

脏腑风湿论

主 编

仝小林

副主编

黄飞剑 杨映映 沈仕伟

周毅德 林轶群

ZANGFU
FENGSHILUN

上海科学技术出版社



脏腑风湿论

主 编 仝小林

副主编 黄飞剑 杨映映 沈仕伟

周毅德 林轶群

上海科学技术出版社

内 容 提 要

本书是全小林教授在《黄帝内经》“伏邪”和“痹证”理论上所提出的“脏腑风湿”新学说。该学说强调风寒湿邪既可通过侵袭五体而渐传脏腑,亦可通过口鼻等官窍直袭脏腑,最终盘踞脏腑形成“伏邪”,日久成痰、成瘀、成毒,进而形成多种复杂且缠绵难愈的疾病,此类疾病即为“脏腑风湿病”。在临床中治疗此类疾病考虑运用扶正透表、祛风除湿之法,往往可获佳效。

本书从肺系、心系、脾胃系、肝系、衍系、澹系、顶焦、皮肤、肢体 9 个方面系统地介绍了脏腑风湿病,明确了脏腑风湿的概念,详细介绍了脏腑风湿的论治范围,结合各学科专家的临床经验,选择了最具代表性的一些疾病,并分而论之,附以医理分析和病案,较好地将理论和临床相结合,便于中医从业人员理解,并利于实践运用提高疗效。

本书可供中医临床工作者以及中医院校师生参考使用。

图书在版编目(CIP)数据

脏腑风湿论 / 全小林主编. —上海: 上海科学技术出版社, 2020.4

ISBN 978 - 7 - 5478 - 4784 - 8

I. ①脏… II. ①全… III. ①脏腑病证—风湿性疾病—辨证论治 IV. ①R25

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2020)第 025177 号

脏腑风湿论

主编 全小林

上海世纪出版(集团)有限公司 出版、发行
上海科学技术出版社
(上海钦州南路 71 号 邮政编码 200235 www.sstp.cn)

印刷

开本 787×1092 1/16 印张 15

字数 300 千字

2020 年 4 月第 1 版 2020 年 4 月第 1 次印刷

ISBN 978 - 7 - 5478 - 4784 - 8/R · 2016

定价: 68.00 元

本书如有缺页、错装或坏损等严重质量问题, 请向工厂联系调换

编 委 会

主 编 仝小林

副主编 黄飞剑 杨映映 沈仕伟 周毅德 林轶群

编 委(以姓氏拼音为序)

安化捷	陈如枫	丁齐又	苟筱雯	顾 勤
何莉莎	焦 娟	李 娜	李青伟	李 深
李修洋	林家冉	刘 晟	刘童童	刘新敏
刘彦汶	聂玉婷	曲圣元	邵建柱	宋珏娴
宋 坪	宋庆桥	唐 爽	王 蕾	王 强
王 青	王若伊	王天铭	王新苗	王翼天
魏秀秀	吴 皓	于 杰	张海宇	张佳敏
张 婧	张莉莉	张晓彤	张 寅	赵林华
郑冬雪	朱鹏飞			

作者简介

仝小林,中国科学院院士,中国中医科学院首席研究员。北京中医药大学、广州中医药大学教授、博士生导师,长春中医药大学客座教授、博士生导师,浙江大学、南京中医药大学、香港东华三院客座教授。兼任国家中医临床研究基地中医药防治糖尿病临床研究联盟主任委员、中华中医药学会糖尿病分会名誉主任委员、世界中医药学会联合会内分泌专业委员会会长、中华中医药学会方药量效研究分会主任委员等社会职务。

仝小林长期致力于中医药的传承与创新,构建了“核心病机—分类—分期—分证”的中医诊疗新体系和“方药量效”研究的理论框架,搭建了现代疾病与中医证候、宏观证候与微观指标之间的桥梁,实现了中医与西医之间的有效对接。主持编写了《糖尿病中医防治指南》及《糖尿病中医防治国家标准》,主编了《糖络杂病论》《重剂起沉疴》《疑难病中医治疗及研究》《中医博士临证精华》《SARS 中医诊疗与研究》等医学著作 10 余部,发表了学术论文 300 余篇。荣获何梁何利科学与技术进步奖、国家科技进步奖二等奖 2 项;中华中医药学会科学技术奖一等奖 2 项、二等奖 2 项、三等奖 2 项;中国中西医结合学会一等奖 1 项等。获得了“中医药高等学校教学名师”等荣誉称号;先后培养硕士、博士、博士后 130 余人。其所主持的糖尿病研究取得系列成果,形成首部《国际中医药糖尿病诊疗指南》,亦推动了中医药的国际化与规范化。主持制定的《经方临床用量策略专家共识》成为全球中医使用经方和开发国家经典名方折算剂量的重要依据,为方药量效学科的建立奠定了基础。

仝小林长期从事临床一线工作,以服务 and 帮助患者为使命,致力于探索和解决临床疑难问题。他医德高尚,医术精湛,在患者中享有盛誉。他以糖尿病和“方药量效”研究为示范,促进了传统中医与现代医学的对接融合,为重大慢病防控和中医药研究现代化、科学化、国际化做出了突出贡献。

