

陶庆文治疗原发性干燥综合征燥湿互结证经验

陈晓君¹ 罗 静² 陶庆文²

(1. 北京中医医院顺义医院风湿病科, 北京 101300; 2. 中日友好医院中医风湿病科, 北京 100029)

【摘要】原发性干燥综合征(primary Sjögren's syndrome, pSS)属中医学“燥痹”病的范畴,陶庆文教授认为“内燥致痹”为燥痹的主要病因,燥湿互结是本病的常见证型。文章阐述燥湿互结证pSS的病机与临床特征,介绍陶庆文教授采用健脾化湿、养阴润燥法治疗pSS燥湿互结证的经验,以期为本病的中医临床诊治提供参考。

【关键词】原发性干燥综合征;内燥;燥湿互结;化湿浊

DOI: 10.16025/j.1674-1307.2024.05.011

原发性干燥综合征(primary Sjögren's syndrome, pSS)是一种以外分泌腺受累为主的慢性系统性自身免疫病,以口眼干为主要症状,80%以上的患者会出现口眼干燥、疲乏和关节、肌肉疼痛^[1]。pSS属中医学“燥痹”范畴,病机以阴虚为本、燥热为标^[2-3],故pSS常见气阴两虚证,可兼夹痰湿、血瘀、燥热等证候^[4],治疗以滋阴为主,国医大师路志正主张“虚瘀毒痰”论,从五脏论治,以养阴润燥、活血生津为治疗法则^[2];全国名中医阎小萍教授提倡辨五液调五脏^[3];风湿名家胡荫奇教授提倡肝肾阴虚为本,瘀血风痰为标,重视气机调畅^[5]。

陶庆文教授师从我国著名中医风湿病学家焦树德教授和全国名中医阎小萍教授,是首都中青年名中医、第七批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师、第六批北京市级中医药专家学术经验继承工作指导老师。陶庆文教授在临床工作中潜心研究燥痹的发病特点,认识到脾运不健,水湿留滞,停津化痰,脏腑、肢体失润,形成内燥^[6]，“内燥”是引发pSS的主要病因;水湿与燥邪胶着互结,为燥痹的常见证型;治法主张健脾化湿与养阴润燥同时为用,在该理论的指导下自拟方药,可改善SS模型颌下腺腺泡细胞的分泌功能和腺体结构损害,有效改善pSS燥湿互结证患者的干燥等症状,降低疾病的活动度^[7-8]。笔者为陶庆文教授学术经验继承人,现将其治疗pSS燥湿互

结证的经验总结如下。

1 病因病机

燥邪具有干燥、收敛等特性,燥邪根据成因可分为外燥和内燥,陶庆文教授认为区分燥邪的内外性质对于认识燥痹的病机及其治疗有重要意义。《温病条辨》中提到外燥“其由于本气自病之燥证,初起必在肺卫”“燥伤肺胃阴分……病深一层矣”,表明外燥为感受外在燥邪,为实邪,初起伤及肺卫之气分,进一步则伤及肺胃阴分。而内燥是为内生燥邪,《医学入门·外感·燥》曰:“内因七情火燥,或大便不利亡津;或金石燥血;或房劳竭精;或饥饱劳逸损胃;或炙燥酒浆厚味皆能偏助火邪,消灼血津。”《儒门事亲》言:“诸气愤郁,肠胃干涩,皮肤皴揭……疮疡痼疔,喘咳潮热,大便涩燥。”即内燥为五脏之阴消灼,或气机阻滞、三焦津液输布受阻导致机体出现燥症的内生邪气。《温病条辨》也提出了内燥与外燥不同,“奈以诸气膈郁,诸痿咽呃……谓之燥病,此乃伤于内者而言,诚与外感燥证不相及也。”鉴于内燥与外燥病因及临床表现皆不同,陶庆文教授认为,pSS患者以女性为主,以口眼干为突出表现,系统受累多见,故这种全身性的症状非外燥可致,而是由内燥引起的三焦津液代谢障碍所致。又如pSS的发病率和患病率与年龄、性别、种族、地理位置、职业暴露等有关^[9-10],所以燥痹的发病与外燥之邪并无直接关系,外燥只是加重患者干燥症

基金项目:北京市中医药管理局第六批北京市级中医药专家学术经验继承工作项目(京中医科学[2021]169)

作者简介:陈晓君,女,36岁,硕士,住院医师。研究方向:干燥综合征、类风湿性关节炎、痛风性关节炎的临床诊治。

通信作者:陶庆文,E-mail:taoqgl@sina.com

引用格式:陈晓君,罗静,陶庆文.陶庆文治疗原发性干燥综合征燥湿互结证经验[J].北京中医药,2024,43(5):499-501.

