

基于《内经》探析系统性硬化病的诊治

张艳 宋欣伟

浙江中医药大学附属第一医院/浙江省中医院 杭州 310006

摘要: [目的] 探析《黄帝内经》思想对于诊治系统性硬化病(systemic sclerosis, SSc)的理论指导意义及临床应用价值。[方法] 通过梳理《黄帝内经》中关于“痹病”的论述,从病名与症候、病因病机及辨治要点三个方面来探讨 SSc 的中医传变规律、发病机制及处方诊治要点,并列举验案一则。[结果] 《黄帝内经》中关于“痹病”的论述及脏腑表里传变理论,与 SSc 的临床特点及并发内脏损害有相通之处,据此认为 SSc 的发病及转归与素体元阳亏虚、外邪侵袭及脏腑表里之传变密不可分,治法上当立足温补,气血阴阳兼顾,处方常以阳和汤加减。所举验案为 SSc 典型病例,存在弥漫性皮肤硬化及内脏受累,经以阳和汤为基础方调治,并根据不同时期病情变化特点,辨证不离辨病,灵活处方,获得良效。[结论] 《黄帝内经》中关于“痹病”及疾病传变规律的论述对加深理解 SSc 病情变化规律具有重要临床价值,为 SSc 的中医辨治提供了中医理论基础及处方用药依据。

关键词: 黄帝内经;痹病;五体痹;五脏痹;系统性硬化病;阳和汤;医案;学术经验

中图分类号: R751 **文献标识码:** A **文章编号:** 1005-5509(2021)05-0507-05

DOI: 10.16466/j.issn1005-5509.2021.05.013

Diagnosis and Treatment of Systemic Sclerosis Based on “Inner Canon of Yellow Emperor” ZHANG Yan, SONG Xinwei *The First Affiliated Hospital of Zhejiang Chinese Medical University/Zhejiang Provincial Hospital of TCM, Hangzhou (310006), China*

Abstract: [Objective] To explore the theoretical guiding significance and clinical application value of the “Inner Canon of Yellow Emperor” for the diagnosis and treatment of systemic sclerosis(SSc). [Methods] By combing the discussion of “arthralgia syndrome” in “Inner Canon of Yellow Emperor”, this paper discussed the traditional Chinese medicine(TCM) transmission regularity, pathogenesis and prescription diagnosis and treatment points of SSc from the three aspects of disease name and syndrome, etiology and pathogenesis, and the key points of syndrome differentiation and treatment, and a clinical medical case was cited as proof. [Results] The discussion on “arthralgia syndrome” and the theory of internal and external transmission of viscera in “Inner Canon of Yellow Emperor” are similar to the clinical characteristics and concurrent visceral damage of SSc. Therefore, it is believed that the pathogenesis and outcome of SSc are closely related to the deficiency of Yuanyang in the body, the invasion of exogenous pathogenic factors, and the transfer to viscera. The treatment method is mainly warming and nourishing Qi, Blood, Yin and Yang, prescriptions are often based on Yanghe Decoction. The attached medical case was a typical SSc case with diffused skin sclerosis and visceral involvement. The treatment was based on Yanghe Decoction, and according to the characteristics of the disease changes in different periods, the disease was treated according to syndrome differentiation combined with disease differentiation, the prescriptions were flexible, and good effect was obtained. [Conclusion] The discussion on “arthralgia syndrome” and the regularity of disease transmission in “Inner Canon of Yellow Emperor” has important clinical value for deepening the understanding of the regularity of change of SSc condition, and provides the theoretical basis of TCM and prescription for TCM differentiation and treatment of SSc.

Key words: Inner Canon of Yellow Emperor; arthralgia syndrome; five body arthralgia; five viscera arthralgia; systemic sclerosis; Yanghe Decoction; clinical medical case; academic experience

系统性硬化病(systemic sclerosis, SSc)是一种罕见的自身免疫性结缔组织病,2018年被收录于我国《第一批罕见病》目录中。全世界范围内,SSc的发病率约为8/100万~56/100万^[1],致残率及患者死亡率均很高,5年生存率约50%~80%^[2]。SSc患者临床以皮肤增厚变硬、手指肿胀僵直、肢体关节拘挛疼痛等为主要表现,常伴有不同程度的内脏器官受累,目前的西医疗手段有限,而且疗效不确切。中医医家根据SSc临床症候常将其归属于“痹病”范畴,中医经典著作《黄帝内经》(以下简称《内经》)中论及“痹病”的篇章有近三十篇之多,其中设《素问·痹论篇》和《灵枢·周痹》专门论述该类疾病,阐释了“痹病”的病因病机及证候分类,对后世辨治“痹病”具有重要的指导意义。

