

从伏风探讨复发性风湿症的辨治

王永锋¹ 侯秀娟² 康天伦¹

(1. 北京中医药大学第二临床医学院, 北京 100029; 2. 北京中医药大学东方医院, 北京 100078)

摘要 复发性风湿症是一种难治的风湿疾病,以游走性疼痛、反复发作、痛无定处为特点。基于伏风理论,复发性风湿症发病的前提条件可归纳为风邪内伏、营卫失调,反复发作的关键病机是伏风夹实、肝气郁滞。治疗可分期论治,以通为用,急性期以透达伏风、理气疏肝、蠲痹通络为法;慢性期以调和营卫、健脾益肾为法,佐以祛邪。附验案1则以佐证。

关键词 伏风;复发性风湿症;风邪内伏;肝气郁滞;分期论治

基金项目 北京市丰台区临床重点专科项目(丰卫健发〔2019〕172号)

复发性风湿症(palindromic rheumatism, PR)又称回纹型风湿症,临床表现为突然出现关节红、肿、热、痛,可累及手指、腕、肩、膝、踝等全身多个关节,疼痛呈游走性,在数小时或数天内可达高峰,短时间内又可缓解如常人,发作间期可无任何症状,发作后不遗留关节功能障碍^[1]。目前,PR的发病机制尚不明确,有研究认为,本病如同初发的类风湿关节炎(rheumatoid arthritis, RA),但在肌骨超声下没有典型的RA滑膜炎表现且炎性关节炎可逆^[2]。西医治疗PR以非甾体抗炎药或抗风湿药物来控制疾病进展^[3],但对患者的肝肾功能及胃肠道副作用较大。中医药以其辨证施治的特点,治疗PR具有显著优势^[4]。基于本病疼痛部位不固定、缠绵反复的发病特点,我们临证从伏风角度辨治PR,获得较好的疗效,现将辨治思路分享如下。

1 伏风的理论内涵

伏风的实质是伏邪与风邪的复合体。《内经》曰:“冬伤于寒,春必温病……秋伤于湿,冬生咳嗽”,此为当季邪气内伏机体而致病的最早记述。明代吴有性在《温疫论》^[5]中正式提出伏邪之名,其曰:“凡邪所客,有行邪,有伏邪……先伏而后行者,所谓温疫之邪,伏于膜原,如鸟栖巢,如兽藏穴,营卫所不关,药石所不及”,即机体感邪后不能立刻发病,伏藏体内,逾时而发之意^[6]。伏邪的性质并非一种,伏邪的潜藏部位亦不相同^[7]。清代王燕昌在《王氏医存》^[8]中记载:“伏匿诸病,六淫、诸郁、饮食、瘀血、结痰、积气、蓄水、诸虫皆有之。”可以看出伏邪的内涵具有广泛性,其不单是伏寒化热、伏气温病的狭义概念,还包含外感六淫及内生五邪之广义概念。

疗效。本文从《伤寒论》六经辨证角度探讨、归纳了失眠症在三阳三阴的病机、表现和治法。以六经辨治失眠,具有整体全局优势,值得进一步深入研究。

参考文献

- [1] 中国睡眠研究会.中国失眠症诊断和治疗指南[J].中华医学杂志,2017,97(24):1844.
- [2] DOPHEIDE J A. Insomnia overview: epidemiology, pathophysiology, diagnosis and monitoring, and nonpharmacologic therapy[J]. Am J Manag Care, 2020, 26(4 Suppl): S76.
- [3] 苏亮,陆峥.2017年中国失眠症诊断和治疗指南解读[J].世界临床药物,2018,39(4):217.
- [4] MADARI S, GOLEBIOWSKI R, MANSUKHANI M P, et al. Pharmacological management of insomnia[J]. Neurotherapeutics, 2021, 18(1): 44.

