

# 王海东中医药治疗强直性脊柱炎经验

苏小军<sup>1</sup> 王海东<sup>1</sup>

【关键词】 强直性脊柱炎；中医药治疗；经验

【中图分类号】 R593.23 【文献标志码】 B 【文章编号】 1005-0205(2020)04-0078-02

王海东教授为甘肃省名中医，一级主任医师，甘肃省中医药学会风湿病专业委员会主任委员。王海东教授刻苦钻研，博采众长，潜心研究强直性脊柱炎诊治，经过不断实践探索，积累了丰富的经验，现总结如下。

## 1 病因病机

强直性脊柱炎(Ankylosing Spondylitis, AS)属风湿类疾病中的多发病、疑难病，是一种以中轴关节慢性炎症为主的全身性疾病，骶髂关节炎、椎间盘纤维化及其肌腱、韧带、骨附着点病变是其特征性病理变化，病程晚期可发生脊柱关节强直畸形，部分患者累及髋关节和眼睛而造成终身残疾<sup>[1-2]</sup>。该病缠绵反复，致残率高，属临床难治性疾病<sup>[3-4]</sup>。王海东教授认为，AS属于中医“骨痹”范畴，《素问·长刺节论》曰：“病在骨，骨重不可举，骨髓酸痛，名曰骨痹”。《素问·痹论》曰：“骨痹不已，复感于邪，内舍于肾……肾痹者，尻以代踵，脊以代头。”《难经·二十九难》中有“督脉为病，脊强而厥”的记载。而现代医家将强直性脊柱炎纳入中医“尪痹”范畴。王海东教授凭借多年的临证经验认为，脊柱为病，首先责之于督脉。肾精亏损，督脉空疏，邪因虚生，痰、瘀、湿邪痹阻经络，流注脊柱，深入骨髓骨骱，则脊柱僵痛，病邪由浅入深，从轻至重，终致脊柱强直畸形。王海东教授指出AS病性为本虚标实，肾虚为本，风寒湿为标，临床表现虚实兼杂，寒热互见，发作期以标实为主，寒湿证多见；缓解期主要为肝肾气血亏虚，以肾虚虚证多见<sup>[5-6]</sup>。

## 2 辨证论治

强直性脊柱炎临床表现多样，多以虚实兼夹为常见。王海东教授以中医四诊、八纲辨证为其临床处方用药的核心依据，他在临证中首辨标本虚实；再辨寒热之属性。治疗兼顾祛邪、扶正两端，实证者以祛邪为主，虚证者以扶正为主，祛邪与扶正之孰重，药物剂量之多寡，据患者具体情况明辨。王海东教授依据大量临床实践梳理出肾督虚寒、筋骨失荣和邪浊壅督为强直性脊柱炎的三大基本证型，但临证中三种证型往往错杂互见于同一患者<sup>[7-9]</sup>。

## 2.1 肾虚督寒型

临床症见：晨起项背、腰骶僵痛，背部恶寒、汗多，活动不利，得温痛减，舌质淡、舌苔薄白，脉沉紧或细迟。治以温肾强督，通络散寒。药用：制附子10g，干姜10g，金毛狗脊40g，杜仲20g，川断20g，羌活、独活各15g，威灵仙30g，淫羊藿10g，鹿角霜10g，补骨脂15g，生地黄、熟地黄各15g，赤芍、白芍各15g，蜈蚣2条，知母15g，薏苡仁40g，怀牛膝20g，细辛6g，防风10g。

## 2.2 筋骨失荣型

临床症见：腰背痠痛，脊柱僵硬，活动受限，形体羸弱，头晕耳鸣，腰膝酸软，面色苍白，舌质略红、少苔或薄苔，脉沉细、尺脉弱。治以滋补肝肾，荣筋强骨。药用：黄芪60g，当归15g，桑寄生20g，鸡血藤30g，续断20g，羌活、独活各15g，生地黄、熟地黄各15g，葛根30g，赤芍、白芍各15g，络石藤30g，伸筋草30g，威灵仙20g，补骨脂10g，骨碎补15g，山茱萸10g，蜈蚣2条，桂枝15g。

