

# 金实教授对类风湿关节炎辨证施治的临床经验探析

张 旭 泓

(南京中医药大学, 南京, 210029)

**摘要** 金实, 江苏省名中医, 南京中医药大学教授, 长期从事临床工作, 积累了丰富的工作经验, 认为类风湿关节炎的病理因素要紧扣风、寒、湿、热、痰、瘀六端, 正虚区分气血脏腑, 并自拟“痹痛方”为基础, 通过辨证施治, 临证加减, 经验独到, 治疗效果颇佳。

**关键词** @ 金实; 类风湿关节炎; 经验

**Professor Jin Shi's Clinical Experience on Syndrome Differentiation in Treating Rheumatoid Arthritis Analysis**

Zhang Xuhong

(Nanjing University of Traditional Chinese Medicine, Nanjing 210029, China)

**Abstract** Doctor Jin Shi, a famous TCM physician in Jiangsu Province, professor of Nanjing University of Traditional Chinese Medicine, has been engaged in clinical work for a long time and accumulated rich experience. He thinks that the pathological factors of rheumatoid arthritis are closely related to the factors of wind, cold, wet, heat, phlegm, blood stasis, and right-vacuity shall be determined by distinguishing the qi, blood, internal organs. He prescribes the “Bitong Decoction” as the foundation, and makes modification according to the syndrome differentiation and clinical symptoms. His experience is unique with satisfactory therapeutic effect.

**Key Words** Jin Shi; Rheumatoid arthritis; Experience

中图分类号: R243; R255. 6; R593. 22 文献标识码: B doi: 10.3969/j.issn.1673-7202.2014.01.019

金实, 历任南京中医药大学教授, 为博士生导师、国务院特殊津贴专家、第五批全国老中医药专家、学术经验继承工作导师。金师是我省中医院风湿免疫科创始人之一, 从医数十载, 临床经验丰富, 笔者有幸跟医金师, 收获良多, 现将金师治疗类风湿关节炎的学术思想总结如下, 以供探讨。

## 1 病理因素紧扣六端 正虚区分气血脏腑

类风湿关节炎属于中医学“痹症”“历节风”范畴, 《素问·痹论》云:“风寒湿三气杂至, 合而为痹也。其风气胜者为行痹, 寒气胜者为痛痹, 湿气胜者为著痹也……其热者, 阳气多, 阴气少, 病气胜阳遭阴, 故为痹热。”《医级·杂病》云:“痹非三气, 患在痰瘀。”当代医家见解却有不同: 冯兴华、石志超、张延昌<sup>[1-3]</sup>教授认为痹证病因非独外感风、寒、湿、热, 而是由内因的正气亏虚、气血不足等与外因的六邪入侵杂至而为此病。戴裕光、周乃玉<sup>[4-5]</sup>教授均认为“湿”邪为此病的主要病机, 又常与风、寒、热等邪气聚集交错, 混合而至, 从而导致机体经络闭阻, 营卫气血运行不畅, 导致痹病发生。王焕禄<sup>[6]</sup>教授认为痹证总由外感风寒湿热等邪, 痹阻经络、筋骨, 影响气血运行而为病, 同时提出病久容易化热。王永炎<sup>[7]</sup>院士提出“新病入络”的观点。“新病入络”指机体体表皮部之络脉感受邪气(外邪、伏邪)侵犯。所谓“入”者, 由外而内、由旁及里。陈进春<sup>[8]</sup>教授将痹证分为“初痹”与“久痹”, “初痹”患者多因天气骤变、起居失常、饮食劳倦等原因诱发, 感受风、

寒、湿、热等痹邪, 发为风寒湿痹或风湿热痹; “久痹”痹症日久, 多以内虚为主。汪履秋<sup>[9]</sup>教授则提出“痹病多寒”, “风为病因之首”, “痹久多夹痰瘀”, “久痹虚实夹杂”的观点。

金师指出类风湿关节炎(rheumatoid arthritis, RA)的病理因素当紧扣风、寒、湿、热、痰、瘀六端, 特征如下: 风邪, “风为百病之长”“风者, 百病之始也”, 发病快、变化多, 疼痛游走并遇风加重; 寒邪, 易伤阳气, 凝滞收引筋脉, 易表现为冷痛、拘急; 湿邪, 阻遏气机, 凝滞血脉, 常表现为漫肿酸痛麻木; 热邪, 雍滞筋脉, 病变部位出现红肿、灼热、疼痛; RA病久, 往往多痰多瘀: 肿胀局限、皮下结节为痰; 关节刺痛、僵硬、局部瘀斑为瘀。取《金匱要略》“风湿相搏, 一身尽疼痛, 法当汗出而解”之义, 金师还特别指出湿邪在RA的发病过程中起着重要作用<sup>[1]</sup>。无论内湿、外湿均可流注关节, 继而痹阻于内, 或遇风寒热等外邪, 留滞经脉, 痹阻气血, 或湿痹卫阳, 筋脉失其温养; 或郁而化热; 或湿阻营气, 筋脉失其濡养而挛急。湿聚日久可自身化痰, 也可痹阻经脉气血而成瘀。RA大多病程迁延, 日久不愈, 耗伤正气, 内舍于脏, 形成本虚标实之症。正虚在辨证时当注意区分气血不足与肝肾亏虚的不同, 根据临床表现辨析病机, 随症施治。

