

基于伏饮理论探究缓和性血清阴性对称性滑膜炎伴凹陷性水肿综合征病机、治法

杨征征¹ 李书娇² 刘宏潇¹

(1. 中国中医科学院广安门医院风湿病科,北京 100053; 2. 中国中医科学院眼科医院眼科,北京 100040)

【摘要】基于中医伏饮理论,认为缓和性血清阴性对称性滑膜炎伴凹陷性水肿综合征以元气亏虚、饮邪内伏、郁热成毒、水血痼结为核心病机。脾肾两虚、饮邪久伏是发病基础;伏饮久稽、郁热成毒是发病关键;伏饮日久、水血痼结是最终结局。强调应分期论治,缓解期治疗原则为温而补之、伏而逐之,健脾益肾、通阳逐饮为主要治法,以真武汤合五皮饮加味;活动期治疗原则为补而托之、化而清之,补托清解、解毒化饮为主要治法,以四神煎合五皮饮加味;迁延期的治疗强调血水同治、破血攻饮,以当归芍药散合控涎丹加味。

【关键词】伏饮理论;缓和性血清阴性对称性滑膜炎伴凹陷性水肿综合征;通阳逐饮;解毒化饮;破血攻饮

DOI: 10.16025/j.1674-1307.2022.10.020

缓和性血清阴性对称性滑膜炎伴凹陷性水肿 (remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema, RS3PE) 综合征是以关节痛、四肢可凹陷性水肿、类风湿因子 (RF) 阴性为特征的一类关节炎,以滑膜炎为基本病变。有学者^[1]将本病归属为类风湿关节炎 (RA) 的特殊类型,是一种自身免疫病。本病多见于中老年患者,男女比约为 2:1。一项 Meta 分析^[2]发现,15% 的 RS3PE 患者合并恶性肿瘤。本病病情缠绵,时发时止,临床治疗棘手。根据临床表现,本病属于中医学“伏饮”“溢饮”“痹证”等范畴。张仲景《伤寒杂病论》对痹证兼饮多有论述,如“饮水流行,归于四肢,身体疼重,名曰溢饮”“风湿相搏,骨节疼烦”“小便不利”“或身微肿”“湿家身疼烦”“风湿脉浮身重”。刘宏潇教授认为元气亏虚、饮邪内伏、郁热成毒、水血痼结是 RS3PE 的核心病机。笔者研读中医古籍,总结临床实践体会,从伏饮理论角度对中医药辨治 RS3PE 思路探究如下。

1 伏饮理论解析

《素问·经脉别论篇》曰:“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。”肺能宣降,脾主运化,肾气旺盛,三焦通畅,则水饮得化。一有失常,则发为痰饮水湿病候。若饮邪久羁不去,日久则伏留为患,发为伏饮。伏饮的相关论述首载于《黄帝内经》,《素问·六元正纪大论篇》曰:“太阴所致为积饮痞隔”,强调了湿气主令,脾气为之所困,则饮邪羁留于胃脘,发为痞满膈闷之症。张仲景《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》明确提出了伏饮的概念:“膈上病痰,满喘咳吐……背痛,腰痛,必有伏饮”,并指出伏饮所留脏腑、经络病位不同则临床见症各异,提出了“攻逐伏饮、温药和之”的治疗原则,为伏饮理论的雏形。叶天士《临证指南医案》认识到“痰饮伏于至阴之界,肾脏络病无疑”,强调“寒邪外侵,引动里饮”,提示外感为伏饮发动之关键,并系统论述了伏饮为患的复杂表现,如饮伏胃脘则呃逆、痞满;饮留肺络则发为哮喘伏饮;饮聚经络则肢肿痹痛;饮蒙清窍则吐涎沫,发为癫痫等。治疗上提出了“理阳通阳、固下益肾、转旋运脾、温通经络、苦辛渗湿、驱饮开浊、辛通阳气”等诸多治法,丰富了伏饮理论的内涵。

基金项目:国家中医药管理局全国名老中医药专家传承工作室建设项目(201607115)

作者简介:杨征征,男,28岁,硕士研究生。研究方向:风湿病及杂病的中医药治疗。

通信作者:刘宏潇,E-mail:liuhongxiao_123@163.com

引用格式:杨征征,李书娇,刘宏潇.基于伏饮理论探究缓和性血清阴性对称性滑膜炎伴凹陷性水肿综合征病机、治法[J].北京中医药,2022,41(10):1171-1173.

