

# 类风湿关节炎的中医治则治法\*

牧小瑞<sup>1</sup> 姜 泉<sup>2\*\*</sup>

(1. 浙江中医药大学第三临床医学院, 浙江 杭州 310053; 2. 中国中医科学院广安门医院, 北京 100053)

**摘 要:** 类风湿关节炎未能及时治疗常导致关节破坏和关节功能丧失, 并可造多系统、多脏器损害, 危害人们的健康和生活质量。类风湿临床临证所见多表现复杂, 遵守一定的治则治法, 对治疗改善类风湿关节炎的效果明显且迅速。结合临床实践所见针对类风湿不同时期证候、症状表现应该活动期重视清热祛湿; 久病新疾均不可忘活血化瘀; 久病者重视补益肝肾; 诸症均重调脾胃, 养护后天; 外治佐内治。

**关键词:** 类风湿性关节炎; 中医治则; 治法

**中图分类号:** R 242      **文献标识码:** A      **文章编号:** 1002-168X(2015)03-0021-03

**DOI:** 10. 13424/j. cnki. jsctcm. 2015. 03. 007

类风湿关节炎(Rheumatoid Arthritis, RA), 中医称之为“尪痹”, 成因复杂, 中西医均无一定论, 属难治性疾病, 病程漫长。主要表现为对称性多关节急、慢性炎症和骨质侵蚀性改变, 常导致关节破坏和关节功能丧失, 甚至累及多系统受损。中医认为其病位初起在皮肉经络, 久则深入筋骨, 甚则客舍脏腑。“内在正气虚弱, 外感风寒湿热之邪”为此病主因, 邪气痹阻经络, 气血不通, 痰浊瘀血内阻, 流注关节; 久病邪气内陷脏腑, 肝肾不足, 气血亏虚, 经络、肌肤、筋骨、脏腑失于濡养而发病。对类风湿及时规范的治疗, 可以有效的控制病情, 减少延缓患者的关节破坏变形, 保护患者的关节功能, 同时减轻患者的痛苦, 提高患者的生存质量。

## 1 辨证简述

类风湿关节炎发病原因复杂, 临床表现更是多样, 病程长, 易反复发作。《素问·痹论》云:“风寒湿三气杂至, 合而为痹也。”所以风、寒、湿为发病主因。类风湿性关节炎多表现为关节肿胀、疼痛、晨僵, 皮色红或不红, 关节屈伸不利。

早期风与湿相合结于体表引起关节疼痛不适, 疼痛游走不定者称为风湿痹阻证, 治宜祛风除湿, 通络止痛; 寒气胜, 畏寒明显, 遇冷痛剧者, 为寒湿痹阻证, 治宜温经散寒, 祛湿通络; 疾病活动

期时关节局部红、肿、热、痛, 触之灼热, 来势迅猛者为湿热痹阻证, 治宜清热除湿, 宣痹通络; 关节肿胀、疼痛、晨僵、皮下结节, 为痰瘀痹阻证, 治宜活血化瘀, 化痰通络; 久病耗伤气津, 表现为气虚阴亏之象为气阴两虚证, 治宜益气养阴, 活血通络; 久病损及肝肾, 表现为气血亏虚, 肝肾虚损, 筋骨失养之象, 为肝肾不足证, 治宜补益肝肾, 强壮筋骨。笔者经长时间临床观察发现, 类风湿关节炎临床表现症型多不单一, 常有兼加, 如局部关节红肿疼痛, 发热畏寒, 遇冷加重, 又有全身乏力, 腰膝酸软之象, 脉相多表现为弦滑略数, 苔多见黄白厚腻, 此为本虚标实之症, 治疗应去湿热与温阳药物同用, 并补肝肾, 所以临证需仔细辨别<sup>[1]</sup>。下文就类风湿的几项治疗原则进行简述。

## 2 治疗

**2.1 活动期重视清热祛湿** 根据相关研究类风湿关节炎活动期多属湿热痹阻型<sup>[2]</sup>; 活动期 RA 患者临床多表现为关节肿痛、触热、晨僵、皮下结节, 或伴发热、口渴、咽红、溲赤等症状, 舌质红(或暗红, 时伴瘀斑、瘀点), 苔黄厚腻, 来势急, 病情重, 用药应注重清热祛湿, 临床常用四妙丸合三妙散加减: 苍术、黄柏、生薏米、牛膝、防己、滑石、茯苓、猪苓、土茯苓、金银花、绵萆薢、羌活、赤芍、青风藤、滑石粉、连翘等, 解毒清热, 燥湿健脾, 利水通

\* 基金项目: 国家科技支撑计划“类风湿关节炎的中医病证规律与综合治疗方案研究(编号: 2013BAI02B06)”。

\*\* 通讯作者: 姜泉, 女, 主任医师。E-mail: doctorjq@126.com。

利关节来治疗急性活动期类风湿。相关临床试验显示临床缓解期时妄补肝肾温阳药物易导致症状加重反复<sup>[3]</sup>,因此缓解期有热象者常用青蒿鳖甲汤:黄芩、黄连、黄柏、青蒿、秦艽、醋鳖甲等,因此清热祛湿活血对活动期类风湿关节炎的治疗很重要。

