

## · 学术探讨 ·

## 基于中医理论探讨寒地痹证的病因病机 and 治疗方法

高丽娟<sup>1</sup>, 姚澜<sup>2</sup>, 张智超<sup>2</sup>, 姜海<sup>3</sup>, 闻竹<sup>1</sup>, 王雪莹<sup>1</sup>

(1. 黑龙江中医药大学附属第一医院, 黑龙江 哈尔滨 150040;

2. 黑龙江中医药大学第一临床医学院, 黑龙江 哈尔滨 150040;

3. 黑龙江中医药大学药学院, 黑龙江 哈尔滨 150040)

**摘要** 痹证的病机较为复杂, 与寒冷密切相关。本文以天人相应理论、开阖枢理论和络脉理论为基础, 对寒地痹证的病因病机 and 治疗方法进行了理论探讨, 以期对寒地痹证的防治提供参考。

**关键词** 痹证; 寒冷地区; 中医病因和病机; 中医药治法; 天人相应; 开阖枢; 络脉

寒地, 即寒冷地区, 一般指北纬 45° 以北的高纬度地带。我国的寒地主要位于黑龙江省、吉林省、辽宁省和内蒙古自治区, 这些地区的冬季时间较长, 气候寒冷, 每年约有 2 个月的时间平均气温在 0℃ 以下<sup>[1]</sup>。我国寒地的面积相对较大, 寒地的人口数量也相当可观, 因此寒地痹证患者相对较多<sup>[2]</sup>。有研究<sup>[3]</sup>表明, 寒冷、潮湿等环境因素与类风湿关节炎的发生密切相关。寒地居民受地域环境因素的影响易患痹证, 痹证具有感受寒邪易于复发的特点, 因此深入研究寒地痹证的病因病机及辨证论治意义重大。本文基于中医理论对寒地痹证的病因病机 and 治疗方法进行了探讨, 以期对今后预防 and 治疗寒地痹证提供理论参考。

## 1 痹证概述

《素问·痹论》曰: “风寒湿三气杂至合而为痹也。其风气胜者为行痹, 寒气胜者为痛痹, 湿气胜者为着痹也。”痹证的主要病因是风、寒、湿、热等邪气闭阻经络, 影响气血运行, 临床常表现为肢体筋骨、关节、肌肉等处重着、疼痛、酸楚、麻木, 以及关节屈伸不利、变形等<sup>[4]</sup>。痹证的症状与风湿性关节炎、类风湿关节炎、强直性脊柱炎、骨关节炎等疾病的症状类似, 其中以风湿性关节炎和类风湿关节炎与痹证最为相似<sup>[5]</sup>。有研究<sup>[6]</sup>表明, 关节和肌肉疼痛与天气变化有关, 气压及空气湿度的改变可影响关节和肌肉疼痛的发生率。寒冷地区的阳光照射时间短, 可影响机体维生素 D 的合成, 会使维生素 D 促进钙盐沉积、减少炎症反应的作用减弱; 因此寒冷地区痹证的发生率和症

状严重程度较温带地区高<sup>[6]</sup>。

## 2 寒地痹证与寒痹的关系

寒地痹证与寒痹均属于痹证范畴, 且均以肢体筋骨、关节、肌肉等处重着、疼痛为主要临床表现; 但是寒地痹证与寒痹属于不同的分类方式, 其中前者以地域特点分类, 后者以证候特点分类。此外, 寒地痹证之中有一部分属于寒痹, 但寒地痹证与寒痹不尽相同。寒地痹证不等同于寒痹的原因: 一是寒地痹证为发生在寒冷地区的痹证, 而寒痹可发生于任何地区。二是寒地痹证并非单纯感受风、寒、湿等邪气而发病, 而寒痹则为感受寒邪而发病。寒冷地区居民日常多食用高脂、高热量的食物以抵御严寒, 因此容易出现肥胖、超重等问题, 而体重增加是引起骨关节疾病的原因之一<sup>[7]</sup>。作为一种常见的肢体经络病证, 痹证在寒地较为多见, 其中又以着痹、痛痹居多, 临床常表现为关节冷痛、屈伸不利, 以及得温则舒、得寒则重, 且病情缠绵。三是寒地痹证由于感邪不同而表现各异, 而寒痹则主要表现为畏寒, 且遇寒加重。四是寒地痹证可分为风寒痹阻、风湿痹阻等证型, 而寒痹本身就是痹证的一个证型。五是寒地痹证因病因不同而治法各异, 而寒痹则主要治以散寒通络。

