

中医痹证的病种范围及证治研究概况

朱钰叶

(陕西国际商贸学院, 陕西 咸阳 712046)

摘要: 通过结合现代中医药辨证论治方法, 对“痹证”范畴的病种, 如: 类风湿性关节炎、风湿热、原发性坐骨神经痛、骨质增生、血栓闭塞性脉管炎、多发性肌炎、硬皮病、布氏杆菌病、结节性红斑、硬结性红斑、结节性脉管炎以及系统性红斑狼疮等病进行归纳总结, 为痹证的理论研究和临床实践提供借鉴。

关键词: 痹证; 现代研究; 中医药治疗

中图分类号: R 255.6 文献标识码: A 文章编号: 1002-168X(2009)01-0076-03

痹证是中医临床常见疾病,《内经》阐述了痹证的病因、病机及辨证,后世医家进一步丰富了痹证辨证论治的理、法、方、药。本文将现代对痹证的病种范围以及证治的研究情况予以归纳总结。

1 中医药治疗类风湿性关节炎的研究

中医所言的痹证,特别是《内经》所论的“众痹”“久痹”“留久痹”“骨痹”等,与现代医学的类风湿性关节炎有着相类似的临床症状,后世将此病又称为“尪痹”^[1]。中医认为本病是以虚实夹杂为主要表现的虚损性疾病^[2]。在辨证分型上,常有虚实之分。虚痹包括有气血虚痹、阴虚痹、阳虚痹。实痹则有行痹、痛痹、著痹(以病因称作风痹、寒痹、湿痹)、热痹、顽痹五型^[3],其中热痹又分阳明热证、阴虚内热、湿热内盛。也有以急发期、稳定期来分型的,主张在急发期分热型、寒型、寒热错杂型,稳定期分肝肾亏虚型、挟瘀挟痰。

对于治疗该病,大多数医家主张在辨证论治的

基础上结合专药专方。有人^[4]就根据“肝主筋”、“肾主骨”的理论,将本病定位在肝肾,认为阳虚、阴虚为其本,挟风、挟寒、挟湿、挟热、挟瘀、挟痰为其标。而风寒湿热标象较急较重时,多以大秦艽汤为基本方;正虚邪实,重在治本兼祛其邪,以加减归芍地黄汤为基本方。亦有人^[3]根据“其本在肾”、“久痛入络”理论,主张补肾壮督以治其本,虫类药活血通络以治其标,拟益肾蠲痹丸,曾观察总结155例,痊愈率及显效率为71%,总有效率达96%。而在分型论治方面,从报道内容上看^[4],现代对于热痹(风热湿痹、湿热痹)的认识和治疗,不能拘于“风寒湿三气杂至合而成痹”之说,认为热痹为风寒湿郁而化热。

2 中医药治疗风湿热的研究

热痹者,因感受风湿热邪,或素体阳盛,虽感受风寒湿气,邪气从阳化热,热郁湿阻,气血经脉闭阻不通而成。临床表现常为疼痛剧烈,痛处红肿灼痛,身热口渴,尿少色黄,大便干燥,苔黄,脉数等为

究[J]. 中草药, 1996, 1(12): 15.

[8] 贵阳医学院骨折科研协作组. 中药“接骨II号”促进骨折愈合作用的实验观察[J]. 中华医学杂志, 1978, 58(11): 670.

[9] 甄华. 伤科集成仁[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1999: 1960.

[10] 张兆云. 综合利用杜仲的研究与开发[J]. 中国中医药信息杂志, 1996, 3(1): 15-1.

[11] 李献平, 王勤. 杜仲炮制前后补肾作用初探[J]. 中成药研究, 1999, (1): 15.

[12] 王志彬. 中药促进骨折愈合的研究现状[J]. 中国骨伤, 2001, 14(10): 612-613.

[13] 岑泽波. 中医伤科学[M]. 1版. 上海: 上海科学技术出版社, 1985: 249.

[14] 杨益. 促进骨折愈合的临床研究进展[J]. 中医正骨, 1994, 6(1): 42.

[15] 周铜水, 周荣汉. 楠蕨根茎脂溶性成份的研究[J]. 中

草药, 1994; 25(4): 175.

[16] J Rain 517, haik5- M C: elno D4 et al High close estrogen inhibits bone resorption and stimulates bone formation in the ovariectomized mouse[J]. Bone Miner 1993, 8(4): 435.

[17] 徐诗伦, 曾庆卓, 潘正兴, 等. 杜仲对细胞免疫功能的影响[J]. 中草药, 1985, 16(9): 399.

[18] 赵晖杜. 仲叶药理作用研究抗疲劳及愈伤作用国外医学[J]. 中医中药分册, 2000, 22.