- [5] 张永利,吴坤,谭琨,等.失眠中医药治疗研究现状[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(9):80.
- [6] 中国中医科学院失眠症中医临床实践指南课题组.失眠症中医临床实践指南(WHO/WPO)[J].世界睡眠医学杂志,2016,3(1):8.
- [7] 柯雪帆.伤寒论选读[M].上海:上海科学技术出版社,1997:4.
- [8] 李赛美.浅谈糖尿病及其并发症六经辨治思路[J].中华中医药杂志,2007,22(12):857.

第一作者:李泽惠(1993—),女,博士研究生在读,研究方向为中医药防治心脑血管疾病。

通讯作者:李浩,医学博士,主任医师,博士研究生导师。xyhplihao1965@126.com

修回日期:2022-10-04

编辑:傅如海

风为百病之长,伏藏于人体则更易兼夹他邪。伏风除了具有伏邪隐匿、潜藏、积聚的特性之外,还具有风邪夹杂、播散、传递之特征。清代雷少逸在《时病论》^[9]中言:“风为六病之领袖,能统领诸气,如当春尚有余寒,则风中遂夹寒气,有感之者,是为风寒,其或天气大热,则风中遂夹热气,有感之者,是为风热,其或春雨连绵,地中湿气上泛,则风中遂夹湿气,是为风湿。”风邪有内外之分,内风源于人身阳气之变动,在一定条件下,内风潜伏于机体深部,不立即发病,隐匿存在,当受外风之侵袭扰动,达到伺机而发的阈值,成为伏风致病的发病形式。现代医家将伏风理论拓展应用到多种疾病中,如申玥等^[10]基于肠道伏风招引外风、引动肝风、化热直入少阴三种途径扰肾络的病机认识治疗IgA肾病;刘琉等^[11]认为伏风化燥、动血、化瘀、成毒并可引动内风,相兼致病而出现干燥综合征口眼干燥、皮疹瘙痒、疲乏、猖獗龋齿等症状。

2 从伏风探讨PR的病因病机

2.1 风邪内伏、营卫失调是PR发病的前提条件 汪受传教授认为伏风来自先天禀赋,因为遗传因素差异,形成特禀质^[12]。现代医学研究发现,PR患者可见NLRP12、TNFSFA等自身炎症性基因突变^[13],PR急性期伴有免疫学指标异常的患者,疾病发作时间更短,掌指关节受累更多,后期更易发展为类风湿关节炎^[14],此与伏邪隐匿潜藏、故邪易感新邪的特性相类似,而基因突变和免疫复合物的沉积皆可以引申为广义伏邪。临床上PR患者的关节常表现为游走性疼痛、痛无定处,与风性善动不居、游移不定的特点相符合。风为阳邪,风邪致病迅速且激烈,而PR患者发病时关节的疼痛往往发无定时,一旦发作,短时间内疼痛达到高峰,又在短时间内得到缓解,复如常人,此又与风邪致病迅捷、来去如风的特点不谋而合。研究还发现,PR的转变是多样的^[15],但以类风湿关节炎为主,还可转变为银屑病关节炎、未分化关节炎、血清阴性脊柱关节病等,亦可以看作是风邪“数变”之性的体现。

此外,伏风常伏藏于正虚之处,《类证治裁》^[16]云:“诸痹……良由营卫先虚,腠理不密,风寒湿乘虚内袭,正气为邪气所阻……久而成痹。”当机体营卫失和,阳气变动微缓,两虚相得,伏风潜藏于筋骨分肉之间,此时若患者外感邪气或药物饮食不当,内外因素刺激,新感引动伏风,类似外因刺激导致体内免疫系统进一步紊乱,从而促使PR的急性发作。