故笔者重拾经典,梳理想文,溯本清源,并结合笔者所在的宋欣伟全国名老中医专家传承工作室多年的SSc中西医诊治经验,从病名与症候、病因病机及辨治要点三个方面来探讨SSc的中医传变规律、发病机制及处方诊治要点。

1 病名与症候

SSc起病隐匿,疾病早期常表现为手足遇冷发白而后发紫,西医称之为雷诺现象,后肢端皮肤逐渐硬化,重者蔓延至肘、膝关节以上,甚至出现胸腹部皮肤硬化,继而可出现肺脏、消化道、肾脏等内脏损伤。《内经》认为“痹”与四时关系密切,并提出肢体痹与五脏相通,久痹不愈,内舍于其合的整体观。“五藏相通,移皆有次”,《内经》中“五体痹”“五脏痹”的表述,从病名

基金项目:宋欣伟全国名老中医药专家传承工作室项目(国中医药人教函[2018]134号);浙江省教育厅一般科研项目(Y201738611)

Fund projects: National Famous Old Chinese Medicine Experts SONG Xinwei Inheritance Studio Project(G.TCM.R.J.H. [2018]134); General Research Project of Zhejiang Education Department(Y201738611)

通讯作者:宋欣伟, E-mail: sxw1055@163.com

上即体现了疾病的传变与转归特点,与SSc临床表现及内脏损害的特点有相通之处。见图1。

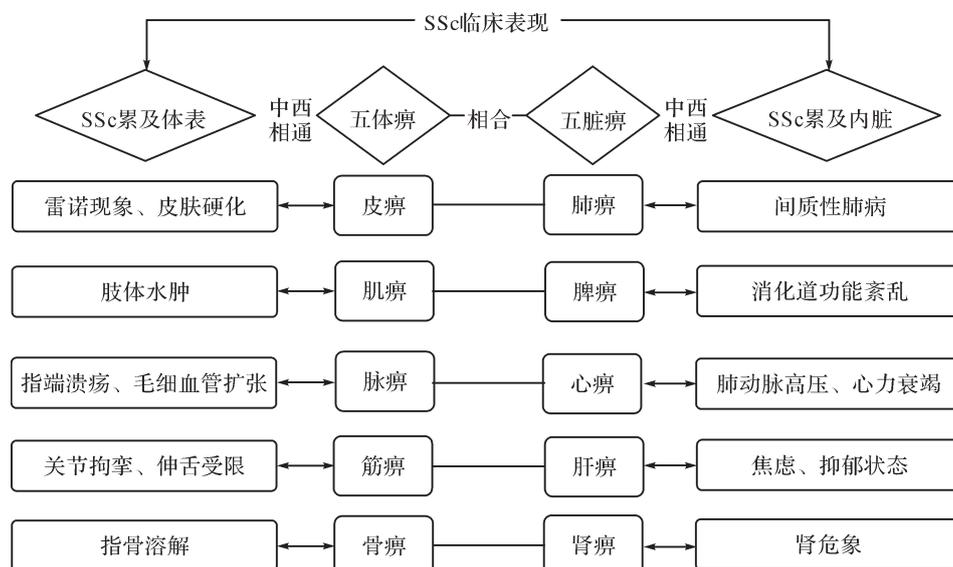


图1 《内经》“五体痹”“五脏痹”与SSc临床表现的关联

1.1 五体痹

1.1.1 皮痹 《素问·痹论篇》云：“以秋遇此者为皮痹……在于皮则寒。”秋气与肺相通，邪乘肺卫之虚，侵袭入表，停留于皮毛之间，卫气不温则皮寒。SSc患者手足不温，触之冰凉，尤以入秋后气温转凉时为著，常可见“雷诺现象”，该现象也为多数SSc患者起病的首表现。后随病情进展，皮肤逐渐失去弹性与柔韧性，硬如皮革，呈现蜡样光泽。

