

# 类风湿关节炎六经证治撷要

周建龙

(德阳市人民医院, 四川德阳 618000)

**摘要** 类风湿关节炎(RA)是一种以侵蚀性关节炎为主要表现的自身免疫性疾病,传统辨证模式多注重关节症状,而对本病的进展性和关节外并发症缺乏足够的重视。从六经论治RA能够整体、动态地把握本病的发生发展规律。本病始于厥阴,此时风毒内盛而伏于筋膜为核心病机;风毒还可上攻于眼目、内犯于心包,成厥阴变证。随着疾病进展,风毒渐入太阴,可上侮于手太阴肺金,亦能横逆犯于足太阴脾土。疾病后期,筋骨相连,子盗母气,足厥阴风毒常犯于足少阴肾;母病及子,则损及手少阴心。本病亦可兼入三阳,若少阳气化失司,膜腠郁闭,以致水热郁结;肝血不足,风毒内耗,则兼阳明燥化;肢节皮毛均属太阳之表,风毒壅遏营卫,则伤及皮毛手足。治疗当明辨六经病位,以祛风解毒为基本治则,选用定风丹化裁,可获良效。附验案1则以佐证。

**关键词** 类风湿关节炎;六经辨证;厥阴;风毒

类风湿关节炎(rheumatoid arthritis, RA)是一种慢性、进行性、高致残性自身免疫疾病,其基本病理表现为滑膜炎,以侵蚀性关节炎为主要临床表现,并可逐渐出现多系统、多器官损害<sup>[1-2]</sup>。类风湿关节炎晚期病情多反复且逐渐加重,可并发肺部疾病和心血管疾病<sup>[2]</sup>。本病病情错综复杂,其发病机制尚未明确,临床尚无特异性治疗措施<sup>[3]</sup>。非甾体抗炎药、改善风湿病情的药物、糖皮质激素、生物制剂等药物均能在一定程度上缓解类风湿关节炎关节症状,但药物毒副作用较大,且治疗周期长,给患者家庭和社会造成了巨大负担。

类风湿关节炎可归属于中医学“痹证”“尪痹”等范畴,病属本虚标实、虚实夹杂,肝肾不足、气血亏虚、阳气虚衰为发病之本,风寒、湿热、痰浊、瘀血痹阻为发病之标。中医治疗本病有着丰富的经验,但是传统的辨证模式是对疾病某一阶段病理性质的概括,往往以见症治症为主,且辨证中多只注重关节症状,而对本病的进展性和关节外并发症缺乏足够的重视。六经辨证理论是整体恒动观下的多维度、多靶点的辨证思维模式<sup>[4]</sup>,笔者试以六经理论为基础对类风湿关节炎的关节症状及关节外并发症作一整体动态的探析,以求证于同道。

## 1 始于厥阴

**1.1 核心病机——风毒内盛,伏于筋膜** 类风湿关节炎的基本病理表现为滑膜炎,滑膜属于中医学“筋膜”范畴。《素问·痿论》<sup>[5]</sup>云:“肝主身之筋

膜”,《类经》<sup>[6]</sup>亦言:“厥阴属肝,肝主筋,故络诸筋而一之,以成健运之用。”可知本病始于厥阴,病在筋膜。筋膜遍及全身多处关节,故本病以关节受累为主要表现。我国类风湿关节炎患者出现关节症状的平均年龄为46.15岁,确诊平均年龄为48.68岁<sup>[7]</sup>。究其缘由,女子以肝为先天,阴血为主,42岁开始三阳脉气血渐衰,至49岁左右冲任脉开始亏虚,令厥阴肝血不足于内;男子40岁开始肾水逐渐虚衰,至48岁左右精血阳气亏虚不能上荣,肾水既亏,无以涵木,故厥阴风木亦不足于内。故中年之时,男女皆有厥阴不足之基础,使得厥阴之所更易受到外邪侵袭。

