

刘喜德辨治风湿性疾病医案3则

贺利勤¹, 刘喜德², 王安琪¹, 郑琳琳¹

1. 浙江中医药大学, 浙江 杭州 310053; 2. 杭州市红十字会医院, 浙江 杭州 310003

[关键词] 类风湿关节炎; 痛风; 干燥综合征; 医案

[中图分类号] R249 [文献标志码] B [文章编号] 0256-7415 (2018) 09-0235-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.09.070

风湿性疾病,是由感染性、免疫性、退行性等多种病因引起的,能够影响骨、关节及其周围软组织的一组疾病,其发病机制复杂多样,且具有较高的发病率和一定的致残率,在危害人类健康的同时给社会和家庭带来了沉重的经济负担。部分风湿性疾病的病因尚未明确,所以对于风湿性疾病的治疗尚无特别行之有效的办法。中医称风湿病为痹证,“风寒湿三气杂至,合而为痹。”可见痹证是由风、寒、湿、热等邪气侵犯人体的关节、筋骨、肌肉等处导致关节屈伸不利、僵硬、肿大,以致于变形的一种疾病。中医治疗风湿性疾病具有一定的优势。刘喜德教授是浙江中医药大学博士研究生导师,第三批全国优秀中医临床人才,临证主张方宜小,喜用经方,善用寒热并用之法,长于中医药治疗风湿性疾病如类风湿关节炎、痛风等。笔者随师待诊,现介绍刘教授运用中医药治疗部分风湿性疾病经验,以飨同道。

1 温经清化法治疗类风湿关节炎

何某,女,49岁,2015年7月15日初诊。类风湿关节炎病史2年余,经甲氨蝶呤片、来氟米特片、雷公藤多甙片、洛索洛芬钠片等西药治疗,效果不显,遂来求助于中医。症见:双膝、双腕关节肿痛,遇寒尤甚,屈伸不利,伴有晨僵,腰背酸痛,畏寒恶风,面色少华,少气懒言,患者兼有潮热,盗汗,夜寐不安,纳差,大便干结,舌质暗、苔薄黄,脉细数。经实验室检查:类风湿因子(RF)148 U/ml,血沉(ERS)49 mm/h, C-反应蛋白(CRP)18.8 mg/g。西医诊断:类风湿关节炎;中医诊断:痛痹(寒热错杂证)。治法:温经通络,清热益阴。方用桂枝芍药知母汤加减,处方:炒白术、桂枝各10 g,炒白芍、醋延胡索、六神曲各12 g,知母、防风各10 g,忍冬藤、夜交藤、青蒿各15 g,太子参6 g,陈皮、炙甘草各5 g。7剂,每天1剂,水煎服。

2015年7月23日二诊:患者关节肿痛稍有好转,夜寐可。继服7剂后关节疼痛明显好转,复查ESR、RF、CRP均有所下降,病情得以缓解。原方加以调整,继服2月,关节疼痛基本消失,病情平稳。

按:方用桂枝芍药知母汤加减,以祛风除湿、通阳散寒、兼以清热。延胡索行气止痛,与桂枝相须为用,共奏祛风湿止痹痛之效。白芍敛阴止汗,缓急止痛,与桂枝相伍调和营卫;夜交藤养心安神,祛风通络;忍冬藤疏风通络,兼以润肠通便;青蒿性寒清凉,善清虚热,太子参益气生津,二药相伍,共解潮热、盗汗之症;六神曲健脾开胃,甘草调和诸药;加用理气之陈皮,意在调畅气机,气有推动作用,有助于药液输布全身,加强疗效。

刘教授通过长期的临床实践,认为本虚标实、寒热错杂、痰瘀痹阻为类风湿关节炎的基本病因病机。《素问·热评病论》有曰:“邪之所凑,其气必虚”,可见禀赋不足、正气虚弱为发病之本。在本虚的基础上,受风寒湿热等邪气侵袭,闭阻经络,形成痰瘀等病理产物,临床表现为寒热错杂之证,如关节的红肿热痛,局部的畏寒,又可有烦躁、口苦、便秘等伴随症状。痰瘀之物阻于关节经络,使气血运行受阻,影响关节的功能活动,所以主张温清并用之法,以祛致病之因。

2 泄浊解毒益肾法治疗痛风

王某,男,37岁,2015年3月25日初诊。平素嗜食肥甘厚味、嗜饮酒,痛风病史2年余。痛风发作时服用秋水仙碱予以缓解。2天前患者饮酒后,夜间痛发,左侧第一、第二跖趾关节、足跟红肿热痛,疼痛尤剧,行走困难,可见痛风结节,口干,口苦,纳食及小便可,大便稀,每天2~3次,舌质暗红,舌体胖,苔薄黄腻,脉细滑数。血尿酸:612 μmol/L,肌酐:135.6 μmol/L,尿素氮:6.25 mmol/L,尿蛋白(++)。西医诊断:痛风性关节炎;中医诊断:痹证(肾虚湿热型),治法:清热利湿解毒,通络止痛兼以益肾。处方:萆薢、醋延胡索各12 g,防己、川芎、川牛膝各10 g,炒薏苡仁、煨葛根各30 g,威灵仙15 g,黄柏9 g,陈皮、羌活、炒苍术各6 g,炙甘草5 g。7剂,每天1剂,水煎服。嘱其禁酒,少食肥甘厚味、高嘌呤食物。

