

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2021.16.016

从阴虚湿热论治干燥综合征

姜雯, 唐晓颇, 徐浩东, 姜泉✉

中国中医科学院广安门医院, 北京市西城区北线阁 5 号, 100053

[摘要] 介绍从阴虚湿热论治干燥综合征的经验。干燥综合征阴虚湿热证具有脾胃失调、阴血乏源、燥毒生变、阴虚邪恋等病机特点, 容易引起多种并发症。据路志正“顾护脾胃”学术思想, 基于燥湿理论, 根据疾病不同时期阴虚与湿热的病机特点, 治疗本证重视健运脾胃、利湿, 使津血生化有源、运行无碍; 多选用甘凉清润之品养阴清热以解燥毒, 以养阴不助湿、清热不伤阳、祛湿不伤阴, 扶正祛邪, 燥湿同调, 同时“兼运四旁”, 理气通络, 宣达布津。

[关键词] 干燥综合征; 燥痹; 湿热; 燥湿; 膜原; 伏邪

干燥综合征 (Sjogren's syndrome, SS) 是一种以淋巴细胞增殖和进行性外分泌腺损伤为特征, 主要累及唾液腺、泪腺, 以口干、眼干、反复发生腮腺肿大及关节疼痛等为主要临床表现的慢性、系统性自身免疫病。本病多发于女性, 在我国人群中的患病率为 0.33% ~ 0.77%, 是最常见的中老年人自身免疫性结缔组织病^[1], 男女比例为 1:9 ~ 1:10。本病在病理上表现为淋巴结肿大及大量淋巴细胞浸润, 腺体破坏、导管狭窄阻塞^[2]。本病起病隐匿, 病程冗长, 30% ~ 40% 的患者会出现系统性并发症^[3], 日久可累及多系统, 出现肺间质病变、贫血、萎缩性胃炎、周围神经病变、肾小管酸中毒、肿瘤、皮疹等多种并发症, 严重影响患者的生存质量。目前, SS 尚无有效临床治疗药物^[3-4]。

路志正教授首创“燥痹”为 SS 对应的中医病名, “阴血亏虚、津枯液涸”是其核心病机, 治疗以益气养阴、润燥生津为法, 同时兼运四旁^[5]。我们通过调查分析 78 例 SS 中医证候分布规律, 认为气阴两虚、瘀血阻络为其基本病机^[6]。临证中发现, 除了经典证型外, 阴虚湿热也很常见, 且多缠绵难愈, 认为阴虚湿热是导致 SS 发生传变的关键病理机制。现将从阴虚湿热论治干燥综合征的体会总结如下。

1 阴虚湿热致燥病机特点

1.1 湿热之始, 脾胃失调

胃喜润而恶燥主降, 脾喜燥而恶湿主升, 二者构成气机升降之枢纽。燥痹阴虚日久, 脾胃失于濡养, 则脾阴胃阴不足, 导致运化功能失常, 脾失健运则湿浊内生, 湿浊与燥热相搏结, 化生湿热, 出现口干口黏、肢困身乏、纳呆、脘痞腹胀、大便黏腻不爽等症状, 以舌苔黄腻为辨证要点。《医原·百病提纲论》曰: “内燥起于胃, 盖胃为生化精液之本; 内湿起于脾, 盖脾为散输水津之本”; “燥郁不能行水而又夹湿, 湿郁不能布精而又化燥”。可见, 燥痹阴虚与湿热二者能够相互影响、相互转化, 且脾胃失调在其中起到关键作用。阴虚阳亢, 可化风化火, 与湿相搏, 则风湿痹阻, 可见游走性关节痛表现。

1.2 湿热之渐, 阴血乏源

《景岳全书·燥有表里之不同》提到“盖燥则阴虚, 阴虚则血少。”津血同源, 津亏伤及脾阴胃阴, 脾失健运, 脾胃为后天之本, 气血生化之源, 阴血生化无源则阴血亏虚。脾胃气血愈亏, 功能愈损, 津液运行障碍, 津液不行则生湿, 阴虚则热, 湿热内生; 热灼津液, 湿邪阻碍气机, 气机运行障碍, 则气不布津, 津失输布更甚, 肌肤、孔窍、脉络更加失于濡养, 导致口干、眼干、皮肤干等干燥症状加重, 脾胃失于濡养愈甚, 阴血乏源亏虚愈重。津液渗入血脉不足, 则血脉不利, 营血不足, 导致疲劳、消瘦、困乏等症状出现^[7]。湿热

