

· 综 述 ·

热痹的辨证论治

张永红¹, 李星星², 沙莎¹

(1. 河南省洛阳正骨医院, 河南 洛阳 471002;

2. 河南中医学院 2009 级硕士研究生, 河南 郑州 450008)

摘 要 热痹属中医学“痹证”之范畴。中医历代医家对风、寒、湿痹论述较多,而有关热痹的论述相对较少。但在临床上热痹病人并不少见,其病情变化快,关节肿痛症状明显,且致残率较高,故而了解热痹的证型特点并对其进行辨证施治就显得尤为重要。本文就热痹的病因病机、证型特点、辨证施治方法进行了综述。

关键词 热痹 辨证论治 清热祛湿 综述

热痹属中医学“痹证”之范畴。中医历代医家对风、寒、湿痹论述较多,而有关热痹的论述相对较少。但在临床上热痹病人并不少见,其病情变化快,关节肿痛症状明显,且致残率较高,故而了解热痹的证型特点并对其进行辨证施治就显得尤为重要。现就热痹的辨证论治综述如下。

1 热痹的病因病机

自秦汉以来,历代医家多遵循《内经》外感风寒湿之邪致病之说,至今对痹证病因的认识仍未冲破外感风寒湿学说之藩篱^[1]。热痹之名最早出自《内经》。《素问·四时刺逆从论》云:“厥阴有余病阴痹;不足病生热痹。”^[2]。张仲景用麻黄杏仁薏苡甘草汤治疗风湿化热之“一身尽疼,发热日晡所剧者”^[3],首创了热邪致痹的治疗大法。华佗在《中藏经》中首次提出“热痹”病名。可见,当时部分医家已对热痹有所了解,但受《素问·痹论》及当时历史条件所限,仍多从风、寒、湿邪论痹。

结合临床痹证特点,参考名家论述,我们认为机体正气不足、内有蕴热是热痹发生的内在基础,感受各种外邪是诱发条件。形成热痹的主要病因病机为:①风湿热邪直中肌肤,关节肿痛而发为热痹^[4];②风寒湿郁久化热,变生热毒致痹^[5];③阳盛阴衰,阴虚生热,瘀滞痹阻关节而成热痹^[6];④痰浊瘀血,痹阻经络,血脉滞涩不畅,瘀热致痹^[7-8]。

2 热痹的证型特点

除具有关节疼痛、肌肉肿胀等痹证的主症外,热痹还具有发病急骤、病情变化快、局部皮温较高、得冷则舒、发热、咽痛口渴、溲赤便秘、舌红、苔黄或黄腻、脉滑数或弦数等特点。根据其临床特点可将热痹分

为 5 个证型。

2.1 风湿热邪,痹阻关节 本证型多见痹证初起,发病前多有发热、咽痛、口渴等风湿热邪外袭之症状,继而关节灼热红肿,疼痛拒按,得冷则舒,发热,口渴,烦闷不安,苔黄腻,脉滑数。或发病前外感症状不明显,突然出现关节灼热红肿、疼痛等症状。湿偏重者,兼以关节肌肉酸楚、重着、麻木,脉濡数等;热偏重者,关节红肿疼痛,灼热感明显,发热较重,皮肤可见红斑,恶风,口渴,唇干,舌红苔黄,脉数^[8]。顾军花等^[9]总结陈湘君治疗痛风性关节炎的经验认为,痛风性关节炎急性发作期属风湿热痹阻型热痹。许凤全^[10]总结冯兴华教授治疗强直性脊柱炎的经验认为,强直性脊柱炎活动期应属风湿热痹阻型热痹。张华东等^[11]总结路志正教授治疗炎性肠病性关节炎的经验认为,湿热阻络型炎性肠病性关节炎属热痹。可见,痛风急性期、强直性脊柱炎活动期、炎性肠病性关节炎多有风湿热痹阻关节的情况,除此之外,风湿热^[12]、反应性关节炎^[13]、类风湿关节炎^[4]也多有此证型。

2.2 风寒湿邪,郁久化热 此类痹证早期有恶风、怕冷、肢体疼痛等风寒外袭之症状,久之风寒湿郁久化热成痹,表现为全身发热,或局部关节灼热红肿,晨起关节僵硬,活动后减轻,或关节肌肉疼痛、酸胀、筋脉拘急等^[4]。焦树德^[14]强调治疗尪痹时应注意结合中医之“从化理论”,才能理清尪痹的形成发展;“从阳化热”多见湿热伤肾证,表现为多个关节肿痛,痛处用手摸之发热,喜凉爽,皮色不红;认为尪痹常会出现从阳化热的病变过程。临床上类风湿关节炎、强直性脊柱炎的病情发展,多有从阳化热的过程。