## 2.3 邪浊壅督型

临床症见：脊背刺痛、僵硬，关节掣痛欲裂，脊柱强直畸形、活动严重受限，形体羸瘦，膝、踝关节红肿发热，背部发凉喜热，小便黄或有余沥，大便先干后稀，舌质红，苔黄厚腻或白厚腻，脉象弦滑数或沉紧。治以补肾强督，温清兼施，通络祛瘀。药用：忍冬藤40g，生地黄40g，络石藤30g，秦艽15g，骨碎补20g，透骨草20g，黄柏10g，蚕沙10g，桂枝15g，赤芍20g，羌活、独活各15g，土鳖虫10g，威灵仙15g，制乳香10g，制没药10g。

## 3 典型病例

患者，男，23岁，2016年5月7日初诊。主诉：颈项、腰骶、左髋疼痛3年，加重2个月。现病史：患者3年前外伤后出现左膝肿痛，1个月后腰骶、脊背、左髋僵痛，活动后略减轻，休息及夜间尤甚，间断服用抗炎止痛药物，1年前规律使用生物制剂2个月后病情缓解，停用半年后腰骶、脊背僵痛症状反复。2个月前，劳累后出现腰骶、脊背、左髋疼痛加重，腰背、左髋僵硬弯曲，活动不利，伴畏寒肢冷等症状。现症：脊背、腰骶

疼痛,晨起项背、腰骶僵痛,腰背、左髋关节僵硬弯曲,活动受限,畏寒肢冷,小便清长,大便先干后稀,舌质淡、苔白厚,脉细迟弱。骶髂关节 CT 示双侧骶髂关节炎Ⅳ级。实验室检查为 HLA-B27 阳性,中医诊断为尪痹。证属肾虚督寒、筋骨失荣、邪浊壅督三证互见。西医诊断:强直性脊柱炎。治以补肾温督、荣筋强骨、化瘀通络之法。处方:狗脊 40 g,薏苡仁 40 g,葛根 30 g,苍白术各 30 g,杜仲 20 g,羌独活各 15 g,制附子 10 g,补骨脂 15 g,生熟地各 15 g,赤芍各 15 g,桑寄生 20 g,茯苓 15 g,佛手 15 g,牛膝 20 g,蜈蚣 2 条,细辛 6 g,炙甘草 10 g。每日 1 剂,共 30 剂。

7 月 1 日复诊:患者诉项背、腰骶、左髋痛、畏寒肢冷症状明显好转。失眠多梦、大便先干后稀、小便清长等症状缓解,舌苔白微厚,脉沉弦细,尺脉沉细。前方去苍术,加酸枣仁、远志各 30 g、川芎 10 g。每日 1 剂,共 50 剂。

9 月 15 日复诊患者脊背、腰骶、左髋较前明显减轻,失眠多梦症状趋于好转,二便正常,舌苔薄白,脉沉弦细,尺脉沉细。前方去酸枣仁。守方继服 50 剂。

12 月 10 日再诊:患者述服药后脊背、腰骶、左髋疼痛基本消失,劳累后偶有痠困,行走较自如。嘱其将以上处方 3 剂研沫炼蜜为丸,每服 8 g,每日 3 次,以善其后。

按:腰为肾之府,肾主骨生髓,为先天之本,肝主筋,赖血滋养,肝肾同源,精血互化。骨髓乃肾中精气所化生,骨的生长发育有赖于骨髓的滋养。肾强精旺,骨髓充盈,则骨坚脊壮,若肾虚精亏,肝血不足,则筋骨失养;督行脊中,为阳脉之海,督脉功能的发挥有赖肾中阳气的温煦;肾虚则督脉失煦,精血虚则筋骨失荣,故易受邪侵。王海东教授指出,临证中一定要遵从方随证立、证随法出的方针,执药不如执方,执方不如执法,执法不如明理,若能明理临床症状虽然庞杂,临证中也能化繁为简。王海东教授针对肾虚督寒、筋骨失荣证型提出了补肾温督、荣筋强骨的治疗大法,体现了王教授临证讲究执法明理、治病求本的思想,善用对药也是王海东教授处方用药的另一大特点。处方中制附片散寒温经、祛湿蠲痹、止脊强拘挛,狗脊甘温以补肝肾、强腰膝、坚筋骨,能通能补,补而不滞,为养血补肾、强督脉、利俯仰之要药;羌独活相须配伍,羌活祛风除湿,专治督脉空虚,脊强而厥;独活通达辛散,通络胜湿、蠲痹止痛,两药相须以祛风胜湿而止脊柱僵痛效佳力宏;桑寄生既可祛风胜湿、调和血脉,又能补益肝肾、强壮筋骨;续断补肝肾、强筋骨、壮腰膝,为“疏利气血筋骨第一要药”,寄生配续断“行中有补,补而不滞”,两药相须互用,使补肾强脊、强筋健骨功效大增,又可祛邪通络,颈肩、脊背、腰胯、膝踝等大关节出现病变配合此药对使用更为适合;骨碎补祛瘀壮肾强脊,活血通脉,补骨脂辛苦性温,主入脾肾之经,补元阳、暖中土,两药相合,既补肝肾精血,又能补肾阳而达温督强骨之用;杜仲补肾壮腰,强健筋骨;赤白芍祛瘀补血,桂枝配芍药调和营卫,通经活络,温阳化气。