**2.2 久病新疾均不可忘活血化瘀** 《类证治裁》中谈到:“诸痹……皆由营卫先虚,腠理不密,风湿乘虚内侵,正气为邪所阻,不能宣行,因而留滞,气血凝滞,久而成痹。”《医林改错》中亦有所云:“瘀血致痹”,“痹证致瘀”。血瘀与痹病的发生、病情发展、治疗有着密切的关系,它存在于痹病的各个证型中,是本病的长期性、反复性、难治性的因素之一,所以应该把活血化瘀药物做为重要的治疗手段运用于痹病治疗<sup>[4]</sup>。临床处方常用身痛逐瘀汤活血化瘀止痛,常用药物:桃仁、红花、熟地黄、当归、川芎、丹参、赤芍、莪术等。所用诸药应随症加减,以达活血祛瘀,通络止痛之效。气血运行不畅,脉络痹阻是类风湿关节炎发病的重要病理表现,贯穿疾病的始终,所以类风湿关节炎不同症型,不同病历阶段均应配合活血化瘀之药。

**2.3 久病者重视补益肝肾** 久病者多虚,类风湿性关节炎病程长,多缠绵难愈。RA患者后期气血耗伤,肝肾虚损,筋骨失养,除了表现在关节肢体上的症状较明显外,往往伴有乏力,腰膝酸软等肝肾不足之症,女性则多有月经不调,苔多薄白,脉多沉细弱无力。治疗宜补益肝肾,强壮筋骨,临床多用独活寄生汤加减,药物组成:独活、桑寄生、杜仲、牛膝、生地黄、熟地黄、细辛、茯苓、肉桂、山萸肉、菟丝子、补骨脂、鸡血藤、乌梢蛇、蜈蚣、地龙等,以补肝肾强壮筋骨的药物为主,随症加减温阳通络,滋阴清热药物。

**2.4 诸症均重调脾胃护后天** 在对RA患者进行临床问诊时常见患者叙述脾胃不和,纳食欠佳等症,脾胃为后天之本,且“脾主运化,胃主受纳”,脾气将气血运输至五脏、四肢、官窍、关节、肌肉、筋骨等发挥濡养温煦的作用,才能使周身之气生生不息。”在治疗类风湿性关节炎的过程中应注重脾胃的顾护,临证必问患者脾胃受纳如何,重视后天之本的陪护<sup>[5]</sup>。临床用生麦芽、生谷芽、炒神曲、炒山楂、炒麦芽、鸡内金等可以促进胃的受纳作

用,同时常加白术、茯苓等祛湿健脾益气,以增强脾的运化。

**2.5 外治佐内治** 外治大师吴师机在《理渝骈文》中提出:“内、外治皆足防世急,而以外治佐内治,能两精者,乃无一失。”“外治不仅可与内治并列,且能补内治之不及”。所以外治法在类风湿关节炎的治疗中的应用也十分重要。类风湿关节炎发作时常表现为局部关节的症状,内服药物虽然可以缓解整体的症状,但起效速度稍慢<sup>[6]</sup>。而外敷药物、局部药物泡洗的治疗可以通过皮肤的吸收,直达病所,加强局部的活血化瘀止痛,快速缓解患者的痛苦。而笔者对临床多例门诊、病房病人的观察记录也证明外用药物能够及时有效的缓解类风湿关节炎患者关节肿胀、疼痛等不适的症状,同时加快类风湿结节消除的速度,保护关节,减慢关节破坏和骨质融合速度。如三九贴、三伏贴的临床应用<sup>[6]</sup>。

### 3 病案举例

患者张某,女,43岁,2013年11月以“全身多关节肿痛一年,加重两个月”为主诉于我处就诊,诊断为类风湿性关节炎。一年前患者无明显诱因出现右手食指关节疼痛肿胀,未重视,后渐至手足多个小关节及腕、膝等多个大关节疼痛,遂于当地医院诊治,诊断为类风湿性关节炎,予以输液消炎药物及口服中药治疗两月余,效不佳,至此次就诊前未规范治疗。就诊时症见:双肩疼痛,双臂上举不利,腕、指关节肿痛,触热,双膝疼痛,行走不利,诸痛夜重。怕风怕凉明显,项强痛不能,月经周期正常,量少色黯。舌质黯淡,苔黄白厚腻,脉弦滑略数。察其色脉病况,予以四妙散加减14剂,用药:苍术12g,白术12g,黄柏12g,土茯苓30g,金银花30g,赤芍15g,草薢15g,丹参15g,莪术9g,青风藤15g,生黄芪30g,蜂房5g,嘱定期复诊。月余复诊,双臂抬举受限明显减轻,腕、指关节肿痛均明显减轻,活动较前便利,双膝无明显疼痛,负重时可见轻微疼痛。怕风怕凉减轻,颈项强痛不甚。舌质淡,苔薄白,脉弦细。予上方添加陈皮、竹茹,14剂。月余三诊,诸症均有减轻,据时况调整用药不复述。至撰写本稿,患者病情控制稳定。

