

解毒祛瘀法在治疗风湿病中的应用

何森泉¹ 温成平² 范永升²

(1 浙江中医药大学 杭州 310053; 2 浙江中医药大学风湿病研究所 杭州 310053)

关键词: 毒邪; 血瘀; 风湿病; 解毒祛瘀

中图分类号: R 593.2

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)04-0085-02

毒邪为风湿病的重要病因, 分为外侵毒邪和内生毒邪, 毒邪可导致血瘀, 血瘀日久可内生毒邪, 毒瘀互结是风湿病中的毒邪致病的病理关键。所以解毒祛瘀法可贯穿风湿病疾病治疗的始终。

1 毒邪与风湿病的病因

毒邪的概念在中医学中渊源久远, 涉及广泛, 又在临床医学发展中不断被赋予新义。根据古代和现代文献, 毒邪的产生和致病主要包括四方面^[1-3]: 六淫化毒、内生毒邪、疔气疫毒、虫兽药食毒。与风湿病相关较大的主要为前面两者。

1.1 邪气过盛、六淫化毒 《黄帝内经》认为偏盛之气侵袭机体可化生为毒。《素问·五常政大论》谓:“少阳在泉, 寒毒不生……阳明在泉, 湿毒不生……太阳在泉, 热毒不生……厥阴在泉, 清毒不生……少阴在泉, 寒毒不生……太阴在泉, 燥毒不生。”指出寒毒、湿毒、热毒、清毒、寒毒、燥毒之毒邪名称, 王冰注:“夫毒者, 皆五行标盛暴烈之气所为也。”《东医宝鉴·杂病篇二》谓:“伤寒三阴病深必变为阴毒, 伤寒三阳病深必变为阳毒。”说明六淫邪盛, 侵犯机体, 可化生为毒邪而猛烈伤人。毒邪与一般六淫的区别在于程度上的不同。在风湿病中, 许多疾病涉及脏腑广泛, 病情复杂, 在病情的程度上远较一般六淫邪气所致疾病厉害, 非一般邪气可及。如系统性红斑狼疮的临床表现纷繁复杂, 有多脏器多系统损害, 可危及生命, 单纯的一般六淫邪气致病论不利于其病因病机的整体把握。

1.2 邪蕴日久、内生毒邪 《金匱要略心典》:“毒, 邪气蕴结不解之谓。”说明致病毒邪除从外界侵入人体, 还可由脏腑功能紊乱, 阴阳气血失调, 病理代谢产物蓄积蕴结而生, 可称之为内毒。《景岳全书·杂证谟·淋浊》曰:“大抵此证, 多由心肾不交, 积蕴热毒, 或酒后房劳, 服食燥热, 七情郁结所致。”说的是饮食、房劳、情志等因素引起的内生热毒, 热毒既作为病理产物, 又作为新的病因, 导致淋浊。张蕾等^[4]亦认为毒可以作为病理产物, 但同时更主要的是, 它又成为新的病因, 对机体造成更严重的损害。风湿性疾病病程很长, 病情反复发作, 从而使脏腑功能紊乱、阴阳气血失调, 病理产物蕴积郁滞, 造成偏盛或郁结不解而生毒, 这与邪气蕴结日久化毒相符合。内毒的产生, 往往使风湿病病情复杂多变。故毒邪致病可作为风湿病的重要病因。

2 毒瘀互结是风湿中毒邪致病的病理关键

2.1 毒可致瘀 毒有火热性, 即毒邪致病的表现, 其证多属火属热, 邪变为毒, 多从火化。王清任在《医林改错》中说:“血受热则熬成块。”《瘟疫论》曰:“邪热久羁, 无由以泄, 血为热搏, 留于经络, 败为紫血。”热毒之邪煎灼津液, 津亏不能使血行或血受煎炼而成血瘀; 或由于热毒迫血妄行, 离经之血而为瘀; 或瘀是在感染毒邪之后滞气进而凝血。如《临证指南医案》言:“凡气既久阻, 血亦应病, 循行之络自痹”, 即叶天士所谓:“病初气结在经, 病久血伤入络。”是也, 毒与瘀交阻于人体经络血脉, 使人体精微物质外不能达肢体关节, 内不能入五