综上,可以看出风邪内伏、营卫失调的病机是符合PR的病理基础的,也是本病始发的前提条件。

2.2 伏风夹实、肝气郁滞是PR反复发作的关键病机 PR可归属于中医学“周痹”“行痹”范畴,《灵

枢·周痹》言:“风寒湿气,客于外分肉之间,迫切而为沫……此内不在脏,而外未发于皮,独居分肉之间,真气不能周,故名曰周痹。”其意为风寒湿邪气聚津阻滞经脉、腧穴所循行的地方或肌肉筋膜^[17],但邪未深入脏腑,也未散发肌表之外,致使人身气机郁闭而发为周痹,此与风湿病累及骨骼、肌肉、血管等多处结缔组织的表现类似。PR发病以关节痹痛动荡起伏为主要特征,而伏风具有夹杂性,易与寒、湿、热、痰、瘀、毒等邪实相兼为病,伏风夹实,侵入机体经络、皮肉、血脉、筋骨,阻滞机体营卫气血的运行,经络郁滞,故反复出现关节、肌腱及周边肌肉的疼痛、麻木、肿胀等。

此外,PR患者常因病情久发频发,表现为情志不舒,《内经》曰:“百病生于气也”,肝气内郁,厥阴风气升发失序,风阳内动,横穿络脉,筋络绌急,肝风引动藏于异处之伏风,肝失疏泄,伏风夹实,气血津液运行不畅,从而导致多关节的肿痛迁延反复。加之长期服用非甾体抗炎药物,患者脾气亏虚,肝气横逆,纳运失常,湿浊内生,伏风夹湿可深入血分,阻滞气机而致血瘀,湿瘀互结成窠囊,营卫经气开阖不利,顽邪难以缴伐,从而加重关节瘀堵。现代研究认为,肝失疏泄可致调节性T细胞的调控功能下降,出现免疫细胞功能紊乱,从而导致免疫相关性疾病^[18]。

所以,伏风夹实、肝气郁滞是形成本病反复性、凝滞性、顽固性的关键病机。

3 从伏风探讨PR的治疗

PR是一种慢性反复发作的疾病,发则有证可辨,伏则无迹可寻。临床治疗本病当标本兼顾,分期论治。急性期伏风潜藏夹杂、善行数变,当以透达伏风、理气舒肝、蠲痹通络为要;慢性期当注重调和营卫、健脾益肾,佐以祛邪。

3.1 急性期——透达伏风,理气舒肝,蠲痹通络 伏风贯穿于PR发病始终,故需全程使用风药。风药多辛,清轻宣透,轻以去实,药气芳香,具有行气散郁、通和化滞、升提阳气之功,可使气血津液流通,从而使风邪夹杂的各种致病因子及病理产物得以消除。若伏风潜伏较浅,可选用柴胡、防风、蔓荆子、葛根等宣风通达之品,轻宣伏风,柴胡可达少阳生发之气,防风可散上焦之滞气;若伏风夹寒湿潜伏较深,可选用羌活、独活、荆芥、桂枝等祛风散寒除湿之品,独活入肺肾,可理伏风、除风痹;伏风夹热者,可选用薄荷、连翘、蝉蜕等疏风透热之品,薄荷宣达郁热、清利伏热。《内经》云:“风气通于肝”,肝木禀春生之气,其化生荣,阳舒阴布,“风药”顺应肝木曲直升发之特性,促进肝木条达升发,以达理气舒肝之功。

此外,PR急性期还应兼顾患者所受邪气之性质、程度和部位。若见疼痛或发于上,或发于下,伴情绪郁闷、两胁不舒,女性见月经先后无定期等症状者,常以川芎配香附,其中香附理气开郁,为“气中之血药”,川芎祛风调气,为“血中之气药”,二者伍用,开气血之郁滞;若关节红肿疼痛甚者,可用四妙勇安汤加减以清热解毒、散结消肿;若关节沉重肿胀明显者,且伴口干口苦、大便黏腻等,以四妙散加土茯苓、豨莶草、车前草等清热利湿之品;若关节皮色偏暗、刺痛明显、有结节者,可用身痛逐瘀汤加白芥子、胆南星等活血化瘀、化痰散结之品。PR病程较长,伏风往往潜伏日久,且病位较深,透邪务必彻底,故临证可辨证选用僵蚕、地龙、乌梢蛇等虫蚁灵动之品,以搜剔经络肌肉之伏风痰瘀,其中全蝎与蜈蚣配伍内达脏腑以息风止痉,外穿筋骨以除痹止痛;其次还常配伍鸡血藤、青风藤等藤蔓药加强养血柔筋、通达四肢、蠲痹通络之功。