自序

临床有一类疾病，缠绵难愈，每遇外感而加重，比如慢性阻塞性肺疾病、风湿性心脏病、慢性肾小球肾炎等。然而，由于十几年甚至几十年的漫长病程，许多医生完全忘记了外感和此类疾病的原始关联！患者得了感冒就治感冒，合并感染就抗感染，完全没有意识到此时的外感是疾病加重的诱因，发作期乃是透邪的最佳时期！更谈不上能够辨识此类疾病就是“脏腑风湿病”！其他如硬皮病、皮炎/多发性肌炎、类风湿关节炎、系统性红斑狼疮、干燥综合征、ANCA相关性小血管炎、过敏性紫癜、白塞综合征、银屑病、格林巴利综合征、脱髓鞘病、萎缩性脊髓侧索硬化症、胶质瘤、哮喘、自身免疫性肝炎以及溃疡性结肠炎、子宫内膜异位症等疑难复杂性疾病，也都有类似的状况，即只顾当前，忘记初发。有趣的是，上述许多疑难病，西医把它归类为风湿病，中医把它叫作“痹证”，异曲同工。

中医治疗这类疑难复杂性疾病，有一定优势。其优势在于改善环境，在于抓住了这些疾病的共同源头——风寒湿。今天，我们重温《素问·痹论》，仍然会感受其伟大与震撼。这篇文章主要指出以下几个关键点：一是痹证的病因是风寒湿邪。“风寒湿三气杂至，合而为痹也”“不与风寒湿气合，故不为痹”。二是脏腑痹的病因是反复感受风寒湿之邪气。“内舍五脏六腑，何气使然……所谓痹者，各以其时，重感于风寒湿之气也”。三是各脏腑痹，有其独特的证候特征。“凡痹之客五脏者，肺痹者，烦满、喘而呕。心痹者，脉不通，烦而心下鼓，暴上气而喘……肠痹者，数饮而出不得，中气喘争，时发飧泄。胞痹者，少腹膀胱按之内痛，若沃以汤，涩于小便，上为清涕”。四是饮食伤及肠胃，内生寒湿，是为腑痹形成之本。“饮食自倍，肠胃乃伤……其客于六腑者，何也……此亦其饮食居处，为其病本也。六腑亦各有俞，风寒湿气中其俞，而食饮应之，循俞而入，各舍其腑也”。五是指出调和荣卫是防治痹证的重要法则。“荣卫之气，亦令人痹乎……逆其气则病，从其气则愈”。六是脏腑痹的表现形式多样，除寒痹、湿痹外，也可表现为热痹、燥痹。“痹，或痛，或不痛，或不仁，或寒，或热，或燥，或湿……其寒者，阳气少，阴气多，与病相益，故寒也。其热者，阳气多，阴气少，病气胜，阳遭阴，故为痹热”。这里的“阳气少，阴气多”是指寒性体质，而“阳气多，阴气少”是指热性体质。换言之，热痹之因与寒痹之因相同，都是感受风寒湿邪。

但是发为热痹还是发为寒痹，则取决于体质。热性体质（阳），感受风寒湿邪（阴），“阳遭阴”，则发为热痹。由是观之，《素问·痹论》堪称痹证的奠基之作，也是对伏邪理论的经典论述。

脏腑风湿病，是指风寒湿邪直中脏腑或五体，留而不去，邪伏于脏腑而成痼疾，每遇外感引动伏邪，则病情加重的一类疾病。外感六淫皆可为伏邪，诚如刘恒瑞《伏邪新书》所云：“伏邪有伏燥，有伏寒，有伏风，有伏湿，有伏暑，有伏热。”但自《内经》以降，特别是明清，暑燥火之类的伏邪理论（伏气温病学说）得到了长足发展，而风寒湿之类的伏邪理论反隐而不现，此《脏腑风湿论》之所由来也。

脏腑风湿病的治法有以下特点：第一，外邪伏留，盘踞脏腑，反复发作，发作一次，病加一层，越久越虚。复感为透邪之机，可运用疏风、散热、透表、启玄、清络、散瘀、温阳、散寒、通经、润燥、补中、升阳、除湿、化痰、宣肺、布津等方法，适时透邪为要。第二，伏邪常与痰浊瘀毒交错混杂，而成顽疾。久病入络，可成积、成瘤、成癌，故需积极治络。第三，风寒湿三邪，寒最紧要，湿最缠绵。内湿与外湿狼狈为奸，则病益坚固。内湿源于脾，故调理脾胃，散寒除湿，实为治疗脏腑风湿病之第一大法，无湿则风不驻、寒易散矣。第四，发作期坚壁清野，缓解期扶正培本，以待战机。第五，始终要顾护阳气。脏腑风湿与伏气温病“伤阴贯穿始终”的主线恰好相反，其以伤阳为主线。发作一次，伤阳一次，最终走向阳气的衰败。