基金项目: 中央级公益性科研院所基本科研业务费专项资金 (ZZ15-XY-PT-11 ZZ11-029); 国家自然科学基金 (81873281 81974568); 科技部“十三五”国家重点研发计划 (2018YFC1705200)

✉ 通讯作者: doctorjq@126.com (010) 88001060

中阻证多以胸闷腹胀、渴不多饮或不渴、汗出热解、继而复热、舌苔淡黄滑腻等为证候特点,临床可见合并贫血、萎缩性胃炎等症,乏力、消瘦之象多见于阴血亏虚,临床表现为血红蛋白减少或白细胞减少、血小板降低等血象异常。

1.3 湿热之极,燥毒生变

湿热内盛,热极成毒,热毒炽盛,阴虚之燥与湿热之毒合邪为病,燥毒上迫蒸津液,炼津成痰;中损脾伤胃,顽湿不化;下攻伐肝肾,湿浊内停。痰浊上犯肺之清气宣降,顽湿中阻脾胃之气机运化,湿浊下碍肝肾之条达和顺,使燥愈燥,阴阳不相顺接,燥毒生变。《重订通俗伤寒论》指出:“秋燥一症,先伤肺津,次伤胃液,终伤肝血肾阴”;《医原·湿气论》云“湿热伤脾胃之阴,上而熏蒸肺肝,下而壅塞二肠、膀胱,或生痰、生饮,或下塞上闭,土属杂气,为病最多”,提示 SS 可累及多脏腑,病情复杂多样、变化多端。《医原·湿气论》云“湿中有热,热中有湿,其秽浊粘腻之邪,由地而上,从口鼻传入,直趋中道,流布三焦,故膜原为藏邪之渊藪,伏邪多发于此焉。”膜原为“三焦之门户”^[8],“邪伏膜原”为温病学经典理论,而“湿热阻遏膜原”证为其代表证^[9-10]。阴虚湿热型燥痹,燥毒与湿相合,邪伏膜原,痹阻三焦经络血脉,湿热化燥^[11]入营,可引发腮腺肿大、发热、紫癜等变证。可见,阴虚化燥,津亏血少,阴不制阳,相火引动,损脾生湿,湿热合邪,阻碍气机,津失输布,燥又生热,燥热伤阴,循环往复,形成闭环,以致髓液俱枯。因此,湿热内盛,阻遏膜原,阴虚火动,热入营血,以致燥毒挟湿为 SS 变证丛生的关键。

1.4 湿热久羁,阴虚邪恋

湿属阴,热属阳,湿热合邪,如油裹面,胶结难解,日久可消耗阴液,燥痹以阴虚为本,则阴液耗伤更重;反之,阴虚为本,邪气容易侵袭,外部感受湿邪,内部滋生湿热,内外合邪,阴虚邪恋,致使病情缠绵难愈。此外,或过服苦寒温燥、清利泻下之品,以至于湿热未尽而阴液耗伤^[12],亦成阴虚邪恋之证。阴虚仍在,湿热未解,日久髓液枯竭,可见牙龈萎缩、猖獗齿表现。若阴虚内热,热扰心神则可见身热心烦,心悸失眠;肝胆湿热可见胁肋胀痛,口苦泛恶,身目发黄;肝肾阴虚可见腰酸乏力,眩晕耳鸣,潮热盗汗;湿郁中焦气机不畅可见食欲不振,胸脘痞闷,舌苔黄腻,脉多濡而兼数。张从正《儒门事亲》云“消渴之病者,本湿

寒之阴气极衰,燥热之阳气太甚,更服燥热之药,则脾胃之气竭矣。”故本证治疗应注意避免“辛燥、寒凉、阴柔三者之弊”,使燥热得祛,阴血得存,湿郁得解,而又不伤及正气,否则阴虚邪恋,伤及后天之本,致使病情缠绵难愈。

