

引用:姚璐莎,陈新怡,田英,范伏元,徐豫湘.范伏元基于肺肝肾分期辨治类风湿关节炎经验[J].中医药导报,2025,31(4):204-207.

范伏元基于肺肝肾分期辨治类风湿关节炎经验^{*}

姚璐莎¹,陈新怡²,田英¹,范伏元¹,徐豫湘¹

(1.湖南中医药大学第一附属医院,湖南长沙 410007;

2.湖南中医药大学,湖南长沙 410208)

[摘要] 类风湿关节炎是一种慢性系统性炎症性病变,病因复杂,后期致残率高。类风湿关节炎属于中医学“痹证”范畴。范伏元主张将类风湿关节炎分为早、中、晚三期,早期治疗以宣肺祛风、除湿通络为主,方予麻桂宣肺除痹汤,重在祛邪;中期治疗以疏肝行气、养血通络为主,重在治肝,多以柴胡疏肝散、丹栀逍遥散、柴芩温胆汤为主方;晚期治疗以补肾填精、扶正固本为主,重在治肾,自拟骨关节1号方。针对晚期久痹不愈者,范伏元主张以益气养血、祛瘀化瘀为主,选用通痹颗粒。分清主次,灵活辨治,取效满意。

[关键词] 类风湿关节炎;肺肝肾;分期辨治;范伏元;名医经验

[中图分类号] R249 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1672-951X(2025)04-0204-04

DOI:10.13862/j.cn43-1446/r.2025.04.038

类风湿关节炎(rheumatoid arthritis, RA)是一种以滑膜炎为特征的自身免疫性疾病^[1]。本病以慢性、进行性、侵袭性多关节炎为主要临床表现,其中以双手、腕、膝、踝和足关节受累最常见^[2]。目前RA发病机制尚不明确,基本病理为滑膜炎、血管翳形成,随着病程的延长,患者逐渐出现关节软骨和骨破坏,最终导致关节畸形和功能丧失,具有高致残率^[3]。此外,RA还可累及关节外器官,诱发间质性肺炎^[4]、心血管疾病^[5-6]、恶性肿瘤^[7]等,严重影响患者身心健康^[8-9]。RA呈全球性分布,已影响全球约1%的人口,在我国的患病率为0.42%,80%发病于35~50岁,容易导致劳动力丧失和致残^[10]。因此,早期和达标治疗是RA治疗的重要策略,西医治疗以非甾体抗炎药、糖皮质激素、生物制剂等为主,但毒副作用较大,治疗效果并不理想^[11]。中医对风湿病的认识有着悠久历史,积累了丰富的治疗经验,在治疗RA方面具有一定优势^[12],是目前研究的热点话题^[13-14]。

范伏元教授,博士研究生导师,全国第二批优秀中医临床人才,湖南省名中医,湖南省中西医结合治疗风湿病学奠基人之一,从事中医风湿病临床、教学和科研工作四十余载,建树颇丰。范伏元教授主张分期治疗RA,早期从肺论治,宣肺祛风、除湿通络,方予麻桂宣肺除痹汤;中期从肝论治,疏肝行气、养血通络,多以柴胡疏肝散、丹栀逍遥散、柴芩温胆汤

为主方;晚期从肾论治,补肾填精、扶正固本为主,自拟骨关节1号方。针对晚期久痹不愈者,正气亏耗严重,痰、瘀、毒痹丛生,范伏元教授认为应益气养血、祛瘀化瘀,自拟通痹颗粒。分期辨治,灵活对症施药,临床疗效满意。笔者作为全国第七批老中医药专家学术继承人,有幸师承于范伏元教授,获益匪浅,现将其基于肺肝肾分期辨治类风湿关节炎的经验总结如下。