## 2 自拟痹痛方为基础 结合经方辨证治疗

金师认为临床之症多较复杂, 不可拘泥于书本, 当实事求是, 辨证论治。金师自拟“痹痛方”: 防风、白

芷、威灵仙、蜈蚣、甘草,其中:防风味辛、甘,性微温,祛风解表、胜湿止痛;白芷味辛,性温,解表散寒、祛风止痛;威灵仙味辛、咸,性温,祛风除湿、通络止痛;蜈蚣味辛,性温,搜风通络,诸药合用共奏祛风通络之功,以此基础方临症加减,疗效颇佳。

寒热错杂者可合用桂枝芍药知母汤。金师指出此证型临床较为多见,是治疗类风湿关节炎活动期的常用组方,风邪兼夹寒湿,留滞筋脉,闭阻气血,症见肢体关节疼痛剧烈,屈伸不利,病久风寒湿邪化热伤阴,又可见痛处发热,苔黄,舌红。《金匱要略·中风历节病》“诸肢节疼痛,身体尪羸,脚肿如脱,头眩短气,温温欲吐,桂枝芍药知母汤主之。”合桂枝芍药知母汤临症加减,取祛风除湿,温经散寒,滋阴清热之意:桂枝、麻黄、防风行温散之功,白芍、知母行养阴之效,附子、白术助阳除湿于内,生姜、甘草调味和中,合而用之奏以温经散寒、祛风除湿、滋阴清热。

内外皆寒者可合用麻黄附子细辛汤。患者素体阳虚,又感寒湿之邪,内外皆寒,症见面色白,畏寒,手足不温,怕冷,口唇色淡,口淡无味,手足冷痛,遇寒加剧,苔薄白,舌质淡。《伤寒论·少阴表证》:“少阴证,始得之,反发热,脉沉者。”合麻黄附子细辛汤加减,取助阳解表,温经散寒之意:麻黄、细辛发汗以散外寒,附子补火助阳以驱内寒;而外寒入侵尤甚者,伏阴于里,症状较重,可合以大乌头煎祛寒止痛。

热象重者可合用白虎加桂枝汤。风湿热邪壅滞筋脉,气血闭阻不通,症见局部灼热疼痛,痛不可触,伴有发热、恶寒、汗出等症状。苔黄腻,舌质红,脉滑数。《金匱要略·疟病脉证并治》:“温疟者,其脉如平,身无寒但热,骨节疼烦,时呕,白虎加桂枝汤主之。”合白虎桂枝汤加减,取清热通络止痛之意:生石膏、知母清热除烦,桂枝疏风解肌通络。此外,金师指出,如有皮肤红斑者,可选加牡丹皮、赤芍等清热凉血;如热毒炽盛者可加黄柏、黄芩、水牛角等清热凉血。

血虚邪留者可合用当归芍药汤。痹症日久不愈,症见面色苍白、唇色爪甲淡白无华、头晕目眩、肢体麻木、筋脉拘挛、心悸怔忡、失眠多梦、皮肤干燥、头发枯焦,舌质淡,苔薄白少津,脉细。多因阴血不足,筋脉失于濡养,治以调和气血,行滞化瘀。当归,补血活血,调经止痛,润肠通便;芍药,养血敛阴,补而不膩,柔肝缓中,止痛收汗。

气血两虚者可合用黄芪桂枝五物汤。久病不愈,必会耗伤气血,以致气血不足,症见关节疼痛漫漫,倦怠乏力,精神萎靡,面色萎黄,指甲干裂,肌肤麻木不仁,苔薄白,舌质淡红,脉细。《金匱要略》:“血痹阴阳

俱微,寸口关上微,尺中小紧,外证身体不仁,如风痹状,黄芪桂枝五物汤主之。”合黄芪桂枝五物汤加减,取调营卫,祛风散邪;益气温经,和血通痹之意:黄芪补气固卫,芍药养阴补血,桂枝调和营卫。