2.3 邪热伤阴,阴邪化热 此类痹证大多见于久病

者,症状多为阴亏血热兼夹湿邪,表现为关节肌肉疼痛、肿胀、麻木,甚则筋肉挛缩、关节变形,形体瘦弱,腰膝酸软,低热,盗汗,口眼干燥,舌红,少苔,脉细无力^[15]。张华东等^[16]认为在治疗成人斯蒂尔病时,若湿热蕴结日久、失治误治可致阴血不足,其表现为潮热盗汗、关节灼痛、腰背酸软和筋骨痿软。董秋梅等^[17]认为强直性脊柱炎的活动期或病程较长者应属邪郁化热之热痹证。此外,干燥综合征^[18]、混合型结缔组织病^[19]、重叠综合征^[20]、类风湿关节炎后期^[21]也均有此证型。

2.4 痰瘀互结,络阻成痹 痰浊、瘀血阻闭经络,多见于病程长、发作反复、经久不愈之痹证,多为邪热伤及津液,灼津成痰,津伤脉涩而成瘀。主要表现为关节肌肉疼痛、肿胀,缠绵不愈,甚则关节变形,或见皮下结节、皮肤红斑,肢体痛处固定,如针刺状,伴僵硬、麻木不仁等。血瘀发生在不同的部位,可有不同的临床表现,瘀于皮肤可见皮肤色暗,肌肤甲错,甚则溃瘍;瘀于脉可见肢端青紫,或苍白,甚则指端坏疽;瘀于关节可见关节刺痛,夜间痛甚;瘀于心可见心悸、胸痛等。痰浊停聚的部位不同,其临床表现也各有特征。如痰浊停聚皮肤则见皮肤肿胀、皮下结节;停聚肌肉可见肢体麻木或不红;停聚关节可见关节肿胀,按之如泥;停聚于肺则咳嗽吐痰,胸闷憋气;停聚脾胃则恶心、呕吐,脘腹胀满等^[7]。李清华^[22]认为痰浊可致肢体顽麻,瘀血可致肌肉、关节刺痛,痛处不移。此证常见于类风湿关节炎后期并发肺间质纤维化者^[23]。另外,皮肤变应性结节性血管炎^[24]、多发性肌炎、皮肌炎^[25]、痛风后期病人^[26]也会出现痰瘀互结的证型。

2.5 湿热痰瘀,久而化毒 此证可分为热毒、湿毒、瘀毒及痰毒。因毒所依附之邪的属性不同,会表现出不同的证候。毒依风邪,疼痛流窜游走,患无定所;毒依寒邪,肌肉关节冷痛且剧烈,得热痛减,遇寒痛增;毒依湿邪,肢体关节以酸痛、重着、肿胀、屈伸不利为主;毒依热邪,肢体关节以灼痛、红肿、痛不可触、不能屈伸、得冷则舒为主^[27]。另外,痰毒、瘀毒同时兼有痰瘀的特性。临床上难治性类风湿关节炎、系统性红斑狼疮多表现为毒邪型。此外,路志正教授所治湿毒蕴结型炎性肠病亦为此类热痹。张华东等^[16]所治成人斯蒂尔病之湿毒蕴结亦相当此证型。

3 热痹的辨证施治

治疗热痹以清热祛湿为主,但热亦有虚实之分,

且热邪又多与其他邪气夹杂致痹,所以治疗热痹时应根据正邪力量的不同以及个人体质的差异,将清热除湿法与祛风、散寒、祛痰、化瘀、补益气血等治法配合应用,方能达到较好的疗效。

3.1 清热祛风通痹法 敖雪仁等^[28]研究认为,运用清痹洗方对热痹型类风湿关节炎患者进行薰洗,具有祛风除湿、通经络、消肿止痛之功效,可以改善关节功能,降低部分炎症指标。刘志勤^[29]总结冯兴华治疗风湿病的经验,发现用清热利湿、活血祛风之四妙丸治疗强直性脊柱炎可获得较好的疗效。张弛等^[30]总结何洪阳教授治疗痹证的经验,发现用白虎加桂枝汤治疗湿热所致之热痹疗效满意。有些学者治疗此证型热痹风偏重者常用大秦芩汤,热偏重者用白虎加桂枝汤合木防己汤^[31]。治疗此型热痹的常用药物主要有桂枝、知母、薏苡仁、石膏、羌活、防风、防己、黄芩、白术、苍术等。