风寒湿邪侵袭腠理,营卫失和,经脉不利,督脉痹阻,不通则为病。《素问·痹论篇》曰:“所谓痹者,各以其时,重感于风寒湿之气也。”《济生方·痹篇》曰:“皆因体虚,腠理空疏,受风寒湿气而成痹也。”王海东教授根据强直性脊柱炎的发病特点和病因病机在补肾温督、荣筋强骨的基础上,随证加减、灵活处方,热像明显者去附片。王海东教授在临证中,依据证型寒热的不同,在基础方中配伍藤类药;关节红肿热痛、屈伸受限者可酌加忍冬藤 20~30 g,秦艽 15~20 g;若患者舌苔厚腻,脉象滑数者配合苍术 20~30 g,黄柏 10 g,牛膝 20~30 g,薏苡仁 20~40 g,取四妙散之方义,以运脾燥湿、祛风清热、舒筋壮骨。对四肢关节冷痛者,选用鸡血藤 20~30 g,桂枝 10~15 g,取其藤蔓达肢节之意,使药力可达四肢病所,增强临床疗效。上肢、肩背疼痛者,加片姜黄 10~15 g,以活血行气,通经止痛。颈项僵痛不舒、活动受限者,加葛根 20~30 g,以除足太阳膀胱经之风寒湿邪、舒筋缓急。王海东教授认为双髋、臀、坐骨结节部位乃肝胆经循行所过之处,对于此部位的交替性疼痛,处方中加郁金 10~15 g,香附 10~15 g,以发挥疏肝解郁、活血通络之效。若寒甚重痛不移、四末不温者,加巴戟天 10~15 g,仙灵脾 10~15 g;畏寒重伴脊背冷痛不舒者,加制附片 10~15 g,细辛 5 g。

## 参考文献

- [1] 唐福林. 风湿免疫科医师效率手册[M]. 北京:中国协和医科大学出版社,2010:183.
- [2] MACHADO P,LANDEWE R,BRAUN J,et al. Both structural damage and inflammation of the spine contribute to impairment of spinal mobility in patients with ankylosing spondylitis[J]. Ann Rheum Dis,2010,69(8):1465-1470.
- [3] HEILAND G R,APPEL H,PODDUBNY D,et al. High level of functional dickkopf-1 predicts protection from syndesmophyte formation in patients with ankylosing spondylitis[J]. Ann Rheum Dis,2012,71(4):572-574.
- [4] VAN DER LINDEN S M,VALKENBURG H A,CATS A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis;a proposal for modification of the New York criteria[J]. Arthritis Rheum,1984,27(4):361-368.
- [5] 冯兴华,姜泉,刘宏潇. 中医辨证治疗强直性脊柱炎的临床疗效评价[J]. 中国中西医结合杂志,2013,33(10):1309-1312.
- [6] 苏小军,王海东,田雪梅. 五劳七伤方治疗强直性脊柱炎 50 例临床研究[J]. 新中医,2013,45(11):52-54.
- [7] 苏小军,王海东. 张士卿教授治疗强直性脊柱炎经验[J]. 新中医,2014,46(9):22-23.
- [8] 苏小军,王海东,田雪梅. 五劳七伤方对强直性脊柱炎患者 Dickkopf-1 蛋白水平的影响[J]. 中国中医骨伤科杂志,2016,24(3):26-28.
- [9] 彭建英,阎小萍. 补肾强督方治疗强直性脊柱炎 50 例临床研究[J]. 北京中医药大学学报:中医临床版,2011,18(16):17-19.

(收稿日期:2019-02-03)