

卷九 骨关节痹痿病学

血运米

凡人身上骨节疼痛
或手足麻木或半身不遂
或筋骨酸痛或腰膝痠痛
或筋骨痿痹或筋骨拘挛
或筋骨痿痹或筋骨拘挛
或筋骨痿痹或筋骨拘挛

至利腰膝疼痛
至利腰膝疼痛
至利腰膝疼痛
至利腰膝疼痛
至利腰膝疼痛
至利腰膝疼痛

醫治整理
洗二相度
用黑龍散
十一再用
三再夾縛

腰骨 即脊骨十四椎
打損傷瘀聚凝結身
能也疼痛難忍腰筋
內歸附督骨治者立
脊筋全舒再令病人
矣內服補筋丸外貼
二膏

中国骨伤科学

凡人身上骨节疼痛
或手足麻木或半身不遂
或筋骨酸痛或腰膝痠痛
或筋骨痿痹或筋骨拘挛
或筋骨痿痹或筋骨拘挛
或筋骨痿痹或筋骨拘挛

至利腰膝疼痛
至利腰膝疼痛
至利腰膝疼痛
至利腰膝疼痛
至利腰膝疼痛
至利腰膝疼痛

次第口訣
三拔伸四成
風流散填底
散通
仍前

背骨 背者自復身大椎骨
一名脊骨一名脊骨
共二十一節下盡尻
其兩旁諸骨附接橫
生是風是受受天丁

主編

王和鳴

中国骨科科学

中国骨科科学

主编

中国骨伤科学
卷 九
骨 关 节 痹 痿 病 学

主 编 王和鸣
副主编 武春发
编 委 许书亮 陈问桓
林 帆 杜杏芝
绘 图 许书亮

广西科学技术出版社

中国骨伤科学
卷 九
骨关节痹痿病学

王和鸣主编

*

广西科学技术出版社出版
(南宁市西堤路14号)

广西新华书店发行
广西民族印刷厂印刷

*

开本 787×1092 1/16 印张 13 字数 286,000
1988年10月第1版 1988年10月第1次印刷
印 数：1—13,600 册

ISBN 7-80565-025-X 定价：4.00 元

R·10

《中国骨伤科学》编审委员会

名誉主任委员	胡熙明	尚天裕			
主任委员	韦以宗				
副主任委员	施杞	张安桢			
委	郭维淮	李同生	李国衡	刘柏龄	吴诚德
员	孙树椿	沈冯君	王和鸣	肖劲夫	樊春州
	林安侠	朱云龙			
秘 书 长	董福慧				
分 卷 编 委	(按姓氏笔划为序)				
	丁 锒	王菊芬	王绪辉	马振愚	韦贵康
	包尚恕	时光达	刘立铸	刘金华	朱显华
	许书亮	纪青山	苏宝恒	肖朝曦	沈志祥
	沈瀚荣	沈敦道	李尔年	李宗境	李怀鹏
	李声庠	陈向明	吴乃凤	吴学中	武春发
	赵光复	赵文海	姜明轩	梁 皓	奚 达
	诸方受	郭宪章	郭汉章	黄仲麒	温秀飞
	谢雅静	葛国梁	谭家祥	黎君若	樊景博
顾 问	白永波	季绍良	赵正宝	顾云伍	孟 和
	李经纬	郭春园	张希彬		
工 作 人 员	谢佩玲	陆建东	韦国荣	党广林	林毓汉
	余 飞	任丰涛	段朝霞	蓝耀忠	徐光耀
	沈茂荣				

序

中国传统骨伤科学,是中华民族在五千多年的文明史中积累发展起来的一门科学。由于这门科学有科学的理论,丰富的实践经验,在现代医疗中越来越显示其优越性,深受我国人民群众的欢迎,也引起国际医学界的重视。

解放前,由于社会因素,对这门学科缺乏系统的发掘整理,更缺乏同时代的科学渗透。因此,发展比较缓慢。解放后,特别是近几年来,由于党和政府制订了一系列促进科学文化(包括中医)发展的方针政策,形势发展较快,骨伤科界在整理发掘传统理论和经验方面取得了进步,在运用现代方法研究方面也取得了不少的成就,出现了可喜的局面。