[19] 王俊丽, 陈不铃. 杜仲的研究与应用[J]. 中草药, 1993, 24(12): 655.

[20] 刘小烛, 胡忠, 李英, 等. 杜仲皮中抗真细菌蛋白的分离和特性研究[J]. 云南植物研究, 1994, 16(4): 385-391.

[21] 韩中鹏. 骨折愈合的研究方向及进展[J]. 中医正骨, 2005, 17(10): 71-72.

(收稿日期: 2008-06-20)

其临床特征。

热痹相当于现代医学的急性风湿热病。在治疗急性风湿热病时,现代医家^[5]常采用白虎加桂枝汤为主方,酌加桑枝、秦艽、银花藤,热盛加寒水石等。而对于风湿热、风湿性心脏病这类病证,则以卫气营血辨证为主,因其基本病理是外邪由表入里,由卫入气、入营、入血。大多数发病已在气分或营血分,故以清气凉血解毒为治。在高热阶段,常以白虎汤为主方,加金银花、连翘、桑枝、牛膝、木瓜、防己、秦艽、桂枝、苍术、豨薟草、姜黄、西河柳;兼表证则加荆芥穗、薄荷、牛蒡子、豆豉;咽痛加桔梗、山豆根、马勃、射干、桔梗;高热加黄连、黄柏、栀子、紫雪丹;气营两燔阶段以清营汤、犀角地黄汤、清瘟败毒饮为主。

在西医诊断为风湿热的患者之中,也有属于风寒湿者,所以应以辨证为主要依据进行选方施治。风湿热患者多有发热症状,但发热不一定皆属热邪,湿热相合固多,寒湿郁而化热或阴虚内热者,亦复不少。对于中医辨证属寒湿痹者,即使见到高热,乃可用乌头汤加味,以治其本。

3 中医药治疗原发性坐骨神经痛的研究

《素问·长刺节论》所言:“病在筋,筋挛节痛,不可以行,名曰筋痹。”“筋痹”相当于现代医学的原发性坐骨神经痛。原发性坐骨神经痛是以筋经循行部位疼痛、麻木、拘挛为主要临床表现。治疗上应重在理筋,并可按常规筋痹论治^[6]。

此外,原发性坐骨神经痛常以腰椎、下肢持续性钝痛或刺痛、抽痛,常因天气变化、寒冷刺激、劳累等为诱因发作,发作时疼痛剧烈。以其局部无灼热,或自觉烧灼感而扪之不热,因此还可按风寒湿痹、顽痹进行论治。有人^[7]用桂枝芍药知母汤治疗本病有效,但用量宜重,否则病重药轻,难于奏效。也有人^[8]以马钱子为主药治疗坐骨神经痛及各种关节痛的。西医诊断为坐骨神经痛的患者,仍需辨证论治。多数人^[9]认为该病以气虚、血虚或肝肾亏虚为本。肝肾虚者,常用独活寄生汤;痛剧,改用张氏变通三痹汤;素体血虚者,须在温经散寒方中,加入养血通脉之品或用当归四逆汤为基础方,加木瓜;病久痛剧,痰瘀交阻,加桃仁、红花、五灵脂、丹参;伴腰痛及椎旁点明显压痛,加狗脊、续断;气虚者,用补中益气汤加白芍、木瓜、杜仲。

4 中医药治疗骨质增生病的研究

骨痹,其“病在骨,骨重不可举,骨髓酸痛,寒气至”(《素问·长刺节论》)。与现代的骨质增生病有着相同的症状,后世医家对该病常按“骨痹”的辨证原则进行诊治。骨质增生病多发于40岁以上年龄段,以疼痛无力为主症,受损关节以负重的

膝、脊柱为常见,无局部红肿或游走现象,也无全身症状,X线检查关节周围骨质有钙质沉着,关节边缘的骨外生骨疣。有人就根据“肝主筋”“肾主骨”“腰为肾之府”的理论,在治疗上主张以补肾养肝,辅以活血化瘀为基本治疗方法。对于症状消除有效,且对新骨质生成有抑制,但对已增生的骨质作用不明显^[10]。

5 用痹证的理法方药治疗其他疾病

5.1 血栓闭塞性脉管炎 《内经》认为脉痹是邪气“在于脉则血凝而不流”(《素问·痹论》)所致。由于心主血,“亦主脉,心气衰,则三气入脉,故名之曰脉痹”(马蒔《素问注证发微》注)。本病常以肢体疼痛,病位相对固定,遇寒痛甚,或见局部冷痛青紫,或脉络显露如蚯蚓状。如若邪郁化热,热蕴脉内,可有身热,局部赤紫,灼热疼痛为临床特征。