状的一个诱因。故陶庆文教授提出 pSS 病因为内燥。

陶庆文教授认为,脾失健运、痰湿内停是形成 pSS 内燥的主要病机。脾虚失运,则水谷精微不能升清化为津液,而成痰湿。《景岳全书·论经络痰邪》又言:“凡经络之痰,盖即津血之所化也。”痰湿即津血所化,痰湿愈生,津血愈少。《温病条辨》曰:“盖痰饮蟠踞中焦……其为非津液之枯槁,乃津液之积聚胃口可知。故用九窍不和,皆属胃病例,峻通胃液下行,使大肠得胃中津液滋润而病如失矣。”痰湿阻滞中焦气机,津液不得输布,故见九窍失和。脾失健运,既促进了痰湿的形成,又影响津液的生成和输布,即造成了机体津液不足的内燥。胃为燥土,喜润而恶燥,内燥的产生又影响了胃腐熟水谷,脾胃互为表里,胃虚则脾亦虚,更造成了痰湿的生成。陶庆文教授指出,痰湿与内燥的生成互相影响,胶着难辨。

2 燥湿互结证

陶庆文教授在临床实践中观察到,除症状表现,舌象亦能体现燥湿互结证的特点。pSS 在病程早期易见厚腻苔^[11],厚腻苔是典型的痰湿证表现,pSS 的常见症状如乏力、纳差、嗜卧、不思饮食等亦为痰湿的表现。在舌苔厚腻的基础上,同时有舌质干燥、裂纹、涎沫的表现,这些表现皆为燥邪的特征。湿邪与燥邪同时存在,湿邪生内燥,燥邪炼液成痰,使得痰湿更不易化,两者互结,互为因果。湿邪本易出现口中多涎唾,但因燥邪灼烁津液,津液亏少,故见口干、眼干等症。燥湿互结,患者虽喜饮水,但因痰湿阻碍中焦,脾不能生津化液滋润孔窍,饮水只能暂时缓解口干症状,且脾为湿困多饮又会加重脾湿,故只能少量频繁饮水以缓解口干。陶庆文教授指出 pSS 患者除了口眼干、乏力、纳差等燥痹表现外,舌体胖大、舌苔厚腻、舌质干燥、有裂纹,舌面上成条的细小涎唾泡沫(陶教授称之为“涎沫”)更能准确识别燥湿互结证。

3 治法与方药

陶庆文教授提出,治疗燥湿互结证应健脾化湿与养阴润燥同时为用,健脾是从源头避免生湿,使得饮食水谷化为清气,而避免成为痰浊废水;化湿为祛除已生之痰浊废水,从而使湿浊的本末皆得以解决。养阴润燥主要为滋养脾胃肾之阴,缓解燥邪所致的干燥症状。健脾化湿之品多温燥,

过用不免伤及阴液及助燥化热,养阴之品多滋腻,过用不免碍脾生湿,故两类药使用的时机及比例需根据病情调整,并辅以清热之剂,既可佐制化湿药物温燥之性,又可清解燥邪化热。

陶庆文教授临床常以参苓白术散合二冬汤进行加减治疗 pSS 燥湿互结证,前者健脾渗湿以化湿浊,后者养阴以除燥热,组成:茯苓 20 g,炒白术 15 g,炒白扁豆 15 g,薏苡仁 15 g,草豆蔻 15 g,紫苏梗 15 g,炒枳壳 15 g,佩兰 10 g(后下),天冬 10 g,麦冬 10 g,知母 15 g,当归 15 g,淡竹叶 15 g,青蒿 15 g。《雷公炮制药性解》释曰:“茯苓……良由色白属金,能培肺部,肺金得补,则自能生水。”《神农本草经》认为,茯苓用于“口焦舌干,利小便”,不仅能健脾利湿,还能治“口焦舌干”,故本方以茯苓为君药。方中炒白术、炒白扁豆、薏苡仁健脾渗湿为臣药,辅助茯苓补益脾气、利湿,薏苡仁又入肺经而益肺气。草豆蔻、紫苏梗、佩兰为佐药,醒脾化湿,湿邪气化后酌减以免辛温伤津。朱丹溪曰:“善治痰者,不治痰而治气,气顺则一身之津液亦随气而顺矣。”茯苓配枳壳是陶庆文教授常用药对^[12],可行气消痰。痰、燥久郁皆易产生内热,而二冬汤原方中黄芩苦寒伤脾胃,故易以淡竹叶、青蒿,既能清内热,又能佐制健脾药之温性。知母味苦甘,而性寒质润,清热的同时能生津润燥;淡竹叶甘淡寒,既能清热,又避免了苦味化燥之嫌;《本草经疏》言:“诸苦寒药多与胃气不宜,惟青蒿之气芬芳可人,香气先入脾,故独宜于血虚有热之人,以其不犯胃气故尔。”知母、淡竹叶、青蒿三药既能清热又避免了苦寒伤胃之剂,使不伤津液生化之源。“津血同源”,故以当归补血活血。全方共奏化湿浊润燥之效。

