

基于“主客交”理论辨治干燥综合征摘要

张 静^{1,2} 郝冬林¹

(1. 南京中医药大学附属苏州市中医医院, 江苏苏州 215007; 2. 苏州市第九人民医院, 江苏苏州 215200)

摘 要 “主客交”理论出自《温疫论》,原用于温疫病后期变证的治疗,后被引申至人体正虚而邪毒胶结于血脉为病,对各种慢性疾病属正虚邪着、缠绵难解者有广泛适用性。干燥综合征又名“燥痹”,其病程漫长、经久难愈,属“痼疾”。本病病机责之于正虚外感、阴虚津亏、燥盛化毒、气滞血瘀等,由虚、燥、毒、瘀相互胶着所致,故适用“主客交”理论辨治。临证以扶正祛邪、分解主客为基本治法,运用麦冬地芍汤化裁治之,可获良效。附验案1则以佐证。

关键词 干燥综合征;主客交;燥痹;麦冬地芍汤

基金项目 苏州市姑苏卫生人才计划培养项目(GSW2020086);2023年度南京中医药大学自然科学基金项目(XZR2023020)

干燥综合征是一种慢性、炎性自身免疫性疾病,常累及唾液腺、泪腺等外分泌腺,临床主要表现为口干、眼干等症,后期累及肺、肾等多器官、多系统^[1531]。近年来,本病发病率呈逐年升高,已成为风湿免疫性疾病的常见病和多发病。目前干燥综合征尚无法根治,现代医学的治疗目的主要是改善临床症状,控制病情进展,避免多系统损害。治疗手段包括使用人工唾液、人工泪液改善口眼干症状,使用非甾体抗炎药减轻关节、肌肉疼痛等,出现系统损害时则根据受损器官及严重程度进行治疗^[2]。以上疗法仅仅是对症治疗,且存在诸如胃肠道反应、肝肾功能损害、骨髓抑制等不良反应。中医从脏腑辨证、三焦辨证、卫气营血辨证、六经辨证以及气血津液辨证入手治疗本病,疗效确切^[3]。研究证实,中西医结合治疗能显著改善干燥综合征患者口干、眼干等症状,且能减轻西药引起的毒副作用^{[1539[4]}。“主客交”理论由温病大家吴有性于《温疫论》^[581]一书中提出,其病机主旨为“主客交浑,搏结于血脉”,这与干燥综合征病因复杂、病程漫长、经久难愈的特征相似。笔者从“主客交”理论出发,探讨干燥综合征的病机与治法,以期临床诊疗该病提供新的思路和方法。

1 “主客交”理论溯源

“主”指正气,是对机体的抗病能力及物质基础的概括,正所谓“正气存内,邪不可干”。“客”指致病邪气,《灵枢·小针解》^[68]云:“客者,邪气也。”“交”是交互、胶固难解之意。“主客交”指人体正气衰微,不能驱邪外出,主客胶结难分,终为“痼疾”。“主客交”体现了疾病病机的复杂性,不同于常见的正气不

足,此时兼有外邪侵袭的病证,实为疾病发展中主客胶结为病、主客浑杂而成的病理状态。

《黄帝内经》中虽无“主客交”之命名,但已有“主气不足,客气胜也”^[7]、“两虚相得,乃客其形”^[611]、“邪气……藏于血脉之中,分肉之间,久留而不去”^[698]等论述,这些论述为正虚邪实、主客相搏理论的起源。东汉时期,张仲景《金匱要略·疟病脉证并治》^[8]中记载:“疟症,以月一日发,当以十五日愈;设不差,当月尽解;如其不差,当云何?师曰:此结为癥瘕,名曰疟母,急治之,宜鳖甲煎丸。”仲景描述的该病病机特点与“主客交”极其相似,体现了正虚而邪毒胶结于血脉的特点,故用鳖甲煎丸益气养血、逐瘀通络、达邪外出。至明代,温病大家吴又可首先提出“主客交”,其所著《温疫论·主客交》^[564]中记载:“不知正气衰微,不能托出,表邪留而不去,因与血脉合而为一,结为痼疾也。……夫痼疾者,所谓客邪胶固于血脉,主客交浑,最难得解,且愈久益固”,指出“主客交”是因素体虚弱或久病缠身复又外感疫邪,疫邪深入血脉而成痼疾的病理过程。清代医家薛雪在“主客交”理论上提出了“主客浑受”^[9],将“主客交”扩展到人体正气不足而邪毒胶结于血脉,主客浑受,缠绵难解的各类痼疾。