## 3 寒地痹证的病因病机与寒地的关系

寒地痹证的病因病机与寒地的关系密切, 这一关系可以从天人相应理论、开阖枢理论、络脉理论 3 个方面展开论述。

**3.1 从天人相应理论论述寒地痹证的病因病机与寒地的关系** 天人相应理论是中医学整体观念中的一种, 该理论涉及养生、预防、辨证论治等方面。早在先秦两汉时期, 人们就已经认识到疾病与地域环境的关

系<sup>[8]</sup>。《淮南子·地形训》中记载“暑气多夭,寒气多寿,谷气多痹”,提示疾病的形成与环境和饮食习惯之间存在一定的联系<sup>[9]</sup>。《素问·异法方宜论》曰:“医之治病也,一病而治各不同,皆愈……地势使然也。”由于疾病与地域因素有关<sup>[10]</sup>,寒地的地理特点也会对当地的居民造成一定的影响。

《素问·异法方宜论》曰:“北方者,天地所闭藏之域也,其地高陵居,风寒冰冽。”寒地痹证与寒邪侵袭和饮食偏嗜有关。“北方生寒”,寒邪为寒地居民的冬季易感邪气,寒邪具有寒冷、凝结、收引的特性,寒邪袭人可使人体气血凝滞,由此引发痹证,或者加重痹证的病情<sup>[11-12]</sup>。人体气血津液的运行需要借助阳气的温煦和推动,寒地冬季气候寒冷,人体处于阴盛而阳气内敛的状态,容易感受外邪,因此在内外因素的双重作用下极易引起痹证。此外,冬季天气寒冷,居民较少进行户外体育活动,而人体活动量减少会引起或加重气血运行不畅,从而引起痹证<sup>[13]</sup>。《素问·异法方宜论》曰:“北方者……其民乐野处而乳食。”寒地居民日常食用的食物中以肉类和乳制品居多,因此寒地居民的身形相对高大,但脾胃功能却相对较差。脾胃功能失调可使湿邪内生<sup>[14]</sup>。寒地居民的腠理相对致密,湿邪不容易通过微汗而解,湿邪留滞于筋骨、关节等处,可引起痹证。此外,寒地居民还有喜食冷冻食品的习惯,寒凉日久伤及脾胃,可造成水湿停聚、痰浊内生,从而引起痹证。

**3.2 从开阖枢理论论述寒地痹证的病因病机与寒地的关系** 开阖枢理论是借用门的启闭来解释人体气机的内外运动和气血、阴阳、津液的流通输布<sup>[15]</sup>。《说文解字》中有关开阖枢的解释较为详尽,如“开,张也……门之开如弓张,门之闭如弓之弛”“阖,门扉也”“枢,户枢也”。开阖枢理论最早见于《素问·阴阳离合论》,如“太阳为开,阳明为阖,少阳为枢”“太阴为开,厥阴为阖,少阴为枢”。开阖枢理论可用来说明三阴三阳的生理功能及特点,如开即太阳、太阴的向外宣发布散功能,阖即阳明、厥阴的向里化生收敛功能,枢即少阳、少阴的转枢调节功能。《中藏经》曰:“痹者闭也,五脏六腑感于邪气,乱于真气,闭而不仁,故曰痹。”痹证的主要病因病机是“闭”,根据开阖枢理论,痹证的“闭”可分为营卫之闭、气血之闭、阳气之闭和经络之闭<sup>[16]</sup>。

寒地气候寒冷,寒邪容易侵袭人体,导致营卫失

调,易于引起痹证。营气与卫气均源于脾胃运化的水谷精微,《黄帝内经》中有关营气与卫气功能的记载较多,如“营气者,泌其津液……以荣四末”“卫气者,所以温分肉……肥腠理,司开阖者也”。营气化为血液行于脉中,流注全身,濡养五脏六腑、四肢百骸;卫气行于脉外,布散于全身,能够防御外邪入侵、调控腠理开阖<sup>[17]</sup>。寒地居民有食用冷冻食品的习惯,日久可使脾胃功能失调,从而影响营卫之气化生。《类证治裁》曰:“营卫先虚,腠理不密,风寒湿乘虚内袭,正气为邪气所阻,不能宣行,因而留滞,气血凝涩,久而成痹。”寒邪侵袭机体日久可成留邪,留邪与营卫之气相互搏结可引起痹证,即《证治准绳》所载“留着之邪与流行荣卫真气相击搏,则作痛痹”。此为营卫之闭。