一九八五年秋,骨伤科界响应党的号召,大力开展在职人员教育,采取多渠道办学培训人才。在广西壮族自治区人民政府支持下,创办了中医骨伤科函授学院。在韦以宗、施杞和张安祯等中年专家倡议下,得到了尚天裕等老一辈专家的支持,并组织了全国五十多位知名的骨伤科专家,组编这部《中国骨伤科学》。

我相信,这部书的出版发行,对骨伤科学继承发扬将会作出它应有的贡献,故欣以为序。



一九八六年十二月二十日
于北京

编写说明

一、《中国骨伤科学》共有十卷，即骨伤科基础理论，骨伤科诊断学，骨伤科治疗学，中国整骨手法学，骨伤科急救学，骨伤科内伤病学，骨折与关节脱位，筋、骨缝损伤学，骨关节痹痿病学和骨疾病学。

二、本书的编写根据本学科发展的方向，即要古为今用、洋为中用、继承发扬，力求编得富于中华民族传统医学特色，又富有临床、科研、教学实用价值。

三、本书读者对象主要是骨伤科医师以及攻读骨伤科专业的学生。因此，每章均列思考题。

四、整骨手法是治疗学内容。由于整骨手法是我国传统骨伤科学的重要特色，各家经验丰富，因此，编审委员会一致认为要以专册编写。

五、痹证和痿证，中国传统医学认为主要是筋的疾病，而运用手法、针灸和内外用药辨证论治。这些治疗方法，是在骨伤科基本理论指导下形成的，属骨伤科治疗学内容。因此，编审委员会认为属骨伤科学范畴，需专册论述。

六、本书由韦以宗医师和施杞医师负责全书编写大纲的设计，经集体讨论审定后分工编写。由韦以宗医师负责骨伤科基础理论、骨伤科诊断学、骨伤科治疗学、中国整骨手法学和筋骨缝损伤学的总编工作；由施杞医师负责骨折与关节脱位和骨伤科内伤病学的总编工作；由张安桢医师负责骨伤科急救学、骨关节痹痿病学和骨疾病学的总编工作。

七、本书总编单位为广西壮族自治区中医骨伤科研究所。

《中国骨伤科学》编审委员会

1986年12月

前 言

骨关节痹痿病学是研究防治人体骨关节及其周围筋肉发生疼痛麻木或萎弱不用的一门学科。骨关节痹证和痿证是骨伤科的多发病与常见病,但以往缺乏系统的研究与整理,本书的编写将填补这一方面的空白。

本书分为上、下两篇,共九章,基本上概括了有关骨关节痹痿病患的全貌。绪论、上篇痹证第四章骨痹、第五章皮痹与下篇痿证由福建中医学院王和鸣副教授执笔,第一章痹证概述由北京中医学院武春发副教授与杜杏芝主治医师执笔,第二章关节痹证与第三章肌痹与筋痹由陈问桓、林帆两位硕士研究生协助王和鸣编写,插图系由福建中医学院许书亮副教授绘制。

本书完稿后经福建中医学院张安祯教授审定,并邀请施杞、刘伯龄、韦以宗、肖劲夫、沈冯君等国内著名骨伤科专家参加定稿。

本书编写过程中注意继承中医传统,同时推陈出新,汇现代有关精华于一炉。可供高等医药院校作为骨伤科专业教材使用,也可供临床医师参考应用。书中可能存在遗误之处,恳请骨伤科专家及同道不吝赐教,以便今后进一步修订。

