

孙素平治疗幼年特发性关节炎经验

王冉悦¹, 孙素平², 隋云鹏¹

(1. 山东中医药大学, 山东 济南, 250014;

2. 山东中医药大学附属医院, 山东 济南, 250011)

[摘要] 介绍孙素平教授治疗幼年特发性关节炎(JIA)的经验。分析其病机为湿聚热蒸、本虚标实。采用分期分型论治,急性期表现为湿热痹阻证者以四妙散加减;表现为湿热内蕴证者以白虎汤合五味消毒饮加减。缓解期多表现为正虚邪恋,治以扶正为主,辅以祛邪。

[关键词] 幼年特发性关节炎;中医药疗法;名医经验;孙素平

[中图分类号] R274.94 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.04.021

孙素平教授系山东中医药大学附属医院主任医师、教授、硕士研究生导师,全国第三批名老中医药专家学术经验继承人,全国名老中医药专家周翠

英教授学术经验继承人,从事风湿病临床研究二十余载,在治疗JIA方面经验丰富,疗效确切,笔者(除通讯作者外)有幸随师侍诊,现将其经验总结如下。

皮炎治疗上,可使用钙调磷酸酶抑制剂,如他克莫司软膏作为短期或间歇性长期治疗,0.03%和0.1%浓度的本品均可用于成人,但只有0.03%浓度的本品可用于2岁及以上的儿童^[10]。

4 结 语

杨志波教授治疗特应性皮炎善于根据患者年龄及皮损表现合理使用内服及外用药,婴儿时期因患儿病情较急且热毒深重,故在中医治疗上以清心火、解胎毒为主,因患儿年龄小,故临床常用外用药治疗,其目标为迅速控制当前病情,防止病情迁延;儿童期后,皮疹转变为四肢屈侧部位出现皮肤干燥,脱皮脱屑伴剧烈瘙痒,搔抓后流水流脓,日久可致苔藓样变,故临床用药上注重内调与外治并举,中药治疗注重祛风止痒,顾护脾胃,以荆防止痒汤加减为宜,西医治疗以钙调磷酸酯酶抑制剂联合糖皮质激素软膏为主,若此时的病情得不到合理的控制,在青年及成年期可出现顽固性干皮症和广泛的皮肤肥厚,因此,此时期治疗疗程较长,临床用药主要以控制皮肤瘙痒、缩小皮损面积、提高生活质量为目标。除此之外,杨教授对该病注重中西医结合、辨证分型治疗,在治疗此病的过程中以整体论治、内外兼治为核心思想,以缓解皮肤的瘙痒、促进皮损的消退为目的,充分发挥了中医及中西医并治的优势。因特应性皮炎属于顽固型皮肤病,故在临

床中会经常遇到治疗不彻底,症状减退后即自行停药,日后又反复发作的病例,对此,患者应听从医嘱,同时在日常生活中,要避免出汗,穿宽松棉质衣物,沐浴时间不宜过长,并戒烟、戒酒,不喝浓茶、咖啡及少食辛辣刺激食物等,上述所及均有助于提高临床治疗效果。

参考文献

- [1] 欧柏生,刘卫兵,王建民. 四弯风汤联合西药治疗特应性皮炎34例[J]. 中国民间疗法,2006(1):8-9.
- [2] 刘玮. 皮肤屏障功能解析[J]. 中国皮肤性病学杂志,2008(12):758-761.
- [3] A Torrelo. Methylprednisolone aceponate for atopic dermatitis [J]. International journal of dermatology,2017,56(6):691.
- [4] 于艳秋,李龙. 玉泽皮肤屏障修护剂对儿童特应性皮炎的干预治疗[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志,2014(4):232-234.
- [5] 廖银根,丁志军,罗美兰,等. 荆防止痒颗粒对模型动物的皮肤瘙痒疗效研究[J]. 医药导报,2013(12):1571-1574.
- [6] 朱立宏. 徐宜厚从心脾论治小儿皮肤病的经验[J]. 湖北中医杂志,2001(4):10-11.
- [7] 李合峰. 鱼鳞病的临床诊治[J]. 中国卫生标准管理,2015(13):94-95.
- [8] 傅佩骏. 消风散加减治疗异位性皮炎疗效观察[J]. 中成药,2013(12):2762-2764.
- [9] 曾波,陈金. 特应性皮炎研究进展[J]. 实用医院临床杂志,2012(2):178-181.
- [10] 蒋冲,邓俐,陈飏,等. 长期外用他克莫司软膏对特应性皮炎患者免疫力的影响[J]. 皮肤性病诊疗学杂志,2013(2):93-96.

