

高社光教授治疗干燥综合征临床经验

刘童童 李媛媛 谷占卿 王红霞 魏勇军

【摘要】 本文通过高社光教授对干燥综合征发病特点的认识,分别从病因、阴阳、病位和病势、寒热及兼证等方面论述了对干燥综合征的辨证论治,根据干燥综合征的发病特点,高社光教授提出“燥症非滋阴,助阳化气阴自生”的观点,临床中采取助阳化气之法,加浙贝解郁散结,如有痰湿则加化痰祛湿药,如有瘀毒阻滞,则加解毒化瘀药治之,取得良效。

【关键词】 干燥综合征; 中医疗法; 名老中医经验; 高社光

【中图分类号】 R249 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2016.10.028

高社光教授是全国第四、五批名老中医药专家学术经验继承工作指导老师,国家中医药管理局科技咨询和评审专家,河北省第二批中医药师带徒指导老师,河北医科大学硕士研究生导师,天津中医药大学博士研究生导师,全国优秀中医临床人才,师承于著名中医大家路志正、薛伯寿和颜正华等人。笔者有幸跟随高老师临证抄方,观师辨治干燥综合征方正法严、药专效宏,审因辨治,每以常法收效,待诊之余,受益匪浅,兹将高老师治疗干燥综合征的经验总结如下。

干燥综合征(Sjögren's syndrome, SS)是一种侵犯外分泌腺体尤以侵犯唾液腺和泪腺为主的慢性自身免疫性疾病,常与其他风湿病或自身免疫性疾病重叠,临床主要采用对症治疗和系统治疗。近年来,生物制剂中针对 B 细胞的抗 CD20 单克隆抗体和抗 CD22 单克隆抗体也开始应用于治疗本病^[1-2],但其远期疗效和引起的不良反应仍有待进一步观察,而实践证明中医药疗法能有效缓解病情、提高患者生活质量,且不良反应少^[3]。

1 高社光教授对干燥综合征的认识

中医并无“干燥综合征”的病名,根据其临床表现应属中医“燥证”“燥毒”等范畴,20 世纪 80 年代初,路志正教授首创“燥痹”病名,将干燥综合征归属其内,指导临床实践^[4]。《素问·气交变大论》记载“燥痹”是因岁金太过,燥

气流行,肝木受邪而致,患者多表现为两胁下少腹痛,目赤痛,眦痒,耳无所闻等症。

高老师根据多年临床经验认为干燥综合征有以下特点:(1)病因分内外,皆可致病。即四时之令,皆能为邪;五脏之气,各能受病。或因时行戾气,或因感六淫之邪;或因先天禀赋不裕,或因七情饮食而致肝肾阴虚,亦或因痰湿瘀毒阻络,耗灼津液,皆可形成燥痹。(2)病机复杂,虚实夹杂。干燥综合征虽以津液亏虚、清窍失濡为主要表现,但痰湿内阻、湿与热结,或瘀血阻络、毒浊内蕴,皆可影响人体津液的疏布,久而闭阻经络血脉关节,形成燥痹。(3)起病隐匿,病情缠绵,遽袭脏腑。干燥综合征初起,患者仅觉口干、眼干,多不会引起重视,随着病损时间延长,机体多出现脏腑的损害,如出现肾损害、肺功能异常、胰腺炎等,尤其是肝损害,说明燥痹其性凶猛,非同一般,可“遽赤地千里也,有干于外则皮肤皴揭,有干于内则精血枯涸,干于津液则荣卫气衰,肉烁则皮肉著于骨,随其大经小络所属上下中外前后,各为病所。”(4)治疗不单滋阴,应兼八法。干燥综合征之燥或因亡液为燥,或因风热胜湿为燥,或因痰湿瘀阻,津凝不布为燥,故不可单以润治燥,不求病情,不适病所,“犹未免涉于粗疏耳”。因此,高老师治疗干燥综合征强调审因、辨证、施治三过程,以审因为主,辨证为纲,施治为要。

2 高社光教授辨治干燥综合征思路

高老师治疗干燥综合征时强调以审因为法,辨证论治,临证尤为重视因和证的关系。《医门法律》云“知病所由生者而直取之,乃为善之”,即治病必求于本,而不应困惑于疾病本身的表现。如阳虚而不能化气之干燥综合征,虽表现口干、眼干等症,但其脉沉,或细或不细,高老师常用附子,附子虽辛热,却每收良效。《至真要大论篇》论述治病必伏其所主,而先其所因,热因寒用,寒因热用,塞因塞用,通因通用,因和证候应属包含关系,有是因,而相合于机体本身体质,环境变化而表现为不同的证候,故因是起源,证为支流。辨证不忘审因,方能捷效。