编 者

1987年12月

目 录

绪论 骨关节痹痿病学发展概况	王和鸣 (1)
----------------	---------

上篇 痹 证

第一章 概述	武春发、杜杏芝 (4)
第一节 行痹	(5)
第二节 痛痹	(7)
第三节 着痹	(9)
第四节 热痹	(11)
第五节 瘀血痹	(12)
第六节 尪痹	(14)
第二章 关节痹证	王和鸣、陈问桓、林帆 (18)
第一节 风湿性关节炎	(18)
第二节 类风湿性关节炎	(23)
第三节 痛风性关节炎	(30)
第四节 增生性关节炎	(36)
第五节 创伤性关节炎	(41)
第六节 血友病性关节炎	(44)
第七节 神经性关节病	(48)
第八节 关节内游离体	(52)
第九节 关节滑膜炎	(55)
第三章 肌痹与筋痹	王和鸣、陈问桓、林帆 (60)
第一节 肌肉风湿病	(60)
第二节 外伤性骨化性肌炎	(63)
第三节 胸廓出口综合征	(66)
第四节 梨状肌综合征	(69)
第五节 慢性腰部劳损	(73)
第四章 骨痹	王和鸣 (78)
第一节 骨软骨炎	(78)
第二节 肋软骨炎	(82)
第三节 致密性骨炎	(85)
第四节 氟骨病	(87)

第五节 大骨节病	(91)
第五章 皮痹(硬皮病)	王和鸣 (95)

下篇 痿 证

第六章 概述	王和鸣 (99)
第七章 痿躄	王和鸣 (108)
第一节 多发性神经炎	(108)
第二节 皮炎	(112)
第八章 脉痿与筋痿	王和鸣 (116)
第一节 缺血性肌挛缩症	(116)
第二节 斜颈(胸锁乳突肌挛缩症)	(121)
第三节 手部内在肌挛缩症	(124)
第四节 掌腱膜挛缩症	(127)
第五节 髂胫束挛缩症	(129)
第六节 关节挛缩症	(132)
第九章 肉痿	王和鸣 (137)
第一节 小儿麻痹症	(137)
第二节 脑性瘫痪	(142)
第三节 偏瘫	(146)
第四节 截瘫	(149)
第五节 单瘫	(153)
第六节 肌病性瘫痪	(159)
第七节 肌萎缩	(163)
第十章 骨痿	王和鸣 (170)
第一节 脆骨病	(170)
第二节 佝偻病	(173)
第三节 骨软化病	(176)
第四节 骨质疏松症(骨萎缩)	(179)
附方索引(按笔画顺序排列)	(184)
参考文献	(194)

· 绪论 骨关节痹痿病学发展概况

骨关节痹痿病学是研究防治人体骨关节及其周围软组织因风寒湿邪侵入、损伤积瘀或肾气不足等引起疼痛麻木或萎弱不用的一门科学。

祖国医学很早就对痹、痿病有所认识。早在春秋战国时代,《素问·痹论篇》就指出,痹证是由于风寒湿邪侵入而发病,按邪气的偏胜分为行痹、痛痹、着痹等;因四时季节与所伤部位之异,分为骨痹、筋痹、脉痹、肌痹、皮痹等;以病邪深入,内传五脏六腑,分为肺痹、心痹、肝痹、肾痹、脾痹以及肠痹、胞痹等。《灵枢·贼风》篇认为,痹证的发病与外伤关系密切,伤后“恶血”停聚于肌内筋骨之间,气血运行阻闭,人体防御机能丧失,易受风寒湿邪侵犯,恶血与外邪相袭,则发为痹证。《素问·痿论篇》对痿证的病因病机作了阐述,将痿证分为皮、脉、筋、肉、骨五痿,在治疗上提出“治痿独取阳明”的重要法则。并指出针刺治痿应采取“各补其荣而通其俞,调其虚实,和其逆顺”的原则。《吕氏春秋·尽数篇》说:“流水不腐,户枢不蝼,动也,形气亦然。形不动则精不流,精不流则气郁,郁处头则为肿为风,……处足则为痿为蹇。”指出肢体不运动可导致痹痿病,并在《古乐篇》主张“舞以宣导之”,即采取导引练功的方法治疗。

汉代张仲景《金匱要略》以湿痹、风湿、历节等分论痹证。在《中风历节病脉证并治》篇中描述了历节的临床表现为“不可屈伸”,“其痛如掣”,“诸肢疼痛,身体尪羸,脚肿如脱。”其治痹的许多处方,如甘草附子汤、乌头汤、桂枝芍药知母汤等,迄今仍为临床所常用,张仲景《伤寒论》还论述了伤寒吐下后复发汗,阴阳气血俱虚,不能濡养筋脉,日久而成痿的病理机制。长沙马王堆汉墓出土的《帛书导引图》形象地描绘了治疗痹痿病的导引练功法。汉末著名的医学家华佗强调指出:“人体欲得劳动,但不当使极耳,动摇则谷气得消,血脉流通,病不得生,譬犹户枢不朽是也。”同时还将古人的导引总结为“五禽戏”(见《三国志·魏书·方技传》)。这种重视运动,运用练功防病治病的观点,对骨关节痹痿病的治疗产生了深远的影响。