(收稿日期:2017-04-17)

第一作者:王冉悦,女,2015级硕士研究生,研究方向:中医、中西医结合防治风湿免疫性疾病

通讯作者:孙素平,女,主任医师,硕士研究生导师,研究方向:中医、中西医结合防治风湿免疫性疾病

1 病因病机

幼年特发性关节炎(JIA)是指16岁以前持续6周及6周以上的单关节炎或多关节炎,且除外其他已知原因的自身免疫性疾病^[1]。本病属于中医学“热痹”“顽痹”“小儿痹”“痹证”“历节”等范畴。《儒门事亲》载:“小儿风、寒、湿三气合而为痹,及手足麻痹不仁”;《临证指南医案·幼科要略》:“体属纯阳,所患热病最多”;《金匱翼》载:“脏腑经络先有蓄热,而复感风寒湿邪客之,热为寒郁,气不得通,久之寒亦化热,则痹痹熯然而闷也。”总结各医家对JIA的认识,可将本病病机概括为“湿聚热蒸”^[2]。

孙教授总结JIA的发病特点,认为本病病因不外乎内外两因,内有小儿体质纯阳,阳常有余阴常不足,且脏腑娇嫩,形气未充,故易感受风寒湿邪;外有风寒湿邪杂至,故而脏腑经络先有蓄热,感受风寒湿邪后,郁遏阳气,化而为热,湿热相合,则成“湿聚热蒸”的病机特点,病理过程表现为“本虚标实”。邪郁肌表,热灼血络,可见鲜红皮疹;湿热交蒸于半表半里可见高热寒战;湿热入里,蕴结于脏腑,气血痹阻,可见胸痹、肺萎、肝痹、脾痹等证;湿热流注经络关节,气血痹阻,不通则痛,可见关节肿痛、肢体肿胀等症。

2 治则治法

孙教授认为,JIA发作分急性期与缓解期,故应用中医“急则治标,缓则治本”的原则指导其治疗。急性期表现为“湿聚热蒸”,或鲜红皮疹,或高热寒战,或关节肿痛,或脏腑蕴热,故治法上重在清热解毒利湿,达湿热两清之效;缓解期湿热毒邪已去大半,应重在固本,所谓“正气存内,邪不可干”,根据患儿脏腑偏衰而补益脏腑之气,此外因患儿处于生长发育的重要时期,本病反复发作又耗伤肝肾精血,故还应补益肝肾。本病急性期湿热邪盛,痹阻气血,缓解期余邪未清,仍气血痹阻不通,且病程亦长,久病成瘀,故应全程活血化瘀;小儿脾胃娇弱在先,又有湿热之邪困遏脾气,且本病极易反复发作,病程长久,耗伤正气,所服药物又多寒凉伤胃,而脾胃为后天之本,气血化生之源,故时时顾护中焦脾胃在本病治疗中尤为重要。

3 分期辨治

3.1 急性期

3.1.1 湿热痹阻 临床常以关节红肿疼痛,晨僵,活动受限,或兼见发热,肌肉胀痛,口干不欲饮,便干尿赤,舌红,苔黄腻,脉滑数为主要表现。治以四

妙丸加减。方中金银花甘寒,功擅清热解毒;土茯苓甘淡性平,长于解毒、除湿、利关节。二者清热解毒利湿、重用为君药。黄柏、苍术、薏苡仁、赤芍、白芍、川芎、虎杖、羌活、独活共行加强君药之效,活血止痛为臣药。炒白术除湿健脾;川牛膝活血除湿利关节又引药下行,萆薢清热利湿散寒,共为佐药。甘草调和诸药为使。全方寓补于泻,共奏清热利湿,通络止痛之功。若关节疼痛甚者,加红藤、忍冬藤、青风藤;关节或四肢肌肉肿胀明显者,加肿节风、红花、桃仁、丹参、水蛭、王不留行;关节活动受限者,加伸筋草、木瓜;关节积液者,重用除湿药,加车前草、猪苓、茯苓、泽泻;受阴雨天气影响大者多用羌活、独活;上肢症状明显者,加羌活、桑枝、威灵仙;下肢症状明显者多用独活、川牛膝;小关节症状明显者加蜂房、猫眼草;大关节症状明显者加猫爪草、土贝母。

