

类风湿关节炎寒热错杂证病机分析

刘英 周翠英 庄秀萍

(山东中医药大学附属医院, 山东济南 250011)

摘要 “寒热错杂”一词原本是对《伤寒论》诸痞证的病机概括,主要是以方测证归纳而来。古代虽未将寒热错杂证单独作为类风湿关节炎的一个证型,但对于寒热错杂的现象早有认识,并做了较详细阐述,为后世治疗类风湿关节炎寒热错杂证奠定了基础。体质因素是寒热错杂证形成和转化的基础,风、寒、湿、热(暑)、燥、毒六种外因及内外合邪是致病和寒热错杂证形成的条件,临床失治误治是促发和加重本病寒热错杂证的重要因素。谨守病机,寒热并调是临床治疗类风湿关节炎寒热错杂证的关键所在。

关键词 类风湿关节炎 寒热错杂 中医病机

中图分类号 R259.932.2

文献标识码 A

文章编号 1672-397X(2014)11-0003-03

类风湿关节炎(RA)是一种以慢性、对称性、多关节非化脓性炎症为主要临床表现的全身性自身免疫病。晚期关节可出现不同程度的僵直和畸形。RA 中医归属为“痹证”“尪痹”范畴。风、寒、湿、热、痰、瘀、虚为本病基本病因,而其辨证的关键在于分清病性寒热之所属。临证类风湿关节炎往往有寒痹兼热象或热痹兼有寒象者,辨为寒热错杂证,治疗较纯寒纯热证更为棘手。现对寒热错杂证的病因病机加以分析,以进一步指导临床治疗。

1 类风湿关节炎“寒热错杂”证的含义、表现及辨证标准

“寒热错杂”一词原本是对《伤寒论》诸痞证的病机概括,主要是以方测证归纳而来。张仲景在《伤寒论》中涉及寒热互见、寒热并治的内容颇多,较为详细地阐述了寒热错杂理论。古人对于痹证的寒热错杂现象亦有较多论述,《金匮要略·中风历节病脉证治》提出“诸肢节疼痛,身体尪羸,脚肿如脱,头眩短气,温温欲吐,桂枝芍药知母汤主之”。如吴鞠通在《温病条辨·中焦湿温》中阐述痹证认为“因于寒者固多,痹之兼乎热者亦复不少。误用辛温,其害立见”。可见,古代虽未将寒热错杂证单独作为痹证的一个证型,但对于寒热错杂的现象早有认识,并做了较详细阐述,为后世治疗寒热错杂证奠定了基础。

寒热错杂证,即寒证和热证交错,同时出现的病症。临床上不论是寒证兼见热象,或热证兼见寒象,

或寒热并见皆可归为寒热错杂证。类风湿关节炎寒热错杂证常见的大致有以下几种表现:肢体关节作痛、肿胀,自觉局部灼热,关节活动不灵,可涉及一个或多个关节,又感畏风恶寒,脉象紧数,舌苔黄白相间;关节红肿热痛,或伴见结节红斑,但局部畏寒喜热,且得寒痛不减,苔黄或白,脉弦或紧或数;关节冷痛,沉重,局部喜暖,但伴有身热不扬,口渴不喜饮;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,舌质红、苔薄白;又如,寒邪所致之典型痛痹症状,但舌苔色黄;或临床一派热痹表现,但观其舌苔色白而厚,皆属寒热错杂之象^[1]。

RA 寒热错杂证辨证标准可参照《中国风湿病学》^[2]的类风湿关节炎“寒热错杂证”标准:关节肿痛而热,屈伸不利,晨僵,遇寒加重,得温则舒,或有关节畸形,舌质淡红或偏红,舌苔薄白或黄,脉弦数或缓。抑或 1993 年中华人民共和国卫生部制定发布的《中药新药临床研究指导原则》^[3]中的诊断标准:①肌肉关节疼痛,局部触之发热但自觉畏寒;②肌肉关节疼痛,触之不热但自觉发热,全身热象不显;③舌苔白或黄或黄白相间;④脉弦数。具备①或②参照③或④辨证即可确立。