晋代是中国针灸学兴盛的时代,《内经》运用针灸治疗痹痿病的方法得到发展。皇甫谧《针灸甲乙经》是这一时期的代表作。该书详细地描述各种痹、痿证的症状与针灸选穴。后世医家针灸治疗痹痿,多以其为准绳。此外,王叔和《脉经》治疗痹痛采用“以药熨之,摩以风膏,灸诸风穴”的综合疗法。葛洪《肘后备急方》治痹多以“摩膏”外用,如“丹参膏”、“莽草膏”等;酒制内服,如独活酒,金芽酒等。

隋代巢元方《诸病源候论》认为痹的发生乃因体虚、经络空虚、风邪在于筋所致,将痹证分为“风湿痹”、“历节风”、“贼风”、“风痹”、“风不仁”、“风冷”、“风四肢拘挛不得屈伸”等证候,同时详细描述各种证型的症状,如在《风湿痹候》中

载：“风湿痹病之状，或皮肤顽厚，或肌肉酸痛。”《历节风候》载：“历节风之状，短气自汗出，历节疼痛不可忍，屈伸不得是也。”巢元方还从外感内伤两方面分析痿证的病因，如在《风身体手足不随候》中指出：“手足不随者，由体虚腠理开，风气伤于脾胃之经络也。”脾主一身之肌肉，脾受风邪所侵，不能为胃通行水谷之气，故四肢肌肉失却濡养而成痿。治疗痹痿病所采用的“导引按摩法”在《诸病源候论》中亦详细地予以记载。

唐初孙思邈《备急千金要方》把痹、痿证均归入“诸风”中论述，称痿证为“偏枯”，将痹证分为风痹、湿痹、周痹、筋痹、脉痹、肌痹、皮痹、胞痹等，其主要临床表现为“形如风状，得脉别也，脉微涩，其证身体不仁”；同时载有“治诸风痹方”以及治疗痹痿的大、小续命汤等，为后人所袭用。盛唐时期，王焘《外台秘要》将痹证称为“白虎病”，因其疼痛剧烈，如虎之齿，故名之；治疗方面搜集了大量验方，诸如汤药、药酒、膏摩及灸法等。我国第一部中医骨伤科专著——蔺道人《仙授理伤续断秘方》强调跌仆劳损、筋骨错位容易遭受风邪侵犯，从而发生手足痹痿；其药方除给予活血化瘀、行气止痛的药外，还常用川椒、肉桂、干姜等辛热药物以温通经络，如“当归散”等。

宋代《圣济总录·诸痹门》指出痹痛发生的机理是气血郁滞，有阴阳之分，如骨痹属于寒证。金元四大家则从各自的学术观点出发，对痹痿病的病因病机及诊治方法作进一步的阐发。李东垣《脾胃论》认为脾主四肢，脾病则下流于肾，骨髓空虚，发为骨痿。刘河间《素问玄机原病式》认为，因热邪客于肾，气血不能宣通，乃生痹痿，张子和《儒门事亲·指风痹痿厥近世差玄说》将风、痹、痿、厥予以鉴别，同时对隋唐以来世人把上述四证均混入“风门”提出批评，认为这些病“本自不同，而近世不能辨，一概作风冷治之，下虚补之，所以旷日弥年而不愈，”他提出“痹病以湿热为源，风寒为兼，三气合而为痹”的观点，在痹病早期采用汗、下吐三法攻之。朱丹溪则弃《内经》“痹证”、张仲景“历节病”，王焘“白虎病”之称于不用，另立“痛风”之名。宋元时代医家创立了许多治疗痹、痿证的方剂，既有内服药方，也有淋、浴、熨、摩、贴的外用药方。《太平圣惠方》较多地采用了动物类药物，如蜈蚣、乌蛇、白花蛇、全蝎、地龙等，代表方如原蚕蛾散、蚬螂丸、蜂儿丸等。《圣济总录》认为，痹痿证出现肝肾亏损时，应以调补肝肾为主，如服“牛膝汤”。《丹溪心法》总结前人经验，提出“治风之法，初得之即顺气，及日久即当活血”的观点，将痿证分列为湿热，湿痰，气虚、白虚、瘀血五个证候论治，如湿痰用二陈汤加苍白术、黄柏、黄芩、竹沥、姜汁，气虚用四君子汤加黄芩、黄柏、苍术，血虚用四物汤和黄柏等；此外，还创立了治痿名方——虎潜丸等。刘河间在其“火热论”学术思想指导下，主张治疗痹、痿证应避免运用辛热药物以防劫伤阴血，若必要时可塞热药并用，以互相制约。他拟定的治痹方剂，如防风汤、茯苓汤、茯苓川芎汤、升麻汤等，沿袭至今。