类风湿关节炎的典型表现为不同程度的关节疼痛肿胀,伴有活动受限,晨僵可达1h以上<sup>[8]</sup>。《圣济总录》<sup>[9]</sup>提道:“中风百节疼痛者,由体虚受风,风邪中于关节,故令百节筋脉拘急疼痛……真邪相搏,所以痛也”,明确指出了疼痛为邪正相搏所致,“风邪中于关节”为主要原因。而关节肿胀与水湿停聚有关。《素问·痹论》谓:“风寒湿三气杂至,合而为痹”,然而类风湿关节炎致病之由亦非简单的杂合之气,而是致病性更强、更易传变的特殊邪气——风毒。风毒乃环境中的风湿蒸气与厥阴受病的内生风气,外内相合而产生的邪气,可夹寒夹热。孙思邈<sup>[10]</sup>有言:“夫风毒之气,皆起于地,地之寒暑风湿皆作蒸气……久而不瘥,遍及四肢腹背头项也。微时不觉,痼滞乃知。”正常情况下,厥阴风木之气,具有生发

长养的功能,然类风湿关节炎患者常有厥阴内虚之体,易生不当其位之邪风,化生风毒。

1.2 基本治法——祛风毒、散寒湿 风毒邪气,可夹寒夹热,但临床仍以夹寒为主,其所谓热者,是风毒久积,郁而所生。故以祛风毒、散寒湿为基本治法,笔者选用一方,出自《孙真人上唐太宗风药论》,此方原无方名,笔者据其主药天麻之别名为此方命名为“定风丹”。方中天麻乃厥阴风毒之正药;防风“主大风头眩痛……风行周身骨节疼痛”<sup>[11]</sup>;海桐皮“能入肝经血分,祛风除湿及行经络以达病所”<sup>[12]</sup>;何首乌、当归、川芎同为养血和血之品,有助养厥阴肝血以祛风之妙,即“治风先治血,血行风自灭”之意,且当归、川芎能“治一切风,一切血”<sup>[13]</sup>,足见二者祛风之力非弱;羌活、独活“皆能逐风胜湿,透关节利节”<sup>[14]</sup>;川乌“疗风痹半身不遂……治诸风”<sup>[15]</sup>,草乌“开顽痹以化痰,搜风毒以胜湿”<sup>[16]</sup>,二乌同用功在祛风毒、解湿痹。全方汇诸多风药以诛厥阴风毒。用法上,类风湿关节炎活动期予汤药服之,以快速缓解肿痛等关节症状;早期、并发症期或缓解期服以丸药,以达到根除风毒,阻止病情进展的目的。

1.3 厥阴变证——上攻于眼目,内犯于心包 类风湿关节炎累及眼部表现为干燥性角膜炎及巩膜炎,呈现眼干、眼红、眼痛、夜间痛甚、视力下降等<sup>[17]</sup>。足厥阴之脉上连目系,肝开窍于目。厥阴风毒内盛,耗伤肝血,目失所养,则眼干而视物不明;厥阴风毒夹火,循经上攻,致使目赤疼痛,而厥阴血分受病,则其痛夜甚。治宜祛风毒、养肝血、清火热,在定风丹基础上去川乌,加枸杞子、白菊花、生地黄、牡丹皮、密蒙花,热盛者酌加黄芩、石膏。

足厥阴肝经属木,主藏下焦之阴气,使血脉潜而精不泻;手厥阴心包络属火,主藏上焦之阴气,使阴血敛而火不作。手足相连,木火相生而风气流转。若足厥阴风毒内盛,手足相传,母病及子,致使相火虚衰,心包气液不得宣通,故而出现胸闷,甚则胸痛、呼吸困难等症状,与类风湿关节炎的心血管系统常见损害心包炎、心包积液<sup>[18]</sup>相吻合。治以定风丹加桂枝、茯苓、葶苈子、菖蒲等通阳化饮。若遇心包填塞,病情危重者,必要时行心包穿刺。