3.2 慢性期——调和营卫,健脾益肾,佐以祛邪 正气的强弱是PR是否发病的先决条件,营卫调和则伏风无处可藏。故PR慢性期常以桂枝汤加减以健脾和胃、调畅营卫。方中桂枝、芍药相伍寒热平调、散收结合,芍药还可养血柔肝;炙甘草、生姜、大枣充养脾胃,脾胃健则伏风消。若患病日久,多关节肌肉疼痛反复缠绵,肢体羸弱,汗出疲乏明显,当考虑气虚血痹,常选用黄芪桂枝五物汤加山萸肉益气温经、和血通痹,此时常重用黄芪30~60 g。《本经逢原》^[19]曰:“黄芪甘温,气薄味厚,升少降多,阴中阳也,能补五脏诸虚”;山萸肉的应用则仿张锡纯“曲直汤”之意,其认为山萸肉得木气最厚,酸性之中具有开通之力,可补肝兼通利血脉。若患者先天禀赋不足,后天劳倦伤肾或脾病日久及肾,肢体酸软无力,发作次数频繁,并且累及较多关节,出现类风湿关节炎相关自身抗体,此时当注重补肾健脾、养筋荣骨,常用杜仲、续断、桑寄生、山药、枸杞子等,以防PR演变为RA,出现骨损、筋挛、肉削的重症,正如《素问·生气通天论》所言:“肾气乃伤,高骨乃坏。”此外,PR慢性期以中老年患者居多,此类患者多感受外来风寒之邪,加之阳气衰减,多以周身关节恶风怕冷沉重、关节肿痛此起彼伏、舌多淡润水滑或白腻、脉多沉弱为特点,常选用真武汤加减以温肾散寒、逐湿止痛,用之多效;风寒湿化热者可选用桂枝芍药知母汤加减;若病邪日久,深达膜原,可佐以小柴胡汤开达三焦膜原,清透余邪。

4 验案举隅

郭某,男,50岁。2021年12月14日初诊。

主诉:全身多关节疼痛6年余,加重20 d。患者6年前无明显诱因出现双膝关节红肿疼痛,伴皮温升高,未予药物治疗,隔日可自行缓解。后逐渐出现双踝关节、双足趾关节、双腕关节、双手掌指关节反复交替发病,每月发作1~2次,红肿热痛明显,于多家医院就诊,查人类白细胞抗原、抗核抗体、抗环瓜氨酸肽抗体、补体C3、补体C4、免疫球蛋白、类风湿因子均为阴性,红细胞沉降率、C-反应蛋白未见异常,予双氯芬酸钠缓释片及清热解毒类中药治疗,症状可轻度缓解。近20 d症状发作较前频繁,每周3~4次,遂至北京中医药大学东方医院风湿科门诊就诊。刻下:双手掌指关节交替发作性疼痛,疼痛明显,2~3 d缓解,偶有左侧膝关节、左侧足趾关节红肿疼痛,程度轻,无口干,情绪焦虑,恶风怕冷,双手发凉,疲乏,汗出,无发热,无皮疹,无光过敏,无雷诺现象,腹部发凉,纳食不香,偶有反酸,眠可,阴囊潮湿,小便量少,大便如常,舌淡润水滑、苔白微腻,脉沉弦细。查体:双手1、3掌指关节压痛(+),左侧膝关节皮色淡红,皮温不高,压痛(+). 西医诊断:复发性风湿症;中医诊断:周痹(肾阳不足,肝郁脾虚,伏风夹湿)。治以温肾助阳、疏肝健脾、蠲痹通络。方选真武汤加减。处方:

炮附子15 g(先煎),炒白芍15 g,干姜15 g,茯苓15 g,麸炒白术15 g,麸炒苍术15 g,防风15 g,麸炒枳壳10 g,砂仁10 g,煅瓦楞子15 g,怀牛膝15 g,青风藤30 g,海风藤30 g,豨莶草30 g。14剂。每日1剂,水煎,炮附子先煎1 h,早晚分服。嘱患者对关节避寒保暖,保持心情愉悦。