脏六腑。

2.2 瘀血生毒 七情内伤影响脏腑气机, 使之升降失常, 气郁、气滞、气结而致血瘀, 所谓“盖气者, 血之率也, 气行则血行, 气止则血止。”长期饮食失调, 损伤脾胃, 纳谷减少, 生化乏源, 气虚血亏, 致血行不畅; 或过食肥甘厚味, 湿热痰浊内生, 气血壅滞, 均可导致血瘀, 瘀血蓄积日久, 进一步加重气机的失常, 导致阴阳脏腑失衡, 日久而蕴生内毒。

2.3 毒瘀胶结 毒邪致血瘀, 瘀久而生毒, 毒邪附着瘀血则胶结成为毒瘀。毒瘀可导致人体各种损伤, 如气虚、气滞、阴虚、阳虚等, 具体可通过辨证论治, 但毒瘀互结贯穿疾病的始终, 为风湿病中的病理关键。

3 解毒祛瘀法结合辨证论治在具体风湿病中的应用

3.1 系统性红斑狼疮(SLE) 朱某, 女, 30 岁, 诊断为 SLE 2 年。服强的松 20mg 维持, 因“出现脸部蝶形红斑, 伴关节疼痛 3d”于 2005 年 3 月 25 日就诊。3d 前患者劳累后出现脸部红斑, 呈蝶形分布、有鳞屑、黯褐色, 关节疼痛, 以双下肢关节为主, 稍有活动即乏力, 心烦时起, 胃纳一般, 大便干, 小便黄, 血检: ANA 1:40, 抗 dsDNA (+), ESR: ↑ 36mm/h, 补体 C3: ↓ 46 mg/dL, 舌红绛苔薄, 脉细。证属热毒血瘀, 气阴两虚, 给予清热解毒祛瘀、滋阴益气治疗。方药: 七叶一枝花 30g, 白花蛇舌草 30g, 生地 15g, 赤芍 12g, 丹皮 12g, 升麻 9g, 鳖甲 12g, 凌霄花 12g, 积雪草 15g, 生黄芪 30g, 炒白术 12g, 麦门冬 15g, 独活 12g, 桑寄生 18g, 生麦芽 12g。7 剂, 水煎服, 1d 1 剂。药后患者诉红斑颜色变淡, 关节疼痛好转, 除胃脘稍有胀闷外, 乏力、便干均有好转。遂以本方加减调理, 1 月后除脸部红斑隐现外, 其余症状皆愈。血检: ANA 1:40, 抗 dsDNA (-), ESR: 13mm/h 正常, 补体 C3: 87 mg/dL 正常。病情得以缓解稳定, 1 年后强的松减为 2.5mg, 病情稳定, 无复发。

系统性红斑狼疮是全身免疫异常而致多器官受累为特征的疾病^[5]。病变范围涉及中医温病、内伤杂病和皮肤外科等范畴, 外受热毒、素体禀赋不足是其发病的内外因, 而两者又可互为因果标本。人体感受热毒后, 一方面外伤腠理肌肤、蚀于筋骨而出现红斑和肌肉关节病变, 另一方面热毒内攻五脏六腑, 起初热毒伤阴, 逐渐可发展成阴损及阳、阴阳两虚, 甚至阴阳离绝而危及生命。本病急性期以热毒炽盛为主, 慢性期或缓解期以邪退正虚、肌肤内瘀滞为主, 但热毒血瘀贯穿始终, 只是各有侧重。此例患者脸部红斑、关节疼痛为热毒侵于肌肤、蚀于筋骨导致局部瘀阻的表现, 稍有活动即乏力、心烦时起、大便干、小便黄, 为热毒内侵五脏六腑导致气阴两虚。故给予清热解毒祛瘀、滋阴益气的疗法, 收到不错效果。

3.2 类风湿性关节炎(RA) 毛某, 女, 37 岁, 2005 年 11 月 13 日初诊。有 RA 病史 1 年余, 服用西药(MTX 7.5mg, qw; 美洛昔康片 7.5mg, Bid) 月余, 但关节疼痛仍时有发作, 近日关节疼痛加重, 遂来诊。诊见: 掌指关节、腕关节红肿疼痛, 局部肤温高, 双手晨僵在服用西药后一度好转但最近又明显, 怕