4 病案举例

患者,男,63岁,2023年5月25日初诊,主诉:pSS 5 年余。患者 5 年前因口干、眼干、腹泻查抗核抗体:1:1 280。眼科确诊干眼症,唇腺活检病理提示符合干燥综合征,免疫球蛋白 G 1 890 mg/dL,确诊为 pSS,予硫酸羟氯喹 0.2 g/次,2 次/d 口服。服药后口眼干燥症状未缓解,现为求中医治疗来诊。刻下症见:口干,干而欲饮,饮水量明显增加,进干食需水送服,眼干,眼部异物感,鼻干,左膝疼痛,下肢发凉,晨起咯黏痰,色淡,纳可,眠差,入睡困难,多梦,小便可,

大便黏，每日一行。舌淡暗，苔白略干，脉沉细。西医诊断：pSS；中医诊断：燥痹，燥湿互结证。治以健脾化湿、养阴润燥，予参苓白术散合二冬汤加减，方药组成：茯苓 15 g，麸炒白术 10 g，炒白扁豆 15 g，淡竹叶 15 g，青蒿 15 g，百合 15 g，桑白皮 15 g，橘红 10 g，天门冬 10 g，麦冬 10 g，芦根 10 g，白茅根 10 g，白芷 6 g，紫苏梗 10 g。14 剂，水煎 400 mL，分早晚温服。

2023 年 6 月 8 日二诊：患者眼干、口干、鼻干较前缓解，咳痰减轻，双下肢发凉，无盗汗，无关节疼痛，怕冷，纳可，眠差，需药物助眠，小便调，大便 1~2 次/d，偶质黏。舌淡红，苔白，脉沉细。治法同前，上方去橘红 10 g，加黄芪 10 g、当归 15 g、焦麦芽 10 g。21 剂，煎服法同前。

2023 年 6 月 29 日三诊：患者眼干、口干、鼻干不明显，双下肢发凉好转，晨起咯痰。舌淡红，苔白，脉沉细。治法同前，上方去白芷、黄芪、当归，加橘红 15 g、法半夏 10 g、浙贝母 10 g、北沙参 10 g。14 剂，煎服法同前。

2023 年 7 月 13 日四诊：患者口干、眼干、鼻干缓解，无其他不适。

按：本案患者素体脾虚，饮食不节致脾运失司，痰湿内生，阻滞气机，津液生成输布受阻，化生内燥，故痰湿痹阻关节肌肉则关节疼痛、下肢发凉，痰浊阻肺则咳痰，内燥故见口眼鼻干燥。治以健脾化湿兼以养阴润燥，方中茯苓、麸炒白术、炒白扁豆、紫苏梗健脾化湿，淡竹叶、青蒿以清内燥久郁化热之征，百合既能清心安神，又能养阴润肺。桑白皮、橘红、芦根、白茅根清肺热化痰，又不过于苦寒伤津液。随着患者痰湿阻滞症状减轻，逐步加以黄芪、当归、北沙参益气

养阴之品，更益于养阴润燥而不至碍脾生湿。脾健而湿化，津液得生，内燥得润，故诸症自除。

参考文献

- [1] 张文,厉小梅,徐东,等.原发性干燥综合征诊疗规范[J].中华内科杂志,2020,58(4):269-276.
- [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] 朱峰,孔维萍,朱笑夏,等.阎小萍“辨五液,调五脏”论治干燥综合征经验[J].中华中医药杂志,2018,33(10):4490-4493.
- [4] 罗静,徐愿,周新尧,等.中医临床优势病种探讨:干燥综合征[J].中国实验方剂学杂志,2023,29(8):73-79.
- [5] 夏淑洁,王义军.胡荫奇治疗干燥综合征经验浅析[J].中华中医药杂志,2017,32(7):3015-3017.
- [6] 杜梦梦,罗静,周丽,等.基于“内燥”理论探讨原发性干燥综合征的病因病机及治疗[J].中华中医药杂志,2021,36(1):250-252.
- [7] 贺倩,余新波,黄子玮,等.化湿润燥方对干燥综合征模型小鼠颌下腺结构和功能的影响[J].中国实验方剂学杂志,2023,29(8):36-44.
- [8] 吴子华,黄子玮,陈嘉琪,等.化湿润燥方治疗原发性干燥综合征的临床疗效[J].中国实验方剂学杂志,2023,29(8):45-51.
- [9] 谢青青,帅世全.雌激素在干燥综合征中的研究进展[J].西部医学,2022,34(11):1713-1716.
- [10] 张欢,刘春红,吴斌.原发性干燥综合征的流行病学研究进展[J].现代预防医学,2020,47(16):3056-3058,3063.
- [11] 张燕,杨建英,张丽宁,等.不同病程原发性干燥综合征患者的舌象与证候特点[J].中国实验方剂学杂志,2023,29(8):52-58.
- [12] 陈嘉琪,贺倩,陈光耀,等.陶庆文治疗原发性干燥综合征处方用药规律分析[J].中日友好医院学报,2021,35(6):365-366.

Experience of TAO Qing-wen in the treatment of primary Sjögren's syndrome of intermingle of dryness and dampness

CHEN Xiaojun, LUO Jing, TAO Qingwen

(收稿日期:2023-11-14)