2021年12月30日二诊:患者近2周双手掌指关节疼痛缓解,膝关节疼痛好转,左侧足趾关节疼痛发作1~2次,皮温不高,双手发凉好转,汗出恶风减轻,略感疲乏,阴囊潮湿,纳眠可,二便如常,舌淡润、苔白腻,脉沉紧略濡。予初诊方去煅瓦楞子、麸炒枳壳、海风藤,炮附子增量至30 g、青风藤增量至50 g,加生黄芪30 g、防己15 g、当归15 g、炒薏苡仁30 g、车前草15 g,14剂,炮附子先煎1.5 h,余法同前。

2022年1月14日三诊:患者近1个月双手掌指关节疼痛未再复发,左侧足趾关节疼痛发作1~2次,恶风、怕冷明显好转,汗出减少,阴囊潮湿感好转,纳眠可,二便调,舌淡润、苔薄白,脉沉弦细。于二诊方基础上将炮附子减量为15 g,14剂,煎服法同初诊。

半年后随访,患者诸症平稳,未有反复。

按:本案患者关节疼痛,缠绵难愈,病程多年,且年五十,久病及肾,肾阳虚衰,卫阳不足,伏风夹杂寒湿之邪侵袭机体,痹阻关节经脉,气血运行不畅,则

出现多关节疼痛反复发作、畏寒怕冷；阳气不足，营阴不能固摄，故汗出明显；阳气不达四末故双手发凉；加之长期服用非甾体抗炎药及清热解毒类中药，更损脾阳，脾阳不足，故出现疲乏、纳谷不香、腹部发凉；患病日久，情绪焦虑，肝气内郁，疏泄不畅，加之脾失运化，湿浊下注，则阴囊潮湿；舌淡润水滑、苔白微腻、脉沉弦细亦均为寒湿内蕴之象。诊断为周痹，辨证属肾阳不足、肝郁脾虚、伏风夹湿，故予真武汤加减。方中炮附子温补肾阳，散寒除湿，先煎以减轻其毒副作用；干姜易生姜，既佐炮附子温补肾阳，又可温振脾阳；麸炒苍术、麸炒白术同用健脾燥湿，配伍茯苓使湿去脾自健，脾健湿自化；炒白芍敛阴和营，还可制约干姜、炮附子刚燥之性；怀牛膝补肝肾，强筋骨；砂仁暖脾土之寒湿；麸炒枳壳宣散郁气；防风散肝舒脾，轻宣伏风；合青风藤、海风藤、豨莶草疏散伏风、除湿止痛；煅瓦楞子制酸止痛。全方标本兼治，共奏温肾助阳、疏肝健脾、蠲痹通络之功。二诊时，患者关节疼痛、双手发凉、怕冷恶风汗出症状改善，但阴囊潮湿，考虑患者寒湿之邪减轻，但下焦水湿尚存，故取防己黄芪汤之意继续加强益气温阳、利水逐湿之功；加当归养血活血；患者寒湿日久，阳气渐复，久郁之处必有伏阳，故加炒薏苡仁健脾除湿；加车前草利湿清热，同时清利郁热，制约温阳太过；青风藤温达肝脾、搜风胜湿，为蠲痹舒筋之要药，故增量用之以达显效；炮附子加量增强温阳化水之力。三诊时，患者临床症状得以明显缓解，此时温阳之力渐显，当遵循“壮火食气，少火生气”之旨，炮附子减量，以徐缓温之、利之，则伏风可绝之，周痹可痊愈。