2 伏饮贯穿 RS3PE 病程始终

伏饮作为一种病理产物，与一般的痰饮水湿相比，具有难以祛除、易郁热成毒、易夹顽痰的特点。RS3PE 以肢体可凹陷性水肿、关节痛、病情迁延难愈、起病迅速为特征，此即饮邪久留肢体经络，留而伏之，遇感引触，如朱丹溪《脉因症治》所言：“伏饮聚于胃中，攻注手足肩背，则肢肿疼痛”。中医学认为，溢饮是水饮泛溢四肢所致，常因外感风邪，引动伏饮，表现为“当汗出而不汗出，身体疼重”。其机理如黄元御《长沙药解》所言：“饮水流行、归于四肢，不能化汗而外泄，则水饮注积，阻遏卫气，以致身体疼痛。”溢饮治疗得当，则饮邪随风邪外解；若治不及时，则有发为伏饮之虞，如吴鞠通《温病条辨》所云：“兹特补溢饮之由，及暑湿暴得者，望医者及时去病，避免伏留之患。”因此可以认为，溢饮为伏饮之外发，伏饮为溢饮之内伏。

2.1 脾肾两虚，饮邪久伏是发病基础

肾阳为一身之阳，肾阳充盛，则气化有常；脾主水液，脾阳得肾阳温煦，则饮归正路；久居湿地，或素体阳虚，或久病伤阳，或嗜食生冷，脾肾虚衰，气化不利，痰饮水湿无从排出体外，日久则伏留为患，即《临证指南医案》所言：“痰饮之作，必由元气亏乏及阴盛阳衰，以致津液凝滞、深伏于里。”伏饮留于肢体经络，则发为肿胀。元气亏虚，祛邪不利，则风寒湿邪易留着为患，络虚留饮，而成此痹。RS3PE 患者多见于年龄 >50 岁的男性，年事渐高，则肾中元阳日渐衰惫，元阳虚衰，气不化水，饮伏为患；肾虚则脾土失温，脾不主水则饮留四肢。

2.2 伏饮久稽、郁热成毒是发病关键

伏饮盘踞体内不解，影响气血津液循行，日久则郁而化热成毒。伏饮夹热毒聚于经络则见肢体肿胀疼痛，起病迅速，以四肢远端为主，毒邪损骨则见影像学骨侵蚀，多为 RS3PE 病情活动。刘宏潇教授指出，急性期正气与毒邪交争则发热、乏力；动态红细胞沉降率（ESR）、C 反应蛋白（CRP）显著高于正常则提示毒热不解。

2.3 伏饮日久、水血痼结是最终结局

伏饮日久，水不利则病血。唐容川《血证论》言：“夫水火气血固是对子，然亦相互维系，故水病则累血……瘀血化水，亦发水肿”。RS3PE 患者病程日久则见肢体肿胀缠绵不愈、色暗不泽，水

