

宋绍宽 著

热痹证治新说



出版社

热痹证治新说

宋绍亮 著

中医古籍出版社

责任编辑 杜杰慧

封面设计 铁 池

图书在版编目 (CIP) 数据

热痹证治新说/宋绍亮著. - 北京: 中医古籍出版社,
2000.5

ISBN 7-80013-909-3

I. 热… II. 宋… III. ①热证-诊疗 ②痹证-诊疗
IV. R255.6

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2000) 第 23471 号

中医古籍出版社出版发行

(北京东直门内北新仓 18 号 100700)

全国各地新华书店经销

河北省河间市曙光印刷厂印刷

787×1092 毫米 32 开 8.125 印张 175 千字

2000 年 5 月第 1 版 2000 年 5 月第 1 次印刷

印数: 0001~3000 册

ISBN 7-80013-909-3/R·905

定价: 10.60 元

序 一

“实践是检验真理的唯一标准。”写一本书也是如此，看其有没有实用价值，也需要通过临床实践去加以检验。痹症的范围很广，内容也很庞杂，要全面地掌握其诊疗要点确也不容易，但关键就在于医者能不能分辨出病情属寒属热。吴瑭在《温病条辨》中就曾指出：“痹之因于寒者固多，痹之兼乎热者亦复不少。……大抵不越寒热两条。”寒之与热，虽一字之差，但差之毫厘，却失之千里，如果辨别不清，互相混淆，则治疗结果往往适得其反。《伤寒论》对医者误治的论述最为详尽，很值得后人从中吸取教训。诊疗疾病一定要经常总结经验教训，要有个人的主观见解，不能人云亦云。雷公藤虽然对风湿病有肯定的疗效，但是当前滥用此药的现象十分普遍。超大剂量的使用，对青少年以及未婚未育的患者长期应用，都存在着不少潜在的危险，医者不能掉以轻心。

许多医者对痹病的论治不求甚解，拘泥于《内经》所云：“风寒湿三气杂至合而为痹”之说，一味使用桂附等温燥药物，殊不知《内经·痹论》中也有“热痹”、“痹热”之论，历代医著对热痹也有零星的论述，但却没有把它放到显著和突出的位置，更没有见到过此论的专著，这是痹病发展史上的一大缺陷。《热痹论治新说》的问世填补了这一空白。该书对热痹的研究颇有精辟的阐发，能够独辟蹊径，对风湿病尤其是活动期的辨证论治推陈出新提供了许多宝贵的经验。

对于疾病的辨证分型是必要的，但重叠或交叉的情况在临床上是十分常见的，读者必须灵活掌握才能得心应手，亦能不负于作者的厚望。

张 鸣 鹤

2000年元月于山东中医药大学附属医院

序 二

宋绍亮医师 1978 年毕业于山东中医药大学, 1987 年获硕士学位, 师从著名中西医结合风湿病专家——张鸣鹤教授, 从事中医教学、临床、科研已 20 余年。有比较坚实的中医基础理论和丰富的临床经验, 尤致力于中医治疗风湿免疫性疾病研究, 发表论文 30 余篇, 承担多项课题, 其中两项获山东省科委三等奖, 从而成为目前国内从事风湿免疫性疾病研究较有影响的研究者之一。

该书以中医理论体系为依据, 与西医病理生理改变、现代中药药理研究相结合, 对中医内科常见的风湿免疫性疾病活动中“热痹”的辨证论治作了深入的研究。在发病理论上首先提出“内毒致痹说”、“骨疣不荣说”、“痹伏毒说”、“痛风非风说”等学术观点, 在治疗方面强调现代医学明确诊断后的分期及中医辨证论治, 拓宽了中医治疗风湿病的思路和方法, 为中医治疗风湿性免疫性疾病, 在定性定量上逐步走向客观化、标准化提供了有力的证据。虽然书中某些地方还有待进一步完善, 但书中的诸多论述有继承、有发扬、更有所创新, 相信本书的问世后, 必将受到中医临床、科研、教学工作者的喜爱, 对中西医结合的发展和中医临床疗效的提高, 一定会产生积极的作用和深远的影响。

