

· 名医精华 ·

冯氏痹病学术流派治疗原发性干燥综合征学术思想[※]宋哲¹ 郭岳峻² 傅文¹ 冯福海¹ 王子华^{1▲}

摘要 对于原发性干燥综合征,冯氏痹病学术流派基于“清燥毒、生津液、通津道”的治疗理念,主张养阴润燥、活血祛瘀和化痰散结的综合治疗策略。临床实践表明,冯氏痹病学术流派针对原发性干燥综合征提出的“阴虚津亏,津道涩滞”的病机观,不仅在理论上具有先进性和创新性,而且在实践中也显示出其独特的治疗效果和临床价值。这为推动中医治疗原发性干燥综合征的发展具有重要意义。

关键词 冯氏痹病学术流派;原发性干燥综合征;临证经验

1 学术流派简介

郑州作为我国八大古都之一,位于中原腹地,是中医药文化的重要发祥地,历代名医辈出。中原冯氏中医世家由此应运而生,家族医学肇始于清朝中叶,扎根郑州一带,传承数代,终成独具特色的冯氏痹病学术流派。考其有迹可循者,第一代传承人冯运启先生,幼承家学,悬壶乡里,尤精杂病及风湿骨病,创有治疗骨伤的“八宝接骨丹”,以及治疗面神经麻痹的“面瘫牵正汤”等。第二代代表性传承人冯彦臣教授,于新中国成立前曾开设永生堂、济生堂中医诊所,并创有“升降定痛汤”“桂风活络汤”“黑山楂汤”“肩凝汤”“风湿痹痛消丸”等经验方。其研制的“风湿痹痛消丸”用于风湿性关节炎的治疗,疗效可靠,已用作河南中医药大学第一附属医院的院内制剂。第三代代表性传承人冯福海创有“清痹舒络汤”,临床疗效显著。冯氏各代医家秉承“大医精诚、诚心济生”之理念。鉴于风湿病患者多为农村劳苦大众,冯氏医家不分贵贱、亲疏,一切皆以患者为中心,尽心为患者减轻用药负担,全心济世惠民。

※基金项目 河南省卫生健康委国家中医临床研究基地科研专项(No. 2022JDZX091);河南省科技研发计划联合基金-培育项目(No. 242301420089);河南省中医药科学研究专项课题(No. 2024ZY3032);河南省中医学学术流派传承推广项目-中原冯氏痹病学术流派(No. cz0422)

▲通信作者 王子华,男,副主任医师。研究方向:中医药防治风湿免疫病。E-mail: 282529702@qq.com

• 作者单位 1. 河南中医药大学第一附属医院风湿病科(河南 郑州 450000); 2. 河南中医药大学(河南 郑州 450000)

2 对干燥综合征治法的认识

原发性干燥综合征(primary Sjögren's syndrome, pSS)是一种慢性进展性的系统性自身免疫病,以唾液、泪液分泌减少为核心特征,临床以口眼干燥为主要表现,部分患者可合并类风湿关节炎等结缔组织病,并可累及呼吸、循环、神经、泌尿及消化等多系统,造成器官组织功能障碍。该病临床表现个体差异显著,目前无根治手段,临床以改善临床症状与调节免疫功能为主要治疗目标。流行病学显示,其在40岁以上女性中发病率较高,男女患病比例约为1:9^[1]。在中医范畴,著名中医专家路志正首次将pSS归为“燥痹”,认为其病机为本虚标实,以气虚阴亏为本,血瘀燥热为标^[2]。当代中医多以补气滋阴、润燥生津为治则,临床运用中药制剂、针刺、中药雾化吸入、揲针、针刀等中医特色疗法^[3-12],在缓解pSS症状方面取得积极效果。中医药学界对pSS的诊治形成了多元化理论体系,医家们分别从“燥邪致病”“阴虚致病”“血瘀证候”“湿热病机”等角度探索,构建了多样的辨证与治疗策略,而冯氏痹病学术流派则在继承经典燥证论治思想的基础上,形成了独具特色的pSS诊疗体系。

2.1 对传统论治思想的恪守与继承 历代医家在燥证诊疗领域已形成诸多有效方案。如《素问病机气宜保命集》主张治燥需注重疏通经络,选用寒凉药物,以达到养阴退阳之效,从而促进气血运行,使津液得以输布,皮肤获得濡养。历代文献亦多指出,针对皮肤干燥、皲裂、枯萎及麻木等临床表现,临证当辨证施治,尤应避免使用附子、乌头等辛温大热之品。这是

