

中医药治疗类风湿关节炎的体会

★ 郑小波 指导:刘维 (天津中医药大学 天津 300193)

摘要:类风湿关节炎(RA)是一种以炎症性多关节炎为主要特征的全身性自身免疫性疾病,属于中医痹证范畴。RA病程长,在不同的阶段其病机各异,急性期以寒热错杂、湿毒痹阻为主;稳定期以肝肾不足、气血亏虚为主;晚期以痰瘀互结、痹阻经络为主,而瘀血阻络则贯穿疾病的始终,故临床上应根据不同阶段的病机对其进行辨证论治。分阶段治疗 RA,体现了中医药治疗 RA 的灵活性和多样性。在治疗过程中还应注意顾护脾胃和调节情志。

关键词:类风湿关节炎;中医药疗法

中图分类号:R 593.22 **文献标识码:**A

类风湿关节炎(Rheumatoid Arthritis, RA)是一种常见的以关节组织慢性炎症性病变为主要表现的自身免疫性疾病,其发病率、致残率均高,病情缠绵难愈。主要侵犯关节的滑膜,临床上以关节肿胀疼痛、活动受限、晨僵,晚期关节僵直变形为特征。

RA 相当于中医的“痹证”、“历节”、“白虎历节”、“鹤膝风”等,早在《素问·痹论》就有相关的论述,提出了素体正气不足,与外感风寒湿的“内外相合”致痹的观点,成为了历代中医学者们进行痹证研究的圭臬。后经历代医家的反复实践,不断总结、提高,积累了大量治疗 RA 的经验。笔者跟随导师刘维教授临证所学及参阅历代医家对痹证论述的相关文献,认为临床上对 RA 的治疗应该按活动期、稳定期、晚期分阶段治疗。通常 RA 活动期以外邪为主导,稳定期以正虚为主,晚期则以痰瘀互结、痹阻经络为主要矛盾。

1 急性期宜寒热并用,解毒消肿止痛

临床上多数 RA 活动期的病人既有明显晨僵,

肢体关节疼痛肿胀,痛有定处,关节屈伸不利,得热则痛减,得寒则痛增的寒象;又有关节红肿热痛,潮热汗出,口苦,心烦,便秘,舌红等热象,表现为寒热错杂之证,单独表现为寒证或热证的并不多见。形成寒热错杂证的原因是多方面的,既有患者体质的阴阳偏盛偏衰之因,又有风寒湿邪入里化热之故。二者相互作用,从而形成了寒热错杂之证。寒热并用法当首推张仲景《伤寒杂病论》,其治疗历节病所采用的桂枝芍药知母汤为治疗阴阳俱痹的寒热并用之方,以,其后的历代医家亦多有发挥。

关节肿胀疼痛是活动期 RA 病人最突出的症状,严重影响了患者的日常生活。如果患者的关节肿胀疼痛不能得到及时缓解,将影响进一步的治疗。我们认为痹病初起虽表现在经络关节,但病变根基在全身,病理关键在毒,抓住毒侵这一主线,明辨虚实寒热,才能控制痹病的病情发展^[1]。湿邪属阴质有形,留注关节,“湿盛则肿”,用“毒邪”的病理概念去认识历节病的发病规律,当首推的孙思邈,并在治

液渐生,痉挛性疼痛自止。同时应注意,两次透析之间的体重变动尽可能小(不超过 1~1.5 kg),使用透析液含钠量不低于 135 mmol/L。

7 瘙痒

血透病人常可发生皮肤瘙痒症,使用镇静药或抗组织胺药常不能解决问题。常见肌肤甲错、干燥有积粉、粗而不润、搔之有白痕、遍体皮肤有破损、血迹斑斑,有的患者口渴心烦、呼吸气臭、脉细数、舌苔变化不一,属于中医学“血风疮”之范畴。此乃营血不足,血不养肝,风从内生,风胜致血枯、肌肤不润而致,故治疗采用养血活血和络之品,少佐祛风

之药,方选四物汤合二至丸加减:当归 12 g、白芍 15 g、生地 20 g、川芎 6 g、女贞子 12 g、旱莲草 12 g、白藓皮 12 g、竹叶心 10 g。若口渴甚,可加天花粉、石斛等生津止渴;若皮肤血斑较多,则加桃仁、红花、赤芍活血化瘀,即所谓“治风先治血、血行风自灭”。

对透析配合中药治疗后,病情稳定,症状缓解的患者,叶教授自拟“养肾汤”(人参、巴戟天、肉苁蓉、枸杞子、附子各 10 g,熟地、茯苓各 20 g,淫羊藿 15 g,丹参、黄芪、益母草各 30 g)治疗,对恢复肾功能有较好的作用,配合投用调理脾胃及利尿药物,则其功更彰。

(收稿日期:2007-10-10)

疗上确立了清热解毒的法则。其为“热毒流入四肢历节肿痛”所创设的犀角汤,在痹证学术发展史上是一个历史性的进步,为后世医家开拓了探讨思路。在临床上对于急性期关节肿胀疼痛的患者用白花蛇舌草、土茯苓、黄柏、蚤休等药物往往能取得满意的疗效,并且可清除免疫复合物在关节腔的沉积,降低CRP,抑制体液免疫,阻遏活动期RA免疫病理的作用。同时还可以适当配合中药熏洗患处,外用中药作用迅速,直达病所,有较好的止痛消肿作用。