2 “主客交”理论与干燥综合征的相关性

2.1 西医病因病理演变的相似性 干燥综合征发病机制尚不明确,目前大多认为与遗传、感染、免疫、性别等因素有关。机体的基因多态性、遗传易感性为发病基础,在病毒感染、性激素异常等因素刺激下,引起自身免疫反应,局部淋巴细胞浸润,导致外分泌腺

体上皮细胞的凋亡,进而发生超常反应,产生自身抗体及免疫复合物^[10]。研究发现,在原发性干燥综合征患者的唇腺活检组织中有大量T细胞浸润,其中辅助性T细胞可导致B淋巴细胞功能亢进,产生多种自身抗体、免疫球蛋白和免疫复合物,这些细胞因子和炎症介质是造成局部组织损伤的重要原因^[11]。基于“主客交”理论,可从以下两个角度分析干燥综合征的病因病理演变:(1)感染、激素异常等因素均为外来“客邪”,遗传、免疫等因素为“主”;(2)抗原为致病因子属“客邪”,抗体是机体针对抗原而产生的抗病物质,属正气,为“主”。若邪盛正虚,正不胜邪,主客不能及时得以分解,主客交浑,从而发病。

2.2 中医病因病机的相符性 历代古籍中并无干燥综合征病名的记载,路志正教授根据“痹者,闭也,闭塞不通,不通则痛”的观点,结合干燥综合征发病特点,首次将本病命名为“燥痹”^[12]。路志正教授认为本病的核心病机为阴血亏虚、津液枯涸^[13]。左振素教授认为本病的病机特点是燥毒、阴虚、血瘀、脏损,且在整个病程中相互影响,互为因果^[14]。

干燥综合征的病因病机虚实夹杂,复杂多样,笔者认为,禀赋不足或后天失养致阴液亏虚为干燥综合征的发病基础,燥邪为患是本病发病的一个重要诱因。素体阴液亏虚,不能濡润脏腑、诸窍,燥热内生或复感外燥,则阴液亏虚益盛;燥邪久稽,伏于脏腑经络,酿燥成毒;津血同源,因津液生成和输布障碍,致血行不畅而成瘀;瘀血阻滞气机,致津液输布失常更甚。虚、燥、毒、瘀胶结为患,导致“因病致虚”“因虚致病”之恶性循环,形成缠绵难愈之痼疾。基于“主客交”理论分析,阴津亏虚为干燥综合征发病之“主”,而燥、瘀、毒等皆为发病之“客”,正虚邪着,主客交浑,胶着难化,故而发病。

3 扶正祛邪,分解主客

对于“主”,即燥痹之阴液不足,治当滋阴润燥以复正气,首选麦冬、北沙参、生地黄、玉竹、石斛、枸杞子、女贞子、山萸肉、天花粉等滋阴之品。养脾胃之阴可选用北沙参、麦冬、天花粉;滋肝肾之阴常选用生地黄、熟地黄、山萸肉、枸杞子。疾病后期,部分患者出现脾气虚弱、肾阳不足等阴损及阳的表现,形成气阴两虚、阴阳两虚之证,此时治宜益气养阴、阴阳并调,酌加黄芪、白术、太子参、菟丝子、益智仁等益气温阳之品。对于“客”,辨邪而逐之。夹瘀者,选用鸡血藤、桃仁、土鳖虫等药以活血通络;热毒盛者,可酌加蒲公英、紫花地丁、金银花等药以清热解毒;湿重者,加用萆薢、佩兰、豆蔻等化湿去浊之类;湿邪从热而化者,加用黄芩、佩兰、土茯苓、泽泻等药以清化湿热。需要注意的是,运用苦寒之品应中病即止,

防止苦寒太过,伤阴败胃;运用芳香化湿药应时刻顾护阴液,以防阴液耗伤之弊。

《血证论》^[15]云:“胞中有瘀血,则气为血阻,不得上升,水津因不得随气上布。”在扶正、祛邪的基础上应兼通络透邪以解除痼结于络之瘀邪,使主客得以分解而纠正“主客交浑”之状态。此法与叶天士“久病入络”“络以通为用”之论述相吻合。临床研究表明,干燥综合征患者存在不同程度的血液流变学改变和微循环障碍^[16],而活血通络不仅可通络行气以助津液输布,亦可通过祛瘀生新化生津血,加快脏腑功能的恢复。