3.2 清热祛湿通络法 冯晓东等^[32]应用白虎加桂枝汤合二妙散治疗热痹,总有效率达 94.67%。痛风发作期多属湿热毒邪下注关节,因此陈湘君主张治疗痛风性关节炎时,勿忘求本,在采用清热利湿、解毒泄浊之方法的同时,还应健其脾而固其本^[9]。钱之华等^[33]常用四妙散加苦参、土茯苓、金银花、连翘、防己、红花、制乳没等治疗强直性脊柱炎活动期及类风湿关节炎之湿热证型者;关节痛甚者,加青风藤、忍冬藤等藤类药以舒筋活络;湿盛生痰伴肢体屈伸不利者,加用白芥子、僵蚕等。路洁等^[34]常运用清热利湿、疏风通络、消肿止痛之痛风冲剂一号治疗痛风性关节炎活动期,用除风湿羌活汤加减治疗炎性肠病之湿热阻络证。刘竹生^[35]用清热除湿、活血通痹之二妙木防己通痹汤治疗湿热痹,总有效率达 97.5%。杨运清^[36]用清湿热、补肝肾之化痹饮治疗类风湿关节炎之湿热痹阻证,总有效率达 95.13%。综上所述,临床上在治疗此型热痹时,应注重清热而不留湿、清热而防伤阴、清热而不忘健脾的原则;清热祛湿通络法应用较多,涉及药物多达数十种,其中应用较多的药物主要包括黄柏、苍术、苦参、薏苡仁、防己、川牛膝、知母、石膏、羌活、独活、赤芍、地龙、忍冬藤等。

3.3 清热育阴宣痹法 胡春阳^[37]总结胡隶庭治疗热痹的经验,认为对于阴虚化热之热痹证,应先祛除伤津之热,以防止阴液再伤,后施以养阴护津之品,使机体恢复阴阳平衡而使痹除。李晓春等^[38]总结章真

如治疗痹证的经验,认为热痹多于寒痹,养阴胜于温散,常采用滋阴润燥、养血通络之滋阴养液汤治疗热痹。张华东等^[16]治疗阴虚内热型成人斯蒂尔病常用青蒿鳖甲汤合大补阴丸加减。陈湘君^[39]主张治疗湿热耗伤阴津而致气阴两虚型类风湿关节炎时,应以扶正为主,方用益气清络、养阴之桂枝芍药知母汤合三妙丸。治疗此型热痹时,应以养阴宣痹为主,选用养阴清热兼以通络而不伤阴之品,常用药物为生地、知母、黄柏等。

3.4 化瘀祛痰蠲痹法 娄高峰等^[40]将瘀血所致之痹证分为寒证及热证,基础方用化瘀通痹汤,痰瘀互结证方选双合散化裁。路志正教授采用清热凉血、祛湿通络之白头翁汤合四妙丸治疗炎性肠病性关节炎之湿热迫血证。黄丽萍^[41]采用泄浊化瘀之朱氏经验方化裁治疗湿热夹瘀痹阻型痛风患者 32 例,总有效率 93.75%。周学平等^[42]认为风湿病急性活动期多呈现瘀热相搏,采用凉血化瘀之犀角地黄汤治疗。谢幼红^[43]总结周乃玉治疗痹证的思想,认为痛风多为瘀浊凝滞、痹阻关节,主张运用泄浊化瘀之痛风平汤治疗,疗效颇为显著。朱益忠^[21]认为类风湿关节炎中期为痰、热、瘀三痹,应采用清热解毒、祛痰化瘀通络之白虎桂枝汤、四妙丸加二陈汤、身痛逐瘀汤、桃红饮、犀角汤等治疗。可见,在治疗此型热痹时,化瘀祛痰法应运用于痹证的整个病程中,根据痰、瘀的不同情况灵活选用药物;常用药物主要有当归、桃仁、红花、甘草、黄柏、牛膝、薏苡仁、土茯苓等。

3.5 清热解毒消痹法 张华东等^[11]总结路志正教授治疗炎性肠病性关节炎的经验认为,对于湿毒蕴结型炎性肠病性关节炎应采用祛湿解毒、通络止痛之葛根芩连汤合宣痹汤治疗;上肢关节肿痛者,加桑枝、忍冬藤;下肢关节肿痛者,加车前草、白茅根。蒋熙等^[44]认为清热解毒、活血之四妙勇安汤加味是治疗热毒瘀结痹阻型风湿类疾病的良方。张永红^[27]在治疗热痹时亦重视痰热瘀毒致痹的机理,自拟凉血化瘀通络方——顽痹清及顽痹康治疗此型痹证,临床效果显著。因此,临床上治疗此型热痹时,应以毒邪论为基础,所选方药应具有清热解毒之功效;常用中药主要有金银花、连翘、黄芩、苦参、土茯苓、细辛等。