刘 持 年

2000 年元月于山东中医药大学

目 录

总 论	(1)
第一章 祖国医学对热痹的认识	(1)
第二章 热痹的病因病机	(11)
第三章 热痹的辨证	(18)
一、诊断的重要性	(18)
二、分期的必要性	(18)
三、辨证的客观性	(19)
四、把握基本病机	(20)
五、视邪毒之偏重	(21)
六、辨证的主要内容	(21)
七、辨证与辨病相结合	(24)
第四章 热痹的治疗	(26)
一、基本治法	(26)
二、辨病治疗	(31)
三、五体痹的辨证用药	(35)
四、痹热的辨证用药	(38)
五、痹痛的辨证用药	(44)
六、辨病位用药	(47)
七、停、减激素后的用药	(50)
第五章 清热药的配伍	(53)

一、清热解毒，佐以活血	(53)
二、利湿解毒，燥湿健脾	(53)
三、祛风除湿，通络止痛	(54)
四、湿热伤阴，清补兼施	(55)
五、余毒未尽，扶正祛邪	(55)
六、里热外寒，寒热并投	(56)
七、扶正健脾，顾护胃气	(57)
第六章 热痹对药	(58)
第七章 热痹的外治法	(69)
第八章 清热药药理研究的探讨	(72)
一、抑制病原微生物	(72)
二、免疫调节作用	(73)
三、解热抗炎作用	(74)
四、改善机体反应性，调节全身各系统组织器官的 机能状态	(75)
各 论	(77)
一、急性风湿性关节炎	(77)
二、类风湿性关节炎	(88)
三、幼年类风湿性关节炎	(105)
四、成人斯蒂尔病	(113)
五、强直性脊柱炎	(121)
六、痛风性关节炎	(131)
七、白塞病	(140)

八、Reiter 综合症	(150)
九、银屑病关节炎	(156)
十、骨性关节炎	(165)
十一、结节性红斑	(171)
十二、皮肤炎和多发性肌炎	(177)
十三、硬皮病	(185)
十四、系统性红斑狼疮	(191)
十五、结节性脂膜炎	(207)
十六、结节性动脉炎	(214)
十七、红斑性肢痛症	(222)
十八、坐骨神经痛	(227)
十九、干燥综合征	(233)
二十、非化脓性肋软骨炎	(242)

总 论

第一章 祖国医学对热痹的认识

热痹之名，首见于《素问·四时刺逆论》，指出：“厥阴有余病阴痹；不足病热痹”成为后人辨证治疗热痹的理论依据，并且提出了热痹形成的机理为“其热者，阳气多，阴气少，病气盛，阳遭阴，故为痹热。”所谓痹热，是热痹出现的以关节肿胀，灼热，疼痛，屈伸不利，伴有发热临床表现的痹病。

张仲景在《金匱要略·痉湿喝病脉证并治》指出；“病者一身尽痛，日晡发热者，名风湿。此病伤于汗出当风或久伤取冷所致也，可与麻黄杏仁薏苡甘草汤。”本文首次指出了‘风湿’这一概念，为后世医家所遵循。《中风历节病脉证并治》提出了历节病的病机为“趺阳脉浮而滑，滑则谷气实，浮则汗自出，”说明中焦脾胃湿热，热蒸迫液，腠理开泄，汗出当风或久伤取冷所致也。对感受寒湿郁而化热者，载有“诸肢节疼痛，身体尪羸，脚肿如脱，头眩短气，温温欲吐，桂枝芍药知母汤主之。”首次创立了治疗外感寒湿，郁而化热致热痹的代表方。

巢元方对热痹的病机有独特的见解，他认为热痹的病机是由于“热毒气从脏腑出，攻于手足，手足则焮热、赤、

肿、疼痛也”。首次倡导脏腑积热蕴毒致痹学说。

唐代·孙思邈在《千金要方》中指出了‘风毒’的概念，指出，“著人久不治者，令人骨节蹉跌……此是风之毒害也。”他用毒邪的病理机制去认识历节病的发病规律，第一次确立了清热解毒的治疗原则，并使用犀角汤治疗“热毒流于四肢，历节肿痛”。