明代，骨关节痹痿病的审因论治方法有所进步。明代张景岳《景岳全书》认为痹证“寒证多而热证少”，“有寒者宜从温热，有火者宜从清凉”；并认为痿证的病因不能“概从火论”，元气败伤亦可发病。李中梓《医宗必读》提出“治风先治血，血行风自灭”的观点，主张行痹应以散风为主，佐以祛寒除湿，参以补血之剂；痛痹以散寒为主，佐

以疏风燥湿，参以补火之剂，用大辛大热以释其寒；着痹以利湿为主，佐以祛风散寒，参以理脾补气，培土而胜湿。对于筋、脉、肌、皮、骨五痹，分别用防风汤，升麻汤、神效黄芪汤、秦艽地黄丸、五积散治疗；对于五脏之热所致痿证及兼夹湿热、湿痰、血虚、气虚，气血俱虚、食积、死血，实而有积、肾肝下虚等分别提出了治疗方案。杨清叟《外科集验方》对旧伤遇风寒湿邪而时发痹痛者，用回阳玉龙膏热酒调敷，内服搜损寻痛丸。王肯堂《证治准绳》重视情志，劳损等致痿的因素，分述五劳、五志、六淫各伤其脏而成皮、脉、筋、肉、骨五痿，从生理病理角度对“治痿独取阳明”的观点作了进一步阐发。

清代医学家注重从气血及脏腑病理变化的角度来认识骨关节痹痿病。喻嘉言《医门法律》强调痹证日久、关节变形、僵硬者“未可先治其痹，而应先养血气”；还指出小儿鹤膝风“非必为风寒湿所痹，多因先天所禀肾气衰薄，阴寒凝聚于腰膝而不解”。冯兆张《冯氏锦囊》也认为鹤膝风多属肾虚，因肾主骨，肾气衰弱则邪气乘之而得。叶天士《临症指南医案》对热痹的病因病机及治疗方法也有所阐述，提倡“急请阳明”的治则。在其《痿·邹滋九按》中明确指出痿证为“肝肾脾胃四经之病”。王清任《医林改错》提出“瘀血致痹”说，采用身痛逐瘀汤等方药治疗。唐容川《血证论》及张锡纯《医学衷中参西录》等对瘀致痹者，亦颇多见解。吴谦《医宗金鉴·痹病》将痹证分为“痹虚”、“痹实”两大证型，创立“增味五痹汤”治痹实，并根据病位予以加减化裁。王祖源《内功图说》还介绍运用“首功”、“肩功”、“背功”及“肾功”等练功方法防治人体各部位的痹痿病。

近百年来，西方医学对中国医学产生了相当大的影响。现代由于广泛应用化验室检查、X线检查及病理检查等手段，中医对痹痿病的认识也不断地深入。各种风湿性、类风湿性、增生性、创伤性、神经性、代谢性及缺血性骨关节病均可被列入痹证的范畴，而肢体各种组织(包括皮、脉、筋、肉、骨)的萎缩，废用、瘫痪，则可归入痿证讨论。因此，痹痿证的辨病与辨证已日趋精确，治疗方法亦愈加丰富。痹痿病主要发生在人体骨关节及其周围筋骨，是骨伤科常见病与多发病，掌握其病因病机及其诊治大法，对保障人民健康、保护劳动力，促进中国现代化建设，有十分积极的意义。