因为,燥证的本质在于阴液亏虚与阳热偏盛,若误用温燥之品,犹如火上浇油,反致热证更为显著。

针对初期燥邪伤津、经络失濡的证型,冯氏痹病学术流派强调“润而不滞、通而不伤”的治则,其用药思路与金代刘完素《素问病机气宜保命集》的燥证论治思想一脉相承。该书中“燥者润之,辛以润之,酸以收之,甘以缓之”“凡治燥病,须分凉燥、温燥,凉燥宜温,温燥宜凉”之记载,虽未直接提及“疏通经络”,但提出的“辛润通络”理念为冯氏痹病学术流派用药提供了理论支撑。

2.2 对当代临床实践的探索与创新 在当代医学实践中,益气养阴、润燥生津常被作为本病的主要治疗策略^[2],然其疗效常受局限。冯彦臣教授在继承金代刘完素“诸涩枯涸,干劲皴揭,皆属燥邪”学术思想的基础上,创新性地提出了“清除燥毒、促进津液生成、疏通津道”的治疗理念。其认为,燥毒过盛会严重耗损津液,导致津道阻塞,进而使五脏六腑、四肢百骸及五官九窍失去濡养,最终形成燥痹。这一理论不仅涵盖了阴虚的病理机制,更突出了“津道涩滞”的重要性。

在治疗过程中,冯氏痹病学术流派除注重滋阴外,还特别强调三焦、肺、肾及脾胃在水液代谢中的协同作用。其中,三焦作为水液输布的通道,其功能发挥依赖于肺气的宣发;肾为水之下源,蒸腾气化需肾阳推动;胃热伤津与脾胃阴虚均可导致阴液不足,表现出阴虚津亏的证候。若津道不通、气机阻滞,徒事滋补,则津液难达周身,滋阴反难得其效。

冯氏痹病学术流派的“阴虚津亏,津道涩滞”观点,先进性在于其对pSS病理机制的全面把握。该观点认为,pSS不仅是津液的亏损,更重要的是津液运行通道的阻塞。这一理论突破了传统的单一阴虚论,更加注重津液代谢的动态平衡。其创新性体现在将津液的生成、运行和分布作为一个整体来考虑,强调了津液代谢障碍在pSS发病中的作用,为治疗提供了新的方向。

3 辨证分型

冯氏痹病学术流派对于燥痹,常分为以下4个证型进行辨治。

3.1 阴虚津亏型 证候表现:口、眼、鼻诸窍干燥少液,甚则无液(具体表现:口渴,干硬食物难以下咽;眼干少泪或无泪;大便干硬;小便短少;皮肤干燥),舌质

干红少苔或无苔缺津,脉细或细数。治法:养阴生津润燥。药用:南沙参20 g,北沙参20 g,天冬20 g,麦冬20 g,石斛20 g,生地黄15 g,炒白芍15 g,煅牡蛎15 g,玄参10 g,乌梅15 g,土茯苓20 g,生石膏20 g,诃子肉15 g,甘草6 g。

3.2 痰阻津道型 证候表现:口、眼、鼻诸窍干燥,腮腺肿胀坚硬疼痛,或腮腺红肿疼痛,干咳少痰,胸闷气短,舌质光红无苔缺津,脉细或细数。治法:清燥化痰,软坚生津。药用:浙贝母20 g,生牡蛎20 g,猫爪草10 g,夏枯草20 g,蒲公英20 g,皂角刺10 g,北沙参20 g,麦冬20 g,乌梅15 g,石斛30 g,知母10 g,炒白芍15 g,菝葜10 g,制胆南星10g,甘草6 g。

3.3 气阴两虚型 证候表现:口、眼、鼻诸窍干燥,身困乏力,或瘫软无力,夜尿多,饮食乏味,大便或干或溏,皮肤干燥,形体瘦削,两目昏暗,或见下肢皮肤红疹、红斑、红肿硬结,舌质光红无苔缺津,脉沉细或沉细数。治法:益气养阴,增液凉血。药用:黄芪30 g,太子参30 g,生山药30 g,生地黄15 g,熟地黄15 g,知母10 g,当归15 g,炒白芍15 g,石斛30 g,南沙参15 g,北沙参15 g,肉桂5 g,炙甘草6 g。

