

常見病中醫防範

痺 証 防 治

陈泽江 王平 著



中医古籍出版社

常见病中医防治

痹 证 防 治

陈泽江 王平著



中医古籍出版社

1165325

责任编辑：徐岩春

封面设计：陆大奎

常见病中医防治

痹证防治

陈泽江 王平著

中医古籍出版社出版

(北京东直门内北新仓18号)

黄石日报印刷厂印刷

新华书店首都发行所发行

787×1092毫米 32开本 2.5印张 50千字

1987年1月第1版第1次印刷

印数 1—10000

ISBN 7-80013-053-3/R·053

统一书号：14249·0194 定价0.55元

内 容 提 要

痹证，包括现代医学风湿性关节炎、类风湿关节炎等多种疾病，是劳动人民常见病多发病。祖国医学对痹证有精深的理论研究和丰富的治疗经验。早在两千多年前成书的《黄帝内经》中就有多处记载。并有《素问·痹论》和《灵枢·周痹》等专篇论述。后世医家又多有发展。祖国医学遗产中的这些瑰宝，应当继承和发扬。

本书搜集了散在历史文献中的治痹经验，结合作者多年的临证实践，深入浅出地阐述了痹证的发病原理，分型施治和预防调护，提出了预防为主、治养结合的主张。全文简洁流畅，通俗易懂，不仅向医生提供了有效的治疗方法，也向患者普及了医疗保健常识，使医生和患者更加协调一致，有利于痹证的治疗和康复。

目 录

一 祖国医学和现代医学对痹证的认识及治疗概况	
(一) 祖国医学对痹证的认识和治疗·····	(1)
(二) 现代医学对类似病的认识及治疗·····	(5)
二 从感邪性质论痹证证治	
(一) 行痹(风痹)·····	(10)
(二) 痛痹(寒痹)·····	(12)
(三) 着痹(湿痹)·····	(14)
(四) 蓄血痹·····	(16)
(五) 热痹·····	(17)
三 从脏腑经络功能论痹证证治	
(一) 筋痹与肝痹·····	(24)
(二) 脉痹与心痹·····	(26)
(三) 肌痹与脾痹·····	(27)
(四) 皮痹与肺痹·····	(28)
(五) 骨痹与肾痹·····	(30)
四 治疗痹证的关键问题	
(一) 抓好辨证·····	(33)
(二) 抓住痹证特点·····	(37)
(三) 抓准同中之异·····	(39)
五 痹证的预防与调护	
(一) 痹证的预防·····	(41)
(二) 痹证的调护·····	(45)
附录一、古今治痹常用方 ·····	(50)
二、治痹单方、土方、食疗方·····	(71)

一 祖国医学和现代医学对痹证的认识及治疗概况

（一）祖国医学对痹证的认识和治疗

“痹证”是指气血为病邪阻闭而引起的疾病。凡人体肌表经络感受风寒湿邪侵袭之后，使气血运行不畅而引起的筋骨、肌肉、关节等处的疼痛、酸楚、重着、麻木和关节肿大、屈伸不利等症，统称为“痹证”。

“痹证”是祖国医学的病名。它源于两千多年以前成书的中医经典著作——《黄帝内经》。汉代张仲景称为“历节风”。金元四大家中的李东垣、朱丹溪称之为“痛风”。明·张景岳把“凡走注历节疼痛之类”的“痛风”，归之于“行痹”；把“阴寒之气，客于肌肉筋骨之间，……痛不可当”的“痛风”，归之于“痛痹”。清·吴谦等认为“近世曰‘痛风’、曰‘流火’、曰‘历节风’，皆行痹之俗名也”。清·汪切庵认为：“痛风有寒、有热、有痰、有血之不同”。清·张璐认为：“骨痹者，即寒痹、痛痹也，……；筋痹者，即风痹、行痹也，……；脉痹者，即热痹也，……；肌痹者，即著痹、湿痹也，……；皮痹者，即寒痹也，……。”

在祖国医学的历代文献中，常见的痹证分类方法主要有以下几种：

1· 以感邪性质不同分类：

这种分类方法始于《内经》。《素问·痹论》：“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（今称‘着’——编者注）痹也。”还有“阳气多，阴气少，病气胜，阳遭阴”的“痹热”（即热痹）。

此种分类方法，临床最为常用。

2· 从发病季节分五体之痹：

《素问·痹论》云：“以冬遇此者为骨痹，以春遇此者为筋痹，以夏遇此者为脉痹，以至阴遇此者为肌痹，以秋遇此者为皮痹。”

