

· 名医精华 ·

国医大师李振华温中方加减治疗尪痹经验探析※

● 张 开¹ 曹玉举² 杜巧芳¹ 崔朋涛¹ 张来福¹ 郭会卿^{1▲}

摘 要 本文总结了国医大师李振华教授从脾胃论治尪痹(类风湿关节炎)的临床经验。郭会卿教授在其经验方温中方基础上进行加减,以健脾和胃、除痹止痛为法,创制了温中除痹汤用以治疗尪痹,既能够蠲除痹证,又能调理脾胃,使脾胃功能恢复正常,取得了良好的疗效。

关键词 尪痹;国医大师;李振华;温中方

李振华教授为首批国医大师,原河南中医学院院长,主任中医师。其从事临床60余年,致力于脾胃病学研究,擅长从脾胃入手治疗各种疑难杂症,并提出了一系列治疗脾胃病的思想和理论。郭会卿教授曾跟随李老学习,深受其重脾胃学术思想的影响,擅长运用李老温中方治疗尪痹,取得了显著的疗效,现总结如下。

尪痹,现代医学称为类风湿关节炎(Rheumatoid Arthritis, RA),是一种常见的风湿免疫性疾病。随着现代医学的进步,类风湿关节炎在治疗方面虽取得了很大进展,但本病仍具有较高的致残性,对RA患者的生活质量和生命健康造成了严重的影响。有学者统计,RA的发病率在世界范围内是1%^[1],其病因尚不能完全明确。有研究^[2]指出,RA的西医病因一般包括感染因素、遗传因素、内分泌因素以及环境因素等;而其中医病因则多为正气亏虚,复感风、寒、湿邪而诱发本病。

1 尪痹与脾胃的联系

尪痹属于痹证的一种,其病因在《素问·痹论》中

记载:“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,湿气胜者为着痹也。”强调了痹证的发生与感受风寒湿邪关系密切。《济生方·痹》曰:“皆因体虚,腠理空疏,受风寒湿气而成痹也。”指出体虚卫外不固为本病的内在因素,感受风寒湿邪为本病发生的外在条件。《类证治裁·痹症论治》指出,本病的发病原因包括痰湿和瘀血。《医林改错》亦提出“痹证有瘀血说”,认为痹久累及脏腑而致脏腑亏虚,气血、精气生化乏源,温煦功能减退,气虚不能行气,而致血瘀。故就病因而言,“虚”是尪痹发生的内因^[3],可决定外因是否起作用。所谓“虚”,是指正气虚,多与脾胃关系密切。脾胃功能正常,则能摄入和运化足够的水谷精微,气血充沛,卫气可抵御外邪的侵袭;若经脉气血充盈,推动有力,则既可减少瘀血发生,又可滋润濡养肢体远端关节;若脾气、脾阳能发挥正常的运化和温煦功能,又可有效地防止和祛除体内的痰湿之邪。由此可见,增强脾胃功能对于预防和治疗尪痹有积极作用。李老认为临床普遍应用的抗风湿药(DMARDs)、非甾体抗炎药(NSAIDs)、糖皮质激素、生物制剂等药物^[4]可对患者脾胃造成不同程度的损伤,临床常表现为恶心、呕吐、腹胀、厌食等脾胃虚弱的症状。此时若患者饮食不节,食用过量寒凉、油腻之品,则又大大增加脾胃负担。一旦脾胃功能出现异常,不仅可影响患者正常饮食,同时也限制了药物的服用,不利于对病情的控制。路志正教授^[5]亦提出“持中央、运四方、怡情志、调升降、顾润燥、纳化常”的学术思想,注重在治疗类风湿关节炎的过程中顾护脾胃。高

※基金项目 河南省中医药科学研究专项课题(No.2018ZY3011)

▲通讯作者 郭会卿,男,教授,主任医师。研究方向:中医药防治风湿病。E-mail: huiqingguo@126.com

●作者单位 1.河南中医药大学(河南 郑州 450046);2.郑州中医骨伤病医院(河南 郑州 450016)