上篇 痹 证

第一章 概 述

痹者闭也，即闭阻不通的意思。骨关节痹证是指人体由于营卫失调，腠理空疏，正气虚弱，风寒湿热邪气侵入经络，凝滞关节，引起气血运行不畅，从而使肌肉、筋骨、关节发生麻木，重着、酸楚、疼痛、肿胀、屈伸不利，甚至关节僵直变形的一种病证。

痹证最早见于《素问·痹论篇》。后世称为历节病、白虎历节风、痛风等，虽然名称及分类方法不一，但基本上未超出《内经》范畴。目前多采用《内经》按病因与证候分类的方法，如行痹（即风痹）、痛痹（即寒痹）、着痹（即湿痹）、热痹、瘀血痹、尪痹等。

痹证包括现代医学所指的各种关节炎，以及人体运动结构——筋骨为主的各种痹痛。

骨伤科所研究的痹证多由急性或慢性损伤所致，或患者素有痹病，复加损伤，瘀血闭阻而使病情加剧，故其证候及治疗带有骨伤科的特点。骨关节痹证常见病因如下：

六淫侵袭 由外力引起的急慢性损伤或七情失调，导致全身或局部气滞血瘀，营卫失和，腠理空疏，易受外邪侵入。正如《灵枢·贼风》记载：“若有所堕坠，恶血在内而不去。卒然喜怒不节，饮食不适，寒温不时，腠理闲而不通。其开而遇风寒，则气血凝结，与故邪相袭，则为寒痹。”

湿邪伤人 《素问·至真要大论篇》曰：“诸痉项强，皆属于湿。”《素问·阴阳应象大论篇》曰：“地之湿气，感则害皮肉筋脉。”同时与脾胃关系密切。脾虚不能化湿，湿邪壅阻为患。

风邪伤人 《素问·风论篇》曰：“风者善行而数变”。风邪侵入人体，郁气游走不定，故疼痛无定处，时轻时重，或出现放射性闪电样、蚁行样疼痛。

热邪伤人 来自六淫之热邪，或来自机体内部失调产生的内热之邪气。六淫之邪入里化热，热邪壅盛，筋脉不通可发为痹证。饮食不节可积食化热，或内损外伤失血过多，阴血亏损，阳气亢胜，“阳胜则热”，亦可发为痹证。

慢性损伤 经络受损，血溢脉外，形成瘀血，恶血，或因气滞而血瘀，邪滞脉内，均可影响气血津液的正常运行，使局部功能营养失调，卫外功能减退或丧失，容易被风寒湿热等邪气侵袭，导致瘀血痹证。

体质虚弱或慢性劳损 肝肾阴虚，气血失调，营卫不固，风寒湿热等六淫邪气乘虚

而入，附骨阻滞于关节，日久耗正，形成以关节肿胀变形、疼痛、功能障碍为主证的尪痹。

痹证主要根据体质，急慢性损伤后瘀血、伤筋程度及风寒湿热六淫侵犯具体情况进行辨证。风寒湿痹都有关节疼痛，局部肿胀，但无热灼感、皮肤焮红之征。表现为窜痛、放射痛、游走痛者为行痹；疼痛剧烈，痛有定处，遇冷加重，得热减轻者为痛痹；关节酸痛漫肿，皮肤麻木不仁，身体重困者为着痹；局部红肿热痛为主证者为热痹；局部皮肤青暗或紫暗，出现紫斑或瘀肿，复感外邪，形成关节肿胀疼痛者为瘀血痹；关节肿大变形、肌肉消瘦者为尪痹。

施治则要根据不同症状、不同情况区别对待。行痹要祛风，佐以活血之品，以达到“血行风自灭”的目的。痛痹必得散寒通络，着痹应祛湿，热痹要清热，但对体弱和后期要适当配伍扶正之剂。瘀血痹要以活血化瘀为主。尪痹除参用以上治法之外，重在补肝肾、健脾胃、活血通络。总之，对痹证多采用综合治疗方法，如内外用药、理筋手法、针灸、导引等等。