1 类风湿关节炎的中医源流

RA在中医古籍中无直接记载,根据其症状可归属中医学“痹证”范畴^[15]。“痹证”最早见于《黄帝内经》。《素问·痹论篇》云:“风寒湿三气杂至,合而为痹也。其风气胜者为行痹,寒气胜者为痛痹,湿气胜者为著痹也。”^[16]明确提出痹证是风、寒、湿邪侵袭导致的一类疾病,根据病邪偏盛可分为行痹、痛痹及着痹。汉代张仲景于《金匮要略》中提出“历节”病名,认为“诸肢节疼痛,身体尪羸,脚肿如脱”是其主症^[17]。《金匮要略》所载防己黄芪汤、乌头汤、桂枝芍药知母汤等,和《千金要方》中的独活寄生汤为经典治疗方剂,被广泛应用于临床。《儒门事亲》谓“痹痛以湿热为源,风寒为兼,三气合而为痹”^[18],强调了湿热致痹的重要性^[19]。清代温病大家叶天士提出“久病入络”学说,认为久痹不愈者宜用活血化瘀药、虫类药以搜剔宣通络脉。焦树德提出“尪痹”病名,认为尪痹是关节变形、肿

*基金项目:全国第七批老中医药专家学术继承人(czxm-rsk-2022014)

通信作者:徐豫湘,男,副主任医师,副教授,研究方向为中医药防治风湿免疫系统疾病

大、僵硬、筋缩肉卷、难以屈伸、骨质受损症状的痹证的统称，得到中医风湿病学界的广泛认同，后“尪痹”多特指为RA的中医病名^[20]。

2 类风湿关节炎的病因病机分析

RA病情复杂，病程缠绵，不同时期病机发展趋势各有侧重。根据RA的病情演变及外感内生的特点，范伏元教授主张基于肺肝肾分期辩证论治RA，并强调人体是一个统一的整体，不可拘泥于脏腑的严格划分，临证需具体分析、按主次处理，诸法复合应用。

2.1 疾病早期：肺气失宣、营卫不和 范伏元教授认为早期RA与肺脏关系密切，此时病程尚短，病位在肌表经络，故正气未虚，而以邪实为主。《素问·痿论篇》认为肺构成人体防御外邪的第一道防线^[21]，其为华盖，外合于皮毛，又能宣发卫气于体表。《素问·太阴阳明论篇》云：“伤于风者，上先受之。”故早期RA虽外感风寒湿热邪气，但以风邪为主导，其侵袭机体后，困郁皮毛，进而犯肺，致使肺气失宣、营卫不和。肺气失宣，则卫气循行输布失常、营血功能下降，导致营气濡养功能、卫气密固功能失调。营卫不和则正气抗争外邪能力下降，风挟寒湿热之邪留滞肌表、经络，临床可见关节疼痛、酸楚游走不定，以及关节晨僵感、活动不利等症状。正如《类证治裁·痹症》所云：“诸痹……良由营卫先虚，腠理不密，风寒湿乘虚内侵，正气为邪所阻，不能宣行，因而留滞，气血凝滞，久而成痹。”^[22]

2.2 疾病中期：肝失疏泄、肝血亏虚 侵蚀性滑膜炎为RA的基本病理特征，随着病情进展，其炎症不仅侵蚀关节，同时影响周围肌腱、韧带、腱鞘等。中医学认为滑膜、肌腱、韧带等属筋，关节为骨之连接、筋脉聚集之地。肝藏血，主疏泄，在体合筋，其华在爪。因此，范伏元教授认为肝失疏泄、肝血亏虚参与RA疾病发展过程。风寒湿热之邪经久不去，邪气深入筋脉，肝之气机为邪气所阻，肝失疏泄，气血津液运行不畅，则不通则痛。肝有贮藏血液、调节血量的功能。《素问·五藏生成篇》言“肝受血而能视，足受血而能步，掌受血而能握，指受血而能摄”，指出肝血不仅濡养滋润肝脏本身，还输布至其形体官窍，使筋脉得养，筋力强健，运动灵活而有力。若肝血不足，脉络空虚，濡养滋润功能减退，则关节、筋脉、爪甲失养，不荣则痛，运动能力亦会减退。故中期RA可见关节肿大、僵硬、变形，按之较硬，甚则关节肌肉屈伸不利、活动障碍等症状。《幼科全针》将此概括为：“痹者，内因肝血不足，外被寒湿所中，盖肝主筋，通一身之血脉也。”