寒邪可使气血凝滞而成痹证。《素问·举痛论》曰:“寒气入经而稽迟,泣而不行,客于脉外则血少,客于脉中则气不通,故卒然而痛。”寒邪客于脉中,使筋骨、关节等处的气血凝滞,从而出现疼痛症状,即“不通则痛”<sup>[18]</sup>。气血运行不畅,无法濡养筋骨、关节,从而出现疼痛症状,即“不荣则痛”。此为气血之闭。

《素问·生气通天论》载“阳气者,精则养神,柔则养筋”,提示神与肌肉、筋骨均赖阳气所养。阳气虚则神不足,肌肉、筋骨无法得到充分的濡养而易受伤害,可见“开阖不得,寒气从之,乃生大痿”<sup>[19]</sup>。寒地居民在冬季喜食冷冻食品,加之机体本就处于阳气内敛的状态,日久阳气亏虚,则卫外不固,易感受寒邪而生痹证。此外,阳气亏虚则不能温化寒湿,可使寒湿聚于体内,留滞于筋骨、关节等处,从而引起痹证。此为阳气之闭。

经络是运行气血、联系体表与脏腑的通道。寒邪侵袭,可阻碍气血和阳气的运行,使气血和阳气不能濡养筋骨、关节,从而引起痹证。此外,寒地居民喜食肉类和乳制品等容易滋腻脾胃的食物,日久可影响脾胃功能,使气血津液瘀滞于经络而成痹证。此为经络之闭。

**3.3 从络脉理论论述寒地痹证的病因病机与寒地的关系** 络脉的概念最早见于《黄帝内经》,如“经脉为里,支而横者为络”<sup>[20]</sup>。《灵枢·经脉》曰:“经脉十二者,伏行分肉之间,深而不见……诸脉之浮而常见者,皆络脉也。”络脉由经脉主干别出,分为别络、孙络及浮络,有沟通表里,渗灌气血以濡养全身的作用。《灵枢·卫气失常》曰:“血气之输,输于诸络,气血留

居,则盛而起。”由于络脉相对细小,络脉内的气血运行速度较经脉缓慢<sup>[21]</sup>。寒地居民受寒冷气候和高热量饮食习惯的影响,容易因寒凝血滞、血热互结、湿滞或痰阻等导致络脉不畅,使运行于络脉内的血气滞涩,从而引起痹证。

#### 4 寒地痹证的治疗方法

寒地痹证的感邪特点是寒湿为主、风热为次,且多种邪气相互夹杂,因此病情复杂。寒地痹证的治疗方法较多,主要包括从风论治、从寒论治、从湿论治、从瘀论治、从虚论治。

**4.1 从风论治** 风为百病之长,善行而数变,故由风邪引起的痹证多起病迅速,且疼痛呈游走性。《金匱翼》曰:“行而不定,世称谓走注疼痛是也。”风为阳邪,痛无定处<sup>[22]</sup>,因此可采用祛风通络法治疗以风邪为主的痹证,以防风、羌活等具有祛风功效的药物为主,辅以麻黄、桂枝等具有发散风寒功效的药物,也可适量应用蜈蚣、地龙等具有搜风通络功效的虫类药物<sup>[23]</sup>。此外,还可在方中加入当归等补血药,即“治风先治血”,从而达到“血行风自灭”的目的<sup>[24]</sup>。

**4.2 从寒论治** 以寒邪为主的痹证,临床常表现为手足拘挛冷痛,得寒则剧,得温则减,因此在治疗方法上应以祛寒为主。在寒痹的内治法方面,较为常用的内服药有乌头汤和桂枝附子汤等<sup>[25-26]</sup>。附子、乌头、干姜和肉桂属于大辛大热之品,具有散寒止痛的功效,且药性猛烈,可作为主药;甘草、桂枝和生姜等药物的药性相对温和,且可以降低乌头和附子的毒性,可作为辅药<sup>[27]</sup>。在寒痹的外治法方面,较为常用的有针灸、薰洗、外敷膏药等,可以从外部祛除寒邪。以薰洗药为例,较为常用的有花椒、桂枝、透骨草、白芷、小茴香等,采用这些药物薰洗患处,可以通过改善局部的微循环达到温经散寒、活血止痛的目的<sup>[28]</sup>。