3.4 阴损及阳型 证候表现:口、眼、鼻诸窍干燥,口干欲饮,身困乏力,或瘫软无力,夜尿多,大便时干时溏,形寒怕冷,手足欠温,腰膝酸软,或伴四肢关节疼痛怕凉,形体瘦削,皮肤干涩粗糙,舌质淡红无苔或少苔缺津,脉沉细无力。治法:滋阴温阳,生津润燥。阴损及阳型多见于pSS中后期或长期未规范治疗者,此时患者除口干、眼干加重外,常伴畏寒肢冷、关节冷痛、神疲乏力等阳虚表现,病机呈现“津道不通、气机阻滞、瘀血阻络、阴阳两虚”的复合状态。冯氏痹病学术流派基于“阳生阴长、气行津布”的理论,在滋阴基础上强化温阳、理气、活血之法,组方用药具体如下:熟地黄15 g,山茱萸12 g,茯苓15 g,泽泻10 g,桂枝10 g,淫羊藿10 g,丹参15 g,川芎10 g,陈皮10 g,枳壳10 g,芦根15 g,生黄芪20 g,炙甘草6 g。

4 用药特色

冯氏痹病学术流派秉持“三焦为津道之枢,痰瘀乃涩滞之标”理论体系,认为燥痹的核心病机演变路径为:本病多由燥毒内蕴而起,燥毒化火,既可灼津为痰、又可耗伤阴液,致阴亏于内而燥毒亢于外;继则三焦气化失司,上焦肺失宣降,下焦肾失蒸腾,中焦枢机不利,水液代谢失常;久病必瘀,痰瘀互结,阻滞津道,

致津液输布失常,不能上荣口、眼、鼻诸窍,亦不能充养四肢百骸,腺体失濡,络脉涩滞,终成燥痹(见图1)。因此冯氏痹病学术流派认为,“痰阻津道”是燥痹“津道涩滞”病机的关键环节。基于此,冯氏痹病学术流派的论治思路独树一帜,将“疏通津道”确立为遣方用药的核心。

对于“痰阻津道”,冯氏痹病学术流派认为当以疏通津道所阻为先,临床上多以猫爪草、夏枯草及胆南星为核心组成药物,从而化痰散结、消肿止痛;继则选用沙参、麦冬、乌梅和石斛等滋阴之品,润泽津道以缓解津道的涩滞之证。其组方原则融化痰散结、消肿、滑利津道为一体,充分体现了冯氏痹病学术流派对燥痹“以通为用、通润并行”的独特学术见解。

实验数据揭示,猫爪草中的多糖类物质与皂苷成分在免疫调控方面发挥重要作用^[13]。针对猫爪草多糖(polysaccharide of Ranunculi Ternati Radix, PRTR)的免疫活性研究显示,该物质可显著增强巨噬细胞的吞噬功能,具体表现为吞噬百分率与吞噬指数的明显提升^[14]。在剂量为 600 mg/kg 时,PRTR 对健康小鼠和免疫受损小鼠均产生显著的免疫激活效应,同时促进溶血素生成并增加外周血 T 淋巴细胞数量。环磷酰胺诱导的免疫抑制模型中,PRTR 同样展现出显著的免疫修复功能^[15]。就活性成分而言,皂苷类物质对胃癌 BG823 细胞的生长及集落形成抑制作用较多糖更为显著^[16]。在雌性小鼠实验中,2.96~11.86 g/kg 剂量范围内的猫爪草皂苷经口服给药后,可有效提升脾指数、淋巴细胞转化率及 NK 细胞活性。此外,该成分对 MCF-7 细胞增殖具有明显的抑制作用,并呈现出剂量依赖性的细胞凋亡诱导效应^[17]。

孟胜男等^[18]通过体外实验发现,夏枯草提取物对 HSV-I 病毒感染的 Vero 细胞表现出显著的抗病毒活性,这一发现为夏枯草的抗病毒作用提供了直接的实验证据;进一步的体内研究表明,夏枯草提取物在治

疗单纯疱疹病毒性角膜炎方面表现出与临床常用抗病毒药物阿昔洛韦相当的疗效,这为其临床应用提供了重要参考。与此同时,陆鹰等^[19]的研究揭示了夏枯草多糖在免疫调节方面的独特作用。其实验结果表明,中、高剂量的夏枯草多糖能够显著提升免疫抑制小鼠的脏器指数,增强巨噬细胞的吞噬功能,并提高溶血素水平。这些研究结果,不仅可深化大众对夏枯草药理作用的认识,也可为开发新型抗病毒药物和免疫调节剂提供重要的理论基础。