余早年读硕，1982年跟师于李济仁先生。先生擅治疑难杂证，尤擅痹证，其在风湿免疫性疾病诊治中的“痹痿通看，体脏互观”思想，是对《黄帝内经》理论的继承和重大发展，对复杂疑难的痹病、痿病治疗提供了新的思路，产生了深远影响。于是我的硕士论文，就选择了痹证方向，经过三年多的研究，我发表了“《内经》五体痹证探讨”的硕士论文（该文作为痹证研究的重要文献被《百年中医史》引用），并结合李老的临证经验，出版了和李老合著的《痹证通论》。三十六年，匆匆而过，随着临床积累，我对脏腑风湿病体会尤深。本书的出版，或可填补脏腑风湿理论和实践的不足。在此，我要感谢我的硕士、博士导师，首届国医大师李济仁、周仲瑛先生对我的精心培养，感谢杨映映、黄飞剑、沈仕伟、宋珏娴、顾勤、周毅德、林轶群等团队成员所做出的卓越工作。

最后，仅以此书献给我的母亲，一位抗美援朝的老兵，一位对我影响至深、心中充满大爱、对患者关怀备至的医生，一位八九岁患风湿性心脏病、最终因此病而仙逝的患者。

仝小林

2019年12月于北京知行斋

目 录

概述	001
肺系风湿病	010
总论	010
各论	014
支气管哮喘	014
支气管扩张症	020
变应性鼻炎	024
心系风湿病	030
总论	030
各论	033
风湿性心脏病	033
寒凝型高血压	039
脾胃系风湿病	047
总论	047
各论	052
消化性溃疡	052
肠易激综合征(腹泻型)	057
溃疡性结肠炎(寒湿型)	061
肝系风湿病	069
总论	069
各论	071

自身免疫性肝病	071
衍系风湿病	077
总论	077
各论	082
原发性痛经	082
月经后期	087
盆腔炎性疾病后遗症	092
洩系风湿病	100
总论	100
各论	104
肾病综合征	104
慢性肾小球肾炎	111
IgA 肾病	117
顶焦风湿病	125
总论	125
各论	130
顶焦风湿病之神系疾病	130
顶焦风湿病之髓系疾病	136
皮肤风湿病	146
总论	146
各论	149
银屑病	149
寒湿型慢性湿疹	154
特应性皮炎	161
雷诺病	166
肢体风湿病	173
总论	173
各论	177

尪痹——类风湿关节炎	177
骨痹——骨关节炎	181
皮痹——系统性硬化症	186
大傺——强直性脊柱炎	192
附篇	198
从“脏腑风湿”的角度辨治卵巢癌的初步探讨	198
经典名方在脏腑风湿病中的应用举隅	207
“三伏饮”疗法在“脏腑风湿病”防治中的应用	214
从“寒湿疫”角度探讨新型冠状病毒肺炎(COVID-19)的中医药防治策略	219

概 述

“脏腑风湿”是全小林在《黄帝内经》“伏邪”和“痹证”理论的基础上所提出来的一个新学说,该学说强调风寒湿邪既可通过侵袭五体而渐传脏腑,亦可通过口鼻等官窍直袭脏腑,最终盘踞脏腑形成“伏邪”,日久成痰、成瘀、成毒……进而形成多种复杂且缠绵难愈的疾病。全氏将这类疾病称为“脏腑风湿病”,现代社会常见且难治的风湿免疫性疾病中有一大部分属于此类。以下简要概述“脏腑风湿”的缘由及基本概念,以勾勒出“脏腑风湿”学说的基本轮廓,并为全书论述的展开提供理论基础。

一、“脏腑风湿”的缘起

(一)“伏邪”理论

1. “伏邪”简述 《内经》当中虽未提及“伏邪”二字,但字里行间无不映射着“伏邪”的内涵,对“因何而伏、所伏何邪、伏于何处、伏邪安发”这四个问题均做了较为明确的说明。关于“因何而伏”,即“伏邪”发生的前提,《素问·金匱真言论》言:“夫精者,身之本也,故藏于精者,春不病温。”《灵枢·百病始生》亦言:“风雨寒热不得虚,邪不能独伤人。卒然逢疾风暴雨而不病者,盖无虚。”因此,脏腑内虚、精气不足是邪气内伏的先决条件。

关于“所伏何邪”,《素问·生气通天论》提到:“春伤于风,邪气留连,乃为洞泄。夏伤于暑,秋为痲疟。秋伤于湿,上逆而咳,发为痿厥。冬伤于寒,春必温病。四时之气,更伤五脏。”再如《灵枢·贼风》:“黄帝曰:夫子言贼风邪气之伤人也,令人病焉,今有其不离屏蔽,不出室穴之中,卒然病者,非不离贼风邪气,其故何也?岐伯曰:此皆尝有所伤于湿气,藏于分肉之间,久而不去。”亦如《灵枢·五变》:“百疾之始期也,必生于风雨寒暑,循毫毛而入腠理,或复还,或留止,或为风肿汗出,或为消瘴,或为寒热,或为留痹,或为积聚,奇邪淫溢,不可胜数。”通过以上经文,我们可以清楚地看到,风、寒、暑、湿等诸多邪气皆可侵袭人体,留为“伏邪”。