3.1.2 热毒内蕴 临床以高热,多汗不解,心烦口渴,鲜红皮疹,关节肿痛,四肢酸痛,肝脾肿大,舌红、苔白厚腻,脉弦滑或滑数为主要表现。以白虎汤合五味消毒饮加减。方中金银花甘寒清热解毒;生石膏甘寒清气分大热,二者重用为君。黄芩、板蓝根、石斛、丹皮合用清热解毒以助君药,又凉血活血除斑疹为臣药。土茯苓、薏苡仁、忍冬藤合用除湿、活血、利关节为佐药。生甘草清热解毒调和诸药为使。全方解毒不伤正,利湿不伤阴,共奏清热解毒、凉血活血通络之功。热毒盛者可加连翘、公英、虎杖、地丁、白花蛇舌草;皮疹明显者加玄参、生地、赤芍、蝉蜕、紫草;热久伤阴者加石斛、麦冬、白薇、地骨皮、知母。

3.2 缓解期 多表现为正虚邪恋。临床以关节肿痛,僵硬畸形,腰膝酸软,痛势缠绵,日轻夜重,发热或夜间潮热,形体消瘦,神疲乏力,食纳欠佳,心悸气短,舌苔薄白或白腻或光剥,舌质或红或淡或有瘀点瘀斑,脉细小弦为主要表现。孙教授以急性期方加减。肝肾亏虚者加熟地黄、牛膝、杜仲、补骨脂、吴茱萸、枸杞;脾胃虚弱者加党参、山药、白术、茯苓、焦山楂、焦麦芽、焦神曲;心肺不足者加百合、太子参、酸枣仁、丹参;痰瘀痹阻者加白芥子、桃仁、红花、丹参、王不留行。

4 典型病案

患者,女,11岁。患者9岁时因潮湿受凉后出现左膝关节肿痛,于外院诊为“滑膜炎”,予抗炎止痛药治疗后肿痛缓解。数月后再发,此后反复发作。10岁时出现双踝关节肿

痛,局部红肿明显,于外院诊为“风湿性关节炎”,予强的松治疗,逐渐减量后停用。症见:双下肢肌肉疼痛,影响活动,皮温高,色素沉着。双膝关节疼痛,行走受限,蹲起不利。右肘关节疼痛,伸直受限,双足乏力,余关节无明显不适。纳眠可,二便调。舌质红,苔黄,脉细数。专科查体:双下肢肌肉压痛(+),皮温高,色素沉着,双膝关节压痛,右肘伸直受限。辅助检查:血常规:WBC $12.7 \times 10^9/L$, Hb 102g/L, PLT $458 \times 10^9/L$, ESR 81mm/hr, CRP 77.20mg/L, 血浆 D-二聚体 $1.26 \mu g/mL$ 。抗核抗体(ANA)定量、ANA谱、免疫球蛋白、补体、抗O、类风湿因子、抗环瓜氨酸肽抗体、HLA-B27、生化、心肌酶谱、感染系列、尿常规、大便常规均在正常范围。心脏彩超符合心肌炎表现,四肢血管彩超可见双下肢肌间静脉血栓。西医诊断:幼年特发性关节炎。中医诊断:痹证(湿热痹阻)。予来氟米特 10mg,口服,每晚睡前服 1 次;硫酸羟氯喹 0.2g,口服,每天 1 次;洛索洛芬 60mg,口服,每天 3 次。中药四妙丸加减:金银花 24g,土茯苓 30g,苍术

12g,黄柏 12g,川牛膝 24g,薏苡仁 12g,忍冬藤 24g,赤芍 20g,白芍 24g,虎杖 15g,甘草 6g。上方服 2 周后患者双下肢肌肉疼痛、双膝关节痛、右肘关节疼痛均减轻,双下肢无力感减轻,晨起关节活动度改善。查血常规:WBC $9.31 \times 10^9/L$, Hb 101g/L, PLT $388 \times 10^9/L$, ESR 49mm/hr, CRP 29.6mg/L, 血浆 D-二聚体 $0.79 \mu g/mL$ 。上方去苍术、黄柏、虎杖,加青风藤 15g、红藤 15g、羌活 12g、红花 10g。洛索洛芬减半。2 周后复诊:诸关节不痛,下肢肿硬感消失,查血常规、ESR、CRP、血浆 D-二聚体正常,上方去羌活、红藤、红花,加山茱萸 6g、王不留行 15g,停用来氟米特,后定期门诊随诊 1 年,病情稳定。