1.1.2 肌痹 《素问·痹论篇》云：“以至阴遇此者为肌痹……在于肉则不仁。”《素问·长刺节论篇》云：“病在肌肤，肌肤尽痛，名曰肌痹，伤于寒湿。”寒湿困于肌表，营卫气血无以畅行，寒湿困脾，则清阳不升，肌肉不充，故肌肤麻木重着，肢体疲乏无力。临床上SSc患者皮肤硬化前常有肢体水肿，表现为皮肤紧绷光亮，按之不陷落，温度觉、触觉下降，肿甚者似觉肌肤濒临崩裂，胀痛不适，躯体沉重不堪，持物时双手好似注胶，行走时双足则如灌铅。

1.1.3 脉痹 《素问·痹论篇》云：“以夏遇此者为脉痹……在于脉则血凝而不流。”秋冬季寒邪入于脉中，凝滞不行，SSc患者双手指可呈乌紫色，肌肤甲错，络脉隐隐可见，是为血脉痹阻之象，重者则可出现指端皮肤溃疡及钻心之痛。入夏后，气候转暖，SSc患者指端的疼痛及雷诺现象可较秋冬季明显减轻，但指端溃疡感染者却比秋冬季多见，《灵枢·痲疽》云：“营气稽留于经脉之中，则血泣而不行，不行则卫气从之而

不通，壅遏而不得行，故热。大热不止，热胜则肉腐，肉腐则为脓。”《素问·阴阳应象大论篇》亦云：“冬伤于寒，春必病温。”说的是冬季感受寒邪过甚，到了来年会容易发生热性病，以此可解释“夏遇此者为脉痹”。

1.1.4 筋痹 SSc患者皮肤病变由水肿期进展到硬化期时，皮肤无法延展，骨节屈伸不利，无法握拳及屈膝；另有部分患者面部皮肤紧绷硬化，张口受限，舌系带挛缩，甚者无法伸舌至口外，有如《素问·痹论篇》所云：“筋痹……在于筋则屈不伸。”

1.1.5 骨痹 《素问·痹论篇》云：“骨痹……痹在于骨则重。”SSc患者病情发展到后期，皮肤萎缩，紧贴于皮下骨面，重者还可出现指骨溶解，引起短指残疾。前期可有剧烈疼痛，自觉骨节沉重，甚者需双手互助才能抬臂，晚期者有如《素问·痹论篇》所云：“具此五者(皮痹、肌痹、脉痹、筋痹、骨痹)，则不痛也。”此时，患者手指近端至远端指间关节已全然毁损，虽疼痛不再，但已造成了终身残疾。

1.2 五脏痹

1.2.1 肺痹 《素问·五脏生成篇》云：“肺之合皮也，其荣毛也。”《素问·痹论篇》指出：“五藏皆有合，病久而不去者，内舍于其合也……皮痹不已，复感于邪，内舍于肺。”关于肺痹病候的论述则有：“肺痹者，烦喘满而呕。”现代医学认为肺脏是SSc最易累及的靶器官之一，80%的SSc患者存在间质性肺病(interstitial lung

disease,ILD)^[3],是患者死亡的重要原因之一^[4-5]。临床上患者可表现为干咳、胸闷、活动后气促等,与《内经》中五体痹传变为五脏痹的表述不谋而合。

1.2.2 脾痹 SSc患者还可出现消化道功能紊乱,常有反酸、嗝气,甚者出现胃潴留,夜不能平卧,呕吐宿食后方能暂时缓解胃脘部胀满不适感。水谷精微不得而入,不假时日,患者即出现消瘦、乏力等营养不良的表现,有如《素问·痹论篇》所云:“肌痹不已,复感于邪,内舍于脾……脾痹者,四支懈惰,发咳呕汁,上为大塞。”此外,《内经》中还有对腑痹的论述,如对“肠痹”的描述为“肠痹者,数饮而出不得,中气喘争,时发飧泄”,肠痹是兼大小肠而言,关乎脾胃,小肠失于分清泌浊,大肠传导不利,并见腹满与飧泄,临床中SSc并发肠功能紊乱的患者也常有腹泻与便秘交替出现的情况。