关于“邪伏何处”,《灵枢·贼风》言“藏于血脉之中,分肉之间”;《灵枢·五变》言:“循毫毛而入腠理”;《灵枢·岁露论》言:“虚邪入客于骨而不发于外”;《素问·疟论》言:“温疟者,得之冬中于风寒,气藏于骨髓之中。”宋代韩祇和在《伤寒微旨论》中言道“其骨髓间郁结者,阳气为外邪所引,方得发泄”,亦认为寒气可郁结于骨髓之间。《素问·痹论》中亦明确指出风寒湿邪可内伏于筋、脉、肉、皮、骨,而发为五体痹,久而痹邪内传至脏腑可发为脏

腑痹。《灵枢·百病始生》更是阐述了外邪侵袭人体后的传变次序,如“虚邪之中人也,始于皮肤……留而不去,则传舍于络脉……留而不去,传舍于经……留而不去,传舍于输……留而不去,传舍于伏冲之脉……留而不去,传舍于肠胃……留而不去,传舍于肠胃之外募原之间,留著于脉,稽留而不去,息而成积。或著孙脉,或著络脉,或著经脉,或著输脉,或著于伏冲之脉,或著于膂筋,或著于肠胃之募原,上连于缓筋,邪气淫溢,不可胜论。”另外,宋代韩祗和在《素问·疟论》“此病藏于肾”及《灵枢·百病始生》“传舍于肠胃”等经文的启发下,明确提出伏邪可内传于脏腑,如“至小寒之后,立春以前,寒毒杀厉之气大行时,中于人则传在脏腑”。通过以上论述,可以看出两个问题:第一,邪气侵袭肌表,可直接伏留于五体肌腠,亦可向内传变,附着他处。第二,外来邪气可内伏于包括五脏六腑、四肢百骸在内的诸多部位。

关于“伏邪安发”,《伤寒论·伤寒例》载“寒毒藏于肌肤,至春变为温病,至夏变为暑病”。庞安时在《伤寒总病论》中指出“伏寒”更遇时邪,则会发为“温病”,如《素问·疟论》所言:“得之冬中于风寒,气藏于骨髓之中,至春则阳气大发,邪气不能自出,因遇大暑,脑髓烁,肌肉消,腠理发泄,或有所用力,邪气与汗皆出,此病藏于肾,其气先从内出之于外也。”金代张子和在《儒门事亲》中亦指出:“人之伤于寒也,热郁于内,浅则发,早为春温。若春不发,而重感于暑,则夏为热病。若夏不发,而重感于湿,则秋变为疟痢。若秋不发,而重感于寒,则冬为伤寒。故伤寒之气最深。”以上条文虽以“伏寒化温”而言,但通过以上论述,我们仍能清楚认识到“伏邪”再发与外邪引动密切相关。

2. “伏气温病”的大发展 在现存医籍中,最早提出“伏气”一词的是《伤寒论·平脉法》,其曰:“伏气之病,以意候之,今月之内,欲有伏气,假令旧有伏气,当须脉之。”“伏气”一词的提出,为“伤寒”与“温病”之间建立了桥梁,为温病理论的发展奠定了基础。但此处的“伏气”与温病理论中的“伏气”并非完全一致,在后世的发展过程中,温病学家为“伏气”理论注入了更多新元素、新内容^[1]。

《素问》多次强调“伏寒成温”,如《素问·热论》:“凡病伤寒而成温者,先夏至日者为病温,后夏至日者为病暑,暑当与汗皆出,勿止。”更由于温热病发病急,传变快,而为病家所惧,医家所重。因此“伏寒成温”学说为后世历代医家所推崇,晋代王叔和在此理论上提出“伏气”一词,并且指出“伏寒”可因时气而变温变暑;宋代庞安时提出“伏寒”可因时邪而变温成毒;宋代韩祗和提出“伏阳”学说。但金代刘完素则指出“伏寒”既发为热病,则应“直言热病,不言其寒也”,王履认为“伏寒成温”并非普遍现象,只是“偶不即发”而已。自此,医家逐渐意识到“伏气”理论并不能解释所有温病的发病情况,因此在发展《内经》伏邪理论的同时,思索着另外一类温病形式,即外感温热的情况。如庞安时提出“即时发病温者”与“伏寒成温者”是温病发病的两个方面;郭雍提出春时“三者之温”,即伏寒春发、春时自感与非节之疫;汪机提出“春之病温有三种不同”,即伏寒春发、重感湿温之气、春时感温,并认为“三者皆可名为温病,不必各立名色”。至明清时期,伏气温病与新感温病均得到了十足的发展,且互为羽翼,共同构建起温病学。