2 论治原则

2.1 后天之本,时刻顾护

《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,水津四布,五经并行。”《素问·太阴阳明论篇》云“脾主为胃行其津液。”脾胃为后天之本,在运化水湿、津液上承、阴血化生等方面都发挥着核心作用,因此,在 SS 湿热证治疗中应尤其重视脾胃。临证中将顾护脾胃贯穿于本病治疗全程,尤其注重脾胃运化功能。我们治疗阴虚湿热证 SS 秉承路志正教授“持中央、顾润燥”原则,将健脾和胃“三阶梯”方案贯穿治疗始终:早期多佐以炒神曲、生谷芽、生麦芽、甘草,健胃调中,以防食欲不佳,达到“未病先防”目的;中期炒扁豆、焦三仙、鸡内金健脾开胃,或佐以行气、消痞之品,以促进药物吸收;后期选用山药、白术、茯苓、薏苡仁等健脾渗湿之品,以扶正祛邪^[13-15]。同时,重视生活调摄,在饮食方面,由于湿热之邪缠绵难化,提倡患者忌食羊肉、辛辣、烟酒、榴莲等甘温助湿热之品;在饮食上建议多食清润之品,如丝瓜、百合、银耳等。在情志方面,重视七情伤脾,主张身心通调,以绝气郁化火、损脾伤肝之机,有利于顾护脾胃,稳定病情。

2.2 燥毒之变,清润解毒

燥毒是导致 SS 变证丛生的关键,临证需特别注意。燥痹之为病,是以阴枯津亏为本、燥热内盛为本虚标实之证,治宜养阴润燥,同时兼顾清火生津。滋阴与清热兼顾,既能滋润久旱之筋脉、腠理、孔窍,又能清久积阴分之虚火伏热,以防热灼津液致使阴液愈亏、脉道干涸而无所补,从而濡养筋骨、关节、肌肉,便于气阴得复、虚火得祛。《医述》中言张子和认为,“阴中伏火,日渐煎熬,……燥热转甚,法宜甘寒滋润”。叶天士《温热论》云“舌苔白厚而干燥者,此胃燥气伤也,滋润药中加甘草,令甘守津还之意”;“舌绛而干燥者,火邪劫营,凉血清火为要”。虽然阴虚燥热是 SS 的核心病机,但在疾病发生发展的过程中,往往夹杂湿、毒、瘀等病理因素,故在 SS 临

证治疗中应注意从舌脉症等仔细辨别湿浊之象，区分单纯燥热伤津之津亏，与脾湿不运，津不上承之口干，细查之以对症下药，避免误用滋腻之品而助湿，误用苦寒之品而伤阳，误用辛燥之品而伤阴。如若见此病不仔细辨别主次矛盾，即给予大剂滋阴养液之品，非但无功反而有害^[16]。

治疗湿热阻遏膜原证，首先要禁汗下之法、禁滋腻，因湿浊阻遏膜原，枢机失利，治疗宜用和法，以疏利透达膜原之邪^[9]。燥毒之变者，应当注重辛润清凉解毒，如芦根、白茅根、金银花、连翘、淡豆豉、炒栀子、大血藤、白花蛇舌草、青蒿、黄芩等，避免应用大苦大寒之品损伤阳气。然而清热药性多属寒，可伤及阳气，须注意清热的同时顾及阳气，选用助阳之品如葛根、黄芪、黄精等，使清热同时而不伤阳，但避免使用大温大补之品耗气伤阴。故燥毒之证用药多以轻灵为主，以不伤正气为特别要点，治以清润燥解毒。兼关节疼痛者，加秦艽、威灵仙、穿山龙、羌活、独活等；兼肺间质病变见咳嗽喘者，加桔梗、陈皮、葶苈子、浙贝母、金荞麦；兼脘痞腹胀、大便黏滞者，加炒枳实；兼肝胆湿热见口干口苦、胁肋胀痛者，加柴胡、郁金、石菖蒲。

2.3 阴虚湿滞，养阴祛湿

阴虚与湿滞并见，宜选用辛甘凉润轻灵之品，扶正祛邪，注意养阴而不助湿、祛湿而不伤阴，燥湿同调，刚柔并济。对于阴虚湿热之湿热，在上述清润解毒药物基础上，可加用甘淡健脾渗湿之品如茯苓、山药、炒薏苡仁等，以及炒杏仁等质润化湿之品，使燥湿得宜；避免应用过于温燥之品，用药轻灵为主而无耗伤阴液之弊。对于阴虚湿热之阴虚，可用赤芍、牡丹皮、生地黄、玄参、沙参、麦冬、石斛、大血藤等，滋阴与清热并举；避免应用过于阴柔滋腻之品，用药轻润为主，以免有碍胃生湿助热之弊。兼口渴欲饮者，加乌梅、葛根、天花粉；兼热扰心神、心悸失眠者，加百合、茯神、远志；兼汗多者，加生龙骨、生牡蛎；兼肾虚见腰酸耳鸣者，加女贞子、山茱萸等。