胆南星展现出显著的抗炎与镇痛功效^[20-24]。在 Ahn CB 等人^[20]的实验中,研究人员采用胆南星水提物处理经脂多糖(LPS)刺激的 THP-1 人单核细胞白血病细胞系,观察其抗炎效应。实验数据显示,与对照组相比,胆南星提取物能有效降低促炎因子(包括 IL-1、IL-6 和 TNF- α)的分泌水平,同时抑制这些细胞因子的基因转录,证实了其抗炎作用机制。此外,通过开展二甲苯诱导的小鼠耳肿胀模型、热板试验以及醋酸引发的扭体反应等系列实验,科研人员进一步验证了胆南星在抗炎镇痛方面的良好效果^[23-24]。

5 验案举例

5.1 病历资料 李某,女,46岁,2024年1月18日初诊。主诉:口干、眼干5年,双侧腮腺肿大伴关节隐痛6个月。现病史:5年前确诊为pSS,间断口服白芍总苷胶囊,口干、眼干症状反复。6个月前无明显诱因出现双侧腮腺肿大(右侧为著),稍有压痛,伴胸闷不舒、双侧指间关节隐痛(活动后减轻)、口干加重(进食干性食物需大量饮水)、眼干少泪、大便黏滞不爽(每日1次)。体格检查:舌暗红,苔白腻,脉弦滑;双侧腮腺肿大,右侧约3 cm×2 cm,左侧约2 cm×1.5 cm,质韧,压痛(+);双侧指间关节无红肿,压痛(±)。辅助检查:抗SS-A(+),抗SS-B(+);血沉为28 mm/h,C反应蛋白为12 mg/L;腮腺超声提示“双侧腮腺弥漫性肿大,

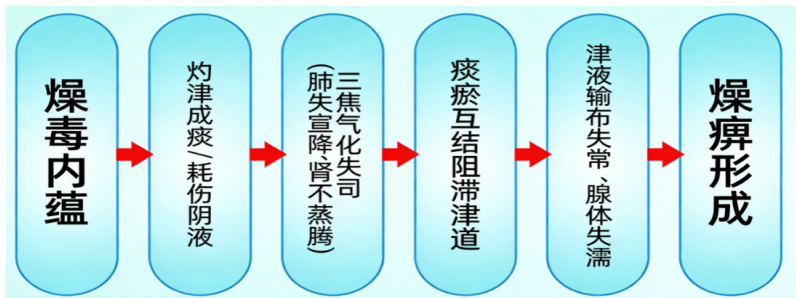


图1 冯氏痹病学术流派的燥痹核心病机演变路径图

实质回声不均匀,未见明显占位”;Schirmer 试验结果为“右眼 4 mm/5 min,左眼 3 mm/5 min”;唾液流率为 0.06 ml/min。

5.2 辨证分析 患者病程日久,初期燥邪伤津,久则炼液成痰,加之情志不畅致气机郁滞,痰浊与瘀血互结,阻滞三焦。三焦为津道之核心枢纽,其气化功能失司则津液无法输布至口、眼等窍道,故见口干、眼干;痰瘀阻滞局部经络,则腮腺肿大(超声检查结果符合“痰结”之表现)、关节隐痛;三焦气机不畅则胸闷;痰浊内蕴则大便黏滞、舌苔白腻;脉弦滑为痰瘀互结之象。综上,辨证为痰阻津道证,深契冯氏痹病学术流派“三焦为津道之枢,痰瘀乃涩滞之标”的理论内涵;津亏为本,痰瘀阻滞三焦、津道涩滞为标。

5.3 治疗方案 遵循“化痰散结以祛标,活血通津以畅枢,滋阴润燥以固本”的治则,予冯氏痹病学术流派经验方化痰通津方加减。药用:浙贝母 10 g,夏枯草 20 g,猫爪草 10 g,制胆南星 10 g,丹参 15 g,皂角刺 10 g,川芎 10 g,柴胡 10 g,枳壳 10 g,北沙参 20 g,麦冬 20 g,石斛 30 g,生甘草 6 g。用法:水煎服,每日 1 剂,分早晚温服,共 21 剂。西医方面维持白芍总苷胶囊 0.6 g/次,3 次/日;配合腮腺局部热敷(每日 2 次,每次 15 min),促进痰瘀消散;同时嘱避免辛辣、黏腻饮食,保持情绪舒畅(避免气机郁滞加重痰瘀)。