4 以麦冬地芍汤为主方

麦冬地芍汤是江苏省名中医汪悦教授根据干燥综合征病机特点,并结合其多年临床经验,依法组方创制的经验方。该方化裁自清代名医吴鞠通《温病条辨》中的“增液汤”,由麦冬、生地黄、白芍、桃仁、紫菀组成。其中麦冬为君药,生地黄为臣药,白芍、桃仁、紫菀为佐使药。方中麦冬味甘柔润,性偏苦寒,善养阴润肺、益胃生津;生地黄养阴生津、清热凉血,补而不腻,与麦冬配伍,增强养阴生津之效,《本经逢原》^[17]载:“干地黄……内专凉血滋阴,外润皮肤荣泽。病人虚而有热者宜加用之”;白芍养血敛阴、柔肝止痛、平抑肝阳。以上3味针对燥痹之“主”。桃仁通利血脉,促进血行,分解痼结于络之瘀邪,桃仁又得春生之气,入血分而化瘀生新,其药性缓和而纯,无峻利克伐之弊;紫菀开宣肺气布津润燥,气行而血畅,《本草正义》^[18]云:“紫菀柔润有余,虽曰苦辛而温,非燥烈可比,专能开泄肺郁,定咳降逆,宣通室滞。……兼疏肺家气血。”上2味针对燥痹之“客”。全方共奏养阴清燥、活血通络之效,通过扶正散邪、分解主客,以除痼疾,体现“主客交”理论之立法。

5 验案举隅(郝冬林主诊)

刘某,女,52岁。2019年4月9日初诊。

主诉:口干、眼干10余年,加重1年。患者10余年前开始出现口干、眼干,伴颈部酸痛,在当地医院诊断为干燥综合征,予西药治疗后仍有口干、眼干,伴颈项不适,近1年来自觉症状加重。刻下:口干、眼干,双目酸胀,眼眶疼痛不适,颈部僵硬疼痛,腰酸头晕,胃纳欠馨,时有烦躁,夜寐多梦,大便干结难解,小便尚调,停经8个月,舌红、边有齿痕、苔少,脉细弦。西医诊断:干燥综合征;中医诊断:燥痹(阴虚燥热证)。治以养阴生津,清燥通络。方选麦冬地芍汤加减。处方:

麦冬10g,玄参10g,生地黄10g,炒白芍20g,石斛10g,芦根20g,天花粉15g,乌梅10g,金银花10g,枸杞子10g,菊花10g,谷精草15g,羌活15g,片姜黄10g,炙甘草6g。28剂。每日1剂,水煎,分2次服。

患者服完初诊方后,口干、眼干、颈肩酸痛诸症均得到有效减轻。继予麦冬地芍汤加减调治2月余,病情明显好转。

按语:本案患者为中年女性,正气渐衰、阴津匮乏为“主”,燥热内生,正虚邪恋,发为燥痹。病程日久,瘀血乃生,阻碍气机,致津液不能敷布,则燥证愈甚,致使口眼诸窍失濡,故见口眼干燥;燥盛成毒,燥、瘀、毒之“客”互结为患,相互胶着,阻于经络关节,故而关节僵硬疼痛;燥毒伏于五脏六腑,脏腑失养故而腰酸、头晕、纳差;虚火内扰,神不守舍,故见心烦不寐;舌红、苔少、脉细弦均为阴虚燥热之象。治以养阴生津、清燥通络之法,既不徒事滋补而增客邪壅滞,又不专攻外邪以致正气日衰,达扶正祛邪、分解主客之目的,选用麦冬地芍汤加减治疗。“燥者濡之”“燥以清驱之”,麦冬甘寒滋润、生津润燥为君药;玄参、生地黄、石斛、炒白芍为臣药,玄参清热养阴生津,启肾水以滋肺津,生地黄、石斛滋润生津,炒白芍滋阴养血、敛阴和营,四者与麦冬相须为用,共奏滋阴润燥之效,针对燥痹之“主”。芦根、天花粉相须为用,清热生津;乌梅味酸,长于生津止渴;金银花清热解毒而无伤阴化燥之弊且可透热转气;枸杞子补肝肾明目,菊花、谷精草清肝明目,三药合用,补泻相宜,治疗肝肾精血亏虚之两目干涩;对于兼症,以片姜黄辛温行散、活血行气、通经止痛,羌活祛风胜湿止痛,二药相伍,起祛风湿行气血止痹痛之效,与前药相合,使滋阴而不滞、温通而不燥。以上9味为佐药,针对燥痹之“客”。玄参、麦冬、生地黄相伍取“增液汤”之意以“增水行舟”,可滋阴润燥通便。炙甘草为佐使药,补益脾肺、调和诸药,与乌梅、白芍为伍又可酸甘化阴。诸药合用,养阴生津以复正气、润燥清热通络而逐客邪,阴精充足,布散于全身,使清窍得养、血脉通畅,故而痼疾得蠲。原方桃仁润肠通便,部分干燥综合征大便秘结者同时使用养阴药和桃仁后易出现大便溏薄甚或腹泻,而仅用养阴生津之品,大便干结之症即可迎刃而解。故临证常先以养阴药投石问路,如大便仍干结者,再加用桃仁,反之则不加用。