2.4 理气通络，宣达布津

治疗燥痹时，应重视阴阳、气血之间的关系，采用理气、通络之治法，以通络布津；同时，兼顾肺、脾、肝、肾，顾全先天与后天的互补关系，谨守病机，因证论治，药随方遣^[5]。久病入络，久病必瘀。燥痹阴虚湿热日久，湿热稽留膜原，阻滞

经络，气机不畅，津失输布，需采用宣通理气之品。遵循路志正教授“调升降、运四旁”的治疗燥痹原则，注意调畅气机，以防气津输布受阻，日久津不上承而又化燥伤阴。正如《医原·燥气论》中言“邪一开通，津液流行。”每于临证燥痹处方中加入乌梢蛇、佛手、橘皮等理气通络药物，以助推动津液输布和运行，兼血瘀者，可加当归、桃仁、丹参、醋延胡索、三七粉等。

3 验案举隅

患者，女，35岁，2020年11月5日初诊。主诉：双手小关节肿痛3年，加重1个月。患者3年前出现双手小关节肿痛，于当地医院就诊，予扶他林外用治疗效果不明显。于2019年5月在当地医院查抗核抗体（ANA）（+），1：1000均质性，抗SSA抗体（+），抗SSB抗体（±），抗Ro-52抗体（+++），诊断为SS。予泼尼松龙片5mg，每日1次，口服；硫酸羟氯喹片（HCQ）0.2g，每日1次，口服；艾拉莫德片25mg，每日1次，口服。就诊半个月前自行将泼尼松龙片加量至每日7.5mg。刻下症见：双手小关节肿痛，拇伸肌腱偶疼痛，口干眼干，腮腺肿大反复发作，时有腹胀，午饭后明显，纳可，眠安，小便调，大便一二日一行，情绪急躁，舌红边有齿痕、苔稍黄腻，脉弦滑。检查唾液腺超声示双侧腮腺、颌下腺弥漫性改变，评分8分。Schirmer试验左眼1mm/5min、右眼0mm/5min，唾液流率0.33ml/15min，淋巴细胞数量 $1.02 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞数量 $7.5 \times 10^9/L$ ，血沉（ESR）37mm/h，超敏C反应蛋白（hCRP）5.83mg/L，类风湿因子（RF）934U/ml，抗溶血性链球菌“O”（ASO）117U/ml，尿蛋白30mg/dl，抗SSA抗体（+++），抗SSB抗体（-），抗Ro-52抗体（+++）。西医诊断：干燥综合征，中医诊断：燥痹（阴虚湿热证）。予祛风湿止痛，清热养阴活血，处方：秦艽15g，白芷15g，威灵仙15g，穿山龙15g，羌活6g，独活6g，当归15g，川芎15g，桃仁10g，丹参15g，白茅根30g，芦根30g，大血藤15g，白花蛇草15g，赤芍12g，白芍12g，乌梢蛇10g，山药15g，炒扁豆12g。14剂，每日1剂，水煎分早晚两次温服；继服泼尼松龙片7.5mg，每日1次，羟氯喹片0.2g，每日1次，艾拉莫德片25mg，每日1次，均口服。

2020 年 11 月 19 日二诊: 患者关节痛缓解, 仍有口干眼干, 月经量少, 舌红、苔略黄, 脉细数。予清热养阴, 活血通络, 在初诊方基础上减羌活、独活、白芷、当归、川芎, 加白术 12 g, 葛根 15 g, 秦皮 15 g, 橘络 6 g。28 剂, 煎服法同上; 泼尼松龙片减至 7.5 mg、5 mg 交替每日 1 次口服, 其余用药不变。

2020 年 12 月 21 日三诊: 患者口干、眼干不明显, 诉服药后大便不成形, 每日一行, 纳差, 多梦, 舌红、苔稍黄腻, 脉沉细, 测 ESR 11 mm/h。予二诊方加炒酸枣仁 15 g, 28 剂, 煎服法同上; 泼尼松龙片减至 5 mg, 每日 1 次口服。

随访至 2021 年 4 月 18 日, 患者病情平稳, 口干、眼干不明显, Schirmer 试验左眼 6 mm/5 min、右眼 4 mm/5 min, 唾液流率 1.8 ml/15 min, 腮腺肿大已消, 口干、眼干症状较前明显减轻。嘱其保持情绪稳定, 忌食辛辣刺激及补品。