宋·《圣济总录》认为，脏腑内热，复感外邪可致热痹。“盖脏腑壅热，复遇风寒湿三气至，客搏经络，留而不行，阳遭其阴，故痛痹熇然而闷也。”首次提出了外感邪气，从阳化热的从化学说，从而丰富了热痹形成的病因病机。

宋·许叔微在《普济本事方》中已经明确提出：“风热成历节，攻于手足，作赤肿……甚则攻肩背两膝，遇暑热或大便秘即作，牛蒡子散主之。”他首次阐明了外感风热病邪深入脏腑经络日久，脏腑热毒炽盛，攻注骨节的病因病机，为后代医家治疗热痹提出了新的理论依据。

金元时期，湿热学说日渐形成，火热论学派刘完素认为“六气皆能化火”，“积湿生热”，同时他认为“湿病本不自生，因于大热怫郁，水液不得宣通，即停滞而生水湿也。凡病湿者，多自热生”，因此，湿热可相兼为病，相搏结于经络骨节筋脉而致痹也。攻邪学派张从正亦倡导湿热学说，认为“痹病以湿热为源，风寒为兼，三气合而为痹”，并告诫后人治疗此热犯下焦之证当用泻下或利尿之剂，为痹病的治疗开辟了一条新的思路和方法。补土派李杲主张脾胃内伤，痹病内生之说，如《脾胃论》云：“肝火旺，则挟火势，无所畏惧而妄行也。故脾胃先受之，身体沉重走注疼痛。盖湿热相搏，而风热郁而不得伸，附着于有形也，宜苍术、黄柏

之类。”并认为若投辛热之药，则助长其湿热之气，甚则“为热病，为中风，其变不可胜纪。”朱震亨进一步发展了“湿热相火为病甚多”的观点，认为“六气中，湿热为患者十之八九”，并创立有效名方二妙散治疗湿热蕴聚于经络的热痹。在《丹溪心法·痛风》论曰：“大率有痰、风热、风湿、血虚。”其病因病机为，内有血热复感受外邪所致，他指出：“彼痛风者，大率因血受热已自沸腾，其后或涉冷水，或立湿地，或扇取凉，或卧当风，寒凉外搏，热血得寒，汗浊凝涩，所以作痛。”对于痛风痛有定处，其痛处赤肿灼热，或浑身壮热而成风毒者，以败毒散治之。

明代医家对热痹的理论和治疗都有了比较深入的研究，提出了一些新的见解，并创设了一些有效方剂。如朱橚在《普济本事方》中描述热痹症状为：“肌肉热极，体上如鼠走，唇口反纵，皮肤色变”。并用升麻汤治之。虞抟在《医学正传》中禀承丹溪之旨，并阐发为“肢节肿痛，痛属火，肿属湿，兼受风寒而发动于经络之中，湿热流注于肢节之间而无已也。”李梴在《医学入门·杂病提纲·痹风》中认为：“食伤脾胃，湿邪内生，郁热可为热痹，热痹者或湿生热，或风寒郁热，身上如鼠走，唇口反纵，肌肉变色，宜用升麻汤。”治疗方面，风寒湿热痹用二妙散等分加虎胥骨、防风。治疗湿热痹则用当归拈痛汤取效。书中还详细分析了痛风病的辨证为“赤肿灼热者，败毒散”，“肢节肿痛挟湿热者，麻黄赤芍汤主之”。结阳证肢肿，大便闭者乃热毒流注所致，用犀角汤治疗。此外，他认为“暑热相搏，面赤尿赤者，五苓散合败毒散。”王肯堂在《证治准绳》中对前人关于热痹的病机与证候进行了总结，并对“行痹湿热相搏而风热郁不