血痼结日久可产生癥瘕积聚，发为淋巴瘤。

3 辨治思路

根据 RS3PE 元气亏虚、饮邪内伏、郁热成毒、水血痼结的病机特点，故治疗的基本原则为温而补之、伏而逐之、化而清之、破而攻之。临床常分期论治。

3.1 缓解期——健脾益肾、通阳逐饮

健脾益肾、通阳逐饮是缓解期患者的基本治法，多用于老年患者和素体虚弱者。临床表现为病程较久，四肢肿胀，疼痛，乏力畏寒，舌淡红，苔薄白，脉沉细无力；治疗上遵叶天士之“温养通补以培扶生气”以及“驱饮开浊、辛通阳气”的原则，以真武汤合五皮饮加味，药物组成：附子 9~20 g，炒白术 20~40 g，炒白芍 10 g，茯苓 20 g，生姜 20 g，陈皮 10 g，茯苓皮 10 g，生姜皮 10 g，桑白皮 12 g，大腹皮 10 g。方中可加天南星、川椒等辛散攻逐之品以逐伏饮、散寒湿、止痹痛。黄元御《玉楸药解》谓“南星辛烈开通，疗麻痹拘挛”，可见天南星辛散燥烈，辛以攻逐饮邪，燥以解散寒湿，临证常用 10~15 g，先煎 1 h 以除其麻舌感、减其毒性。川椒，《神农本草经》载其“主骨节皮肤死肌，寒湿痹痛”，李中梓《雷公炮制药性解》载其：“主风寒湿痹，留饮宿食，开腠理、通血脉，调关节”，临证常用 6~10 g。

3.2 活动期——补托清解、解毒化饮

RS3PE 活动期临床表现为肢体关节肿胀疼痛、发热、乏力、纳呆、小便黄，舌淡红，苔黄腻或白腻，脉沉微数兼见躁象。实验室检查提示 ESR、CRP 显著升高。补托清解、解毒化饮是总体治疗原则。正气亏虚是 RS3PE 发生的根本原因。主方以四神煎合五皮饮，药物组成：生黄芪 30~90 g，远志 5 g，牛膝 12 g，石斛 10 g，金银花 20 g，茯苓皮 10 g，生姜皮 10 g，桑白皮 12 g，大腹皮 10 g。四神煎首载于《验方新编》^[3]，该方是补虚托邪、以补开塞治疗痹证的典型方剂。《长沙药解》载黄芪：“疗皮水风湿之疾，历节肿痛最效，虚劳里急更良，善达皮腠，专通肌表”，本药益气走表，以补为通，气行则水行，是治疗 RS3PE 的要药，刘宏潇教授重用生黄芪，常从 30 g 起，多则 90 g，临床未见其壅滞之性。《玉楸药解》载远志：“辛散开通，除一切肿疡热毒”。《神农本草经》认为金银花有“治寒热身肿”之功，临证常重用，从 20 g 起以化浊解毒。《神农本草经》载石斛可“除痹，

补五脏虚劳”。四神煎全方补托发清、解毒化饮，加五皮饮理气行水以治其标。二方合用，标本兼治。

3.3 迁延期——水血同治、破血攻饮

此期患者临床表现为肢肿疼痛、色泽较暗，尺肤干燥甲错，舌淡暗，边有瘀点瘀斑，苔白腻，脉沉伏不见。水血同治、破血攻饮是迁延期的治疗原则。久服疏肝活血、利水祛风之品不效者，应注意排除恶性肿瘤。常以当归芍药散合控涎丹加防风、三棱、莪术主之，药物组成：当归 10 g，炒白芍 10 g，川芎 15 g，茯苓 20 g，炒白术 15~40 g，泽泻 10 g。控涎丹 1~3 粒，药液送服。当归芍药散出自《金匮要略》，水血同治，兼顾扶正；控涎丹首载于宋·陈无择《三因极一病证方论》，原方由甘遂、大戟、白芥子各等分组成，治疗饮伏经络之痹证以及饮蒙清窍之神志模糊等伏饮证候，《医宗金鉴》载：“积饮者，以控涎丹”，李时珍所言“大戟能泄脏腑水湿，甘遂能行经隧水湿，直达水气所结之处，以攻决为用。白芥子能散皮裹膜外痰气。”临证使用可以为散，装胶囊吞服（0.23g/粒），食后用姜汤送下 1~3 粒，以每日缓泻 2~3 次、不觉乏力为度。三棱、莪术为破瘀血之要药，水血去则伏饮消。根据《内经》“衰其大半而止”之思想，水肿减退则去控涎丹。