脉痹与现代医学的血栓闭塞性脉管炎有相类似的临床特征,血栓闭塞性脉管炎早、中期(局部缺血期、营养障碍期),表现为患肢发凉、麻木、疼痛、间歇性跛行者,而晚期(坏死期)似古代文献所称之“脱疽”,因此对于该病可以参照“脉痹”来进行辨证论治。有人^[11]将该病证分作阴虚毒热型、虚寒型、气血双亏型、血瘀型;也有^[12]分作热毒蕴结型和寒湿凝滞型的,前者治以养阴清热,解毒通络,用四妙勇安汤或知柏地黄汤、桃红四物汤加减;后者治以温经散寒、除湿蠲痹,方用当归四逆、真武汤加川、草乌等,配合外科处理,疗效满意。亦有人^[11]采用以活血化瘀为主的治法,随寒热见证加减用药。

5.2 多发性肌炎 肌痹是因寒湿浸渍于肌肉,“寒则血脉凝涩”,湿则肌肉濡渍,阻滞气血运行,使肌肉间的脉络闭阻不通,从而以肌肉疼痛或者肌肤顽麻不仁为主要临床特征。该痹证相当于现代医学的多发性肌炎。多发性肌炎是一种以对称性肌无力、肌萎缩和肌痛为主要表现的炎症性肌病。有人认为该病是以脾虚为本,肝血瘀阻,久病及肾,阴虚内热,应滋养肾阴,佐以益气、清热凉血活血通络为治^[13]。

5.3 系统性红斑狼疮 系统性红斑狼疮病虽然临床表现特别复杂,其症可累及多个脏腑,但是由于该病以多关节疼痛为主症,所以可按中医痹证来进行辨证论治。中医认为该病性质为本虚标实,郁热、火旺、风湿、瘀滞、积饮、水湿为标,脾肾阴虚血虚为本,发展到晚期则五脏与气血阴阳俱虚。据此有人^[14]认为本病在急性发作时,多属热痹,为风寒湿郁久化热,营卫不和,经络瘀阻,气血运行不畅,治以清热为主,佐以疏风化湿,活血通络,采用白虎桂枝汤加味;而在稳定期,多属行痹,为风寒湿外邪

阻于经络, 气血运行受阻, 治宜和营通络, 散寒利湿, 选用蠲痹汤加减。

5.4 布氏杆菌病 布氏杆菌病以关节疼痛为主要临床表现之一, 与《内经》记载的“痹证”有着相同的表现, 因此后世医家将其归属于痹证范畴, 并按虚痹进行论治。有人采用自拟的布Ⅱ号方(苍术、桂枝、五味子、甘草、生地、黄芪、大枣、小麦)治疗 512 例, 有效率达 90% 以上^[15]。还有人^[16]认为本病应属本虚标实之证。本虚主要责之于肾、肝、脾三脏虚损, 标实主要责于瘀血、痰湿阻滞, 由于肾、肝、脾不足, 气血亏虚, 精血不足, 外邪乘虚而入, 反复感邪, 而致气机不畅, 血行不利, 津液输布障碍, 终致瘀血、痰湿停留阻滞。因此在治疗上选用身痛逐瘀汤加减, 以补肾滋肝健脾, 益气养血填精治其本; 活血化瘀通络, 清热除湿止痛治其标, 标本兼治, 方可奏效。

5.5 结节性红斑、硬结性红斑及结节性脉管炎 现代医家在诊治结节性红斑、硬结性红斑及结节性脉管炎时, 常按“肌痹”来辨证论治。首都医院、中医研究院^[4]采用活血散瘀行气通络法治疗, 取得一定效果。常用桃红四物汤加丹参、鸡血藤、泽兰、牛膝、香附、青皮、海风藤等为主药; 结节焮红, 尿黄便秘, 舌红脉数者, 加入清热凉血解表之品, 如丹参、寒凝血脉者, 当散寒温经通络, 可加麻黄、桂枝; 瘀血入络者加山甲、山慈菇; 正气不足, 溃疡不敛者, 加党参、黄芪、熟地; 关节酸痛加秦艽、木瓜、灵仙、羌活。