得伸者”，在东垣苍术、黄柏基础上加灵仙、羚羊角灰助之；对痛痹（痛风）因火者，潜行散加竹沥；因湿热者二妙散主之。龚廷贤著《寿世保元》一书，书中对痛风证的论述更为详细、精辟，并明确肯定了其病因是感受风寒湿之毒所致，指出：“痛风者，皆因气体虚弱，调理失宜，受风寒暑湿之毒，而四肢之内肉色不变。”张介宾在《景岳全书·风痹论证》中就有清热之法，曰：“若以风胜兼微火者，宜大秦艽汤或九味羌活汤之类主之……然又有湿热之为病者，必见内热之证，滑数之脉，方可治以清源，宜二妙散及加味二妙丸，当归拈痛汤之类主之。其有热甚者，如抽薪饮之类，亦可暂用，先清其火而后调其气血。”此外，指出了“未有表湿而不连脏，里湿而不连经者”的湿邪内外相引之说，从而促进了湿热痹证的发展与完善。

清代众多医家已经从肢体痹中分列出热痹一证，而且对历代沿用治疗热痹常用方剂如升麻汤、犀角散、加味二妙散及当归拈痛汤在临床也渐趋一致。在继承前人的基础上，使热痹在理论与临证经验方面呈现出承前启后的提高。李中梓所著《医宗必读》书中将五体痹合于肢体痹，明确指出“脉痹即热痹”的观点，其病机用升麻汤治之。陈歧在《医学传灯·痛风》中提出了热极生风的内伤致痹学说，曰：“痛风者，有痛而不肿者，有肿而且痛者，或头生红点，指肿如槌者，皆由肝经血少火盛，热极生风，非是外来风邪，”并认为可用逍遥散治疗此风热血燥之痛风。罗美在《内经博义》中阐释了《内经》中“厥阴不足病热痹”的观点，认为“厥阴位于下焦而总诸筋，其气不足则气虚血滞，故邪气留止而为积聚，即所谓热痹”，而诸痹不已皆可入内而伤脏气，故

“阳明有余病脉痹身时热”，并认为“阳明为燥金之气，肺应之而燥有余，则伤及血脉，故病脉痹”，从而可指导脉痹的论治。《医门法律》在论痛风时曰：“更有内热因血虚炽盛……不能用辛热，即当取夏月治湿热病之表法为例”，亦倡导治以清热之法。李用梓在《证治汇补》中总结了前人的热痹与痛风之论，并进一步发挥说：“湿热痰火郁气死血留经络，悉能为麻为痹。”治疗上则认为“初起因风湿热，当流动机关，不可遽补。”陈士铎所著《辨证录》中颇多经验之谈，他为热痹所设的化炎汤、凉肢散临床上亦常应用。

《症因脉治》为秦景明所撰，秦皇士补辑，该书第一次根据外感、内伤病机侧重不同而将热痹分为外感痹症与内伤痹症两大类，外感痹中尤以热痹之论为前人所不及。其以经云：“灵气相薄，则脉满而痛”为据。认为热痹乃“阴血不足，阳气偏旺，偶因热极见寒，风寒外束”所致。并且审脉论治，认为脉浮大而数为热在经络，用四味舒筋汤；沉大而数为热已深入，用潜行散；脉大散属气，宜苍柏二妙丸。又分寸脉数大为热在于上；尺脉数大为热在于下区别对待；脉细数属血，用虎潜丸。从而丰富了热痹的诊治体系。

《叶选医衡》所引沈明圭所著的《痹症析微论》中，对诸痹病理发展转归的认识有独特见解，指出“若邪郁病久，风变为火，寒变为热，湿变为痰，即当易辄寻之，以降火清热豁痰为主，参以通经活血，流散滞邪之剂，安可全作三气治哉。”