我院风湿科 2008 年共观察 102 例类风湿关节炎患者,各种证型中湿热阻络证最常见,共 61 例(58.8%),其次为寒热错杂证 18 例(17.6%),瘀血痹阻证 10 例(9.8%)。2009 年共观察类风湿关节炎 152 例,各种证型中湿热阻络证仍最常见,共 104

基金项目:山东省中医管理局基金项目——中医病证结合治疗活动期类风湿关节炎的临床研究(2007-52)

例(68.4%),与RA活动期的表现相符,其次为寒热错杂证21例(13.8%),瘀血痹阻证15例(9.9%)。可见寒热错杂证属临床常见的辨证分型之一。

2 类风湿关节炎寒热错杂证的病因病机分析

2.1 体质因素

体质是个体生命过程中,在先天遗传和后天获得的基础上表现出的形态结构、生理功能和心理状态方面综合的、相对稳定的特质^[4]。体质因素在疾病的发生、发展、转归等各方面具有重要作用。①体质决定疾病的发生,现代中医学认为疾病的内因在很大程度上归于体质,即体质决定着疾病的发生与变化。②体质决定对某些病因及病变的易感性,不同体质对某种致病因素或某些疾病有着特殊易感性。③体质决定疾病的症候与发展过程。体质“从化”不同,决定了中医症候的不同和发生并发症的倾向性不同,具体治疗方法和选方用药也不同^[5-7]。

同样,在类风湿关节炎寒热错杂证的形成中,患者的体质因素也扮演着重要角色,不仅在很大程度上决定了其容易感受寒邪或热邪,还决定了其在发病后病情易发生寒化还是热化,是形成寒热错杂证的内在生理基础。《素问·痹论》云:“其寒者,阳气少,阴气多,与病相益,故寒也;其热者,阳气多,阴气少,病气胜,阳遭阴,故为痹热”,即说明了素体阳气不足,阴盛体质,易感受寒邪、湿邪,风寒湿邪入侵,从阴化寒,阻滞经络,凝滞关节,形成风寒湿痹。而湿热之体,易感受湿热之邪,或风寒湿邪入侵湿热之体,阴不胜阳,邪可从阳化热,阻于经络,痹阻气血经脉,滞留筋骨,发为热痹。表明疾病因为体质的差异而出现不同的寒热属性。《伤寒广要》曰:“凡人禀气各有盛衰,宿病各有寒热,因伤寒蒸起宿疾,更不在感异气而变者,假令素有寒者,多变阳虚阴盛之疾,或变阴毒也;素有热者,多变阳盛阴虚之疾或变阳毒也。”无论最初感邪如何,在其病程发展过程中,体质往往决定了最终的寒热状态及其进一步的演化趋势。现代研究通过各种统计分析方法及科学技术亦证实了这一理论。如李英帅^[8]研究发现,以阳气不足、虚寒表现为主要特征的阳虚体质者,阴寒内盛,卫外不固,气化无力,固摄不足,易患痹证、泄泻、感冒、自汗、水肿、痰饮、咳喘、遗尿;以阴液亏少,虚热表现为主要特征的阴虚体质者,阴津匮乏,易生内热,易患便秘、咳嗽、血证、消渴、肺痿。

2.2 外邪因素

邪气入侵是致病的重要条件。《素问·痹论》中记载“风寒湿三气杂至,合而为痹,其风气胜者为行痹,寒气胜者为痛痹,湿气胜者为著痹

也”,历代医家多由此认为风、寒、湿三种邪气是痹证发生的主要外在因素。至《诸病源候论》又有复合邪气之风湿痹论,之后逐渐出现热邪为病之湿热、暑湿论。汉代华佗在《中藏经·论痹》说:“痹者,风寒暑湿之气中于人脏腑之为也”,首次提出暑邪也为致痹之因。延至现代,名老中医路志正又提出燥邪为病^[9],也有医家认识到六淫过盛,化而成毒,邪毒侵蚀是RA的病因病机^[10-11]。总之,RA的外因致病有风、寒、湿、热(暑)、燥、毒六种。