1.2.3 心痹 《素问·痹论篇》云:“脉痹不已,复感于邪,内舍于心……心痹者,脉不通,烦则心下鼓,暴上气而喘,噤干善噫,厥气上则恐。”血脉痹阻,复感邪气,致心脉受损,心气不通,郁而不发则烦,心下悸动,突然作喘,气短不接,犹有窒息濒死之感。SSc患者常见络脉隐隐、指端乌紫,是为脉痹之象。现代医学研究表明,毛细血管扩张、雷诺现象是SSc并发肺动脉高压的危险因素^[3]。肺动脉高压可致右心功能衰竭,重者可出现全心衰,常可出现上述心痹的症候。

1.2.4 肝痹 《素问·痹论篇》云:“筋痹不已,复感于邪,内舍于肝。”《灵枢·九针论》示:“肝主筋。”SSc皮肤硬化后期,患者张口伸舌受限,关节拘挛,屈伸不利,且病程日久,患者往往情志不舒,烦闷抑郁,肝失疏泄,肝气郁结化火,耗伤肝阴,无以濡养筋脉。

1.2.5 肾痹 《素问·痹论篇》云:“骨痹不已,复感于邪,内舍于肾……肾痹者,善胀,尻以代踵,脊以代头。”SSc病情缠绵,至疾病末期,患者往往面色黧黑、关节僵直、脊背伛偻、形销骨立,出现元阴元阳俱损的表现,有甚者还可并发肾危象,出现恶性高血压、无尿、急性肾功能衰竭等临床急危重症。

2 病因病机

《素问·痹论篇》开篇即言“风寒湿三气杂至合而为痹也”,点明痹病的发生离不开外邪的侵扰。风寒湿三种邪气错杂而至,是致痹的外因,其内因如《素问·痹论篇》所云:“荣卫之气亦令人痹乎?歧伯曰:……逆其气则病,从其气则愈,不与风寒湿气合,

故不为痹。”由此阐明内有荣卫不和,外感风寒湿邪,内外相合则为痹病的发病机制^[6],因此SSc的发生发展与外邪侵袭和脏腑亏损密不可分。后世医家如国医大师邓铁涛教授认为,先天禀赋不足,后天失调、情志刺激、外邪所伤、疾病失治、误治或病后失养等,皆可导致脏腑亏虚,积虚成损,而诱发SSc,并指出该病的主要病机为肺、脾、肾气阴不足,五脏俱虚^[7]。本文指导老师宋欣伟教授则认为元阳亏虚是本病发病的基本病因病机,寒盛痰瘀是本病缠绵难愈的根本原因^[8]。

2.1 风寒袭表,邪从其合,肺先受之,病由此生 《素问·玉机真藏论篇》云:“是故风为百病之长也,今风寒客于人,使人毫毛毕直,皮肤闭而热,……或痹不仁肿痛,……弗治,病入舍于肺,名曰肺痹,发咳上气。”正所谓“正气存内,邪不可干”,SSc患者多先天禀赋不足,元阳亏虚,肌表失于温煦,故见病初起手足不温(雷诺现象);风邪袭于肌体,寒邪阻于皮肤,腠理郁闭,毛窍收缩,汗液无以外达,卫气无以宣发,而有肢体浮肿,皮肤麻木,抚之似有灼热之感;肺合皮毛,卫气被遏,则肺失宣降,津液停聚成痰,而见咳嗽上气,咳吐痰涎;气滞则血瘀,痰瘀胶着,肺络痹阻,肺阴亏损,肺叶失养,渐至痿废失用,相当于肺间质纤维化。《素问·经别论篇》载:“肺朝百脉,输精于皮毛。”肺气阴亏损,失却“熏肤,充身,泽毛,若雾露之溉”的作用,病后期则见皮肤失其柔润,坚硬如革,甚至毛孔萎缩无汗出。

2.2 邪阻中焦,脾失健运,气血不行,渐发痿弱 《素问·举痛论篇》云:“寒气入经而稽迟,泣而不行,客于脉外则血少,客于脉中则气不通,故卒然而痛。”另有《素问·痿论篇》:“有渐于湿,以水为事,若有所留,居处相湿,肌肉濡渍,痹而不仁,发为肉痿。”寒邪收引,湿邪重着,相互为用,以致经络壅塞,气血运行不畅,筋脉失养,拘急而痛,后可发为肉痿。脾主升清,胃主降浊,脾阳受阻,胃气凝滞,清阳不升,浊阴不降,湿困中焦,气血生化无源,故SSc患者常有呕恶嗝气、泛泛欲吐,脘腹痞满、便溏、便秘等症,后渐有肌肉萎缩、倦怠疲乏、痿弱无力。此外,《内经》中还有对腑痹的论述,其中描述“肠痹”写道:“肠痹者,数饮而出不得,中气喘争,时发飧泄。”肠痹是兼大小肠而言,关乎脾胃,故小肠失于分清泌浊,大肠传导不利,则腹满与飧泄并见,临床中SSc并发肠功能紊乱的患者常见腹泻与便秘交替出现的情况。