2.3 疾病晚期：肾虚精亏、骨髓不充 晚期RA因持续性滑膜炎可出现关节软骨、骨组织破坏，导致关节残毁畸形，骨质疏松的发生率也随病程迁延而上升。关节软骨、骨质皆属于中医“骨”的范畴，由肾精充养，肾气推动调控。《医经精义》曰：“髓者，肾精所生，精足则髓足，髓在骨内，髓足则骨强。”肾主骨，藏精生髓。精充髓足，化生有源，骨有髓养，则骨骼坚固有力；肾精不足，骨髓生化无源，骨骼失养，则骨软不坚、骨质受损。范伏元教授认为晚期RA以肾虚精亏、骨髓不充为核心病

机。RA病势深入，久病损伤正气，肾阴阳亏损，骨髓、精血化源不足，风寒湿热之邪乘虚深侵至骨而致痹。故晚期RA临床可见关节变形、骨质受损、筋缩肉卷、难以屈伸等典型尪痹之症。

2.4 痘势缠绵，气血亏虚、痰瘀毒邪痹阻 部分晚期RA患者因年老体衰，病势缠绵难愈，多个脏腑虚损，正气亏虚贯穿疾病始终。肺气失宣、肝失疏泄、脾肾衰惫，气血津液运行代谢失常，机体内气虚血少水停。气虚则推动无力，血少则血脉不充，血液停滞为瘀。气虚则气化无力，津液输布分泌障碍，导致水湿停聚，痰饮内生。瘀血与痰浊互结，痹阻肌表、经络、筋骨。两者胶着难去，病情迁延不愈，进一步导致气血亏虚。痰瘀日久则酝酿成毒，变证丛生。临床可见关节疼痛不甚，紫暗肿胀，按之较硬，且有硬结瘀斑等症。针对该阶段患者，范伏元教授主张以益气养血、祛痰化瘀为主，常选用通痹颗粒，临床疗效满意。

3 辨治类风湿关节炎的治法提要

RA患者常见肢体关节疼痛、重着、麻木、肿胀、屈伸不利、甚则关节变形、肢体痿痹等症状。基于肺气失宣、肝失疏泄、肾虚精亏、气血亏虚、痰瘀毒邪痹阻等不同病机的考虑，范伏元教授主张从整体出发，灵活辨治，并提出分期、分治。

3.1 早期——宣肺祛风、除湿通络为主，重在祛邪 早期RA风寒湿邪留滞肌表经络，肺气不宣，营卫不和，与肺脏密切相关，辨证多属风寒湿痹证。早期痹证治疗及时，风寒湿邪得以去除，则预后多佳。范伏元教授认为早期病位趋于肌表、经脉，主张从肺论治，以宣肺祛风、除湿通络为基本治则，重在祛邪^[23]。范伏元教授根据多年临床经验创立麻桂宣肺除痹汤，基本药物组成：麻黄、桂枝、防风、羌活、苍术、白芷、川芎、白芍、牛膝、当归、甘草。方中麻黄为君药，归肺与膀胱经，合桂枝用于发汗解表，宣肺祛风，祛除在表之风寒外邪。防风、羌活为臣药，防风长于解表祛风，除湿止痛；羌活擅治上半身疼痛。两药相合，发挥散表寒、祛风湿、利关节、止痛之效，又助麻黄、桂枝宣肺祛风散邪。苍术辛散苦燥、长于祛湿，白芷祛风、燥湿、消肿、止痛，两药相合共奏祛风除湿、散寒止痛之效；川芎为血中气药，行气活血以解营涩卫郁之证；白芍养血敛阴，柔肝止痛，与温经通阳的桂枝同用，桂枝可化白芍之滋，与白芍解肌发表，调和营卫；当归补血、活血、止痛；牛膝活血祛瘀、补益肝肾、强筋健骨，兼祛风湿，通而能补。以上共为佐药。使以甘草调和诸药。诸药合用，共奏宣肺祛风、除湿通络之效。

3.2 中期——疏肝行气、养血通络为主，重在治肝 《素问·痹论篇》：“筋痹不已，复感于邪，内舍于肝。”风寒湿热之邪深入，邪气痹阻筋脉，肝气郁结，肝失疏泄，气血津液运行不畅，不通则痛；肝血不足，失于濡养，不荣则痛。治疗当以疏肝行气、通络止痛为主，重在治肝，令肝气条达、肝血充足，使经络复通、筋脉得养，从而缓解关节疼痛^[24]。范伏元教授临床治疗时多以柴胡疏肝散、丹栀逍遥散及柴芩温胆汤为主方。柴胡-白芍-当归为常用药对。柴胡苦辛平，主人肝经、升发肝气，功擅疏肝解郁，行气通络。《本草原始》言柴胡为阴中之阳，“气味俱轻，阳也，升也”。白芍酸敛养阴，顾护阴血，使肝血归经，