叶天士将卫气营血和三焦理论融合于痹病辨证之中，提出了“营中热”、“热入血分”等症候诊断，如：“今痹痛多日，脉中筋急，热入阴分血中，致下焦为甚，所谓上焦属

气，下焦属血耳。”治疗上认为“新邪宜急散，宿邪宜缓攻”，“正虚邪实不宜急攻”，用药多取轻清之品。叶氏也提及暑湿痹，认为是暑喝外加之湿热所致。叶氏还将热痹分别审因论治为：“有暑伤气，湿热入络而为痹者，用舒通脉络之剂使清阳流行为主。有湿热伤气及温热入血络而成痹者，用固卫阳以却邪，及宣通营络，兼治奇经为主。有气滞热郁而成痹者，以气分宣通为主。有肝胆风热而成痹者，用甘寒和阳，宣通脉络为主。”叶氏所提出的“初病湿热在经，久则瘀热入络”的病理演变过程，对于指导热痹的治疗用药发挥了重要作用。何梦瑶所著《医碁·痹》中记载了升阳散火汤加犀角、羚羊角治疗热痹。汪文琦在《杂证会心录》中将痹证分为痛痹。风自内动湿热内生之痹，热痹及风寒湿三气之痹四类，倡导内生致痹之说，而力斥三气外入而误治者。他认为痛痹有因虚火者“肝肾为病，筋脉失于荣养，虚火乘于经络而红肿疼痛。”治法则投以壮水益阴。湿热内生痹属“阴虚而有火”，若“表之清之，症变虚损者居多”。对热痹中服热药过多而内生者“胃中蕴热日深……阳明主宗筋，筋热则四肢缓纵，痛历关节而为热痹也。”治疗当清热降火，用芩、连、知、柏、生地、玄参、石膏之属，并拟清热定痛汤。《医级》作者董西园明确提出了治热痹应用清热之法，曰“热肿者，火候疏清”具体方药喜用一阴（煎）栀子芩连。沈金鳌在《杂病源流犀烛·诸痹源流（白虎历节风）》中对本病证属湿热者亦有论治为“或有火甚而肢节痛，湿则肌肉肿，并受风寒而发动于经络之中，湿热流注于节腠之际，则必排解内外，宜灵仙除痛饮”。

温病学派的主要代表人物之一吴鞠通著有《温病条辨》

一书，在痹病的分类上，他首倡“大抵不过寒热两条”的分类原则，并指出：“痹之因于寒者固多，痹之兼乎热者，亦复不少。”他用加减木防己汤治疗因暑热、湿温而致的暑湿痹，从理论和临床上发展了暑邪致痹说。此外，他还提出了与《伤寒论》不同的湿痹病机，即“湿聚热蒸，蕴于经络”，并创立宣痹汤治之。对湿郁经脉，内外合邪者“纯辛走表，纯苦清热，皆在所忌；宜以辛凉淡法，薏苡竹叶散主之。”林佩琴在《类证治裁》中对前人论治热痹的经验进行了总结归纳。其病机有“风热攻注，筋弛脉缓”者；有“初因风寒湿郁痹阴分，久则化热攻痛”者。湿热者治以加味三妙散、苍术散及当归拈痛散；风热者用消风散；暑湿用清暑益气汤；热毒流注骨节用千金犀角散；营热则用四物汤去川芎加钩藤、丹皮。

新中国成立后，涌现出了一大批中医专家，他们为中医痹病学科的开拓、奠基与发展做出了历史性的贡献。施今墨认为“大多风寒从表来，湿热自内生”，并用清热法治疗风湿热证候，选药为芩、连、梔、柏、胆草、忍冬藤、功劳叶、丹皮、丹参之类，对阴少阳盛，气血沸腾，溢为红斑者，常用紫草清血热之毒，用芥穗以引血中之邪从表而去，加用紫雪丹则效更速（《痹证专辑·证·四候治从八法》）。孔伯华对热痹及其变证，采用卫气营血辨证论治，对热在气分胃热者“痹之因热，或在暑天，有面赤口涎自出者”，必重用生石膏。若病程短而热实急，便结不下者，用元明粉冲服。对热邪扰营者“又当灌服紫雪丹”。若“热毒已经聚于内，迫血妄行，神明欲乱”治用赤小豆皮煎汤送服犀角、犀黄丸（《孔伯华医集》）。张梦依在《临证会要》中将热痹病