第一节 行 痹

【定义】 风寒湿三气杂至合而为痹，以风气胜者为行痹。行痹的主要特点是肢节筋骨、肌肉疼痛，呈游走性。

【沿革】 《素问·痹论篇》对本病的病因病理、证候分类及其演变的论述，奠定了中医对痹证的认识基础。汉代张仲景《金匮要略·中风历节病脉证并治》篇提出血虚风扰、风血相搏的发病机理。明代李中梓《医宗必读·痹》对行痹的治疗提出“治风先治血，血行风自灭”的观点，对临床有重要指导意义。

【病因病理】 人体是由脏腑经络、筋骨气血与津液等共同组成的一个有机整体，它们之间具有相互联系、相互依存、相互制约的密切关系，在生理、病理方面也有密切联系。急慢性损伤造成肌体肝肾阴虚，脾胃不健，营卫不和，腠理开泄失常，如复感风邪，邪气流窜经络，闭阻筋脉，则成行痹。风为阳邪，其性轻扬，善行而数变，故患病后呈现肢节或背脊游走不定的疼痛，并常见恶风、发热、汗出、脉浮或浮弦等表证。

【临床表现】 初期局部疼痛肿胀，关节屈伸不利。中期和后期往往出现关节僵硬，肢体消瘦，畏寒恶风，阴雨天加重。疼痛部位走窜不定，或伴麻木。全身出现发热、汗出，昼轻夜重、舌苔白，脉浮或浮弦。急性期与活动期，可出现血沉增快，抗溶血性链球菌素“O”增高。病情重者，可伴有血色素低、红细胞下降。

【辨证诊断】

1. 血瘀风袭型 撞击扭挫、压轧跌仆，筋骨肌肤血溢脉外，形成瘀肿，伤处疼痛，关节不利，活动受限。兼挟风邪侵袭，则疼痛游走不定，忽聚忽散，恶风畏冷，遇风痛剧。舌青紫或见瘀斑，脉浮弦。

2. 风热型 瘀久化热，关节红肿热痛，喜凉怕热，汗出，苔薄黄，脉浮数。

3. 风邪挟湿型 胸闷脘胀、头痛头胀如裹，便溏，舌苔腻、脉濡。或兼口苦、咽干、胁满闷不舒、喜太息、脉弦等症。

诊断要点：有明显的急慢性外伤史。功能受限，或局部肿胀疼痛，部位不固定，时重时轻，每遇阴雨寒冷加剧，脉浮弦苔白。化验检查血沉快，抗溶血性链球菌素“O”增高。

【治疗方法】

1. 药物治疗

(1) 血瘀风袭型

治则：活血通络，散风止痛

方药：防风汤加减。瘀血重者加桃仁、红花、苏木、水蛭、穿山甲；上肢疼痛重者可加川芎、姜黄、桂枝；下肢疼痛重者可加独活、牛膝、木瓜；腰背疼者加川断、杜仲、桑寄生；胸部痛重或兼肝郁气滞者加柴胡、郁金、青陈皮。

(2) 风热型

治则：和营通络，清热宣痹。

方药：桂枝芍药知母汤加减。风胜加秦艽、羌活、独活；热胜加黄芩、黄柏、梔子、忍冬藤；瘀重加桃仁、红花、苏木。

(3) 风邪挟湿型

治则：祛风除湿，通络止痛。

方药：乌药顺气散。若兼寒，可用如意通圣散加减；若兼湿热，可用桂枝芍药知母汤加苍术、炒白术、薏苡仁、藿香等宣散燥湿之品。

此外，还可应用风湿膏、麝香虎骨膏等白膏药，或狗皮膏、金不换膏等黑膏药贴敷患处。以及骨科腾洗药、薰药等外用。

2. 针灸疗法 针灸以局部取穴为主。下颌关节取下关、合谷、风池穴。脊柱关节取相应夹脊穴、殷门、委中、大椎穴。肩关节取肩髃、肩髃、合谷穴。肘关节取曲池、少海、天井穴。手指、腕关节取阳池、中泉、大陵、八邪穴。膝关节取阳陵泉、梁丘、鹤顶穴。踝关节取解溪、丘墟、太溪穴。趾关节取八风穴。