兼有柔肝止痛之效^[2]。范伏元教授常用柴胡、白芍相配,使肝气得疏、肝血得补,疏肝而不动血,敛肝而不滋腻,以达散收同举、气血并治之功。当归有补血、活血两用,与白芍相伍,补血而不滞血,共调肝血、理肝气,有疏肝和营之效。此外,范伏元教授亦注重患者心理疏导,酌情加用合欢皮、香附、郁金等疏肝理气解郁之品。

3.3 晚期——补肾填精、扶正固本为主,重在治肾 《素问·痹论篇》:“骨痹不已,复感于邪,内会于肾。”若患者失治误治,或治不彻底,或摄生不当,则病情日渐加重,肾虚精亏,骨骼、精血不足,骨骼失养,导致骨软不坚。针对该阶段患者,范伏元教授主张以补肾填精、扶正固本为主,重在治肾。临床常选用自拟骨关节1号方,化裁于经典治痹方剂独活寄生汤^[26]。该方由独活、槲寄生、杜仲、续断、防风、牛膝、黄精、白芍、葛根、蓝布正、甘草等药组成。方中独活长于搜风通络;槲寄生补肾去痹通络力强;防风为风中润药,质润不燥,祛风除湿止痛而不伤正;续断、杜仲补肝肾,强壮骨;黄精、牛膝补肾填精益髓。风药与补肾药配伍,具有鼓舞气化以阳生阴长之效,补肝肾而不惧滋腻,搜风逐邪而无伤阴血之弊^[27]。葛根、蓝布正、甘草健脾益气;白芍补血养阴,滋后天以养先天。

3.4 久痹不愈——益气养血、祛痰化瘀为主 范伏元教授认为风、寒、湿、热均为痹证诱因,瘀、痰、毒为病理产物。久痹不愈,病情反复发作,病势缠绵难愈,往往以气血亏虚、痰瘀互结病机为主。故范伏元教授创立通痹颗粒以益气养血、化痰逐瘀。通痹颗粒由黄芪、当归、川芎、白芍、僵蚕、全蝎、乳香、没药、桂枝、芥子、甘草等组成^[28-29]。方中黄芪益气行血、补肺健脾;当归养血活血;川芎行气活血,白芍养血敛阴,两者和血而不滞血;全蝎、僵蚕、芥子治风化痰通络;乳香、没药活血化瘀消肿;桂枝温通经脉,使痰瘀易散;甘草调和诸药。全方共奏益气养血、祛痰化瘀之功。

4 验案举隅

患者,女,74岁,2023年11月19日初诊。主诉:反复多关节肿痛10年余。10余年前患者出现全身多关节疼痛肿胀,反复发作并逐渐加重,严重时自服民间草药或诊所药物,未系统诊治,后逐渐出现关节畸形。刻下症见:双手肘关节、腕关节、肘关节、近端指间关节疼痛,伴畸形,双手抓握不能,双下肢麻木,乏力、头晕,食纳可,二便可。舌质淡红,苔少,脉细弦。西医诊断:类风湿关节炎。中医诊断:尪痹;辨证:肝肾亏虚,气血痹阻证。治法:补益肝肾,益气活血。自拟骨关节1号方加减,处方:独活10 g,杜仲10 g,槲寄生15 g,秦艽10 g,防风10 g,续断10 g,白芍10 g,牛膝10 g,木瓜10 g,黄精15 g,葛根15 g,安痛藤10 g,王不留行10 g,香附10 g,蓝布正30 g,甘草5 g。14剂,1剂/d,水煎服,分早晚温服。

2诊:2023年11月25日,患者诉双手活动较前改善,双下肢麻木较前改善,关节间有疼痛,稍乏力。舌红,苔白,脉细弦。予上方去葛根,加延胡索15 g,川芎10 g,川牛膝15 g。14剂,1剂/d,水煎服,分早晚温服。