### 3 依据疼痛部位、临症特点随症加减

金师指出,临症之时当依据疼痛的部位、特点,随症加减:伴有颈椎病及颈肩臂不适疼痛者选加葛根、桑枝等;肢体肿胀局限,麻木重着,皮下结节者选加天南星、白芥子、半夏、僵蚕等;关节变形者选加油松节、天南星、桃仁、白芥子等;小关节疼痛者选加小通草、土贝母、猫眼草等;足跟痛者选加怀牛膝、骨碎补;上肢疼痛不利者选加姜黄、桂枝、羌活等;下肢疼痛不利者选加川牛膝、独活、木瓜等;腰部疼痛者选加桑寄生、续断、杜仲等;筋脉不利,有牵拉感者选加伸筋草、木瓜、薏苡仁等;游走性或全身性关节疼痛者选加寻骨风、乌梢蛇、海风藤等;疼痛较甚,可酌加制川乌、制草乌、徐长卿、全蝎、蜂房、延胡索、马钱子、雷公藤、鸡血藤、青风藤等;湿邪甚者选加羌活、独活、苍术、薏苡仁、晚蚕砂、防己、木瓜等;瘀象明显者选加地鳖虫、水蛭、莪术、三棱、虎杖、当归、鬼箭羽等;血虚者选加当归、芍药、地黄、阿胶、鸡血藤等;血沉高者选加生石膏、黄柏、知母、连翘。

### 4 病案举例

某,女,42岁,2012年04月24日初诊。患类风湿关节炎10余年,既往有慢性乙型病毒性肝炎病史、药物性肝损史,曾在多家医院住院治疗,先后服用甲氨蝶呤,来氟米特,雷公藤多苷片等多种药物,但都因为肝损原因而停止用药,治疗效果甚微,现仅服醋酸泼尼松片10 mg,qd,症状改善不明显,患者行动困难,对治疗已丧失信心。刻下:患者精神抑郁,左肩关节疼痛明显,左外踝足跟肿胀疼痛,双手近指关节亦有肿痛,疼痛部位肤温较高,晨僵大于1 h,伴胸闷,纳欠香,大便1~2次/d,质稀,苔薄黄腻,舌红,脉细弦。辅助检查:CRP:15.7 mg/L,ESR:32 mm/h,RF 42.7 U/mL,AST 26 U/L,ALT 26 U/L, $\gamma$ -GT 3.2 U/L,B超:肝脾胰(-),胆壁毛糙。X线片:左足跟骨质增生(2012.3.25)。金师指出类风湿关节炎诊断明确,其病机为:风寒痹阻,寒热错杂,兼有脾胃亏虚,治以祛风除湿,清热散寒,兼以健脾益胃,方选:痹痛方合桂枝芍药知母汤加减。

药用:防风10 g、白芷12 g、威灵仙20 g、蜈蚣3条、桂枝10 g、白芍30 g、黄柏10 g、莲子心12 g、徐长卿30 g、独活12 g、小通草8 g、制川乌、制草乌各6 g、砂仁5 g、陈皮10 g,14剂,1剂/d,水煎服40 min,早晚

各1次,饭后服用。

患者服用14剂后,肩、足跟关节疼痛已缓解,但下肢多处皮下结节,触痛,部位不固定,左足外踝红肿疼痛,纳欠香,口苦,大便1~2次/d,苔脉如前。其病变为湿热下注而左足红肿疼痛,痰瘀互结故见皮下结节,治以清热除湿,化痰散瘀,重新拟方防风10g、白芷12g、威灵仙20g、蜈蚣3条、黄柏10g、川牛膝10g、牡丹皮10g、赤芍、白芍各12g、延胡索12g、生薏苡仁30g、连翘15g、秦艽15g、僵蚕12g、法半夏10g、陈皮10g。

按:患者初诊时证属寒热错杂,故予以痹痛方合桂芍知母汤加减达清热化湿,寒湿邪重,疼痛明显,故加用制川乌、制草乌、徐长卿祛风散寒止痛;下肢、手指关节又有肿胀疼痛,加用独活引经下行,小通草通利小关节;佐以陈皮、砂仁调和脾胃。复诊时,疼痛症状缓解,继以痹痛方控制本病,配以清热化湿,化痰散结,用以牛膝引经下行;黄柏、生薏苡仁、赤芍、白芍、延胡索、连翘、秦艽清热化湿止痛;牡丹皮、僵蚕、法半夏化痰散瘀,陈皮兼顾脾胃。

后患者左足跟疼痛缓解,皮下结节减少,触痛减轻,重回信心,行动已无大碍,肝功能正常,血沉,C反应蛋白基本正常,长期门诊治疗,随访至今,病情尚稳。

(上接第55页)