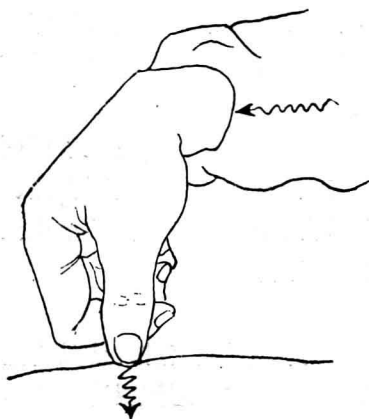


图1 点穴法

还可应用皮肤针轻叩、以皮肤微微发红为度，达到祛风通络止痛的目的。

3. 理筋手法 伴有明显关节功能障碍者，选用躯干上下肢点穴法（图1）、活节展筋法（图2）及舒筋法（图3）；有轻微关节功能障碍者，选用躯干上下肢点穴、舒筋法。可配合骨友灵、按摩乳、松节油等酊剂按揉局部。

4. 预防与护理 防感冒，避风寒，室内应阳光充足，空气新鲜。饮食应清淡富有营养。要有战胜疾病的坚强信心与乐观主义精神。急性期需注意休息，缓解期应加强功能锻炼。

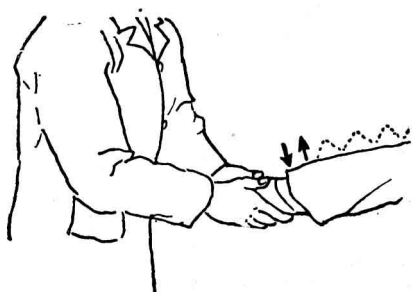


图2 活节展筋法

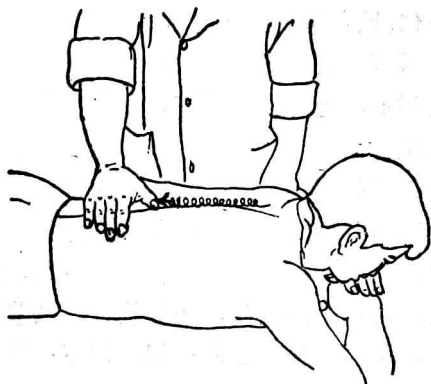


图3 舒筋法

第二节 痛 痹

【定义】 风寒湿邪侵袭人体，以寒邪偏胜形成的痹证谓痛痹。其特点是疼痛剧烈，痛有定处，得热则缓，遇冷加重。

【沿革】 《素问·痹论篇》曰：“寒气胜者为痛痹”，明确指出寒邪为痛痹的发病原因。汉代张仲景在《金匱要略·中风历节病脉证并治》篇提出：“病历节不可屈伸、疼痛、乌头汤主之。”介绍治痛痹以散寒祛湿为主的方剂。明代在病因方面有内伤之说，强调致痹的内在因素；在治疗方面，李中梓《医宗必读》提出：“治痛痹者，散寒为主，疏风燥湿，仍不可缺，大抵参以补火之剂，非大辛大温，不能释其凝寒之害也。”清代在治疗方法上强调辨证施治，灵活变通，不落俗套。俞嘉言《医门法律》特别指出：若见痹证皆以散风治者，医之罪也。历代医家对痛痹的病因、临床表现、治疗方法都作了详细观察和记载，对我们研究痛痹有重要的指导作用。

【病因病理】 寒凝气血，不通则痛。寒为阴邪，易伤阳气，阳气虚损，气血无以温煦鼓动，血涩不畅，客于肌表，滞于经络、筋骨、关节、肌肉，故肿胀、疼痛、屈伸不利、功能活动受限。得热助阳，寒邪疏散，气血较为流畅，疼痛缓解；遇冷助阴，寒聚而凝滞不通，疼痛加重。

寒邪有外感六淫之寒邪，也有素体阳虚、脾胃不健、肝肾方损、先天禀赋不足、后天失于调养以及损伤后内生之寒邪。

此外，外来暴力如撞击、强力扭转，牵拉压迫、跌扑等，直接作用于体表，使经络、肌肉、筋骨、关节受到损伤，脏腑功能活动受到影响，气血瘀阻，阳气不振，或伤患部暴露，寒邪直中，均可形成痛痹。

寒与风兼并可形成风寒型痛痹，寒与湿兼并可形成寒湿型痛痹。