虽然某种类型的体质对某种致病因子具有易感性,即中医学所说的“同气相求”,然而如果邪气太盛,则各种体质均可侵犯,如瘟疫之邪性烈易感,且感者必有热证;严寒烈风,避之不及,亦多有风寒外束之证。这就使体质易于感寒或寒化之人遭遇热邪,或易热之人冒触风寒时,必然产生寒热错杂之证。

类风湿关节炎患者,若素体阳虚,阳虚则阴盛,故平素有面色㿔白、畏寒、喜暖等里寒之象,当感受湿热之邪时,湿热之邪既可单独作用,又可引动阳虚不化形成内湿,流注于关节肌肉,出现局部的红肿热痛等热痹之象,由此形成了内有里寒、外有湿热的寒热错杂证;若素体阴虚,阴虚则阳亢,素日可有午后潮热、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,痹阻关节,又可见肌肉关节冷痛、拘急、屈伸不利、局部畏寒喜暖等寒痹表现,由此形成了内有虚热、外有风寒的寒热错杂证;若素体阳气偏盛,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,由此形成内有实热、外有风寒湿的寒热错杂证,《圣济总录》中“盖脏腑壅热,复遇风寒湿三气至……”即是指此^[12]。

2.3 内外合邪的影响

内外合邪是指内生之邪与外感之邪合而为病的情况。内生之邪主要包括内寒、内热(火)、内湿、内燥、内风、痰饮、水湿、瘀血等。外邪不仅可单独致病,相兼致病,也可与内邪合而致病,内邪与外邪两者相互纠缠,相因为病,使病机复杂化,产生寒热错杂之势。《伤寒论》第38条:“太阳中风,脉浮紧,发热恶寒,身疼痛,不汗出而烦躁者,大青龙汤主之”,即是指外感风寒,约束肌表,卫气迎拒,寒重郁遏,转而化热烦躁,变为里热之邪,内外混杂而成外寒里热之势,是为内生热邪与外感寒邪合而致病之理。此内生之热邪是由表寒不解,入里郁而化热产生的。

类风湿关节炎患者,风寒湿痹日久不愈,则“风

变为火,寒变为热”^[13],即可内生郁热之邪,热又可伤阴,由此形成外有风寒湿、内有郁热或虚热的寒热错杂证,临床表现为既有肢体关节疼痛,或游走不定,或痛有定处,或手足沉重、关节屈伸不利、得温痛减的风寒湿痹之象;又有风寒湿邪郁而化热或伤阴致关节肿大、舌苔薄黄等里热之象。类风湿关节炎后期,久病成瘀,瘀阻经络,脉络不通,瘀久化热,复感风寒之邪,则可形成内有瘀血、郁热或虚热,外有风寒湿的寒热错杂之证;临床表现为痛有定处,关节周围皮下结节或出现瘀斑、低热、关节红肿的瘀热表现,又有畏寒怕冷,遇寒加重的现象。平素嗜食辛辣,肥甘厚味者,可内生湿热之邪,湿热与外感风寒湿邪相合,可形成内热外寒之势,临床表现为胃脘灼痛、拒按、渴喜冷饮或胃脘嘈杂、消谷善饥、饥不欲食、痞胀不舒等胃热炽盛证或胃阴不足,阴虚内热之证,以及肢体关节疼痛,或游走不定,或痛有定处,或手足沉重、关节屈伸不利、得温痛减的风寒湿痹之象。而平素嗜食寒凉,可致脾胃虚寒,脾胃气机运化不畅,寒湿内停,当复感风湿热邪之时,可形成内寒外热之势,临床表现为纳呆食少、腹胀腹痛、身重便溏的中焦虚寒、中阳不足、寒湿困脾证,以及关节局部灼热红肿,得冷则舒的风湿热痹之象。