## 2 渐入太阴

2.1 上侮手太阴,治宜清肺排毒 类风湿关节炎相关间质性肺病(RA-ILD)是最常见的一种类风湿关节炎关节外表现<sup>[19]</sup>,初期以咳嗽、气喘为主要表现,随着病情进展,可逐渐出现气促、劳力性呼吸困难、胸闷、弥散功能降低和低氧血症,晚期可出现肺纤维化以及

呼吸衰竭<sup>[9]</sup>。早期厥阴风毒内盛,上侮于手太阴肺金,致使肺气受损、宣降失常。肺中亦有筋膜分布,即肺间质相关组织,而肺间质中血络分布较多。风毒壅塞筋膜,清浊之气不能更迭,胸中大气不能宣发,故有胸闷、呼吸困难、低氧血症等症。后期伤及肺管、气囊,浊气填塞,血行不畅,加之风毒夹痰夹瘀,充斥胸肺,为病尤甚。治当清肺排毒,方用定风丹去川乌,加麻黄、苦杏仁、石膏、全瓜蒌、枳壳、当归、地龙等。

2.2 横犯足太阴,治宜平木助土 类风湿关节炎的消化道症状主要为恶心、胃胀、食欲不振等<sup>[20]</sup>。脾主运化,为胃行其津液,并主四肢肌肉。厥阴风毒内盛,横逆犯于足太阴脾土,脾失运化,中焦气机郁滞,故见胃脘胀满、食少纳呆、神疲乏力;脾病而不能行津液以充养四肢、肌肉,则见肌肉瘦削、骨节肿大,治宜平木助土,方用定风丹合理中汤或桂枝芍药知母汤加减。桂枝芍药知母汤主治“诸肢节疼痛,身体羸羸,脚肿如脱,头眩短气,温温欲吐”<sup>[21]</sup>,此为厥阴风木内犯足太阴之证。待病症缓解,可将薯蓣丸改汤剂,送服定风丹,以达壮脾土、长肌肉之目的。

## 3 终至少阴

3.1 病及足少阴,治宜祛风毒、固肾精 类风湿关节炎进展到最后的典型症状为关节软骨和骨破坏,最终导致关节畸形和功能丧失<sup>[6]</sup>。骨质疏松亦是类风湿关节炎最常见的并发症。《圣济总录·伤折门》云:“诸脉从肉,诸筋从骨……连续缠固,手所以能摄,足所以能步”<sup>[22]</sup>,筋附于骨,肝主筋属木、肾主骨属水,二者缠连相生,然筋病最易伤骨。厥阴风毒内盛,伏于筋膜,久则及骨,损骨之形而耗损精血;木病及水,子盗母气,使得肾精亏虚,而肾虚又进一步导致骨失所养,加重骨精丢失,发为骨痿。治宜祛风毒、固肾精,方用定风丹加仙茅、淫羊藿、巴戟天、知母、盐黄柏、补骨脂、骨碎补、生牡蛎等补肾固精之品。

3.2 伤及手少阴,治宜祛风毒、化痰滞 类风湿关节炎后期严重心血管事件发生率显著上升,易发生如充血性心力衰竭和缺血性心脏病、心肌炎、冠状动脉血管炎、心律失常等心血管疾病<sup>[23]</sup>。手少阴属心,主血脉、司君火。人身肢体官窍,皆心脉所养。心君当不易受邪,但厥阴心包外裹之。厥阴风毒内盛,母病及子,伤于手少阴心脉,轻则脉络郁滞,重则心君形质受伤而心火衰微,如《医碥·痹》<sup>[24]</sup>云:“心烦心悸,嗑干善噫,厥气上则恐,是脉传心,为心痹”,故可见心悸、胸痹心痛、短气不得卧、肢肿等症。治法分在脉与在心:脉络郁滞者,以祛风毒、化痰滞为法,用定风丹煎汤送服大黄廑虫丸,取虫类药善搜风剔络之功;心