2.3 元阳亏损,痰瘀留滞,病延日久,五脏俱损 《灵枢·五变》云:“粗理而内不坚者,善病痹。”肾为先天之本,脾为后天之本,脾胃之能生化者,实由肾中元阳之鼓舞,故人身元阳亏损,气血先虚,外邪乘虚入侵,痰瘀留滞,脏腑经络不能畅达,以致肌肉骨节疼痛、麻木、重着、屈伸不利而成痹。另有《素问·逆调论篇》云:“肾者水也,而生于骨,肾不生,则髓不能满,故寒甚至骨也。”故肾阴亏耗,不能主骨生髓,SSc患者常有指节冷痛,甚者可见指骨溶解。此外,病程中还可出现“关格”之象,即“小便不通与呕吐并见”,患者表现为突发头痛、视物模糊、呕吐,喘息不能平卧,伴有尿量减少甚至无尿,肢体水肿,此为肾阳衰惫,气机不利,浊邪壅滞三焦,需警惕并发肾危象,该并发症为临床急危重症,1年病死率约为20%~35%^[9]。病延日久,正虚邪恋,五脏气血衰少,周流不畅,湿停为痰,血停为瘀,痰瘀交阻,凝涩不通,故SSc患者到病程后期,皮肤紧贴骨面,无法延展,形寒肢冷,骨节挛缩,肢体沉重,消瘦乏力,咳嗽频作,喘息不已,兼有反酸暖气、肛门失禁等,呈现虚中夹实、五脏俱损之象。

3 辨治要点

《内经》中的治疗措施,多以针刺为主,而略于方药,乃谨遵《内经》“治病求本”的治疗原则,以“审查病机,无失气宜”作为临床处方用药之圭臬。SSc治疗的重点和难点在于皮肤硬化及脏腑病损,根据笔者所在团队多年的临证实践经验,逐步摸索出SSc中医辨治要点,并在临床上取得较好的疗效,兹将其归结如下。

3.1 辨治总法 SSc患者一般多表现为疲乏无力,神倦懒言,手足不温,舌淡苔少或光剥,脉细,辨证要点为元阳、气血亏虚,治法上立足温补,兼顾气血阴阳。处方上药味多,旨在温补兼施;药量轻,以防温补过甚,滋腻碍胃。

3.2 治五体痹,以治皮痹为先 “五藏相通,移皆有次”,邪往往首先侵袭皮毛,后入里传变,故抓住早期治疗的时机,对遏制疾病进展具有重要意义。皮痹初起时,皮肤肿胀紧绷,治以清热解毒、疏风解表、利湿通络;皮肤渐硬,弹性消失,则当治以温肾健脾、散寒通络、活血软坚,陶茂灿等^[10]研究表明,运用阳和汤加减治疗脾肾阳虚型皮肤硬化期SSc疗效确切;至晚期皮肤萎缩,附着于骨,骨节挛缩,则需补益脾肾、益气养血。久成顽痹,阳气难达四肢末端,不能荣养肢体,血脉瘀滞,郁而化热,表现为指端局部皮肤破溃流脓,

伴剧烈疼痛,还当运用清热解毒、活血消肿之法。

3.3 治五脏痹

3.3.1 从肺肾论治 SSc易并发ILD,病初期常见有咳嗽、气短,为外邪袭表,肺失宣降,故以祛邪宣肺为先。若邪入里化热,炼液成痰,当清热肃肺、化痰豁痰,痰热壅实过甚,可加猴枣散。病程中患者长期使用糖皮质激素,耗伤肺阴,虚火痰热内结,治宜养阴清肺润肺。后期患者正气衰微,元阳亏虚,肾气虚耗,肾失摄纳,肺气无根,上逆咳喘;兼有痰凝血瘀胶着,痹阻肺络,则应以扶正温阳为主,辅以攻邪逐瘀。