3诊:2023年12月12日,患者诉关节疼痛较前减轻,活动

较前改善,乏力、头晕缓解。舌红,苔白,脉细弦。予2诊处方去王不留行、香附,加当归10 g,生地黄10 g。7剂,1剂/d,水煎服,分早晚温服。

后患者定期复诊,以3诊方为主加减治疗,现状况平稳。

按语:本案患者为老年女性,病机为风寒湿痹阻经络肌肉骨骼,病久肝肾亏虚、气血痹阻,故见关节经络疼痛、麻木不利。本方化裁于独活寄生汤,具有补肝肾、益气血、祛风湿、止痹痛等功效,常用于肝肾亏虚、气血不足、风寒湿痹证。方中独活味辛、苦,性微温,归肾、膀胱经,具有祛风胜湿、散寒止痛功效;桑寄生味苦、甘,性平,归肝、肾经,具有祛风湿、补肝肾、强筋骨、安胎等功效。两者共奏祛风胜湿、散寒止痛、补益肝肾的功效,共为君药。防风、秦艽祛风胜湿止痹痛,助独活之效;杜仲、牛膝补肝肾、强筋骨,助桑寄生之效。四药共为臣药。白芍、木瓜、葛根舒筋滋阴润燥;安痛藤、王不留行祛风活络通络止痛;黄精、蓝布正补气养阴、健脾益肾;香附理气宽中、活血止痛。八药共为佐药。甘草调和诸药,为使药。2诊时患者肢体活动改善、麻木症减,故加强活血通络,加延胡索、川芎,达经行络通瘀化止痛之效。3诊时患者诸症减轻,继予补益肝肾气血为主,增当归、生地黄。根据范伏元教授三期辨证论治思想,本案患者病久属于类风湿关节炎的中晚期,肝失疏泄、肝血亏虚,肾虚精亏、骨骼不充,故予以补益肝肾、益气养血,兼散寒除湿之法,方用范伏元教授祛邪与扶正并重的自拟方骨关节1号方,疗效明显。范伏元教授强调痹证总归气血经络痹阻,临证还需注意调理气机。方中香附重在理气,气行则血行,气血运行,痹阻则通。

5 小 结

RA病机总归外邪痹阻肢体经络、气血瘀滞、不通不荣为主,治疗以祛邪通络为基本治则。而辨证的方法有气血辨证、脏腑辨证、病因辨证、六经辨证、八纲辨证等不同。但临床中RA疾病多样化,缺乏统一的中医辨证分型标准和治疗标准,故有时疗效得不到很好的体现。范伏元教授在总结古代和现代医家对RA病因病机的分析及辨证用药的基础上,通过长期、大量的临床实践,提出基于肺肝肾分期辨治类风湿关节炎的辨证治疗方法,临床疗效明显。此外,范伏元教授强调不可拘泥于脏腑的严格划分,临证需具体分析、按主次处理,诸法复合应用。

参考文献

- [1] 王永玲,李汉高.治疗类风湿性关节炎的选择性Janus激酶3抑制药peficitinib[J].中国药师,2019,22(12):2267-2269.
- [2] ALETAHA D, NEOGI T, SILMAN A J, et al. 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: An American college of rheumatology/European league against rheumatism collaborative initiative[J]. Arthritis Rheum, 2010, 62(9): 2569-2581.
- [3] 耿研,谢希,王昱,等.类风湿关节炎诊疗规范[J].中华内科杂志,2022,61(1):51-59.