明利教授^[6]强调脾胃失调是 RA 发病的病机之本,并提出在治疗上应将健脾和胃、升降润燥的调理脾胃之法贯穿始终。

2 温中方涵义及加减运用

《黄帝内经》言脾胃为“仓廪之官”,提出脾胃为“后天之本”。李东垣云:“善治病者,唯在调理脾胃。”李老依据其多年防治脾胃病的临床经验,提出了一系列脾胃病相关学术思想和观点,如“脾多虚证无实证,胃多实证”“脾虚是气虚,甚则为阳虚”“治脾胃须紧密联系肝”等^[7]。李老指出,湿邪为有形之邪,易阻滞气机,是由脾虚失其健运而致,故为本虚标实之证。其认为实由虚致,非脾实证,结合“治脾胃必须紧密联系肝”理论,提出了“脾宜健,肝宜疏,胃宜和”的治疗思想。李老认为脾气虚甚至脾阳虚是导致脾失健运和升清的主要因素。“脾为胃行其津液者也”,说明脾的运化为胃提供营养。另外,肝属木,主生发、条达,主疏泄。若脾土能正常化湿化气,则有助于肝的上通下达;而肝的正常疏泄又能助脾气布散水谷精微。故李老在用药时常以补脾气或温脾阳为主,以疏肝理气为辅。据此,其创立了温中健脾、疏肝理气之温中方(药物组成:炒白术 10 g,茯苓 10 g,陈皮 6 g,旱半夏 10 g,砂仁 8 g,桂枝 3 g,炒白芍 6 g,乌药 8 g,西茴 6 g,沉香 5 g,炒枳壳 6 g,炒香附 6 g,木香 4 g,山楂 5 g,甘草 2 g)。郭会卿教授学习李老治疗脾胃病的思想,并结合其多年治疗疝瘕经验,在温中方基础上加姜厚朴 10 g、北刘寄奴 15 g、独活 30 g、穿山龙 30 g、炒苍术 10 g、威灵仙 15 g、徐长卿 15 g、醋延胡索 30 g、生姜 5 g、大枣 5 g,拟定温中除痹汤,用以治疗疝瘕脾胃虚弱证患者,疗效颇佳。所加药物刘寄奴、独活、穿山龙、苍术有燥脾土、祛周身湿邪之效;湿性黏滞,易阻碍气机运行,中焦痞胀,姜厚朴能够增强温中方下气除满消胀之功;经络不通,筋骨关节不得充养,常致关节疼痛,故加威灵仙、徐长卿、延胡索以行气通络止痛;营(血)行脉中,卫(气)行脉外,营卫和则关节通利,生姜、大枣具有温中、补脾气的作用,又能够助桂枝、芍药调和营卫,并引药入经,运行全身。温中除痹汤重在健运“后天之本”,其具有三个特点。一是补虚,即为脾胃气化枢纽的功能提供动力,使清气上升,浊气下降,五谷精微散布全身,濡养经脉筋骨,如此则正气充盛,足以抵御外邪侵袭。二是攻邪,即祛除风寒湿之邪,亦不忘扶正祛邪,标本同治。三是

护胃,既可调理患者饮食及脾胃功能,又能降低西药对胃肠道的刺激,降低毒副作用,以确保治疗方案得以实施。

3 病案举例

高某,女,54岁,2018年2月8日初诊。主诉:全身多关节疼痛4年余,加重4月。现病史:患者于4年前无明显诱因出现双手指间关节疼痛,自行口服止痛药(具体不详)。1年前病情加重,双手指晨僵,但不足 30 min,进行性加重并逐渐影响腕关节、膝关节。至当地医院就诊,明确诊断为“类风湿关节炎”,给予口服及外用药物治疗(具体不详),服药半年余,出现全身乏力、腹胀、恶心、纳差等症状。后间断服药,疗效欠佳,遂来就诊。刻下症见:神志清,精神差,面色萎黄,全身多关节肿胀、疼痛,以双手指间关节、双腕关节、双膝关节为甚,双手指晨僵大于 60 min,劳累后加重,腹胀,恶心,不能进食偏凉食物,睡眠一般,大便不成形,有时夹有不消化的食物,小便正常,舌质淡,苔薄白,脉沉细弱。既往体健。实验室检查:C-反应蛋白(CRP)为 22 mg/L;红细胞沉降率(ESR)为 40 mm/h。专科检查:双手掌指关节、腕关节、膝关节肿胀明显,活动度尚可。双手指间关节、腕关节压痛(+),双膝关节浮髌试验(+). 西医诊断:类风湿关节炎。中医诊断:疝瘕,证属风湿痹阻,脾胃虚弱。治法:健运脾胃,行气止痛。处方:温中除痹汤。15剂,日1剂,水煎服,早晚温服。并给予常规西药:甲氨蝶呤片,每次 10 mg,每周1次;依托考昔片,每次 60 mg,每天2次。

2018年2月22日二诊:患者关节疼痛较前减轻,仍全身乏力,腹胀,纳差,大便不爽,舌质淡,苔薄白,脉细弱。上方15剂,服法同前。

2018年3月10日三诊:患者关节疼痛继续减轻,全身乏力有所改善,腹胀明显缓解,纳差,大便溏,舌质淡,苔薄白,脉细弱。中药守上方15剂,服法同前。患者自觉疼痛可以忍受,拒绝继续服用西药,建议停药依托考昔片,甲氨蝶呤片遵医嘱继续服用。

2018年3月26日四诊:关节疼痛明显好转,无乏力,但劳累后仍会出现关节不适,腹胀明显缓解,排气增加,食量较前增加,大便成形,舌质淡,苔薄白,脉细弱。实验室检查:C-反应蛋白(CRP)为 8 mg/L,红细胞沉降率(ESR)为 11 mm/h。中药仍予上方去刘寄奴、徐长卿、小茴香、乌药,30剂,服法同前。后患者在

(下转第 19 页)