3.3.2 从脾肾论治 SSc累及消化道,可并发食道扩张、胃食管反流、吸收不良综合征等,常有反酸、呃逆暖气、脘腹痞满,便溏可与便秘交替出现,治疗以温中补虚、健脾和胃、辛开苦降为基本原则。病程后期,患者面色黧黑,肌肤甲错,肢体痿软无力,大肉尽脱;甚者肢肿无尿,喘息不得平卧,宜轻剂温阳益肾、养血活血、祛瘀通络,调理人体气血阴阳之亏盛,切勿猛用附桂及重用厚腻之品。

4 验案举隅

患者陈某,女,50岁,2014年1月7日初诊。主诉:双手遇冷白发紫3个月,双手手指肿胀伴皮肤紧绷感1个月。患者于3个月前天气转凉时出现双手遇冷白发紫,1个月前出现双手手指肿胀伴皮肤紧绷感。查抗核抗体(antinuclear antibody, ANA)谱:ANA 1:640,抗Scl-70抗体阳性;血沉23mm·h⁻¹;肺部计算机断层扫描(computed tomography, CT)提示两肺下叶外围局部肺间质纤维化。西医诊断为SSc-ILD,予口服糖皮质激素等药物治疗。后逐渐出现四肢皮肤水肿、硬化,面部皮肤紧绷伴张口受限,多关节疼痛,期间规律服用甲泼尼龙片4~12mg,1次/d。刻下:神疲乏力,形寒肢冷,四肢皮肤有紧绷感,关节疼痛伴屈伸不利,口淡,伴咽部异物感,纳差,夜寐欠安。查体:血压108/62mmHg,面具脸,张口受限,肘关节远端及双腿皮肤紧绷硬化,双手雷诺现象,多关节肿胀、压痛,两肺呼吸音粗,两下肺闻及少许Velcro啰音。舌淡红,苔薄白,脉沉细。中医诊断:皮痹病,证属脾肾阳虚、痰瘀互结,治宜温补脾肾、活血祛瘀、散寒通滞。方以阳和汤加减,处方:熟地30g,生白术12g,党参20g,炙黄芪30g,鹿角片10g,鹿角霜10g,白芥子6g,麻黄15g,桂枝12g,制附子12g,制黄精20g,制玉竹20g,山药30g,萸肉12g,仙茅15g,仙灵脾15g,川芎10g,当归10g,鸡血

藤30g,乳香10g,水蛭6g,蜈蚣3g。共14剂,水煎服。

2014年1月25日复诊。患者诉关节疼痛及关节屈伸不利较前好转,仍有疲乏肢冷及皮肤紧绷感,原方黄芪加量至60g,并嘱其注意肢端保暖,戒烟戒酒,避免情绪波动。

同年12月患者出现活动后气促、胸闷,伴发热,咳嗽,咳黄白色痰。肺部CT提示两肺间质性病变较前加重,肺功能提示存在重度弥散功能减退。查体:面具脸,前臂及下肢皮肤弹性较前改善,两下肺闻及Velcro啰音,双下肢凹陷性浮肿。舌红,苔薄白,脉滑数。西药予甲泼尼龙12mg,1次/d联合环磷酰胺0.4g,1次/月等抗炎、抗纤维化治疗。中医认为此为皮痹传变入里,相合于肺,属肺痹病范畴,证属痰瘀阻肺、郁而化热,治宜清肺化痰、逐瘀祛邪。处方:麻黄10g,苦杏仁10g,石膏30g,连翘12g,金银花30g,三叶青12g,鱼腥草30g,黄芩30g,前胡9g,桔梗10g,枳实9g,鲜芦根30g,天花粉20g,浙贝15g,蛤壳30g,浮海石30g,鹅管石30g。共7剂,水煎服。此方药味多寒凉,不宜久服,痰色转白、咳嗽减少时即可停用,后期仍以温肾纳气、化痰通络为治。