基金项目:国家中医药管理局全国老中医药专家传承工作室建设项目(高社光传承工作室)

作者单位:056001 河北中医学院中西医结合学院实习医院邯郸市市中医院[刘童童(本科生)、李媛媛];河北省邯郸市中医院风湿科(谷占卿),心内科(王红霞),内科(魏勇军)

作者简介:刘童童(1992-),2012 级在读本科生。研究方向:国家级名老中医高社光教授学术思想挖掘、整理、研究和传承。E-mail:951118604@qq.com

通讯作者:魏勇军(1964-),博士,主任中医师。研究方向:中医经典与内科。E-mail:hebzyt@163.com

2.1 辨病因

干燥综合征病因多端,但大体可归纳为虚、邪、瘀三统。若先天禀赋不足,或肝肾虚损,亦或后天脾胃不常,精不足以化,阴不足以生,则脾散精无力,筋脉关节九窍失于濡养,气血运行受阻,不荣而病。则应以补虚为要,如地黄饮子等;气运太过,或寒邪闭阻气机,或风邪胜湿,亦或秋燥蒸灼等,闭阻气机,蒸灼津液而为燥,不通为病,治宜驱邪为主,可用杏苏散、桑杏汤之类;顽病日久,瘀血内阻,经络不通,气机升降失常,津液不能随气蒸发升腾,故见皮肤皴揭或肌肤甲错,舌质紫黯、紫绛,或有瘀斑,治宜活血祛瘀为主,酌选血府逐瘀汤为妙。

2.2 辨阴阳

《素问·阴阳应象大论篇》:“善诊者,察色按脉,先别阴阳。”人体阴阳统治一身气血精津液,如阴虚则内热,阴凝则生燥,阳盛则阴病,阳馁则生湿而灼津,故应根据患者阴阳盈亏的不同,损有余而补不足,阳病不能化气,则可于阴中求阳,阳得阴助而生化无穷;阴病无从化形,则可于阳中求阴,阴得阳升而泉源不竭。

2.3 辨寒热

燥痹有寒热之殊,热者多表现为身热,汗出,喜热饮,心烦,尿黄短,舌苔薄黄或薄白而干,脉象细数等,如热为高热而烦渴引饮,则治宜清热泻火,可用白虎汤加减:生石膏、知母、炒栀子、何首乌、女贞子、旱莲草、生地黄等,如低热而五心烦热,则治宜滋阴清热,可用一贯煎加减:沙参、麦冬、当归身、生地黄、枸杞子、川楝子、石斛、知母等;寒者多以虚寒为主,表现为无汗、四肢逆冷、口不甚渴或渴喜热饮,舌苔薄白而干,脉象弦涩等,治宜温阳化气,可用肾气丸加减:熟地黄、山药、山茱萸、丹皮、茯苓、泽泻、附子、五指毛桃、白术等。

2.4 辨病位及病势

五脏皆可令人燥,如肝血之燥,则肝气急;心液之燥,则小便道涩如淋;脾气之燥,则有肠结之苦;肺逆生燥,则阴液不能上承,咽喉失于濡润;肾精之燥,则妇泄泻,两尺无神。故病邪致病部位及病情发展程度不同,所需治法不同。另外,燥痹初期,可以滋阴药物为主,如:生地黄、石斛、玄参、麦冬之属,若燥病日久,则需配合益气活血之药方能捷效,如黄芪、赤芍、当归、香附之类。

2.5 辨兼证

干燥综合征以津亏为主,亦常兼痰湿瘀毒等。痰湿阻滞气机,不能布散津液,头身困重,痰多食少,多寐,舌胖大有齿痕,治宜化痰祛湿,如半夏白术天麻汤、二陈汤之类;瘀毒阻络,气血凝滞,戕噬气血,偏身麻木、肌肤不仁、语言不利,舌黯有瘀斑,脉细涩,治宜通络解毒,活血祛瘀,可选解毒活血汤、活血通络汤一类。

3 高社光教授治疗干燥综合征特色

3.1 燥邪遽烈,治宜缓缓图之

干燥综合征属于病及人体多系统的一种免疫性慢性疾病,病程缠绵,迁延日久,故治疗当根据病者阴阳虚实程度,

使正气复而邪气退。如病之初起,元气尚充,无论轻重,当以重剂,急去其病;病之中途,元气渐衰,正邪宜兼筹并顾,当以平和相济之药,缓急得宜,方能收效;病至末路,元气已亏,惟宜养正为先,正气充足,邪气自除,此时用药万不要峻猛,须缓缓图之而不可急功,方能每收指臂之效。