- [4] 马玉草,吕柳,黄正慧,等.基于辨机论治分析类风湿关节炎相关肺间质病变的诊治[J].中医药导报,2024,30(4):151-154.
- [5] WEBER B N, GILES J T, LIAO K P. Shared inflammatory pathways of rheumatoid arthritis and atherosclerotic cardiovascular disease[J]. Nat Rev Rheumatol, 2023, 19(7):417-428.
- [6] FIGUS F A, PIGA M, AZZOLIN I, et al. Rheumatoid arthritis: Extra-articular manifestations and comorbidities[J]. Autoimmun Rev, 2021, 20(4):102776.
- [7] SIMON T A, THOMPSON A, GANDHI K K, et al. Erratum to: Incidence of malignancy in adult patients with rheumatoid arthritis: A meta-analysis[J]. Arthritis Res Ther, 2016, 18(1):100.
- [8] 巩勋,马协丽,姜泉.中医药治疗类风湿关节炎临床研究热点述评[J].中国中医基础医学杂志,2024,30(6):953-958.
- [9] 王晓新,李玉玲,刘慧,等.甘草附子汤化学成分及治疗类风湿关节炎作用机制研究进展[J].中医药导报,2023,29(8):80-83.
- [10] 葛均波,徐永健.内科学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2013.
- [11] BURMESTER G R, POPE J E. Novel treatment strategies in rheumatoid arthritis[J]. Lancet, 2017, 389(10086):2338-2348.
- [12] 徐愿,罗静,韩曼,等.中医药治疗风湿免疫领域临床优势病种的探讨[J].中国实验方剂学杂志,2022,28(9):198-204.
- [13] 王秋苑,刘又文,岳辰,等.近10年中医外治法治疗类风湿关节炎的知识图谱可视化分析[J].中医药导报,2022,28(9):114-119.
- [14] 安文博,刘建军,张晓刚,等.中药调控类风湿性关节炎相关信号通路作用机制的研究进展[J/OL].中医康复,2024(2024-07-02).<https://kns.cnki.net/kcms/detail/44.1757.r.20240702.1129.002.html>.
- [15] 姜泉,王海隆,巩勋,等.类风湿关节炎病证结合诊疗指南[J].中医杂志,2018,59(20):1794-1800.
- [16] 林也,廖菁,戴宗顺,等.基于“风寒湿三气杂至合而为痹”的类风湿关节炎病因病机与病证动物模型研究进展[J].中华中医药杂志,2022,37(11):6611-6615.
- [17] 李笑男.宋金元时期中医古籍痹证内服方药文献挖掘与整理研究[D].合肥:安徽中医药大学,2023.
- [18] 林健祥,曾素娥,李永健,等.中西医综合治疗活动期类风湿关节炎(湿热内蕴证)临床观察[J].中国中医急症,2015,24(8):1380-1382.
- [19] 刘秀华,曾玲.江永苏主任医师治疗肝炎肝硬化经验[J].四川中医,2006,24(5):3-4.
- [20] 陈嘉杰,李玉颖,王一凡,等.焦树德辨证论治类风湿关节炎经验总结[J].陕西中医,2020,41(12):1796-1799.
- [21] 康天伦,席雅婧,朱跃兰,等.从“痹痿统一”探讨类风湿关节炎相关间质性肺病的病机与治疗[J].环球中医药,2023,16(3):512-514.
- [22] 王荷珺,王子华,杜明瑞.王济华运用角药治疗类风湿关节炎经验[J].河南中医,2024,44(3):351-355.
- [23] 田英,柳玉佳,范伏元,等.范伏元从肺论治早期类风湿关节炎风寒湿痹证经验[J].湖南中医杂志,2016,32(5):25-26.
- [24] 沈枭,何凌林,欧慧萍,等.范伏元教授从肝论治类风湿关节炎继发肺间质病变经验[J].中医药导报,2021,27(10):191-193,197.
- [25] 陈雨凡,范伏元.基于肝肺同调探讨范伏元治疗类风湿性关节炎继发间质性肺病的临床经验[J].中医药临床杂志,2023,35(5):922-925.
- [26] 黄梁艳,范伏元.范伏元诊治风湿性疾病验案三则[J].亚太传统医药,2023,19(5):111-114.
- [27] 张楠,郑碧如,辛小红.从“络病-风药”理论探讨独活寄生汤治疗类风湿关节炎[J].吉林中医药,2024,44(1):5-9.
- [28] 姚璐莎,王雁芳,范伏元.通痹颗粒对类风湿关节炎继发肺间质病变模型大鼠的保护作用[J].世界中医药,2020,15(12):1743-1746.
- [29] 柳玉佳,廖亮英,吴伊莹,等.通痹颗粒治疗类风湿关节炎相关肺间质病变的疗效及对TGF-β1、KL-6的影响[J].吉林中医药,2020,40(12):1609-1613.

(收稿日期:2024-05-25 编辑:时格格)