（二）“痹证”理论

1. “痹证”简述 《素问·痹论》是“痹证”理论的奠基之作，亦是经典之作，同时也是对“伏邪”理论的精要阐述。但现今谈起“痹证”，人们往往会联想到风湿病，更容易狭义地将其定义为肢体经络痹，即以肢体关节的疼痛、麻木、冰冷、酸楚等为主要临床表现的一类“五体”疾患。然而这只是狭义的“痹”，广义的痹病是指外邪在机体正气不足、卫外不固的基础上乘虚而入，以致脏腑经络的气血为之痹阻而产生的一系列疾病^[2]，如《中藏经·论痹》所言：“痹者闭也，五脏六腑感于邪气，乱于真气，闭而不仁，故曰痹也。”其包括《内经》所言之五体痹和五脏痹。

通过品读《素问·痹论》，可以发现以下几个要点：一是痹证的病因是风寒湿邪，即“风寒湿三气杂至，合而为痹也”。二是脏腑痹的发生是由于反复感受风寒湿邪而致，即“内舍五脏六腑，何气使然……所谓痹者，各以其时，重感于风寒湿之气也”。三是各脏腑痹有其独特的证候特征，如“凡痹之客五脏者，肺痹者，烦满喘而呕。心痹者，脉不通，烦而心下鼓，暴上气而喘……肠痹者，数饮而出不得，中气喘争，时发飧泄。胞痹者，少腹膀胱按之内痛，若沃以汤，涩于小便，上为清涕”。四是饮食伤于肠胃，内生寒湿，是腑痹形成之本，如“饮食自倍，肠胃乃伤……其客于六腑者，何也……此亦其饮食居处，为其病本也。六腑亦各有俞，风寒湿气中其俞，而食饮应之，循俞而入，各舍其腑也”。五是指出调和荣卫是防治痹证的重要法则，即“荣卫之气，亦令人痹乎……逆其气则病，从其气则愈，不与风寒湿气合，故不为痹”。六是痹的临床表现形式多样，除常见的“痛”“不仁”等“寒”痹、“湿”痹之候外，也可表现为“热”痹、“燥”痹。如“痹，或痛，或不痛，或不仁，或寒，或热，或燥，或湿……其寒者，阳气少，阴气多，与病相益，故寒也。其热者，阳气多，阴气少，病气盛，阳遭阴，故为痹热”。这里的“阳气少，阴气多”是指寒性体质，而“阳气多，阴气少”是指热性体质。换言之，热痹之因与寒痹之因相同，都是感受风寒湿邪。但是发为热痹还是发为寒痹，取决于体质。热性体质(阳)，感受风寒湿邪(阴)，“阳遭阴”，则发为热痹。

2. “五体痹-五脏痹”互观论治 “体脏互观”思想是李济仁针对痹病的治疗所提出的理论体系，强调五体和五脏在生理上相互联系，在病理上相互影响，因而在治疗痹病时不能只抓“五体”而忽略“五脏”。

(1) 五体痹与五脏痹概述：“五体”指皮、肌、脉、筋、骨，代表人体由浅入深的五个解剖层次。但相对脏腑而言，“五体”仍属于“表”的范畴。“痹”是病因病机的概念，如“风寒湿三气杂至合而为痹也”(《素问·痹论》)，“盖痹者，闭也，以血气为邪所闭不得通行而病也”(《岳景全书·风痹》)。因此，所谓“五体痹”即指风、寒、湿、热、毒等外邪在机体气血不足的基础上侵袭五体，进而导致这些部位的气血为之闭塞而产生一系列疾病，包括皮痹、肌痹、脉痹、筋痹、骨痹。五脏痹则指五体痹邪在五脏气血虚弱的基础上内传入侵，进而导致五脏部位的气血为之痹阻，甚至产生痰瘀等病理产物，进而形成的一系列病证，包括肺痹、脾痹、心痹、肝痹、肾痹。李济仁和全小林结合历代古籍文献，对五体痹和五脏痹的病因病机、临床表现做了系统研究。同时结合西医学的认知，指出发生于五体范畴的风湿病，可从“五体痹”角度论治，如弥漫性结缔组织病、脊柱关节病、退行性变、神经血管疾病、骨与

软骨病变等；发生于五体的风湿病内传累及脏腑时，可从“五脏痹”角度论治，如肺间质纤维化、风湿性心脏病、狼疮性肾炎、自身免疫性肝病等^[2,3]。

(2) 五体痹与五脏痹的临床表现：现代医家通过对《内经》《诸病源候论》《备急千金要方》等古籍的梳理，系统总结了五体痹与五脏痹的临床表现。简述如下。

五体痹^[2,4]：① 皮痹的主要临床表现为皮肤寒冷、肿胀、变厚、发黑，皮肤感觉迟钝、麻木不仁、发紧发硬，或伴有关节不利，寒热瘾疹等。② 肌痹的主要临床表现为肌肉疼痛、顽麻不仁，四肢痿软甚或手足不遂、关节不利等。③ 脉痹的主要临床表现为脉搏减弱或消失、发热、面色苍白、肌肉热极、四肢不利、关节红肿热痛等。④ 筋痹的主要临床表现为肢体拘挛、屈伸不利、关节疼痛等。⑤ 骨痹的主要临床表现为关节疼痛、肿胀、屈伸不利，骨重难举，骨髓酸痛，关节拘挛，步履艰难，甚或关节僵直不用等（骨痹和筋痹常相伴发生）。