按:患者就诊见局部肿胀,触热,舌象亦变现

为黄白厚腻,脉相弦滑略数为湿热表现,故用四妙散加减,所用苍、白术、黄柏、土茯苓、金银花等均为祛湿清热之药,再加青风藤、蜂房以通络祛痰<sup>[7]</sup>;又患者身痛夜重,舌色黯淡,经血量少色黯,则为内有瘀血的表现,故此添加丹参、莪术等活血之品,除肢体症状外,还有怕风怕凉表现,用药亦有破血行气之功,故用黄芪固表益气。方症相合,故月余复诊效显著。

综上所述,本病起病原因复杂,病程长,病情缠绵,不同时期发病症型多不单一,临证辨证应仔细斟酌,切不可急于断症,应注重中医整体观念,临床治疗不拘于一格,内外相合,开阔思路,对症潜方用药,定能速效。

参考文献

[1]唐芝俊. 辨证治疗类风湿关节炎 76 例[J]. 现代中医

药,2010,30(5):40-41.  
[2]姜泉,曹炜,唐晓颇,等. 清热活血方药治疗活动期类风湿关节炎的临床疗效观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2010,23(7):588-592.  
[3]姜泉,周新尧. 从湿热瘀论治类风湿关节炎[J]. 世界中西医结合杂志,2010,19(4):279-280,287.  
[4]张栓平. 从瘀论治类风湿性关节炎的探讨[J]. 陕西中医学院学报,2005,32(4):3-4.  
[5]马桂琴,刘丹丽. 痹证治疗宜顾护脾胃[J]. 山西中医, 1997,20(4):55-56.  
[6]王海隆,姜泉,冯兴华,等. 冬病夏治法治疗风湿痹病的回顾性研究[J]. 北京中医药,2010,20(10):744-746.  
[7]陆清昭. 早期类风湿性关节炎的临床治疗[J]. 陕西中医学院学报,2005,32(6):29-30.

(收稿日期:2014-10-28 编辑:王益平)

(上接第 15 页)

酒大黄)治疗气虚血瘀型<sup>[8]</sup>。对于潮热盗汗、消瘦的阴虚患者,多以益气滋阴为主,兼清热祛瘀,多予百合固金汤合生脉饮化裁并酌情加入活血化瘀药。寓补于通,则通无耗伤气血之弊而有后援之功,寓通于补,则补无呆滞之弊而添化育之力。现代药理学研究表明<sup>[9,10]</sup>,活血化瘀药可通过影响血流动力学、血液流变学而改善微循环,抗血栓形成,从而改善血液高凝状态。

3 总结

先贤谓见血休止血,重在审证求因。临证中,面对支扩咯血的患者,首先应明确病位主要在肺脏,然“五脏六腑皆令人咳,非独肺也”,因此医者不能忽视其余脏腑的影响,尤以脾脏为主。而除瘀外,尚需辨别是否兼夹痰、热、火等病理因素,四诊合参,判断患者之寒热虚实,是以实为主,或是以虚为主,抑或虚实并重。对于活血化瘀的应用,还需明确“化瘀亦可止血”之说,瘀血既除,血脉必通,血液得以循经而行,不致外溢,因此,活血化瘀药应用的机理,除消肺中瘀血外,还具有使肺中脉络通调,气血流畅,利于感染灶尽快吸收。最后,既病防变,还要注意外邪、饮食、情志、劳倦等的调护,防止诱发或加重咯血的发生。只有真正掌握

审症求因,辨证论治,方可取效,造福患者。

参考文献

[1]余贤武. 邹学熹教授《中医五脏病学》学术特点初探[J]. 成都中医学院学报,1993,16(3):13-15.  
[2]戴豪良,陈泽霖,宋庆礼. 阴虚证 35 例临床病理学特征的分析[J]. 中西医结合杂志,1989,9(1):8-9.  
[3]邵瑛,闫兵. 化瘀为主治疗大咯血 1 例报告[J]. 中国中医急症,2006,15(9):949.  
[4]赵建宏,魏伟,王明利. 凉血化瘀复方治疗咯血 34 例疗效观察[J]. 济宁医学院学报,1996,19(2):27-28.  
[5]杨兴嫒,周奎龙,王娟,等. 史锁芳教授治疗咯血经验撷英[J]. 中国中医急症,2013,22(9):1530-1532.  
[6]高彩虹,杨道文. 杨道文教授益气活血法治疗咯血经验[J]. 中国中医急症,2012,11(21):1758-1759.  
[7]俞关全. 颜德馨教授治疗血证的独特经验[J]. 中国中医急症,1995,4(3):129-130.  
[8]牛喜伟. 辨治支气管扩张咯血 38 例[J]. 光明中医, 1996,4:28-29.  
[9]陈晨,刘倩,高华. 活血化瘀药药理作用研究进展[J]. 中国药事,2011,25(6):603-605.  
[10]李展,陈业强. 活血化瘀药临床应用的中西医结合思考[J]. 现代中西医结合杂志,2012,21(21):2363-2365.

(收稿日期:2014-10-27 编辑:方亚利)