5.4 疗效观察 二诊(2024年2月8日):双侧腮腺肿大较前明显缩小,压痛减轻;胸闷缓解,口干、眼干减轻(进食干性食物饮水量减少),大便通畅;舌暗红,苔薄腻,脉弦。调整处方:去皂角刺(痰结已减),加炒白芍 15 g(柔肝通络,兼顾关节隐痛)。28 剂,煎服法同前。

三诊(2024年3月10日):腮腺肿大完全消退,口干、眼干基本消失(Schirmer 试验:右眼 9 mm/5 min,左眼 8 mm/5 min;唾液流率为 0.22 ml/min);关节隐痛消失,胸闷无复发。复查血沉 16 mm/h,C 反应蛋白 6 mg/L;腮腺超声提示:双侧腮腺大小形态正常,实质回声均匀。效不更方,继服 14 剂。

随访(2024年6月10日):症状无复发,各项指标稳定,白芍总苷胶囊减量至 0.6 g/次,2 次/日。鉴于 pss 目前无法治愈,建议患者定期复诊(若病情稳定,则每 2 个月复诊 1 次),酌情调整治疗方案。

5.5 按语 本案为痰阻津道型 pSS 的典型病例,精准契合冯氏痹病学术流派“三焦为津道之枢,痰瘀乃

涩滞之标”的核心理论。治疗中以浙贝母、夏枯草、猫爪草、制胆南星化痰散结,以靶向腮腺痰结;丹参、川芎、皂角刺活血化瘀,疏通络脉瘀阻,与化痰散结类药物共同针对“痰瘀乃涩滞之标”;柴胡、枳壳调畅三焦气机,恢复三焦气化功能,促进津液输布,针对“三焦为津道之枢”;北沙参、麦冬、石斛滋阴生津,避免化痰药耗津,兼顾“津亏之本”;甘草调和诸药。全方祛标不伤本,通津不耗津,通过“化痰-活血-调三焦”的三维干预,实现痰瘀消散、三焦通利、津道顺畅的疗效,充分验证了冯氏痹病学术流派核心理论的临床指导价值。

6 小结

冯氏痹病学术流派的理论不仅在学术层面展现了创新价值,其临床实践更验证了显著的疗效。该学派认为,无论内燥或外燥,均可引发津液耗损或输布障碍,继而导致血行不畅而形成瘀滞,故而主张滋阴生津与通调水道并重的辨治思路。其通过对病因病机的深入剖析与治法的系统整合,突破了 pSS 传统论治思路,不仅丰富了中医理论体系,更为临床综合治疗提供了重要指导。

综上所述,冯氏痹病学术流派提出的“阴虚津亏,津道涩滞”的病机观,兼具理论创新与临床实效,对完善 pSS 的中医辨治体系具有重要推动作用。

参考文献

- [1]姜泉,殷海波,张香妮,等.78 例原发性干燥综合征患者中医证候分析[J].中华中医药杂志,2011,26(10):2402-2404.
- [2]姜泉,张华东,陈祎,等.路志正治疗干燥综合征经验[J].中医杂志,2016,57(6):463-465.
- [3]平利峰,姜淑华,孙凤艳,等.一贯煎组方联合还原型谷胱甘肽治疗 pSS 肝损伤的疗效及对肝功能的影响[J].检验医学与临床,2018,15(6):854-856.
- [4]姜淑华,胡丽伟,平利峰,等.一贯煎联合谷胱甘肽治疗干燥综合征肝损伤的临床观察[J].陕西中医,2016,37(9):1217-1218.
- [5]邓俊花,于志谋,李响,等.针药联合治疗原发性干燥综合征口干 55 例[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(8):40-42.
- [6]葛琳,赵瑞英,邓俊花,等.针刺对路氏润燥汤治疗原发性干燥综合征眼干症状增效作用[J].中华中医药杂志,2017,32(1):344-346.
- [7]张雪丽.润燥通络针刺法治疗干燥综合征 30 例[J].中医研究,2013,26(9):46-48.
- [8]ZHOU X Y, XU H D, CHEN J Z, et al. Efficacy and safety of acupuncture on symptomatic improvement in primary sjögren's syndrome: a randomized controlled trial[J].Front Med(Lausanne),2022,9:878218.

(下转第 33 页)