五脏痹：古籍当中论述的五脏痹相关临床表现一般由两部分组成，一为其对应的五体痹症候，二为与其相关的脏腑症候。现仅将脏腑相关症候汇总如下^[2,5]：① 肺痹的主要临床表现为喘满烦呕，咳逆上气，喘息气促，胸闷气短，甚至昏塞等。② 脾痹的主要临床表现为肢体怠惰缓弱，肌肉萎缩，肌肤不仁，脘痞腹胀，饮食不下，呕吐痰涎等。③ 心痹的主要临床表现为心悸惊恐，气逆喘促，心胸烦闷，甚则精神恍惚，咽干叹息，心中微痛，时有腹胀不能饮食等。④ 肝痹的主要临床表现为两胁疼痛，夜卧多惊，胸胁胀满，少腹疼痛，多饮小便数，时有腹胀如鼓（如怀物之状）、腹水、腰痛足冷等。⑤ 肾痹的主要临床表现为腰痛，骨节酸痛、僵直、屈伸不利，甚者出现“尻以代踵，脊以代头”的严重脊柱关节变形，步履艰难，尿少浮肿等。

在此基础上，更有医家结合西医学，将五体痹、五脏痹跟现代疾病做了对接。五体痹^[6,7]：① 皮痹类似于系统性硬化病等皮下纤维组织病变。② 肌痹类似于多发性肌炎、皮肌炎、纤维肌痛、风湿性多肌痛等肌肉病变。③ 脉痹类似于血栓闭塞性脉管炎、多发性大动脉炎、结节性多动脉炎、巨细胞动脉炎等多种血管炎，以及雷诺病、动脉硬化、系统性红斑狼疮（其受累部位为小血管）等血管病变。④ 筋痹类似于坐骨神经痛、类风湿关节炎、强直性脊柱炎等神经、肌腱、滑膜病变。⑤ 骨痹类似于骨关节炎（包括风湿性关节炎）、强直性脊柱炎、类风湿关节炎（强直性脊柱炎的初始病变部位是肌肉附着点、类风湿性关节炎的初始病变部位是滑膜，两者日久皆可引起骨关节受累）等骨、软骨、关节病变。五脏痹^[8]：① 肺痹类似于弥漫性结缔组织病（类风湿关节炎、皮肌炎、干燥综合征等）累及肺脏而继发的肺间质纤维化，累及消化道出现的食管排空障碍，胃、十二指肠、小肠张力减低、蠕动缓慢等。② 脾痹类似于多发性肌炎、皮肌炎等其他弥漫性结缔组织病累及消化系统者，如系统性红斑狼疮胃肠损害可并发出血，白塞病肠壁或肠黏膜血管炎可造成腹泻、腹痛，系统性硬化症可引起胃肠道平滑肌或吞咽肌受损而出现吞咽困难、食管反流、胃炎、结肠炎等。③ 心痹类似于风湿性心脏病、风湿热并发心肌炎，以及血管炎或动脉硬化等其他血管疾病并发的心力衰竭或肺栓塞等。另外，系统性红斑狼疮、系统性硬化症、肌炎/皮肌炎等其他结缔组织病亦可引起心脏受累。④ 肝痹类似于纤维肌痛综合征、系统

性红斑狼疮合并的肝损害,类风湿关节炎并发的肝淀粉样变等。另外,其他结缔组织病出现肝损害,发生自身免疫性肝炎、胆汁淤积性肝硬化等时也类似于“肝痹”。⑤ 肾痹类似于强直性脊柱炎、氟骨病、大骨节病等。另外,有学者认为系统性红斑狼疮、干燥综合征等其他结缔组织病引起的肾损害(如狼疮肾炎)亦可从“肾痹”角度论治。

(3) 五体痹与五脏痹的互观论治:早在《内经》中就指出五体痹可内传脏腑而发为五脏痹,如《素问·痹论》所言:“皮痹不已,复感于邪,内舍于肺。”西医学也明确指发生于体表的风湿病(如弥漫性结缔组织病)可引起脏腑受累。通过上文的中西医论述,我们更是明显地看出五体痹发展为五脏痹的过程比《内经》中“一体”对“一脏”的阐述更加复杂多变,表现为“多体”对“多脏”的关系。另外,“五体痹”之间也存在传变关系,如系统性红斑狼疮(脉痹)可引起神经受累(筋痹)、肌肉受累(肌痹)、关节受累(筋骨痹)等。简单图示如下(尚未能全面展示体脏之间的复杂对应关系):

