痹止痛。以乌头汤、薏苡仁汤或蠲痹汤加减。蠲痹汤为风寒湿痹通用方,全方温而不燥,通而不伤。

5.2.2 肾阳亏虚 多为痹症日久不愈,骨节疼痛,关节僵硬变形,冷感明显,筋肉萎缩,面色淡白无华,形寒肢冷,弯腰驼背,腰膝酸软,尿多便少或五更泻,舌淡白,脉沉弱。治拟温阳益气。以附子汤加味,可加桂心、干姜、甘草,以温阳散寒止痛。疼痛缓解后,酌加黄芪、当归、淫羊藿、桑寄生、阿胶、续断、巴戟天、怀牛膝、杜仲等以补益气血,温补肝肾,强壮筋骨。强调用桂、附中病即止,防过热之弊。

5.2.3 气血亏虚 表现为痹症日久不愈,骨节疼痛,时轻时重,而以屈伸时为甚,或筋肉时有惊掣跳动,面色少华,心悸乏力,短气自汗,肌肉瘦削,食少便溏,舌淡苔白,脉濡弱或细。治拟调补气血为主。以黄芪桂枝五物汤合四物汤、独活寄生汤加减。黄芪桂枝五物汤能和营之滞,助卫之行,《时方妙用》称之为痹症属虚者之总方。偏于血虚者,用四物汤为基本方酌情加味;气血两亏肝肾亏虚者用独活寄生汤为主加减。

5.2.4 顽痹 痹症历时较长,骨节僵硬变形,疼痛剧烈,不可屈伸,关节附近暗黑色,或疼痛麻木,关节或红肿疼痛,兼见发热而渴,尿短赤,或关节冰冷,遇气交之变,寒冷季节而痛甚,得热而安。舌质暗有瘀斑,脉细涩。治拟活血化瘀,化痰通络为主,兼以补肾养肝扶正。以身痛逐瘀汤,大、小活络丹,益肾蠲痹丸加减应用。身痛逐瘀汤用于疼痛经久不愈,痰瘀血结疼痛不已者。小活络丹温散风寒,兼化痰瘀。大活络丹药味较多,合祛风散寒和扶正诸药于一炉,最适宜于久病入络的患者。益肾蠲痹丸为标本兼顾之方,适宜于顽固性痛痹,正虚邪实,经久不愈及一般祛风散寒燥湿通络剂难以获效者。

6 权衡利弊选用西药

左师应用西药得心应手,取其利弃其弊,使副作用降至最低,发挥其最大的疗效。左师强调:非甾体抗炎药联合增毒不增效不可联用。尤其是老年患者可能同时患有多种疾病,年龄 ≥ 80 岁的老年患者,应尽可能不用。糖皮质激素,临床上以“双刃剑”评价概括其作用。应用激素要严格掌握适应证,用量要个体化。对 RA 患者在无禁忌证的前提下,加用小剂量激素(泼尼松 $\leq 10\text{mg}$)是安全的。尤其对起病较急,关节肿痛明显,关节外表现较严重或合并风湿性多肌痛的老年 RA 患者要毫不犹豫的选用激素

治疗。但要取最好疗效的最小剂量,疗程能短勿长。老年患者本身多存在骨质疏松,在应用激素治疗时更应注意防治骨质疏松。左师在运用激素的过程中,多辨证应用中药,以减轻激素的副作用,增强疗效,尽早减量。甲氨蝶呤(MTX)的应用也强调个体化,临床观察,大剂量应用并不是取得好的疗效的关键,关键是疗程,小剂量长疗程有利于病情的稳定,且副作用小。

7 强调以治未病思想防治 RA

“治未病”是中医学术思想的基本内容之一。其内容包括“治其未生,治其未成,治其未发”。左师经常强调类风湿关节炎的防治策略也需以中医“治未病”思想为指导。

在未病之前,即采取调护措施,防患于未然。如避寒保暖,做到适四时而调寒温;避免精神刺激,保持心情舒畅,调节饮食,加强营养。适度运动,增强身体素质。此为未病先防。

临床研究表明,RA 在最初 1 年内进展很快,70%~90%患者在起病后的 2 年内出现关节软骨及骨破坏;不合理治疗的 RA 患者,5~10 年的致残率高达 60%。目前国际公认的 RA 治疗窗口期为 3 个月,即发病后 3 个月内是类风湿治疗的关键时期,故以治未病的理念做到早期发现、早期正确的治疗,可使大多数患者病情得到控制和缓解。此为既病早治。

RA 在疾病的发展和治疗过程中会并发骨质疏松及诸多并发症,其严重程度与患者年龄、体重、RA 病程长短和疾病活动程度及是否合理治疗等密切相关,针对可能出现的并发症及早预防应贯穿治疗的始终。此为既病防变。

8 推崇“杂合以治”理论

左师推崇“杂合以治”理论。《素问·异法方宜论》曰:“圣人杂合以治,各得其所宜。”“杂合以治”即综合治疗。类风湿关节炎的病情不一,表现复杂,病程冗长,非一法之所效,一方之所能,一时之所及。要采取内治与外治相结合,中药与西药联用,单方验方对症选等方法。另外,类风湿关节炎经过合理规范系统的中西医结合治疗,症状会减轻,但症状的消失不等于疾病的治愈,故应监测病情的变化,防止复发。因此,RA 患者的愈后调养和护理同样是非常重要的。总之,临床医生应全面掌握、熟悉多种治疗方法和措施,为病人制定具有高度个体化的合理的综合治疗方案,以确保最好的疗效,达到预期目标。

第一作者:常冬梅(1973-),女,医学学士,副主任医师,从事中医内科临床工作。cdmsdly@163.com

收稿日期:2014-01-08

编辑:傅如海