参考文献

- [1] 菲尔斯坦(美). 粟占国,唐福林. 凯利风湿病学(8版)[M]. 北京:北京大学医学出版社,2011.
- [2] 孙素平,李大可,刘英. 周翠英风湿临证传薪录[M]. 北京:华夏出版社,2016:10. (收稿日期:2017-04-12)

(上接第7页)肿大淋巴结的压迫等因素下,容易导致枕大神经受压而产生枕大神经痛。因此,解除枕大神经走行过程中的压迫是治疗枕大神经痛的关键^[3]。

铍针针刺术的目的与针刀松解不同,主要在于释放局部筋膜软组织张力,枕大神经由肌间隙穿出皮下,穿出点腱膜对神经加以固定,软组织的炎症、水肿、挛缩会导致局部张力升高,穿出点孔径缩窄,固定作用变为压迫损伤,铍针减压术既可直接松解神经出口,同时通过减低局部张力,扩大出口的孔径,使其恢复原来的功能平衡状态。局部高张力状态在部分患者于进针时可听到类似刺破高橡胶薄膜的突破声这一现象得到验证。另外由于针的直径小,对神经周围组织的损伤小,术后神经周围形成的瘢痕少,不易再次形成卡压^[10]。

龙氏仰头摇正法是调整上颈段失稳的手法,从解剖角度来讲,在上颈段的背侧面存在着一个为 C2 后支主的神经丛,枕大神经为 C2 内侧支。寰枢关节活动度较大且椎间孔较狭窄,C2 在此处容易受到刺激或卡压,引起周围组织痉挛、渗出或粘连,诱发以枕大神经痛为主的症候群。此处的卡压或刺激,虽不直接在枕大神经上,但却更能反映在枕大神经区域的疼痛^[11]。龙氏仰头摇正法可纠正寰枢关节的小关节错位,以调节椎体周围软组织的紧张度,从而解除神经压迫。同时此手法可调节上颈椎生物力学失衡状态,解除软组织劳损的潜在因素。

铍针减压术可以减低局部软组织张力从而缓

解疼痛,联合以龙氏仰头摇正法恢复上颈段生物力学失稳,解除软组织劳损的病因,使炎症逐渐吸收,诱导机体的良性修复机制,为本兼治的治疗组合。从术前及术后红外热成像检查的局部温差改变可以看出通过治疗局部炎症得到控制,两侧温度趋于等温,并且病程较长的患者低温改变也得到改善。针刺与手法结合,临床疗效确切,值得推广。

参考文献

- [1] 吴绪平,张天民. 针刀医学临床诊疗与操作规范[S]. 北京:中国中医药出版社,2012:179.
- [2] 史玉泉. 实用神经病学[M]. 上海:上海科学技术出版社,1994:1022.
- [3] 雷涛,徐达传,崔林. 枕大神经痛的解剖学基础[J]. 中国临床解剖学杂志,2003,21(6):578.
- [4] 古恩鹏,吴思. 压痛仪对手法治疗腰椎间盘突出症疼痛改善评价[J]. 河北中医,2011,33(8):1205-1206.
- [5] 李来月,王平. 铍针配合拔罐治疗跖腱膜炎跟痛症临床研究[J]. 山东中医杂志,2014,33(10):826-828.
- [6] 张静,贾杰海,向东东,等. 针刀疗法联合臭氧治疗枕大神经卡压综合征临床观察[J]. 世界中医药,2016,11(9):1860-1862.
- [7] 李自立,赵薇,高安危. 红外热像图对脊柱疼痛性疾病的诊断价值[J]. 中华医学丛刊,2004,4(10):27-30.
- [8] 唐学章,丁海涛,安荣姝. 背肌筋膜炎红外热成像特征及推拿治疗研究[J]. 北京中医药,2009,28(10):760-761.
- [9] 张文征,鲍艳仙,安容姝,等. 应用红外热成像技术辨析疼痛性质和发病机制[J]. 北京中医药大学学报,2015,35(5):356-357.
- [10] 雷仲民,黄明华,尹辛成,等. 铍针治疗颈肩部皮神经卡压综合征[J]. 中国骨伤,2004,17(11):674-675.
- [11] 姜劲挺,马喜凤. 颈椎旋扳法治疗枕大神经卡压综合征[J]. 中国骨伤,2004,16(5):296.

(收稿日期:2017-08-04)