现在临床运用强调症状，如“筋痹”，并不考虑是否春天发病，而是考虑是否有筋脉拘急、活动痛剧等症状而进行论治。

3· 从十二经脉与十二月份相应关系分为十二经筋痹：

这种分类方法始于《灵枢·经筋篇》。张景岳在《类经·疾病类》中，设有《十二经筋痹刺》专篇，并有详细注解，说明十二经筋循行路线、十二经筋症候的病因病机、十二经筋痹命名与十二月、四季的关系等。

此种分类方法是以手六经、足六经分主十二月，根据每季三个月气候冷暖等阴阳盛衰情况，分为孟、仲、季三种。如足太阳之筋病，……名曰仲春痹；足少阳之筋病，……名曰孟春痹；足阳明之筋病，……名曰季春痹。

此种分类方法，临床很少运用。

4· 以脏腑经络传变关系分类：

《素问·痹论》云：“五脏皆有合，病久而不去者，内舍于其合也。故骨痹不已，复感于邪，内舍于肾。筋痹不已，复感于邪，内舍于肝。脉痹不已，复感于邪，内舍于心。肌痹不已，复感于邪，内舍于脾。皮痹不已，复感于

邪，内舍于肺。”

此外，脏腑痹中还有“肠痹”、“胞痹”等名称。

脏腑痹证中，除心痹在治疗心脏病时运用稍多（现代医学的冠心病，中医临床多作胸痹辨证）外，其它临床很少运用。

5· 从症状的形象上来分类：

《灵枢·周痹篇》中所述的“周痹”、“众痹”便是以此命名。其中“上下移徙随脉，其上下左右相应，……各在其处，更发更止，更居更起，以右应左，以左应右，非能周也，更发更休也”。这种“患无定所”的痹证，故名“众痹”。

“周痹者，在于血脉之中，随脉以上，随脉以下，不能左右，各当其所”，这种“能上能下，但随血脉而周徧于身”的痹证，“故曰周痹”。

不论“众痹”、“周痹”，其病因病机，则均是“风寒湿气客于外，分肉之间，迫切而为沫，沫得寒则聚，聚则排分肉而分裂也，分裂则痛。”

此种分类方法，现代偶见临床报道中分析病情时引用。

6· 以气血虚实来命名：

此种分类方法的代表为血痹。《金匱要略·血痹虚劳病脉证并治》云：“血痹从何得之？师曰：夫尊荣人（旧社会养尊处优不劳动的人）骨弱肌肤盛，重因疲劳汗出，卧不时动摇，加被微风，遂得之，……血痹阴阳俱微（是指气血营卫都不足），……。”分别提出了用针刺或黄芪桂枝五物汤治疗的方法。

7· 以患病部位来分类命名：

这种分类方法主要有以下几种病症：

①历节风：《金匱要略·中风历节病脉证并治》中，讲了五种历节的病因病机及治法。其中有“热被湿郁的一种历节”；有肾虚阴血不足，风邪乘虚侵袭而致的历节；有“风湿相合的历节”；有“风湿热外伤肢节，上冲心胃的历节”；有“寒湿历节”等。各种命名皆因“历节是疼在关节”也。

②漏肩风：此为风寒之邪侵袭肩部而命名。

③鹤膝风：此以关节肿大疼痛，而股胫的肌肉消瘦为特征，形如鹤膝而名之。其病因病机则由于“肾阴亏损，寒湿侵于下肢，流注于关节所致”。

其它还有寒湿腰痛、足冷等等。

8· 以患病时间命名：

如《灵枢·九针十二原》把日久不愈的痹证称为“远痹”。

9· 从六经有余不足与其它病对照分类：

《素问·四时刺逆从论》：“厥阴有余病阴痹，不足病生热痹，滑则病孤疝风，濇则病少腹积气。少阴有余病皮痹隐疹，不足病肺痹，滑则病肺风疝，濇则病积瘦血。太阴有余病肉痹，滑则病脾风疝，濇则病积，心腹时满……。”

祖国医学治疗痹证，多用药物和针灸。先秦以前，以针灸为主。在《内经》中，只有13方，绝大部分病证都用针灸疗法治疗。《素问·痹论》在论述了各种痹证的病因病机、症状之后，“帝曰：以针治之奈何？”“岐伯曰：五脏有俞，六腑有合，随脉之分，各有所发，各随其过，则病瘳也。”后世治痹，除《针灸甲乙经》、《针灸大成》、《针灸聚英》等针灸专书外，其它都是以药物为主。