此后患者定期于我院行环磷酰胺冲击治疗,间断服用中药调养,皮肤紧绷感消失,多次复查肺部CT提示肺间质病变情况稳定。发病后第3年患者还曾出现双手多个指端皮肤破溃、溢脓,伴剧烈疼痛,此为SSc并发指端溃疡,中医可归于脉痹,为寒凝血脉、气血瘀滞、瘀久化热,热盛则肉腐,形成寒热错杂之证,予五味消毒饮联合阳和汤加减治疗,旨在温通血脉、解毒消痈、托毒生肌。此时将甲泼尼龙片由4mg加量至12mg,1次/d,配合波生坦片125mg,1次/d扩血管治疗。2周后患者创面渗出溢脓减少,夜间疼痛减轻,去方中五味消毒饮,加制大黄10g、全蝎3g续以解毒行瘀,后随证加减,随访至今。

按语:该患者属SSc典型病例,存在明显且广泛的皮肤硬化,并累及肺脏,出现ILD,后期还并发指端溃疡,病情错综复杂,迁延难愈,判断病情变化需要谨遵《内经》之旨“视其外应,以知其内脏,则知所病矣”。治疗时常以阳和汤作为基础方,可配伍附子、二仙加强温阳散寒之功,黄芪、党参以甘温补气,玉竹、黄精以阴中求阳,另当配伍活血药及虫类药以散瘀通络。治疗立足温补,但不拘于温补,需根据脏腑病位、寒热变化灵活处方。若病位在肺,证属痰热蕴肺,还当清肺肃肺,可以麻杏石

甘汤加减,配伍连翘、银花、鱼腥草等清解热毒,前胡、桔梗降气平喘,浙贝、蛤壳、浮海石等豁痰化痰,注意疗程,中病即止。因为该病本质仍属元阳亏损,若络脉不通,瘀久化热,出现指端破溃成脓,可在阳和汤基础上,加用五味消毒饮,寒热并用,标本兼顾。

5 结语

《内经》为中医四大经典之首,是中医学术的奠基之作,也是中医理论体系的本源,被奉为“医家之宗、百科之母”,向来是历代医家习业的模本及准绳。SSc属风湿免疫病中的疑难杂症,病证常先起于皮毛而后及于骨,波及内脏,容貌的改变及脏腑的病损令患者深受其苦;其病情之多变、异质性之强,常令临床医生倍感棘手。故笔者此番再循《内经》,通过精研其中关于“痹病”的论述及脏腑表里传变理论,加深了对SSc临床特点及并发内脏损害病情变化规律的理解,并据此认为SSc的发病及转归与素体元阳亏虚、外邪侵袭及脏腑表里传变密不可分。SSc治疗的重点和难点在于皮肤硬化及脏腑病损,治法上当立足温补,气血阴阳兼顾,根据不同时期病情变化特点,辨证不离辨病,灵活处方,可获良效。

参考文献:

- [1] 陈娟,雷玲.系统性硬化病流行病学研究进展[J].中华风湿病学杂志,2019,23(4):276-279.
- [2] Mayes M D. Scleroderma epidemiology[J].Rheum Dis Clin North Am,2003,29(2):239-254.
- [3] Denton C P, Khanna D. Systemic sclerosis[J].Lancet,2017,390(10103):1685-1699.
- [4] Steen V D, Medsger T A. Changes in causes of death in systemic sclerosis, 1972-2002[J].Ann Rheum Dis,2007,66(7):940-944.
- [5] Elhai M, Meune C, Boubaya M, et al. Mapping and predicting mortality from systemic sclerosis[J].Ann Rheum Dis,2017,76(11):1897-1905.
- [6] 周国琪,陈晓.内经理论临床应用[M].上海:上海科学技术出版社,2010:127-145.
- [7] 邓铁涛.肺脾肾相关辨治硬皮病[J].中国中医药现代远程教育,2004,2(6):15-16.
- [8] 陶茂灿,关天容,宋欣伟.宋欣伟从寒盛痰瘀探讨硬皮病的病因病机[J].浙江中医杂志,2015,50(6):409-410.
- [9] Cozzi F, Marson P, Cardarelli S, et al. Prognosis of scleroderma renal crisis: A long term observational study[J].Nephrol Dial Transplant,2012,27(20):4398-4403.
- [10] 陶茂灿,贺倩倩,孙丹,等.阳和汤加减方治疗脾肾阳虚型系统性硬皮病临床疗效观察及机制探讨[J].浙江中医药大学学报,2016,40(6):445-450.

(收稿日期:2020-07-22)