4 病案举例

患者，女，47 岁，2019 年 10 月 9 日初诊。主诉：双手肿胀伴四肢关节疼痛 4 个月，加重 2 周。患者 4 个月前因双手微肿、关节轻压痛，伴右足第一趾指关节疼痛，就诊于外院，完善相关检查后诊断为“类风湿关节炎”，予甲泼尼龙、羟氯喹、骨化三醇、碳酸钙 D3 等治疗后症状好转。2 周前患者经手指刮痧治疗后出现双手肿胀加重，按之凹陷，伴四肢关节疼痛、活动受限。刻下症见：双手肿胀、拘急不舒，四肢关节疼痛，遇风寒加重，乏力，口干、纳眠可，小便色黄，大便可。舌淡红，苔黄腻，舌下络脉迂曲，脉沉细无力。辅助检查：抗环瓜氨酸肽抗体（-）、RF（-）；尿常规：细菌（高倍镜）54/μL；ESR 66 mm/h，CRP 66.63 mg/L；血红蛋白（Hgb）99 g/L。关节

超声提示：双侧滑膜少量积液，轻度滑膜增生。西医诊断：RS3PE 活动期；中医诊断：伏饮，痹证，气虚毒盛、水饮内停证；治法：补托清解、解毒化饮；方以四神煎合五皮饮加味，药物组成：生黄芪 90 g，金银花 30 g，川牛膝 18 g，连翘 12 g，羌活 12 g，防风 12 g，桂枝 6 g，炒白术 15 g，茯苓皮 30 g，冬瓜皮 30 g，大腹皮 30 g，生甘草 6 g，炒麦芽 30 g，莪术 9 g，丹参 30 g，赤芍 15 g，当归 12 g。14 剂，水煎服，1 剂/d，早晚分服。

2019 年 10 月 22 日二诊：患者双手肿胀较前消退，四肢关节痛缓解，乏力好转，小便清白，大便可。舌淡红，黄腻苔较前消退，舌下络脉迂曲同前，脉弦略滑。患者平日急躁易怒。去桂枝、羌活，黄芪减至 60 g，酌加滑石 20 g 以加强清热之力，加柴胡 9 g 以畅气机。14 剂。煎服法同前。辅助检查：ESR（-），CRP（-），Hgb 102 g/L。

此后根据患者病情变化，随证以真武汤、四神煎、五皮饮主之。患者坚持复诊至 2020 年 6 月，双手肿胀消失，四肢关节疼痛消失，炎症反应得到控制，病情平稳。后随访 1 年，患者病情平稳。

按：本案患者西医诊断明确，治疗以糖皮质激素为主，结合患者中医四诊资料，根据伏饮病机特点，认为该患者以元气亏虚、伏饮郁热成毒、正虚毒盛为核心病机，治以补托清解、解毒化饮，方以四神煎合五皮饮加味。四神煎融补虚托邪、清热解毒、辛散开通于一体，方中重用生黄芪托邪外出，截断病邪深入之通路，使其自表而解；辅以五皮饮理气化饮，柴胡、莪术等理气破瘀、通调三焦；随证加入祛风化饮、温通活血之品，使元气得复、伏饮得消、三焦得通。在伏饮理论的指导下，患者经过辨证治疗，病情得到明显控制。

参考文献

- [1] LI H, ALTMAN RD, YAO Q. RS3PE: Clinical and research development[J]. Curr Rheumatol Rep, 2015, 17(8):49.
- [2] KARMACHARYA P, DONATO AA, ARYAL MR, et al. RS3PE revisited: a systematic review and meta-analysis of 331 cases[J]. Clin Exp Rheumatol, 2016, 34(3):404-415.
- [3] 鲍相璈. 验方新编[M]. 北京: 中医古籍出版社, 2011: 20.

Study on pathogenesis and treatment of mild seronegative symmetrical synovitis with sunken edema based on the theory of recurrent fluid retention

YANG Zheng-zheng, LI Shu-jiao, LIU Hong-xiao

(收稿日期: 2022-03-25)