4 结 语

热痹的产生多因机体正气不足,内有蕴热,风湿、热毒、痰瘀等外邪侵袭,导致机体免疫失衡,进而产生

以周身关节肿痛为主的诸多临床表现。热痹的治疗原则当以清热祛湿为主,兼以凉血化瘀;邪实者,佐以祛风、化痰、解毒、泄浊等祛邪之法;正虚者,加以益气化湿、滋阴、补肝肾、通络等扶正之法。临床上治疗热痹的方药不少,但总结探究其发病的证候特点,可以使今后的治疗更加有的放矢;研究更多的分型特点,才能做到辨证施治,实行个体化治疗。因此,充实并完善热痹的证候特点及分型特点是当前发展中医治疗热痹的当务之急。

5 参考文献

- [1] 冯兴华. 论痹证病因非独外感风寒湿热[J]. 北京中医, 2007, 26(1): 30-31.
- [2] 周仲瑛, 金实, 李明富, 等. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2005: 481.
- [3] 程岚. 《金匱要略》风湿病治则探讨[J]. 北京中医药, 2010, 29(6): 423-425.
- [4] 王振卿, 陈桂花. 类风湿性关节炎辨析[J]. 光明中医, 2007, 22(11): 33-35.
- [5] 姜泉, 焦娟. 清热活血法外治类风湿关节炎疗效观察[J]. 中医正骨, 2006, 18(3): 21-22.
- [6] 徐向孜, 王春燕. 类风湿关节炎活动期病因病机初探[J]. 山东中医杂志, 2005, 24(8): 455-456.
- [7] 冯兴华. 痹证的概念与病机[J]. 首都医药, 2001, 8(9): 52-53.
- [8] 龚艳, 沈洁. 从瘀论治类风湿性关节炎[J]. 湖北中医杂志, 2011, 33(1): 29-30.
- [9] 顾军花, 茅建春, 苏励. 陈湘君扶正法治疗痛风性关节炎经验撷菁[J]. 上海中医药杂志, 2008, 42(9): 4-5.
- [10] 许凤全. 冯兴华辨治强直性脊柱炎经验集要[J]. 辽宁中医杂志, 2008, 35(10): 1478-1479.
- [11] 张华东, 路洁, 边永君, 等. 路志正教授治疗炎性肠病性关节炎的辨证体会[J]. 中华中医药杂志, 2006, 21(7): 412-414.
- [12] 黄莉华, 镇水清, 张仕玉. 风湿热痹从风温论治[J]. 中国中医急症, 2010, 19(12): 2156-2157.
- [13] 兰晓明, 陈海铭, 姜兆荣, 等. 莫成荣教授治疗反应性关节炎的学术思想[J]. 实用中医内科杂志, 2006, 20(3): 243.
- [14] 焦树德. 再谈尪痹的辨证论治[J]. 河北中医, 2004, 26(11): 805-806.
- [15] 杨杰. 热痹辨治心得[J]. 江苏中医药, 2010, 42(11): 28-30.
- [16] 张华东, 冯兴华, 曹炜. 成人斯蒂尔病的辨证论治[J]. 中国中医急症, 2001, 10(5): 283-284.

[17] 董秋梅, 阎小萍. 强直性脊柱炎的综合强化治疗[J]. 中医正骨, 2006, 18(5): 64-66.

[18] 洪录, 沈丕安. 沈丕安治疗干燥综合征经验介绍[J]. 浙江中医杂志, 2006, 41(1): 10-11.

[19] 孔珍珍, 杨琳, 张正森, 等. 母女同患结缔组织病治疗体会[J]. 河南中医, 2008, 28(1): 72-73.

[20] 张正森, 刘国, 王刚, 等. 中西医结合治疗重叠综合征 1 例[J]. 江西中医药, 2008, 39(1): 38.

[21] 朱益忠. 类风湿关节炎从中医三痹治疗探讨[J]. 浙江中医药大学学报, 2007, 31(6): 720-721.

[22] 李清华. 关于痹症夹瘀的临床探讨[J]. 内蒙古中医药, 2009, 28(8): 56-57.

[23] 刘良丽, 张葵, 欧江琴, 等. 中西医结合治疗类风湿性关节炎致肺间质纤维化临床观察[J]. 辽宁中医杂志, 2006, 33(7): 849-850.

[24] 黄晓. 脉血康胶囊联合醋酸泼尼松片治疗皮肤变应性结节性血管炎 26 例[J]. 广西中医学院学报, 2011, 14(1): 16-17.