2015年4月4日二诊:患者足趾、足跟疼痛明显改善,腰膝酸软,大便正常,泡沫尿,舌质暗、苔薄。刘教授认为这

[收稿日期] 2018-03-12

[基金项目] 浙江省自然科学基金资助项目(LY12H29008);浙江省中医药科技计划项目(2015ZA143);杭州市医药卫生科技计划项目(2014A37)

[作者简介] 贺利勤(1991-),男,在读硕士研究生,研究方向:中西医结合诊治风湿病的临床及实验研究。

是间歇缓解期由于肾脏损伤所导致的典型表现,且鉴于肝肾同源,治以补肝肾,祛湿化浊,原方去炒薏苡仁、煨葛根,加盐续断、山药各15g,萆薢加量至15g。继服14剂。

2015年4月20日三诊:患者足趾、足跟疼痛消失,复查血尿酸:398 μmol/L,肌酐:128.4 μmol/L,尿素氮:5.04 mmol/L,尿蛋白(+),其余症状皆已好转。应患者巩固治疗的要求,继服前方14剂。随访至今,痛风未再复发,嘱其禁酒,合理饮食,注意生活调摄。

按:方用四妙丸加减,清热利湿,通筋利痹。萆薢以利湿退黄,清热解毒;威灵仙、萆薢、羌活祛风湿,止痹痛,配以醋延胡索增强止痛之功;川芎活血行气,旁通络脉,川牛膝通利关节,补益肝肾,引药下行,二者皆可助药物达患处;炒薏苡仁利水渗湿,健脾止泻,是以利小便而实大便;煨葛根升阳止泻,兼以生津止渴,以改善口干口苦;陈皮理气健脾,整体以调理气机,使药物输布得当;炙甘草调和诸药。痛风发作,易伤及肾,因此二诊之时,加用补益肝肾的药物。

刘教授认为痛风的主要病因为本虚标实,湿热痰瘀互结为患,本虚以脾肾虚为主。脾胃作为后天之本,功在运化而升清,脾虚则失于健运,导致痰湿酿生,阻于经脉关节,与血相结,化为浊瘀。肾为后天之本,主一身阴阳,赖以肾阳对水液的气化之效,而行主水液之功。肾虚,则会导致水液代谢障碍,发为水湿之邪。湿邪重浊而黏腻,流于四肢,阻滞气机,使肢体困重而疼痛。痛风发作期可见急性关节炎的表现,以突发于夜间的关节红肿热痛为主,并可伴有发热口渴,心烦面赤之象。疼痛尤甚,在《外台秘要·白虎方》中王焘描述有曰:“其疾昼静而夜发,其痛如白虎之噬。”此为邪热壅盛,痰湿浊瘀结聚为毒,壅滞经络所致。刘教授依据急则治其标的治疗原则,以清热解毒、通络止痛之法,治疗痛风发作期,重在缓解病人疼痛,且在此基础上,顾护肝肾。

3 润燥通络法治疗干燥综合征

沈某,女,39岁,因口干、眼干于2017年3月28日初诊。诊见:口干,眼干,眼痒,潮热盗汗,夜寐不安,纳食及

小便可,大便干结,每天1次,舌质暗、少苔,脉细数。经查抗SSB抗体(+),唇腺活检示:淋巴细胞浸润。西医诊断:干燥综合征;中医诊断:燥痹(肺胃阴虚型)。治法:滋阴化毒,宣肺通络,方用沙参麦冬汤加减。处方:生地黄、玄参、天花粉各15g,葛根30g,北沙参20g,百合、牡丹皮、麦冬各12g,佛手、制玉竹各10g,桔梗6g,甘草5g,水蛭3g。7剂,每天1剂,水煎早晚分服。

2017年4月5日二诊:患者口干、眼干之症明显改善,潮热盗汗得以缓解,大便可,自觉乏力,舌质暗、苔薄黄,脉弱。方去桔梗,加太子参。14剂,每天1剂,服法如前。诸症皆有改善。

按:方用玄参、麦冬、生地黄合为增液汤,养阴增液润燥,兼可“增水行舟”;葛根可鼓舞脾胃之气上升而生津止渴,以玉竹、北沙参、天花粉滋阴之品,助津液生化之源;水蛭逐瘀通络,牡丹皮活血化瘀,二者相须为用,以增强化瘀通络之效,使腺络得以通畅;女子以肝为用,遂用疏肝解郁之佛手以防肝郁;甘草调和诸药。肺主宣发,全身的津液皆赖肺布散于全身,外达于皮毛,桔梗,宣肺气,布津液,使孔窍得以濡养。

刘教授认为干燥综合征是以津亏阴虚为发病之本,燥热瘀毒为致病之标。素体阴虚,津液不足,或阳虚无力运化水湿,使津液失于输布,不能上承,或久病伤津耗液,致使机体孔窍失于濡养,亦可因瘀毒阻塞腺络,使津液输布不畅,而发为眼干、口干等全身一派干燥之象。干燥综合征起病隐袭,病情顽固,近年来一些医家将其称为“毒”。刘教授认为虚、燥、瘀是产生毒的三个因素,瘀又可为虚与燥二者相互作用的产物。所以被称为燥毒、瘀毒。燥毒为患,可见口鼻干燥,咽干肿痛,目干目赤等;瘀毒为患,则可见多见疼痛、出血、肌肤甲错、皮肤紫斑等,治以滋阴润燥,解毒通络,兼以宣肺,使津液得以输布。

(责任编辑:冯天保,郑锋玲)