3.2 不可专事滋阴,必以阳中求阴

干燥综合征患者,津液亏虚日久,故非单以滋阴之药可获全效,应宗“阳化气,阴成形”之理,在大堆滋阴药物中稍稍配伍小剂量的黑顺片,宜涵阳为度,以求“善补阴者,必于阳中求阴,则阴得阳升而泉源不竭”之意。高老师指出,阳化气之法适用于脉沉细之阴虚伴阳虚的患者,但以阴虚为主,而阳不能育阴之时,如单纯的阴虚轻证与阳盛诸证均应慎用之,以免犯虚虚实实之误。

3.3 适当加用开郁散结之品

高老师在辨治干燥综合征时,常加用浙贝一药,其意有三:(1)燥为阳邪,故燥病多灼津,使炼液为痰,浙贝苦寒,可化痰散结,又当今人们过食肥甘,痰浊由生,浙贝开郁化痰,故用之。(2)干燥综合征病程较长,久病多郁,《本草正言》言浙贝一药善开郁结,故用之有合拍之妙。(3)现代药理研究证实浙贝具有很好的扩血管和抗炎作用,即从病理的角度改善了干燥综合征的发生。

3.4 以脾胃为主,运化四傍

《素问·太阴阳明论》中言脾者土也,治中央,常以四时长四脏,故土者生万物而法天地。其具体含义有三:(1)脾胃为后天之本,即“五脏者,皆禀气于胃,胃者五脏之本也,脾脉者,土也,孤脏以灌四傍者也”;(2)脾胃之精可以濡养一身表里,助养正气,如《素问·经脉别论》:“食气入胃,散精于肝,淫气于筋。食气入胃,浊气归心,淫精于脉。饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱,水精四布,五经并行”;(3)四季脾旺不受邪,即“胃虚则脏腑经络皆无以受气而俱病”。

4 典型病案

患者,女,42岁,2015年7月13日初诊。患者口眼干燥1年余,加重3个月,前来就诊。1年前于河北省某医院诊断为干燥综合征,并用小剂量甲泼尼龙和白芍总苷维持治疗,效果不理想,现求中医诊治。症见:口干,咽干,手掌干燥,关节疼,怕冷,小便清长,舌红少苔,脉弦细。实验室检查:类风湿因子:67.50 U/mL,红细胞沉降率:38 mm/h,尿常规:潜血(+),抗核抗体谱 ANA(+),抗 SSA(+),抗 SSB(-)。证属:阴阳两虚,津液不承。拟取助阳化气,滋养清窍之意,疏方:黑顺片^{先煎}10g、黄芪30g、五指毛桃20g、桂枝10g、白术15g、赤芍15g、天花粉25g、防风10g、生石膏30g、生地黄25g、徐长卿15g、防己15g、茯苓15g、炒谷麦芽^各15g、乌梢蛇12g、炙甘草15g,14剂。

二诊:患者诉口干、咽干、关节疼、怕冷等均明显好转,予上方加太子参15g、焦三仙^各15g,21剂水煎服。

三诊:患者自觉症状较前好转,口中已有少量津液,在上

方基础上去黑顺片,加百合 20 g,继服 21 剂。

四诊:患者诉一般症状消失,实验室检查示类风湿因子:21 U/mL,红细胞沉降率:20 mm/h。遂在原方基础上继续加减调服 1 个月后停药,并嘱饮食应清淡,勿过食辛辣,随防半年病情稳定。

参 考 文 献

[1] Pijpe J, Imhoff G W, Spijkervet F K, et al. Rituximab treatment in patients with primary Sjögren's syndrome: an open-label phase II E study[J]. Arthritis Rheum, 2005, 52(9):2740-2750.

- [2] Pratzumab Steinfeld S D, Tant L, Burmester G R, et al. Humanised anti-CD22 antibody in primary Sjögren's syndrome: an open-label-phase I/II study [J]. Arthritis Res Ther, 2006, 8(4):129.
- [3] 谭玲,钱先. 干燥综合征中医辨证论治九法[J]. 辽宁中医药大学学报, 2008, 10(3):12-13.
- [4] 张华东,边永君,路洁,等. 路志正教授从气阴两虚论干燥综合征发病机制[J]. 中华中医药学刊, 2008, 26(9):1903-1905.

(收稿日期: 2015-12-02)

(本文编辑: 董历华)