药物治疗痹证，始于张仲景《伤寒杂病论》。他创制的

乌头汤、黄芪桂枝五物汤、桂枝芍药知母汤、甘草干姜茯苓白术汤、甘草附子汤、桂枝附子汤、防己黄芪汤等方，至今仍在临床治痹中常用。

唐代著名医药学家孙思邈，创制了很多治痹方剂。如防己汤、独活寄生汤、枸杞菖蒲酒、秦艽酒、独活汤、附子汤、松叶酒、松节酒、独活酒、杜仲酒、陈元膏、白薇薏苡汤等，至今仍为治痹名方，临床常为运用。

宋·杨倓创制的蠲痹汤；金元四大家中的李东垣创制的羌活胜湿汤、朱丹溪创制的上中下通用痛风丸等等，都是治痹良方。明·李时珍除创制治痹方剂外，还创制了一些痹证食疗方。

清代治痹名家甚多，张璐就是其中的代表。他在《张氏医通》中对痹证的精湛的论述，至今仍指导着临床实践。

温病学派不仅在治疗急性病方面做出了卓越的贡献，而且对治疗痹证也有独特见解。如叶天士的《临证指南医案》中，就记述了他的治疗方法。其中关于治痹要“宣通”的观点。被后来的温病大家吴鞠通所发展。如吴鞠通《温病条辨》中焦篇之宣痹汤，临床治痹确有良效。

(二) 现代医学对类似病的认识及治疗

现代医学的关节炎与祖国医学中的痹证颇相类似。

现代医学的关节炎，“是关节的炎性疾病。急性期局部可有红、肿、热、痛，严重时关节发生运动障碍，甚至畸形。慢性期有些关节疾患可有粘连、畸形，活动受限，肌肉萎缩。”

现代医学认为，关节痛可见于多种疾病，其中最多的是风湿性关节炎，其次是类风湿关节炎，再次是化脓性关节炎、外伤性关节炎、痛风等。过敏性紫癜的关节型也可引起

关节疼痛。现将各种关节炎的病因及检验、治疗等分别简略介绍如下：

1· 风湿性关节炎：

现代医学认为，本病为与溶血性链球菌感染有关的全身性变态反应性疾病。为风湿病症状之一。其病变特征主要是肩、肘、膝、髌等大关节疼痛，呈游走性，与天气变化有关。

在风湿活动期，下列检查有一定临床意义：

(1) 血清溶血性链球菌抗体测定：

- ①链球菌溶血素“O” >500单位；
- ②抗链球菌激酶 >80单位；
- ③抗透明质酸酶 >128单位。

(其中临床运用最多的为链球菌溶血素“O”的测定)

(2) 红细胞沉降率：

用魏氏法测定：其正常值为：男性0~15毫米/1小时；女性0~20毫米/1小时。在风湿活动期可增快。

(3) 血常规检查：

在风湿活动期，可有以下变化：

①白细胞计数增高（轻度或中度——超过10,000/立方毫米）；

②轻度贫血（血色素可在10克以下等）。

(4) 咽喉拭子培养：

风湿活动期，溶血性链球菌培养有时可出现阳性。

(5) C反应蛋白：

风湿病时，血清中有与C物质（碳水化合物）起反应的蛋白存在于 α 球蛋白中。

(6) 血清粘蛋白测定：

其正常值为：2~4毫米/100毫升血清。若增多，对诊

断急性风湿病有一定意义。

(7) 蛋白电泳:

白蛋白降低, α_1 球蛋白和 α_2 球蛋白升高。

(8) 血清总补体 (CH_{50}) 和补体 3 (C_3) 降低, 提示发生过补体损害。

本病预防, 应避免潮湿侵袭, 预防和及时治疗咽炎、扁桃体炎等与溶血性链球菌感染有关的疾病, 对本病预防有积极意义。

本病治疗, 多用水杨酸盐等抗风湿药、肾上腺皮质激素、理疗等。

2. 类风湿性关节炎:

本病又称“风湿样关节炎”、“畸形性关节炎”, 亦属免疫性疾病。

本病多发生于40岁以下女性。好发于手指、足趾等四肢小关节处; 也可见于腕、脊柱、骶髂关节; 且呈多发性、对称性、游走性。关节软骨破坏较早, 并涉及到整个关节面。早期关节周围软组织肿胀, 关节僵硬; 晚期可有关节变形, 梭形指(趾); 关节显著变形者, 可见肌肉萎缩。

本病可做以下项目检查:

(1) 血清类风湿因子检查:

阳性。

(2) 免疫球蛋白(Ig)测定:

其正常值为:

①IgG 1146 ± 327 毫克%;

②IgA 232.03 ± 88 毫克%;

③IgM 131.8 ± 61.4 毫克% (单向扩散法)。

若出现增高, 可见于类风湿关节炎。

(3) 麝香草酚浊度试验 (TTT) :

其正常值为0~6单位。若增高,对诊断类风湿关节炎有一定临床意义。

(4) X线检查:

对类风湿性关节炎患者做X线检查,在X片上可见骨膜发炎现象,并可见关节端骨质疏松,指间关节呈梭形,关节面呈锯齿状缺损,骨质轻度硬化。而风湿关节炎则无此X线征。但一部分患者有软骨变性现象,如脊柱、膝、髋关节轮廓更清晰,边缘呈唇状突起或形成骨刺等。

以上检查,最常用者为类风湿因子检查,其次有条件的医疗单位可做免疫球蛋白(Ig)测定。

类风湿关节炎的治疗,临床也常使用抗风湿药类、肾上腺皮质激素、理疗等。但是必要时,也可手术治疗。

3. 化脓性关节炎:

本病多为细菌感染而引起关节化脓性炎症。骨关节穿刺可见脓液。

本病治疗:①抗生素药物治疗;②切开排脓。

4. 外伤性关节炎:

本病为外伤引起的关节及其周围组织损害。

其治疗办法,除理疗外,没有特效药物。

5. 痛风:

现代医学“痛风”虽属中医“痹证”范畴,但词义较窄。其病因指“一种嘌呤代谢障碍而引起的疾病。病人血和尿中尿酸盐浓度升高。在指(趾)等关节旁、耳轮、肾脏等处有尿酸盐结晶聚积或结石形成,常造成骨关节炎、关节畸形和肾脏损害,甚至形成肾功能衰竭”。

本病的防治办法:

- (1) 减少摄入嘌呤较多的食物，如肉、蛋等；
- (2) 用秋水仙素、水杨酸盐、消炎痛等药止痛；
- (3) 用羧苯磺胺（丙磺舒）以增加尿酸的排泄；
- (4) 用别嘌呤醇抑制尿酸合成等。

现代医学对各种关节炎的检查方法，现在中医界也多在运用。但是，现代医学对于治疗本病的药物，有些还不够理想，并且长期使用，还会有副作用。如超过生理剂量激素就有较多的副作用，据不完全统计，其副作用就有14种，可引起的疾病及症状达70多种。其中对关节的副作用，就有①骨质疏松；②假性风湿病；③无菌性骨关节坏死；④自发性跟腱撕裂；⑤关节腔内注射激素，可引起金黄色葡萄球菌感染；⑥长期局部注射还可引起关节不稳固（与骨缘部分吸收及韧带松弛有关）。其它较严重的副作用还有糖尿病、压缩性骨折、肌肉萎缩、消化道出血和穿孔、青光眼、白内障、动脉硬化、高血压、败血症，并可抑制胎儿生长和使胎儿畸形。更为严重的是：若是水痘患者血性水痘或继发性细菌性感染，可造成死亡；可使牛痘接种病变扩散，严重者可以致死；还可使单纯疱疹感染加剧，若累及眼部形成树枝状角膜炎时，可使角膜溃疡或穿孔，以致失明。

为了避免“药源性疾病”，近年来，国内外医药工作者的有识之士，越来越多的人重视中草药的研究。

祖国医学和现代医学对本病的认识及治疗方法，各有所长，各有所短。我们中医界，也要继承《内经》和历代医家的治疗经验，积极吸取同时代先进科学的研究成果，学习掌握现代微观检查、化验手段（有一部分中医已掌握），继承发展中医的传统治法，不断总结现代的治疗经验，以便互相学习，促进中医治疗痹证技术的提高。