2 稳定期宜滋补肝肾,益气养血

RA的发生最根本的原因是由于机体肝肾不足,气血虚弱,风寒湿等外邪的侵袭是疾病诱发和加重的因素。肝藏血,主疏泄,喜条达,主筋荣爪,为罢极之本;肾藏精,主骨生髓,为先天之本,肾中元阳之气,化生卫气,抗御病邪,通过补益肝肾,一方面能扶正祛邪,强壮体质,有利于驱邪外出,蠲痹止痛,缩短病程;另一方面具有坚骨的作用^[2]。同时,气血虚弱,使关节失养而不用,筋骨失养而挛缩,通过益气养血之法可以使气血旺而筋骨得养。实验研究亦证明黄芪等益气养血药对免疫有着双向调节作用,不仅可以提高机体的免疫功能,而且还能防止自身免疫性疾病的发生。

3 晚期宜涤痰祛瘀,搜剔经络

RA末期,形体羸瘦,腰脊酸痛,关节畸形,僵直强硬,屈伸不能,活动受限。清代林佩琴《类证治裁·痹证论治》中认为“痹久不愈,必有湿痰败血瘀滞经络。”清代董西元在《医级·杂病》中论述痹之病因时明确提出“痹非三气,患在痰瘀”,都丰富和发展了“痰瘀致痹”学说。近年来随着人们对RA认识的不断深入,“痰瘀致痹”学说也日益受到重视。如陈氏等^[3]对600例RA患者进行中医分型研究,结果显示,风寒湿痹占43.5%,风湿热痹占43.5%,痰瘀互结占7%,肝肾阴虚占6%,并指出痰瘀互结是风湿病中的一个重要证候,多出现于风湿病的中后期。金氏等^[4]报道,129例RA患者中肿胀局限,或有皮下结节者67例(占43.1%),骨僵硬畸形者112例(占56.3%),提示瘀血、痰浊是本病重要的致病因素。痰瘀胶着于骨骱,痹阻经络,损害筋骨关节,导致关节肿大变形,肢体僵硬。

4 活血化瘀法应贯穿治疗的始终

由于RA病程长,病情迁延不愈,日久入络而见瘀血之象。《素问·五脏生成论》:“血凝于肤者为痹,凝于脉者为泣,凝于足者为厥”,可见早在《内经》中就有对瘀血致痹的认识。清代叶天士更明确提出了

“久病入络”,并提倡使用虫类药物。近年来对瘀血在痹证中的作用愈来愈受到重视。一些学者对RA病因病机进入深入探讨,认为瘀血夹杂、痹阻经络是其基本特征。药理研究亦表明许多活血化瘀药如丹参、川芎能抑制RA滑膜炎血管内皮细胞,平滑肌细胞的生长,从而抑制血管增生和新生血管的形成^[5,6],对阻止RA滑膜炎的进展和骨质侵袭可能起作用。在活血化瘀药中,应重视枝藤、节类药物的使用,因为其不仅具有活血通络之功,而且能引诸药到四肢小关节,并且其寒热之性并不明显,可与多种药物配合使用。

5 治疗过程中应顾护脾胃

李东垣在《脾胃论》中曾提出“内伤脾胃,百病由生”。因RA病程长,病情迁延不愈,符合“湿”的病理特性,内湿之因在于脾,外湿亦容易困脾。故脾胃功能强弱在痹证发病中起着重要的作用。此外,治疗RA常用的滋补肝肾药、虫类药和非甾体类消炎止痛药,久服易损伤脾胃,引起胃脘胀满不适、恶心、呕吐、纳差等,严重时不得不暂停治疗。所以在治疗过程中应时时注意顾护脾胃。

6 重视调节情志

东汉华佗所著《中藏经》中第一次提出了七情致痹说“气痹者,愁忧思喜怒过多…注于下,则腰脚重而不能行”。可见古人在两千年前就认识到情志与RA的发病关系。据我们临床观察,确有一部分病人起于精神刺激。还有人报道RA病人性格多属内向型、敏感、多虑性情、多抑郁。同时,患者被确诊为RA后将面临着致残的心理阴影,患病后将导致生活能力的下降,且RA的治疗将给家庭带来沉重的经济负担,所以患病后易导致患者精神抑郁,加重病情。现代医学亦报道情绪刺激可以直接或间接地通过内分泌系统的中间递质,从而使关节症状加重。

参考文献

- [1]刘维.毒痹论[J].中国中医基础医学杂志,2007,13(1):15.
- [2]王建文,徐长松.周学平教授治疗类风湿性关节炎经验[J].吉林中医药,2003,23(11):4-5.
- [3]陈丽华,倪立青,杨晓凌,等.600例类风湿性关节炎患者的中医分型研究[J].上海中医杂志,2000(2):11-13.
- [4]金石,汪锐.类风湿关节炎证治体会[J].实用中医内科杂志,1993,7(4):19-20.
- [5]周伟东,潘明新,何红兵,等.川芎嗪和阿司匹林对组织培养中内皮细胞生长影响[J].第一军医大学学报,1992(12):52.
- [6]孟析.复方丹参液抑制角膜碱烧伤后新生血管形成的实验研究[J].中国中医眼科杂志,1995(5):195.

(收稿日期:2007-10-16)