[25] 刘友章, 姬爱冬, 杨以琳, 等. 多发性肌炎、皮肌炎中医辨治临床研究[J]. 新中医, 2006, 38(10): 57-58.

[26] 腾英华. 痛风病因及其辨证论治[J]. 实用中医内科杂志, 2008, 22(7): 78-79.

[27] 张永红. 类风湿关节炎毒邪论探讨[J]. 中医杂志, 2009, 50(6): 494-496.

[28] 敖雪仁, 陈春雪, 曾慧妍, 等. 清痹洗方熏洗对类风湿性关节炎热痹证临床疗效的影响[J]. 广州中医药大学学报, 2005, 22(6): 436-439.

[29] 刘志勤. 冯兴华治疗风湿病经验[J]. 中医杂志, 2005, 46(4): 262-263.

[30] 张弛, 杨志伟, 陈日高, 等. 何洪阳教授治疗痹证的辨证

思想和用药经验[J]. 四川中医, 2006, 24(3): 5-6.

[31] 邓中甲. 李冀, 连建伟, 等. 方剂学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2005: 261.

[32] 冯晓东. 白虎加桂枝汤合二妙散治疗热痹 75 例[J]. 陕西中医, 2010, 31(11): 1480-1481.

[33] 钱之华, 张宏宇. 冯兴华老中医治疗类风湿性关节炎的经验[J]. 新中医, 1999, 31(12): 6-7.

[34] 路洁, 魏华. 路志正教授论治痛风的学术思想[J]. 浙江中医学院学报, 2005, 29(6): 30-31.

[35] 刘竹生. 二妙木防己通痹汤治疗湿热痹 39 例[J]. 中医研究, 2006, 19(11): 28-30.

[36] 杨运清. 化痹饮治疗类风湿关节炎湿热痹阻证 65 例临床观察[J]. 四川中医, 2007, 25(8): 64-65.

[37] 胡春阳. 胡灵庭老中医辨治热痹经验介绍[J]. 新中医, 2006, 38(12): 17-19.

[38] 李晓春, 闻辉. 热痹多于寒痹养阴胜于温散——章真如痹证治验[J]. 中国社区医师, 2007, 23(5): 33.

[39] 陈湘君. 扶正法为主辨治类风湿性关节炎[J]. 上海中医药大学学报, 2007, 21(5): 1-4.

[40] 娄高峰, 娄玉铃, 娄万峰. 娄多峰论治痹病精华[M]. 北京: 天津科技翻译出版公司, 1994: 47-48.

[41] 黄丽萍. 朱氏经验方化裁治疗湿热夹瘀痹阻型痛风 32 例[J]. 安徽中医临床杂志, 2003, 15(2): 114-115.

[42] 周学平, 吴勉华. 从瘀热论治风湿免疫性疾病——周仲瑛学术思想举要[J]. 中华中医药杂志, 2007, 22(1): 44-46.

[43] 谢幼红. 周乃玉痹病学术思想探讨[J]. 北京中医, 2007, 26(8): 483-484.

[44] 蒋熙, 蒋恬. 四妙勇安汤在风湿类疾病中的应用[J]. 河南中医, 2008, 28(12): 82-83.

(2012-01-19 收稿 2012-04-07 修回)

(上接第 63 页) 导致关节内、外粘连, 出现以肩部活动功能受限为主要临床特征的肩关节疾病^[4]。所以, 松解粘连、改善及恢复患者肩关节的活动功能是治疗本病的关键。

臂丛神经阻滞下手法治疗肩周炎突出了“使患者不知其苦, 方称为手法”的无痛理念。针对肩周炎患者肩关节上举、外旋、内旋后伸受限的特点, 我们分别采用仰卧上举扳法、仰卧斜上扳法及侧卧背伸推扳法进行松解, 可显著改善患者肩关节活动功能。肩关节活动功能的改善使得肩关节内的代谢环境逐步恢复, 最终使肩关节疼痛症状也同时得到缓解。

总之, 笔者认为臂丛神经阻滞下手法治疗肩周炎, 能有效减轻患肩疼痛症状, 改善肩关节活动功能, 值得临床推广应用。

5 参考文献

[1] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 186-187.

[2] 杨树萱. 肩周炎康复体疗功能评定方案[J]. 中国康复医学杂志, 1993, 8(1): 8-10.

[3] 张军. 图解颈肩部功能锻炼[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 28-31.

[4] 孙树椿. 临床骨伤科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 85.

(2011-10-18 收稿 2012-03-30 修回)