滥施药剂,久服排石颗粒及中药排石汤等清利之品,攻伐太过,正气虚衰,无力排石。故曾师从肾虚论治,标本兼顾,以六味地黄汤加减取得良效。方中六味地黄汤及牛膝、桑寄生补肾强腰,猪苓、瞿麦、金钱草、冬葵子、白茅根、炒鸡内金祛湿利尿排石,其中补肾非常关键,以补益肾气之品消除肾气不足之证,事半功倍,有助结石的排出。

### 3 结语

宋代严用和《济生方》云:“补脾不如补肾。肾气若壮,丹田火往上蒸,脾土温和,中焦自治,膈开能食矣”<sup>[3]</sup>。曾师在长期的临床实践中积累了从肾论治的丰富经验,他认为补肾法是治疗疑难杂症的重要方法,许多顽固性、难治性的疾病,医者颇感棘手,其实与肾的关系非常密切,如能恰当运用补肾之法,以“正气为本”,遵“正盛邪祛”之规律,往往能够柳暗花明,使沉痾得愈。在遣方用药运用补肾法时,曾师常常告诫必须准确辨证,分清肾阴虚或肾阳虚或肾精亏损,又或兼有他脏病变,如肝肾阴虚、脾肾阳虚、肺肾亏虚等,又或肾虚成瘀、肾虚成痰、肾虚风动、心肾不交等,才能灵活运用

### 参考文献

- [1] 韩颖. 冯兴华教授治疗类风湿关节炎经验探析[D]. 北京:北京中医药大学,2012.
- [2] 李享辉. 石志超教授治疗类风湿性关节炎拾萃[J]. 实用中医内科杂志,2009,23(11):11-12.
- [3] 王智明. 张延昌治疗类风湿关节炎经验[J]. 中医杂志,2009,50(6):497-498.
- [4] 方勇飞. 戴裕光教授学术思想及治疗类风湿关节炎的经验研究[D]. 中国人民解放军军医进修学院:中国人民解放军军医进修学院,2009.
- [5] 张秦. 周乃玉学术思想和临床经验总结及“痹玉康I号”方治疗中晚期寒湿痹阻型类风湿关节炎的临床研究[D]. 北京:北京中医药大学,2012.
- [6] 张立新. 王焕禄老师学术思想与临床经验总结及宣痹通络汤治疗湿热痹阻型类风湿关节炎的临床研究[D]. 北京:北京中医药大学,2012.
- [7] 李梢. 王永炎院士从“络”辨治痹病学术思想举隅[J]. 北京中医药大学学报,2002,25(1):43-44.
- [8] 陈静. 陈进春教授诊治类风湿关节炎的经验总结[D]. 北京:北京中医药大学,2012.
- [9] 汪悦. 汪履秋治疗风湿病的学术思想与临证经验[C]. 中华中医药学会风湿病分会2010年学术论文集. 2010.13(3,4):387-388.
- [10] 金实. 类风湿关节炎治疗四法则[J]. 江苏中医药,2008,40(1):6-7.

(2013-05-31 收稿 责任编辑:徐颖)

补肾之法,与其他法则相配合,得心应手。治病求本,曾师强调运用补肾法时要密切观察肾阴肾阳的相互消长关系,力求维持肾的阴阳平衡,以求阴平阳秘,精神乃治。腰膝酸软,头目眩晕,盗汗遗精,手足心热,舌红少苔,脉细数为肾阴虚表现,可选用六味地黄丸以滋补肾阴。腰痛脚软,形寒肢冷,阳痿早泄,女子宫冷不孕,舌淡而胖,脉沉细为肾阳虚表现,可选用金匱肾气丸以温补肾阳。全身瘦弱,发育不良,早衰痴呆,生殖机能减退为肾精亏虚,可选用龟鹿二仙胶以填阴补精,益气壮阳。另外,曾师在补肾的同时并不局限于肾,其注重整体调摄,常谓补肾勿忘脾,先后有照应,重视培养后天之本以养先天,使气血生化有源,则精血得养。

### 参考文献

- [1] 孙元莹,吴深涛,王暴魁. 张琪教授治疗老年病经验介绍[J]. 时珍国医国药,2007,18(6):1527-1528.
- [2] 沈自尹. 从肾本质研究到证本质研究的思考与实践-中西医结合研究推动了更高层次的中医与西医互补[J]. 上海中医药杂志,2000,34(4):4-7.
- [3] 林俊禄. 补肾法在临床上的应用经验[J]. 福建中医药,1991,22(3):39-41.

(2013-06-18 收稿 责任编辑:徐颖)