**4.3 从湿论治** 湿邪具有重着、黏腻的特点,且容易兼夹其他邪气,因此可采用祛风除湿、温阳化湿、清热祛湿等方法治疗以湿邪为主的疾病<sup>[29]</sup>。祛风除湿法适用于风湿痹阻关节、肌肉,疼痛呈游走性的痹证患者,常用方剂为羌活胜湿汤,方中羌活善祛上部风湿、独活善祛下部风湿,两药合用能祛一身之风湿,还可在方中加用青风藤、海风藤等具有祛风通络功效的藤类药物。温阳化湿法适用于寒湿留滞关节,阻滞气机,关节冷痛的痹证患者,可以附子、干姜、肉桂等温阳药为主药,使气机得以运行,从而将湿邪排出体外。清热祛湿法适用于湿热痹阻或寒湿之邪日久化热,关

节红肿热痛的痹证患者,可采用生薏苡仁、生石膏、金钱草、白术等药物清热祛湿,缓解关节的肿胀、疼痛等症状<sup>[30]</sup>。此外,也可在清热祛湿方中加入附子,附子与白术常联合应用,具有温脾暖肾、逐水除湿的功效<sup>[31]</sup>。

**4.4 从瘀论治** 寒地居民长期感受严寒,气血多滞涩不畅,因此可从瘀论治寒地痹证。以瘀为主的痹证多为本虚标实证,可采用活血化瘀法治疗,以桃红四物汤为主方,但应注意先祛邪止痛,后活血通络。临床常用的药物有鸡血藤、丹参、红花、川芎、乳香、没药、桃仁、牛膝等,可以活血化瘀、通利经脉。临床常用的药对有乳香-没药、桃仁-红花、丹参-牡丹皮等,这些药物联用可以增强通经活络、祛瘀止痛的功效。此外,还可在活血化瘀方中加入蜈蚣、水蛭等虫类药物,此类药物善于搜剔走窜,可以起到活血通络止痛的作用<sup>[7]</sup>。

**4.5 从虚论治** 寒地居民日常饮食中摄入的高脂肪含量食物较多,日久可伤及脾阳,而寒邪易伤及肾阳,因此寒地痹证患者多见脾肾阳虚证,可采用补脾益肾法治疗。临床可以独活寄生汤为主方,加上枸杞子、黄芪、白术、山药等补益药,能够共奏补脾益肾、温阳散寒的功效。

#### 5 小 结

痹证患者在寒地较为多见。由于寒地的气候特点,寒地痹证患者临床常表现为关节冷痛、屈伸不利及遇寒加重等。寒冷与痹证的关系密切,其理论依据主要包括天人相应理论、开阖枢理论和络脉理论。天人相应理论认为,疾病与地域的关系密切;开阖枢理论认为,人体气机的内外运动可体现阴阳的“开阖”功能;络脉理论认为,寒凝血滞络脉日久可造成脉络瘀阻。寒地痹证的病因病机复杂多样,且所感邪气多相互夹杂,因此病情复杂,在治疗方面可从风、从寒、从湿、从瘀、从虚论治。从风论治可以防风汤为主方,从寒论治可以乌头汤和桂枝附子汤为主方,从湿论治可以羌活胜湿汤为主方,从瘀论治可以桃红四物汤为主方,从虚论治可以独活寄生汤为主方。寒地气候与寒地痹证的发生发展关系密切,临床可通过三因制宜来提高疗效。

#### 参考文献

- [1] 刘璐佳,景伟超,刘志伟,等. 王有鹏教授应用分消走泄法治疗寒地儿科儿童湿热型疾病的经验探析[J]. 中国中医急症, 2019, 28(6): 1092-1094.
- [2] 魏文著. 李可老中医治痹经验探讨[J]. 光明中医, 2015,