二、从感邪性质论痹证证治

从感邪性质上分，痹证可分为行痹（风痹）、痛痹（寒痹）、着痹（湿痹）、热痹、淤血痹等五种。兹分述如下：

（一）行痹（风痹）

行痹也叫风痹。其病因病机，历代论述颇多。

行痹以肢体疼痛游走不定为特点。因为“风行而数变”，所以行痹肢体疼痛时而走窜上肢，时而流注下肢。

行痹有肢体疼痛、屈伸不利的症状（此乃由于风寒湿邪闭阻经络，致气血运行不畅，不通则痛，筋脉骨节缺乏气血濡养，故屈伸不利）外，尚可出现二兼二挟：

1. 兼证：

①兼恶寒发热等表证：此为表邪外束，邪正相争而引起。

表邪为新邪，风邪初袭，脉象浮，舌苔薄白。

此与感冒的鉴别点在于：

感冒初起有鼻塞，流清涕，咳嗽，头痛身痛，关节痛但不游走；

行痹无鼻塞，不流清涕，不咳嗽，关节疼痛呈游走性。

②兼肢体麻木：

此与血痹、着痹的鉴别点在于：

血痹（指《金匱要略·血痹虚劳病脉证并治》中所说的“骨弱肌肤盛，重因疲劳汗出，卧不时动，加被微风遂得

之”的痹证)麻木,此虽有外症“身体不仁,如风痹状”,但麻木程度比“行痹”重,且没有疼痛(重症有微痛)感。这是因为阴血涩,身体表层络脉痹阻而致的顽麻,所以痛觉迟钝。而行痹则有疼痛感。这是因为风寒湿邪闭阻经络,致气血运行不畅,不通则痛。行痹、痛痹、着痹均有疼痛感,但行痹以风邪胜为主,所以疼痛游走不定为其特点。

血痹脉象一般为“微”(表示阳气微)、涩(表示血滞)关上小紧(示有外邪)或“寸口上微”而“尺中小紧”;行痹脉象则浮,这是风邪在表之证。

着痹之麻木呈重着感,舌脉均不相同;行痹之麻木则是浮麻,而程度比血痹为轻。

2. 挟证:

①挟寒:

挟寒者,疼痛稍重,关节痛游走性稍减轻,因“寒主收引”故也。脉象浮而稍紧,苔薄白而稍滑,舌质淡等。

②挟湿:

挟湿者,稍有重着感,疼痛较挟寒者为轻,脉稍濡,苔白薄。

行痹治法,首当祛风之药。我们临床常用荆防桂枝七物汤,即仲景黄芪桂枝五物汤加荆芥、防风两味药。

黄芪桂枝五物汤仲景方意为“补虚调营”;而荆防桂枝七物汤乃“祛风调营”,方意迥异。

方中荆芥、防风——解表祛风;桂、芍、姜、枣——乃调和营卫之要药,此宗《黄帝内经》“从其气则愈,逆其气则病”之经旨也;佐黄芪者,黄芪——加强其通络之力,而使风邪早除也。

挟寒者,加附片,以温经散寒;

挟湿者，加苍术，以祛除湿邪。

病案举例：

王××，男，48岁，初诊于1970年10月28日。

患者腰腿痛多年，呈游走性，时轻时重。脉浮，舌淡，苔淡黄薄浮。

诊断：行痹。

治则：祛风活络，调和营卫。

方剂：荆防桂枝七物汤加味。

药用：荆芥3克（另包后下），防风10克，桂枝6克，白芍6克，生姜3片，大枣3枚，杜仲10克，牛膝10克，水煎服。服药4剂，症状控制。

1973年10月20日，患者行痹复发5日，又来求治。见脉稍濡，苔薄白而微滑；身体骨节痛，呈游走性。此乃行痹挟湿证候。遂于上方中加薏苡仁10克，白术6克以健脾利湿；加桑寄生10克以补肝肾，因久痹加此药，以加强疗效也。取上药6剂，水煎服。此次治愈，至今未复发。

（二）痛痹（寒痹）

痛痹亦称寒痹。《素问·举痛论》云：“寒气入经而稽迟，涩而不行，客于脉外则血少，客于脉中则气不通，故卒然而痛。……寒气客于脉外则脉寒，脉寒则缩蜷，缩蜷则脉绌急，绌急则外行小络，故卒然而痛，得炅则痛止也。……”

寒痹以疼痛较剧，痛有定处，迂冷加重，得热则缓为其特点。

本病多为弦紧脉，舌质淡，苔薄白。因寒性收引，故脉弦紧；寒属阴邪，故舌质淡，苔薄白。