6 结语

干燥综合征症状反复、经久难愈,病性总属本虚标实,虚、燥、毒、瘀胶结为患,其病理演变与“主客交”思想相契合。在“主客交”理论指导下辨治干燥综合征可为中医药治疗该病提供新的思路。根据其“正虚邪着,主客交浑”之病机特点,以“扶正祛邪,分解主客”为基本治则,临证时于调补气血阴阳不足治“主”的同时,予以透邪通络治“客”,使主客分离,

正复邪去,燥痹得愈。中医古籍浩如烟海,蕴含着我国历代先贤丰富的临床经验,具有重要的研究价值,我们可以进一步挖掘更多的经典理论或者古方用以指导临床,为“痼疾”的治疗提供新思路、新方法。

参考文献

- [1] 王承德,沈丕安,胡荫奇.实用中医风湿病学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2009.
- [2] 张奉春,栗占国.内科学:风湿免疫科分册[M].北京:人民卫生出版社,2015:50.
- [3] 凌琰嘉,苏晓,夏嘉.中医药辨证治疗干燥综合征研究进展[J].河北中医,2021,43(9):1575.
- [4] 宣磊.董振华学术经验总结及滋阴祛湿法治疗原发性干燥综合征的临床研究[D].北京:中国中医科学院,2017.
- [5] 吴又可.温疫论[M].北京:中国医药科技出版社,2019.
- [6] 佚名.灵枢经[M].戴铭,金勇,员晓云,点校.南宁:广西科学技术出版社,2016.
- [7] 佚名.素问[M].北京:中国医药科技出版社,1996:441.
- [8] 张仲景.金匱要略[M].胡菲,高忠樑,张玉萍,校注.福州:福建科学技术出版社,2011:16.
- [9] 薛雪.温热论[M].北京:人民卫生出版社,2007:59.
- [10] 刘维.风湿病中医临床诊疗丛书:干燥综合征分册[M].北京:中国中医药出版社,2020:35.
- [11] 杨丹娜.益气润燥方治疗气阴两虚型原发性干燥综合征的临床疗效观察[D].兰州:甘肃中医药大学,2022.
- [12] 钱丹琪,姜泉,杜羽.路志正教授燥痹理论形成之古籍溯源[J].风湿病与关节炎,2012,1(5):48.
- [13] 姜泉,张华东,陈祎,等.路志正治疗干燥综合征经验[J].中医杂志,2016,57(6):463.
- [14] 宋文采.左振素教授论治干燥综合征经验[J].内蒙古中医药,2017,36(5):40.
- [15] 唐容川,著.血证论[M].金香兰,校注.北京:中国中医药出版社,1996:142.
- [16] 张高正博,田曼婷,丁长伟,等.动脉自旋标记成像诊断干燥综合征早期腮腺损伤的临床价值[J].磁共振成像,2023,14(5):92.
- [17] 张璐.撰.本经逢原[M].北京:中国中医药出版社,2007:79.
- [18] 张山雷,著.本草正义[M].程东旗,点校.福州:福建科学技术出版社,2006:134.

第一作者:张静(1987—),女,硕士研究生在读,主治中医师,中医风湿病学专业。

通讯作者:郝冬林,医学硕士,主任中医师,硕士研究生导师。haodonglin2006@163.com

收稿日期:2023-07-06

编辑:蔡强