5 结语

PR发病机制复杂，而伏风理论内涵丰富，且切合PR发病的病因病机，临床治疗当从伏风为切入点，周密诊查PR患者体内伏风之痕迹，以风邪内伏为始动因素，注重辨别患者营卫气血之虚实，鉴别伏风夹实之特征。治疗方面需分期论治，急性期以透达伏风、理气舒肝、蠲痹通络为主，慢性期以调和营卫、健脾益肾为要，佐以祛邪，重视风邪内伏、肝气郁滞的核心病机，依据正邪的比例灵活权衡“风药”的全程应用，标本兼治，可获得较为满意之疗效，值得临床进一步探讨。

参考文献

- [1] THAPA S, MEYSAMI A. Palindromic rheumatism : an unusual cause of chronic intermittent arthritis[J]. Am J Med, 2015, 128 (12) : e23.
- [2] MANKIA K, D'AGOSTINO M A, WAKEFIELD R J, et al. Identification of a distinct imaging phenotype may improve the management of palindromic rheumatism[J]. Ann Rheum Dis, 2019, 78 (1) : 43.
- [3] VAYSSADE M, TATAR Z, SOUBRIER M. Palindromic rheumatism[J]. Rev Med Interne, 2013, 34 (1) : 47.
- [4] 白雯, 乔树斌, 阎小萍. 阎小萍治疗复发性风湿症经验介绍[J]. 新中医, 2021, 53 (6) : 210.
- [5] 吴有性. 温疫论[M]. 张志斌, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2007 : 58.
- [6] 狄舒男, 于森, 周妍妍, 等. 伏邪概念实质探析[J]. 中医药学报, 2017, 45 (1) : 1.
- [7] 朱佩轩. 伏邪源流及理论发微[J]. 亚太传统医药, 2021, 17 (7) : 194.
- [8] 王燕昌. 王氏医存[M]. 程传浩, 吴新科, 校注. 郑州: 河南科学技术出版社, 2014 : 97.
- [9] 雷丰. 时病论[M]. 陈莲舫, 批注. 杨梅香, 郑金生, 校点. 福州: 福建科学技术出版社, 2010 : 32.
- [10] 申玥, 王耀献, 周静威, 等. 基于“肠道伏风”论治免疫球蛋白A肾病[J]. 环球中医药, 2021, 14 (12) : 2197.
- [11] 刘疏, 王洁宜, 冯波, 等. 干燥综合征伏风致病病机及治法探讨[J]. 浙江中医药大学学报, 2022, 46 (3) : 340.
- [12] 邹建华, 汪受传, 陶嘉磊. 汪受传从伏风论治小儿湿疹经验[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33 (7) : 2888.
- [13] WANG J J, ZHANG Q, XU L X, et al. A case of episodic and refractory arthritis due to a novel variant of NLRP12[J]. Ann Rheum Dis, 2022, 81 (2) : e33.
- [14] KHABBAZI A, HAJIALILOO M, KOLAH S, et al. A multicenter study of clinical and laboratory findings of palindromic rheumatism in Iran[J]. Int J Rheum Dis, 2012, 15 (4) : 427.
- [15] RAGHAVAN P, SREENATH S, CHERIAN S, et al. Efficacy of rituximab in resistant palindromic rheumatism : first report in literature[J]. Clin Rheumatol, 2019, 38(9) : 2399.
- [16] 林珮琴. 类证治裁[M]. 孙玉信, 朱平生, 主编. 上海: 第二军医大学出版社, 2008 : 271.
- [17] 赵志斌, 李伟红, 刘世敏. 《灵枢·周痹》中“迫切而为沫”的含义探析[J]. 风湿病与关节炎, 2021, 10 (9) : 62.
- [18] 赵昌林. 肝主疏泄为调控免疫功能的核心[J]. 中医杂志, 2017, 58 (7) : 568.
- [19] 张璐. 本经逢原[M]. 刘从明, 校注. 北京: 中医古籍出版社, 2017 : 30.

第一作者: 王永锋 (1996—), 男, 硕士研究生在读, 中医内科学风湿病方向。

通讯作者: 侯秀娟, 医学博士, 主任医师, 博士研究生导师. houxijuan2008@163.com

修回日期: 2022-11-02

编辑: 吴宁 张硕秋