5.6 硬皮病 皮痹是风寒湿邪乘肺卫不固而侵袭皮肤, 营卫运行受阻, 卫阳不温皮肤则皮寒, 营气不能荣养皮肤则不仁。因此本证以皮寒、不仁为其临床特征。“皮痹”相当于现代医学的硬皮病, 在辨证论治上后世医家常按“皮痹”来诊治, 指出该病多由肾阳不足, 气虚血瘀, 复感外邪, 阻于皮肤肌肉, 痹塞不通, 营卫失和所致。有人^[17]就主张治疗该病宜温经助阳, 调和营卫, 选用阳和汤、当归补血汤加川乌、细辛、二活、赤芍; 若肾阳虚者加巴戟天、肉苁蓉、淫羊藿; 血瘀阻络者加桃仁、红花、王不留行、赤芍; 若上肢症状重者加桑枝、鸡血藤; 下肢症状重者加牛膝、青风藤; 肌肤发热, 热毒内蕴者加金银花、连翘、丹皮。还有人^[18]认为此证为血痹络脉所致, 故以活血化瘀为主药的“通脉灵”方, 治疗局限性硬皮病 84 例, 疗效满意。有人^[17]还认为该病的主要病机是阳气亏虚, 邪毒阻络, 证属本虚标实, 治疗以益气温阳, 通络排邪, 以毒攻毒为总则。若以实邪阻滞为重者, 用麻黄汤合桂枝汤加减; 若瘀血阻络, 痰瘀互结者, 可用导痰汤合桃红四物汤加减; 若寒湿郁久化生毒热, 暗耗气血, 则用人参养荣汤加减; 此外, 还以温阳通络法、上病下取法、祛风

通痹法、舒肝解郁法、凉血解毒法、和胃降逆法、宽肠下气法、益气通络法、补肾通络法和以毒攻毒法加以对症治疗。

综上所述, 我们不难发现, 现代医学中与痹证相类似的疾病种类非常广, 尽管有些证型已被西医病名所代替, 但仍可以根据病邪留着的部位、邪正关系、寒热虚实、症候表现形式等方面的差异来进行辨证, 辨析出各种痹证的类型及病机, 从而确立相应的治则治法并评估预后情况。这对于临床上一些疑难病证的诊断与治疗无疑又是一种可以借鉴的方法。

参考文献

- [1] 谢邦永, 叶启铭. 《内经》论痹的特色概述 [J]. 福建中医药, 1994, 30(2): 17.
- [2] 刘健, 韩明向, 崔宜武, 等. 类风湿性关节炎中医证候学研究 [J]. 中国中医基础医学杂志, 1999, 5(11): 35-37.
- [3] 朱良春. 痹证研究回顾与展望 [J]. 山东中医杂志, 1994(2): 13.
- [4] 周伟. 类风湿关节炎的中西医结合治疗 [M]. 上海: 上海中医药大学出版社, 2001: 12-13.
- [5] 牟科媛, 周文生, 林芳花. 中医痹证与现代免疫学关系探析 [J]. 河南中医学院学报, 2004, 10(5): 37-39.
- [6] 王国忠. 痹证病类诊断探讨 [J]. 实用中医药杂志, 2002, 18(3): 46-47.
- [7] 徐谦德. 桂枝汤治疗原发性坐骨神经痛 27 例 [J]. 安徽中医临床杂志, 1997, (4): 193-194.
- [8] 谢忠诚, 周明辉. 治疗原发性坐骨神经痛 [J]. 四川中医, 1990, (11): 38.
- [9] 李晚山. 乌头汤加当归四逆汤治疗坐骨神经痛 74 例 [J]. 陕西中医, 1998, 19(2): 21.
- [10] 张玉芝. 活络益肾散治疗骨质增生 [J]. 江西中医药, 1996, (2): 103.
- [11] 朱寅圣. 血栓闭塞性脉管炎的临床分型 [J]. 时珍国医国药, 2005, 7: 68.
- [12] 鄢卫平, 蔡全意, 蔡静宜, 等. 中医治疗血栓闭塞性脉管炎 36 例临床观察 [J]. 甘肃中医, 2005, 18(9): 30.
- [13] 顾军花, 陈湘君. 皮肤炎和多发性肌炎的中医治疗概况 [J]. 辽宁中医杂志, 1996, (9): 430-431.
- [14] 刘青, 周俊娥, 张建中. 红斑狼疮亚型及其治疗 [J]. 中国全科医学, 2004, (12): 25.
- [15] 赵慧英. 中西医结合治疗布氏杆菌病的思路与方法 [J]. 内蒙古中医药, 2007, 26(3): 51.
- [16] 刘亚军, 赵倩. 身痛逐瘀汤加减治疗慢性布氏菌病 50 例临床观察 [J]. 中华医学研究杂志, 2005, 5(4): 357-358.
- [17] 张庆昌, 袁国强. 中医治疗硬皮病十三法 [J]. 中国中医药报, 2004, 10: 25.
- [18] 赵凯. 中西医结合论治系统性硬皮病 [J]. 上海中医药杂志, 2003, (2): 29-30.

(收稿日期 2008-09-10)