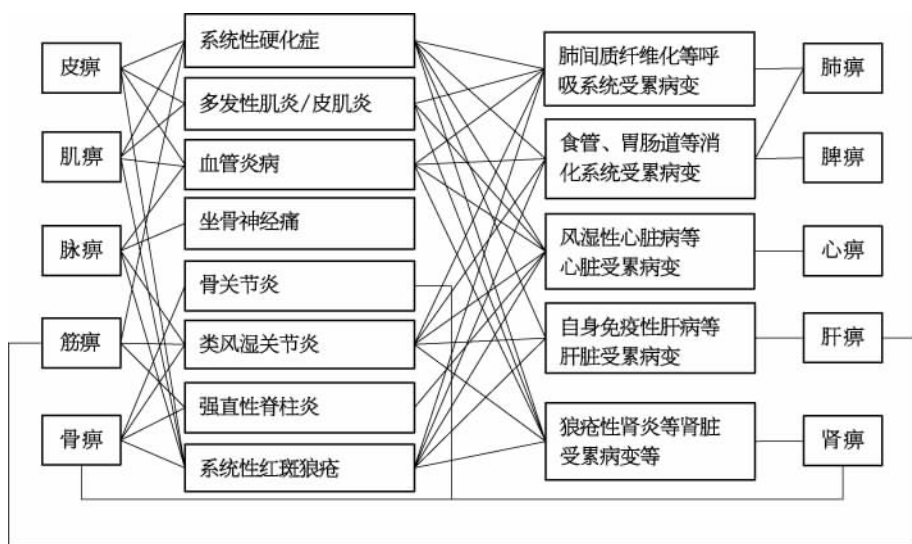


图 1-1 古代痹证与现代风湿免疫类疾病的主要对应关系

因此,李济仁指出五体为五脏之外延,五脏为五体之内合,他们在生理上相互联系,在病理上相互影响。故在治疗五体痹时一要积极祛除在表之邪,二要提前固护脏腑,防止痹邪内传。在治疗五脏痹时,一要积极调理脏腑(或补益,或通络,或化痰祛瘀等)托邪外出,二要疏通五体经络,给邪出路。

(三)“脏腑风湿”学说的提出

自《内经》以降,特别是明清时期,暑燥火之类的伏气温病发展尤速,然风寒湿之类的邪气内伏学说却销声匿迹。诚如上文所述,六淫邪气皆可内伏,尤其是“寒湿内伏”在伏邪致病中占有很大的比例。《伤寒论》和《金匱要略》中亦有大量方药为“伏寒”“伏湿”而设,如麻黄汤、麻黄细辛附子汤、麻杏薏甘汤、麻黄加术汤等。何况现代社会风湿免疫类疾病众多,而这些疾病与“寒湿内伏”密切相关。在这样的时代背景下,全氏在“伏邪”理论的基础上,结合“痹证”理论,提出了“脏腑风湿”学说。

二、“脏腑风湿”的释义

（一）脏腑风湿的内涵

脏腑风湿指人体感受风寒湿邪,或通过五体而内传脏腑,或通过官窍而直中脏腑,风寒湿邪留而不去,伏于脏腑而成痼疾。每于复感,伏邪引动,造成疾病的加重或反复。因脏腑风湿所致的疾病则称为脏腑风湿病,其不仅包括由五体痹发展而来的脏腑痹,如类风湿关节炎久治不愈引发的肺间质病变;亦包括由风寒湿邪直接侵袭脏腑而造成的疾病,如哮喘。而风寒湿邪尚未侵袭脏腑,仅停留于肢体官窍者,则不属于脏腑风湿病,但可依据脏腑风湿的理论和治法指导治疗,如过敏性鼻炎、银屑病等。

全氏指出脏腑风湿病的治法有以下特征:第一,外邪伏留,盘踞脏腑,反复发作,发作一次,病加一层,越久越虚。复感为透邪之机,可运用疏风、散热、透表、启玄、清络、散瘀、温阳、散寒、通经、润燥、补中、升阳、除湿、化痰、宣肺、布津等方法,适时以透邪为要。第二,伏邪常与痰浊瘀毒交错混杂,而成顽疾。久病入络,可成积、成瘤、成癌,故需积极治络。第三,风寒湿三邪,寒最紧要,湿最缠绵。内湿与外湿狼狈为奸,则病益坚固。内湿源于脾,故调理脾胃,散寒除湿,实为治疗脏腑风湿病之第一大法,所谓无湿则风不驻、寒易散矣。第四,发作期坚壁清野,缓解期扶正培本,以待战机。第五,始终要顾护阳气。脏腑风湿与伏气温病伤阴的主线恰好相反,以伤阳为主线,发作一次,伤阳一次,最终走向阳气的衰败。

（二）脏腑风湿的外延

风寒湿邪侵袭脏腑,盘踞日久,可发为脏腑风湿病。然就其致病途径,一者风寒湿通过侵袭五体,发为五体痹,久而内传脏腑,形成脏腑风湿(脏腑痹),盘踞脏腑之风寒湿反之也会影响肌表,导致五体痹的反复或加重;二者风寒湿通过官窍直中脏腑,其中以脾胃最为典型,日久亦会形成脏腑风湿,盘踞脏腑之风寒湿反之亦会波及肌表,造成五体风湿病的发生。