按语: 本例患者以双手小关节肿痛发病, 以口干、眼干为主症, 伴腮腺肿大反复发作, 情绪急躁, 肝气不舒, 气郁化火, 热邪怫郁, 化燥伤阴, 舌红边有齿痕提示阴伤内热兼有脾虚, 舌红、苔稍黄腻为湿热之象。初诊治疗当以祛风湿止痹痛为先, 以羌活、独活胜湿止痛, 威灵仙、穿山龙通络止痛, 以当归、川芎活血通络以治标, 以山药、炒扁豆健运脾胃, 补而不滞。同时遵循清热利湿养阴原则以治本, 选用甘寒凉润之品如芦根、白茅根, 二者共清肺胃之热, 一清一透, 兼顾气分和血分, 清上焦热以养阴; 选用味苦偏寒之赤芍、白芍凉血滋阴, 一散一收, 一泻一补, 肝脾同调, 养阴而不助湿; 桃仁、丹参清热活血; 大血藤、白花蛇舌草功善清热活血解毒, 以防热毒化燥伤阴。同时秉承路老师“持中央、运四旁”的原则, 一诊以乌梢蛇祛风通络, 促进津液输布。二诊关节疼痛缓解, 去胜湿止痛之羌活、独活, 加白术健脾燥湿, 秦皮清热利湿, 同时配伍葛根清热生津, 燥湿互济, 使利湿而不伤阴, 加橘络理气通络兼化痰, 调肝实脾。值得注意的是, 中医认为糖皮质激素为至阳至热之品^[17], 本身易灼伤阴液, 致阴虚内热, 与 SS 自身病机存在矛盾, 通过中药辨证运用, 可以有效而平稳地减少患者激素的使用量, 暗寓“透热转气、釜底抽薪”之意, 从而顾护津液, 明显改善燥痹症状、降低临床指标。治疗全程顾护脾胃,

“见肝传脾, 当先实脾”, 秉承“治未病”理念, 整体动态把握疾病发展进程, 根据不同时期阴虚与湿热的特点, 个体化治疗, 方为上策。

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, 59(4): 269-270, 276.
- [2] 崔向宁, 冯兴华. 冯兴华辨治干燥综合征经验 [J]. 中医杂志, 2017, 58(3): 202-204, 213.
- [3] MARIETTE X, CRISWELL LA. Primary Sjögren's Syndrome [J]. New Engl J Med, 2018, 378(10): 931-939.
- [4] GOTTENBERG J, RAVAUD P, PUÉCHAL X, et al. Effects of Hydroxychloroquine on Symptomatic Improvement in Primary Sjögren Syndrome [J]. JAMA, 2014, 312(3): 249-258.
- [5] 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.
- [6] 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.
- [7] 党琳, 秦松林, 晁旭. 从脾阴虚辨治干燥综合征 [J]. 山东中医杂志, 2019, 38(3): 225-228.
- [8] 寿清和. 对“膜原为三焦之门户”的理解 [J]. 现代中西医结合杂志, 2007, 16(8): 1038.
- [9] 刘原君, 朱文翔, 李长香, 等. “湿热阻遏膜原”证之刍议 [J]. 中医药导报, 2014, 20(16): 4-6.
- [10] 刘蔚翔, 施雨, 邱明山, 等. 从膜原论治类风湿关节炎 [J]. 风湿病与关节炎, 2016, 5(11): 47-48.
- [11] 蒋啸, 郑旭锐, 程巾, 等. 湿热带燥入营的思考 [J]. 中医药导报, 2021, 27(1): 112-114, 126.
- [12] 房玉涛, 付莹坤, 刘桂芳. 阴虚湿热证探讨 [J]. 中国中医药信息杂志, 2016, 23(11): 119-120.
- [13] 崔家康, 姜泉. 痰瘀互结证在风湿性疾病中的临床特征及治疗策略 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2018, 24(7): 903-904, 930.
- [14] 姜泉, 罗成贵, 李纪川. 路志正教授治疗风湿病用药经验举隅 [J]. 新中医, 2011, 43(9): 132-133.
- [15] 刘蔚翔, 姜泉. 姜泉治疗类风湿关节炎经验 [J]. 中华中医药杂志, 2019, 34(5): 2198-2200.
- [16] 崔家康, 陈晓, 姜泉. 从津液代谢探析干燥综合征论治 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2019, 25(12): 1662-1663, 1680.
- [17] 任玉娇, 张伟. 从补肾益气论防治糖皮质激素的不良反应 [J]. 中医杂志, 2016, 57(15): 1345-1347.

(收稿日期: 2021-04-14; 修回日期: 2021-06-20)

[编辑: 贾维娜]