2.4 失治误治 治疗 RA 时,如果对 RA 患者病机把握不准,用药不对症或失去最佳治疗时机,邪气入里传变等等,会使患者病机更加复杂化,而成体内寒热并存、寒热错杂之证。祛风散寒是治疗痹证的常用方法,遣方多用辛温苦燥之剂,但是辛温苦燥之剂更易化燥伤阴,对阳常有余、阴常不足的痹证患者最易造成寒热错杂之势。西药中,激素是治疗 RA 的常用药物,许多学者,如罗月中、贾红莲、蔡仿等根据中医基本理论,观察激素使用以后的症候,认为激素乃“纯阳”之品,应用后中医症候易往热毒证、阴虚阳亢证及阴虚燥热证转变^[14-16]。临床中,我们也发现,如果 RA 患者长期、过量或不规则应用激素,可使中医证候向阴虚阳亢、阴虚燥热方面转化,从而出现寒热错杂证。临床表现为既有肢体关节疼痛、痛有定处、得温则减的风寒湿痹之象,又有温热药物耗伤阴津而出现口干、舌红、小便涩、大便干的阴津耗伤化热之象,由此形成外有风寒湿、内有阴伤化热的寒热错杂证。古代文献中也有因失治误治引起寒热错杂证的记载,如《杂证会心录》中有“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”^[17],《儒门事亲》中有“医家不分脏腑,不辨表里,便作寒湿脚气,乌之附之,汤之炕之……”^[18],均指此

种寒热错杂证。

寒热错杂证是类风湿关节炎常见的证型之一,体质因素是寒热错杂证形成和转化的基础,风、寒、湿、热(暑)、燥、毒六种外因及内外合邪是致病和寒热错杂证形成的条件,临床的失治误治是促发和加重寒热错杂证的重要因素。谨守病机,寒热并调是临床治疗寒热错杂证的关键所在。

3 参考文献

- [1] 路志正,焦树德,主编.实用中医风湿病学.北京:人民卫生出版社,1996:53
 - [2] 姜玉铃,主编.中国风湿病学.北京:人民卫生出版社,2001:2103
 - [3] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则(第一辑).1993:212
 - [4] 王琦.中医体质学.北京:人民卫生出版社,1995:2
 - [5] 许越.中医体质学说在中风病一级预防中的理论研究.广东:广州中医药大学,2008
 - [6] 李昇容.《伤寒论》与《东医寿世保元》体质学术思想的比较研究.北京:北京中医药大学,2003
 - [7] 汪涛,姚实林.中医证候规范化理论基础初探.中国中医基础医学杂志,2002,8(1):5
 - [8] 李英帅.阳虚、阴虚体质理论及代谢组学比较研究.北京:北京中医药大学,2009
 - [9] 路志正.国医大师路志正医案集·路志正医林集腋.北京:人民卫生出版社,2009:62
 - [10] 刘英,周海荣,周翠英.从毒探讨活动性类风湿关节炎的发病机制.山东中医杂志,2003,22(7):390
 - [11] 卢思俭.邪毒致病与类风湿关节炎.山东中医杂志,2005,24(4):200
 - [12] 赵佑.圣济总录.北京:人民卫生出版社,1982:509
 - [13] 顾松园.顾松园医镜.郑州:河南人民出版社,1961:179
 - [14] 罗月中.成人肾病综合征激素治疗的中医证候证型分析.中国中西医结合肾病杂志,2002,3(4):202
 - [15] 贾红莲.成人原发性肾病综合征激素治疗后症候演变规律研究.成都:成都中医药大学,2005
 - [16] 蔡仿.慢性肾小球肾炎应用激素前后的中医证候变化及主要证候的若干特点.南京:南京中医药大学,2009
 - [17] 汪文绮.珍本医书集成·杂证会心录.上海:上海科学技术出版社,1985:77
 - [18] 张子和.儒门事亲.郑州:河南人民出版社,1984:3
- 第一作者:刘英(1964-),女,医学博士,硕士研究生导师,主任医师,从事中西医结合风湿免疫疾病研究。
lytt_1994@163.com

收稿日期:2014-07-09

编辑:傅如海