另外,有一类疾病在诊断上仅为五体风湿病,尚未波及脏腑。此类疾病虽不属于脏腑风湿病,但此类疾病中有脏腑受风寒湿侵袭诊断依据的,亦可从脏腑风湿的角度论治。如风湿性关节炎未波及心脏形成风心病,类风湿关节炎尚未波及肺脏引起肺间质病变,但在四诊时发现该患者舌苔白腻,大便溏薄,喜温喜暖等寒湿中阻的症候时,亦可从脏腑风湿角度论治。治疗时在外散风寒湿的同时,配合流转中气,用辛苦温药佐以甘淡之品,渗湿外出。因为,从中医角度而言,这类五体风湿病虽未波及心脏、肺脏,但波及脾胃,所谓“中央健则四旁通”,反之,四旁不通,则脾胃亦壅,寒湿郁瘀阻滞中焦,进一步也会加重四旁之病。

（三）脏腑风湿的病因病机^[9]

1. 外邪侵袭是必要外因 六淫侵袭是诸多疾病发生的始动因素,如《灵枢·百病始生》所云:“百病之始生也,皆生于风雨寒暑,清湿喜怒。”《素问·痹论》也强调了外感风寒湿是痹证发生的必要条件,风寒湿邪可留滞肌表关节,形成五体痹;又可盘踞脏腑,形成脏

腑痹。而由五体痹发展成脏腑痹的过程中,反复感邪则是重要因素。又如前文所述,“伏邪”的发生亦始于外邪侵袭。因此,脏腑风湿的发生始于反复感受外邪,并且其所感之邪不局限于风寒湿之六淫,也包含了疠气等外来毒邪。

2. 脏腑功能异常是重要基础 正气存内,邪不可干。若脏腑功能正常,气血调和,腠理致密,则机体不易受邪,如若受邪,也易祛除。但若先天禀赋不足,正气亏虚,或气血不和,腠理疏松,或脏腑功能异常,则极易感受外邪而导致疾病的发生。另外,脏腑痹的发生亦是在相关脏腑功能异常的基础上发生的,如“淫气忧思,痹聚在心”“淫气遗溺,痹聚在肾”“淫气喘息,痹聚在肺”。因此,脏腑功能异常是脏腑风湿发病的重要基础。

3. 邪气伏留是致病的关键 脏腑感受外邪,若能及时祛除,病或可愈。治不及时或治不得法,则病邪伏留体内,或盘踞某处,或流动循行,久而痹阻气血,更伤脏腑。脏腑功能低下,痰瘀等病理产物内生,伏邪与痰瘀等病理产物胶着混合,进而形成顽疾。因此,风寒湿等外邪伏留胶着是脏腑风湿形成的关键。

(四)“脏腑风湿”的论治范围

1. “四焦八系”概述 “四焦八系”是全氏对内科疾病的新型辨证方法,也是对人体构造的新型划分方法。四焦包括顶焦、上焦、中焦、下焦,八系包括顶焦之髓系、神系,上焦之心系、肺系,中焦之脾胃系、肝胆系,下焦之洩系、衍系。其中顶焦以刚柔辨证为总纲,上焦以气血辨证为总纲,中焦以升降辨证为总纲,下焦以阴阳辨证为总纲。顶焦以济(刚柔相济)为健,上焦以畅为要(气血周流),中焦以衡为顺(升降出入),下焦以平为期(阴平阳秘)。

2. 脏腑风湿的论治范围 通过以上论述可以看出,不仅脏腑风湿病可从脏腑风湿角度论治,如病毒性心肌炎、风湿性心脏病等一些与外感相关的疑难病,以及一些尚未波及脏腑的五体风湿病亦可从脏腑风湿的角度论治,如硬皮病(类似皮痹)、多发性大动脉炎(类似脉痹)、多发性肌炎(类似肌痹)、变应性鼻炎运动神经元病等^[10]。

以下简要列举与脏腑风湿有关的疾病。

表 1-1 与脏腑风湿有关的疾病

系 属	疾 病 名 称
髓系、神系	原发性中枢神经系统肿瘤、单纯疱疹性脑炎、朊蛋白病、格林巴利综合征、脱髓鞘病、运动神经元病等
心 系	风湿性心脏病、病毒性心肌炎、高血压等
肺 系	支气管哮喘、慢性支气管炎、变应性鼻炎、慢性阻塞性肺疾病、肺间质病变等
肝胆系	肝硬化、肝性脊髓病等
洩 系	IgA 肾病、紫癜性肾炎、ANCA 相关性小血管炎肾损害、狼疮性肾炎等
脾胃系	消化道溃疡、慢性胃肠炎、溃疡性结肠炎、肠易激综合征等
衍 系	痛经、产后关节痛、子宫内膜异位症、子宫腺肌症等