基层中医院开展中药咨询工作的体会

杨水英¹ 童树洪²

(1 浙江省桐乡市中医院 桐乡 314500; 2 浙江省桐乡市第一人民医院 桐乡 314500)

关键词: 中药咨询; 医院发展; 患者需求; 建议

中图分类号: R 197.4

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)04-0086-02

随着医疗经济体制的导入, 计划经济时代的医疗市场格局已被完全打破, 医疗消费者的自主性进一步增强, 对深层次的服务需求也越来越迫切, 由此出现了一个全新的药学服务平台——中药咨询。

我院属市级中医院, 开展中药咨询工作始于 2002 年, 于 2005 年设立专门的中药咨询窗口, 通过对 4 年来咨询工作的整理分析, 笔者发现: (1) 咨询人数越来越多, 从最初的每天 1~2 人次到现在的每天 10 多人次; (2) 咨询内容越来越深, 从最初的如何煎煮到现在涉及中药药理学分析; (3) 咨询人的冷畏风寒, 纳化尚可, 血沉: 血沉 33mm/h, RF 1:160(阳性), 舌质红, 苔薄白, 脉沉。证属毒瘀内蕴、寒热错杂, 施以解毒祛瘀、寒温并用。药用: 七叶一枝花 30g, 赤小豆 30g, 全当归 12g, 虎杖 18g, 桂枝 12g, 白芍 30g, 知母 12g, 威灵仙 30g, 豨莶草 15g, 制川乌 10g, 生石膏 30g, 生苡仁 18g, 蕲蛇 9g, 焦山楂 9g。7 剂, 水煎服, 1d 1 剂。药后, 疼痛明显减轻, 关节肿胀略有缓解, 关节灼热感明显减轻。遂以本法加减调理, 渐减制川乌用量, 3 月后, 疼痛未作, 血沉: 血沉 13mm/h, RF 1:20, 病情得以缓解。

类风湿性关节炎是一种以关节滑膜炎为特征的慢性全身性自身免疫性疾病^①。反复发作, 导致关节软骨及骨质破坏, 最终导致关节畸形及功能障碍, 还可累及多器官、多系统, 引起系统性病变。根据其临床特点, 中医认为与《灵枢》所描述的“周痹”、《金匮要略》中的“历节”以及后世医家所称的“顽痹”、“尪痹”相似。此例患者 RA 病史 1 年余, 先天禀赋不足, 感受风寒湿热之邪, 导致机体的脏腑功能紊乱、气血阴阳失调, 病理产物蕴积郁滞日久而化为内毒。掌指关节、腕关节红肿疼痛, 局部肤温高为热毒活动, 瘀阻关节; 怕冷畏风寒则说明她素体阳虚。故证属毒瘀内蕴、寒热错杂, 不能单用清热药或温通药。解毒祛瘀、寒温并用正是对此情况而下。

3.3 白塞氏综合征(BD) 吴某, 女, 29 岁, 教师, 2005 年 10 月 21 日初诊。患者口腔溃疡已 7 年, 反复发作, 2004 妇科检查发现有外阴溃疡。实验室检查: 血沉↑ 33mm/h, CRP 阳性, ANA 阴性, ANCA(抗中性粒细胞胞浆抗体)阳性, 诊为白塞氏综合征。患者平素大便秘结, 时发风疹, 关节疼痛反复发作, 口腔溃疡尤以经前为甚, 进食疼痛, 难以咀嚼, 痛苦不堪。就诊时舌尖、舌两侧以及颊黏膜共有三处黄豆大溃疡点, 舌边尖因之凹凸不平, 咽干, 目睛有灼热感, 舌质红, 脉弦细数。辨证湿毒瘀结脾胃肝胆, 拟解毒祛瘀法治。处方: 生甘草 12g, 黄芪 9g, 黄连 9g, 苦参 30g, 太子参 15g, 干姜 5g, 生地黄 30g, 麦门冬 15g, 蒲公英 30g, 生大黄 5g, 丹皮 10g, 赤芍 9g, 玄参 10g, 龙胆草 9g。并配以苦参、蛇床子、野菊花、金银花煎汤洗阴部。服药 7 剂后, 舌体溃疡明显好转, 舌边、尖凹凸不平全消, 咽干及目睛灼热感亦消。以后又以此方化裁治之, 1 个月妇科检查谓外阴溃疡已愈。现病情一直保持稳定。