因分为风寒湿，乘虚入络，郁久化热；或素体阳盛邪从热化，感受热邪、风热、湿热。治法主以甘寒清热滋阴，苦寒泻火坚阴，而佐以败毒熄风通络，切忌辛温燥热之剂。此外，他还提出了热痹化燥之说，认为湿热蕴结关节经络筋骨之间，久郁化燥而致津伤、气滞、血瘀，出现肢节变形拘挛。张伯臾治疗热痹初起常用麻黄连翘赤小豆汤；热盛者用桂枝白虎汤，认为热痹见于阴虚之体易于化火，当用千金犀角汤治之，并将其与肝风入络或阴虚肝风入络作了明确鉴别（《张伯臾医案》）。张沛虬认为治痹关键在于分清寒热，“因风寒湿三气极难截然分开，仅偏胜而已。”并将湿热阻络之热痹分为湿热轻型与重型分别论治，对轻型中有表者用麻黄连翘赤小豆汤；表证已罢而关节肿痛仍著者用自拟归芍豨草汤；重型治以白虎加桂枝汤。董建华在《临证治验》一书中论述了热毒致痹“热痹亦可直接感受风湿热毒所致，特点是热毒内壅关节，与寒热错杂之痹证不同。”治宜清热解毒，凉血通脉，水牛角、赤芍功著。而对于湿热伤筋，拘挛痹痛者，用药又忌重浊沉凝，宜选轻清宣化，流动渗利之品并用萆薢、晚蚕砂以祛湿毒，利关节。谢海洲对咽部红肿而致痹证病情反复者要加入养阴清咽甚或利咽解毒之品，尤以咽部鲜红肿甚者，更应先治咽后治痹，并提出了热痹宜养阴说，热痹更应加清热解毒之品，如野菊花、草河车、白鲜皮等。王为兰治疗热痹主张辨病与辨证相结合的方法，他认为急性风湿热为热在气血，当清热解毒，凉血通络，而类风湿性关节炎活动期常为虚实并存，寒热错综，治热宜辛开苦入之法，应用苦寒清热药配辛温药以清热毒，开腠理，使药力直达病所，药选半枝莲、草河车、白花蛇舌草、白鲜皮、土茯

苓、防己，久病常有伤阴之势，宜加养阴通络之品，经验方为养阴清热祛湿汤。王士福认为痹证热多寒少，治热须结合滋阴、解毒，以防烁阴耗液，热郁化毒，临证多从温病治法，“热痹初起以清卫气之热为主，宜疏透、清热、解毒之法，用牛蒡子、连翘、芥穗之类；高热已过，邪已入营者须加清营之生地、玄参、丹皮、赤芍等；病久入血者当清血分之热，若毒热邪着关节与痰浊瘀血互阻于络而见关节僵直难以屈伸者，于前法外当豁痰破瘀并加虫药搜剔络道。朱松毅以卫气营血辨治热痹。初起邪在卫分肌表、络脉宜辛凉透邪，祛风通络，方用银翘散加减；邪入气分经络当分气分热盛与湿热交作两类，前者治以清热通络，方用白虎汤加秦艽、忍冬藤等；后者治以清热化湿，祛风通络，方选连朴饮加减；营分热痹当清营通络，用清营汤加虎杖之属；血分热痹分血虚痹阻与瘀血痹阻两类，分别宜当归补血汤养血及桃仁四物汤加减以活血祛瘀通痹。刘渡舟独创三型三期疗法治疗湿热痹证。痹证初发，随邪正胜衰分为湿重型、热重型与湿热兼虚型，分别应用加味苍术散、加味木防己汤和当归拈痛汤治疗。因湿性粘滞缠绵，随其迁变又分为入络期、热毒期及热毒耗血之瘀阻期，临床常在辨证用方基础上分别酌加通络搜剔，清热解毒及凉血活血祛瘀之药。尤以热毒期，他认为此乃湿热痹证日久不愈，气血湿滞致生热毒，其治疗可宗外科疮痍疗法，予金银花、蒲公英、生地、玄参、丹皮等。路志正创温补脾肾医热痹法，以热治热，大异于常法。对阳虚发热或阳虚之体感受寒湿郁久化热者，论治求本，颇为效验。张鸣鹤认为热毒蕴结是风湿病活动期的主要病机，擅用清热解毒之法，临床辨证分型为湿热蕴结，阴虚内热，