火衰微者,以助君火、祛风毒为法,用保元汤(《观聚方要补》)加减送服定风丹丸剂,配以桂枝、白术、人参、黄芪、当归、生附子等益气扶阳之品。

#### 4 兼顾三阳

4.1 中见少阳,治宜祛风解毒、和解少阳 《素问·六微旨大论》<sup>[5]</sup>云:“厥阴之上,风气治之,中见少阳。”厥阴风木与少阳相火互为表里。少阳三焦膜腠,决断于胆,同司相火之化。三焦膜腠为元气通行之道、水火运行之途。厥阴风木内盛,壅塞三焦,致使膜腠郁闭,相火内郁,水液停聚,故见少阳证,正所谓:“肿坚之处,必有伏阳,痰血交凝,定多蕴毒。”<sup>[25]</sup>治宜祛风解毒、和解少阳,方用定风丹去川乌、草乌合小柴胡汤化裁,痰湿甚者可用四妙丸。

4.2 反化燥金,治宜祛风解毒、养阴润燥 《寿世保元》<sup>[26]</sup>载:“风木为病,反见燥金之化者,由亢则害、承乃制也。况风能胜湿而为燥也。”厥阴风毒内盛,内损肝血,耗伤津液,则燥气偏胜,故见眼干、口干、大便干等阳明证。有研究报道,类风湿关节炎继发干燥综合征(SS)的比例为4%~31%,此类患者关节破坏程度较单纯类风湿关节炎患者更为严重<sup>[27]</sup>。治宜祛风解毒、养阴润燥,方用“定风丹”去川乌、草乌合四神煎(《验方新编》)加减,配以生黄芪、远志、牛膝、石斛、金银花等益气解毒养阴之品。

4.3 兼在太阳,治宜祛风毒、开太阳、通玄府 太阳主一身之表,为诸经之藩篱。类风湿关节炎以关节症状为主,而肢节即属广义之体表,受太阳经节制,故治关节病症多用解表之剂,或散风寒,或祛风湿。皮毛肌肤正属太阳之表,为营卫运行之地。皮肤之中亦有筋膜分布,如《疡医大全》<sup>[28]</sup>云:“膜者,皮下肉上筋膜也。”厥阴风毒内盛,损伤筋膜,阻滞络脉,闭塞膜腠,致使营卫郁滞,玄府不得宣通,痰湿瘀血搏结于皮下而生结节。皮肤之中络脉郁滞,则皮毛手足失于营养,变为易受邪之地,或邪毒侵袭,或跌仆损伤,或水火烫冻,常有疮疡、脱疽之患。治宜祛风毒、开太阳、通玄府,方用定风丹合阳和汤(《外科证治全生集》)加减。若兼皮肤感染而具热象时,则予定风丹去川乌、草乌合用麻黄连翘赤小豆汤(《伤寒论》)或合四妙勇安汤(《验方新编》)加减。

#### 5 验案举隅

李某,女,55岁。2021年10月19日初诊。

主诉:多关节肿痛2年,加重2个月。患者诉2年前开始出现双手关节胀痛,伴有晨僵,后逐渐累及双足等部位,行走时疼痛加重,未治疗。半年前患者于多地就医,服用抗炎止痛等药物后关节疼痛缓解,

但停药后病情反复。2个月前于某市级医院完善相关检查:类风湿因子80.9 IU/mL,抗环瓜氨酸肽抗体171.24 RU/mL,红细胞沉降率66 mm/h,C-反应蛋白1.71 mg/L,抗核抗体阴性。诊断为类风湿关节炎,予环磷酰胺、塞来昔布等药物治疗。患者诉服药后胃部不适,关节症状缓解不明显,遂来就诊。刻下:双手、肘、足等多关节肿痛,伴手指晨僵,持续约1h,温覆或揉搓后可缓解,平素怕冷,胃脘隐痛,食纳欠佳,大便稍溏,小便可,舌淡红、苔白腻,脉弦细。西医诊断:类风湿关节炎;中医诊断:痹病(厥阴风毒,兼太阴脾湿证)。治以祛风解毒,健脾化湿。予定风丹合理中汤化裁。处方:

天麻15g,防风10g,海桐皮15g,制何首乌20g,当归10g,川芎15g,羌活15g,独活20g,川乌10g(先煎)、草乌10g(先煎),党参15g,炒白术15g,茯苓15g,干姜10g,炙甘草15g。10剂。2日1剂,水煎,每日3次,每次150mL。

1个月后患者前来复诊,关节肿痛明显缓解,胃部不适好转。继予定风丹合理中汤化裁调治。

按:本案患者多关节肿痛伴手指晨僵、喜温覆,乃厥阴风毒兼寒湿痹阻之象;怕冷、胃脘隐痛、纳差、便溏为太阴脾虚夹湿之表现。患者为中年女性,天癸渐竭,冲任虚损,厥阴肝血不足于内,虚风成毒,筋膜失养,至虚之地而成容邪之所;脾阳耗伤,运化失调,寒湿内生;太阴脾虚,不能行其津液,四肢不得禀水谷气,则肢节为风毒寒湿所侵,终成顽痹难治之证。方选定风丹助厥阴以祛风毒,理中汤扶太阴以散寒湿。天麻、防风、海桐皮解表祛风;制何首乌、当归、川芎养血祛风;羌活、独活除湿祛风;川乌、草乌散寒祛风;干姜温阳散寒;四君子入太阴健脾祛湿。药证合拍,肿痛缓而胃疼好转。然本病终究属沉痾痼疾,药虽一时取效,但不可安于现状,后期仍需谨守六经证治规律加以调摄方能根治。

#### 6 结语

六经辨证非独为外感病而设,实为百病之立法。基于六经整体恒动观,能够更加全面地把握类风湿关节炎的关节损害与多器官受累并存的临床特点。风毒之邪贯穿于本病发生发展的全过程,其始在厥阴筋膜,可在厥阴本经手足相传,亦可外发于三阳经和内攻于太少二阴经。治当分六经之所在,以祛风毒为基本治法,既调整人体之状态,又紧扣病机之核心。以定风丹为基本方,融解表祛风、养血祛风、散寒祛风、除湿祛风等药为一体,从不同病机角度切入,以达到治疗类风湿关节炎的目的。