白塞氏综合征是一种原因不明的以细小血管炎为病理基础的累及多系统、多器官的慢性全身性疾病^②。口腔、生殖

范围越来越广, 从最初仅局限于知识分子到现在目不识丁的老农。笔者认为, 中药咨询工作的出现, 说明广大群众的生活水平在不断提高, 对用药的安全性、有效性、合理性有了更高更严的要求, 这是历史的必然, 也是时代的产物, 具有重要的意义及必要性。下面分别从医院和患者两方面加以阐述, 并对今后的中药咨询工作提出建议:

1 从医院发展角度看中药咨询工作

中药咨询工作在医院是医生的参谋和助手, 是医疗工作的延伸和补充, 是直接服务于患者的新的前沿窗口。目前的器、眼和关节为常发病部位。本病与中医学中“狐惑”类似, 始见于张仲景所著《金匮要略》, 认为“蚀于阴为狐, 蚀于喉为惑”, 被认为是一种温毒病。此患者表现为口腔、阴部的反复溃疡, 为湿热毒邪侵袭口腔、阴部的表现, 目睛有灼热感、舌两侧溃疡是肝胆为毒邪侵袭的表现, 毒邪蕴久, 伤及气血, 导致局部血瘀形成, 毒瘀互结, 阻于关节, 故有关节痛反复发作。处方以甘草泻心汤、犀角地黄汤、龙胆泻肝汤加减, 共奏解毒祛瘀、清肝胆湿热之效。

3.4 强直性脊柱炎(AS) 李某, 男, 19 岁, 2005 年 3 月 7 日首诊。脚后跟疼痛难以行走半月余, 曾用扶他林、莫比可等, 效果不明显, 为求进一步治疗来诊。追问病史有下腰部、大腿内侧酸痛, 晨起僵硬、活动不利 2 年余。遂予行双侧髋髂关节、跟骨 X 线示: 双侧髋髂关节轻度炎症, 跟骨未见明显异常。平素怕冷易汗, 纳化尚可, 舌暗红, 苔厚, 脉沉。证属毒瘀侵袭督脉, 致肾虚足跟痛, 督脉受累, 阳气不足, 故平素怕冷易汗, 毒瘀在内, 故舌暗红, 苔厚, 脉沉。施以解毒祛瘀, 通督止痛。药用: 白花蛇舌草 18g, 虎杖 18g, 七叶一枝花 18g, 丹参 30g, 桃仁 10g, 淡附片 6g, 肉桂 6g, 桂枝 9g, 金毛狗脊 18g, 生黄芪 30g, 制川乌 10g, 生石膏 30g, 炙甘草 6g。7 剂, 水煎服, 1d 1 剂, 药后疼痛大减, 晨僵亦有所好转。遂改川乌 5g、石膏 15g, 加全当归 12g, 服后足跟疼痛痊愈, 晨僵基本消失, 下腰部、大腿内侧仍有酸痛。以此方加减再服用 3 周, 下腰部、大腿内侧转为偶有酸胀, 病情稳定。

强直性脊柱炎是一种慢性炎性疾病, 主要侵犯中轴骨骼, 以髋髂关节炎为标志, 而髋、肩以外的四肢关节受累少见^③。中医认为本病是督脉亏虚和风寒湿邪共存, 使筋软骨弱, 渐使痰浊瘀血相互胶结而生毒邪, 解毒祛瘀须与益肾通督联合使用。结合此患者, 肾阳、督脉亏虚较明显, 故给予乌、桂、附等益肾阳以通督脉, 再给予解毒祛瘀药联合使用, 取得不错效果。

参考文献

[1] 骆丰, 周庆博. 毒邪辨析[J]. 江苏中医, 1999, 20(11): 7
[2] 张蕾, 刘更生. 毒邪概念辨析[J]. 中国中医基础医学杂志, 2003, 9(7): 487
[3] 蒋明, DAVIDYU, 林孝义, 等. 中华风湿病学[M]. 北京: 华夏出版社, 2004. 865, 1 010
[4] 娄玉铃. 风湿病诊断治疗学[M]. 郑州: 郑州大学出版社, 2003. 137, 203

(收稿日期: 2006-12-30)