## 参考文献

- [1] 田新平,李梦涛,曾小峰.我国类风湿关节炎诊治现状与挑战:来自中国类风湿关节炎2019年年度报告[J].中华内科杂志,2021,60(7):593.
- [2] 中华医学会风湿病学分会.2018中国类风湿关节炎诊疗指南[J].中华内科杂志,2018,57(4):242.
- [3] 许海艳,况南珍,张瑜娟,等.类风湿性关节炎治疗方法的研究进展[J].南昌大学学报(医学版),2020,60(5):97.
- [4] 姜侠.六经辨证恒动观思想探讨[J].江西中医药,2007,38(7):10.
- [5] 佚名.素问[M].北京:中国医药科技出版社,1996:246.
- [6] 张景岳.类经[M].李廷荃,王新民,王润平,等,校注.太原:山西科学技术出版社,2013:216.
- [7] YU C, LI M T, DUAN X W, et al. Chinese registry of rheumatoid arthritis (CREDIT): I. Introduction and prevalence of remission in Chinese patients with rheumatoid arthritis[J]. Clin Exp Rheumatol, 2018, 36(5): 836.
- [8] 耿研,谢希,王昱,等.类风湿关节炎诊疗规范[J].中华内科杂志,2022,61(1):51.
- [9] 赵信,敕编.圣济总录:第2册[M].王振国,杨金萍,主校.北京:中国中医药出版社,2018:366.
- [10] 孙思邈.千金方[M].天津:天津科学技术出版社,2017:218.
- [11] 陈润东.《神农本草经》大字诵读版[M].北京:中国中医药出版社,2014:23.
- [12] 黄宫绣.本草求真[M].赵贵铭,点校.太原:山西科学技术出版社,2012:103.
- [13] 常敏毅,辑注.日华子本草辑注[M].北京:中国医药科技出版社,2016:38.
- [14] 李时珍.本草纲目[M].天津:天津科学技术出版社,2018:117.
- [15] 张元素.医学启源[M].北京:中国中医药出版社,2019:170.
- [16] 国家中医药管理局《中华本草》编委会.中华本草[M].上海:上海科学技术出版社,1999:1716.
- [17] 王文吉.巩膜炎[J].中国眼耳鼻喉科杂志,2021,21(2):79.
- [18] 吉恒东,邹红梅,路峰,等.类风湿关节炎心脏损害36例临床分析[J].中华全科医学,2011,9(3):403.
- [19] 赵张燕,慕永平.类风湿关节炎相关间质性肺病药物治疗现状和进展[J].医学理论与实践,2022,35(5):755.
- [20] 肖东藻,韩曼,唐晓颇,等.类风湿关节炎患者伴消化道症状现状调查[J].北京中医药,2021,40(4):345.
- [21] 黄元御.黄元御医学全书[M].北京:中国医药科技出版社,2016:664.
- [22] 程林,删定.圣济总录纂要:全1册[M].合肥:安徽科学技术出版社,1992:533.
- [23] 赵时菊,黄高忠.类风湿关节炎心血管病变的研究进展[J].中华老年多器官疾病杂志,2022,21(8):634.
- [24] 何梦瑶.医碥[M].北京:中国中医药出版社,2009:173.
- [25] 张秉成.成方便读[M].杨威,校注.北京:中国中医药出版社,2002:148.
- [26] 龚廷贤.寿世保元[M].孙洽熙,徐淑凤,李艳梅,等,点校.北京:中国中医药出版社,1993:30.
- [27] BROWN L E, FRITS M L, IANNACCONE C K, et al. Clinical characteristics of RA patients with secondary SS and association with joint damage[J]. Rheumatology, 2015, 54(5): 816.
- [28] 顾世澄.疡医大全[M].叶川,夏之秋,校注.北京:中国中医药出版社,1994:19.

第一作者:周建龙(1990—),男,医学硕士,主治医师,主要从事经方证治规律的研究。  
1057635036@qq.com

收稿日期:2023-03-17

编辑:蔡强

## 文末参考文献著录规则之页码的标注

根据国家标准GB/T 7714—2015《信息与文献 参考文献著录规则》的规定,本刊关于参考文献页码的著录做重要修订如下:(1)专著或期刊中析出文献的页码或引文页码,应采用阿拉伯数字著录,引自序言或扉页题词的页码,可按实际情况著录(例:钱学森.创建系统学[M].2版.太原:山西科学技术出版社,2001:序2.);(2)阅读型参考文献的页码著录文章的起始页,引文参考文献的页码著录引用信息所在页。阅读型参考文献指著者为撰写或编辑论著而阅读过的信息资源;引文参考文献指著者为撰写或编辑论著而引用的信息资源。例如:将谈勇等发表在本刊2015年第1期第1—4页的文章《夏桂成国医大师调治复发性流产经验探赜》作为阅读型参考文献引用时,页码著录为“1”;作为引文文献引用“夏老提出心-肾-子宫轴功能失常是流产病机关键”这一观点或原文时,著录这些引用信息的所在页“3”。更多有关本刊参考文献著录规则见本刊网站(www.jstem.cn)首页下载专区。