- 30(8):1621-1623.
- [3] ZENG P, BENGTSSON C, KLARESKOG L, et al. Working in cold environment and risk of developing rheumatoid arthritis: results from the Swedish EIRA case-control study[J/OL]. RMD Open, 2017, 3(2):e000488[2022-06-23]. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28879055/.
- [4] 周璐璐, 高珊珊, 李婧. 薏苡仁汤加减配合针灸治疗类风湿性关节炎的风寒湿痹型中着痹的临床观察[J]. 航空航天医学杂志, 2022, 33(5):525-528.
- [5] 张伯礼, 吴勉华. 中医内科学[M]. 4 版. 北京: 中国中医药出版社, 2017:363-369.
- [6] 贾丹兵, 魏博, 李乃民, 等. 寒区士兵寒痹症流行病学调查及相关因素分析[J]. 人民军医, 2014, 57(8):838-839.
- [7] 张可勇, 高志影, 张昊, 等. 北纬 53°高寒地区世居汉族人群生理特征及常见疾病[J]. 基础医学与临床, 2015, 35(11):1486-1491.
- [8] 龚胜生. 中国先秦两汉时期的医学地理学思想[J]. 中国历史地理论丛, 1995(3):163-180.
- [9] 汪太文. 《淮南子》地域性文化特征探析[J]. 蚌埠学院学报, 2019, 8(3):116-119.
- [10] 侯卫, 陈晨, 汤小虎. 汤小虎教授以三因制宜理论辨治类风湿性关节炎的经验[J]. 风湿病与关节炎, 2022, 11(1):37-39.
- [11] 张如苗, 胡椿杨, 谭亚芹. 浅析《黄帝内经》天人合一思想对颈椎病防治的临床意义[J]. 内蒙古中医药, 2021, 40(11):135-137.
- [12] 吴月洋. 类风湿关节炎疾病活动度与节气相关性的临床研究[D]. 沈阳: 辽宁中医药大学, 2018.
- [13] 姜德友, 周岚, 陈星燃. 龙江医派医家陈景河从瘀论治痹证临证经验[J]. 江苏中医药, 2020, 52(11):14-17.
- [14] 谷胜男, 刘璐佳, 王有鹏. 王有鹏从湿热辨治小儿急性化脓性扁桃体炎经验[J]. 中医药临床杂志, 2021, 33(6):1075-1078.
- [15] 陈明. 六经“开、阖、枢”解读[J]. 北京中医药大学学报, 2021, 44(9):789-795.
- [16] 陆定其, 冯波, 胡文秀, 等. 浅谈开阖枢理论在痹证中的应用[J]. 新中医, 2020, 52(7):176-178.
- [17] 张伊锐, 尹相乾, 姚博, 等. 从“营卫倾移”角度探讨痹证的中医理论机制[J]. 中国民间疗法, 2021, 29(14):4-6.
- [18] 张舒雯, 马师雷, 王梦琪, 等. 《黄帝内经》气候性致病因素解析[J]. 世界中西医结合杂志, 2021, 16(12):2168-2171.
- [19] 丛熙贤, 刘东武, 高明利, 等. 娄多峰教授治疗强直性脊柱炎学术思想浅析[J]. 风湿病与关节炎, 2021, 10(12):36-37.
- [20] 王凝. 《黄帝内经》络脉理论研究概况[J]. 河西学院学报, 2020, 36(2):59-63.
- [21] 韩文博, 孙爱军, 张驰, 等. 络脉望诊理论探析[J]. 天津中医药, 2020, 37(7):788-791.
- [22] 陈雪猛, 钟兵, 邹庆华, 等. 痹证中风邪的致病特点及临床表征[J]. 中医临床研究, 2022, 14(23):27-29.
- [23] 潘一, 汪悦. 汪悦教授运用风药治疗痹证经验探析[J]. 浙江中医药大学学报, 2020, 44(5):442-446.
- [24] 魏天贵, 王炳恒. 从“治风先治血, 血行风自灭”论治行痹述要[J]. 世界中西医结合杂志, 2020, 15(5):965-968.
- [25] 张国磊, 刘健, 洪靖, 等. 《伤寒杂病论》辨治痹证药对探析[J]. 中医学报, 2020, 35(2):244-247.
- [26] 周辰昱, 王玲, 于静. 基于六经辨证的《伤寒杂病论》治痹用药规律探讨[J]. 吉林中医药, 2022, 42(3):343-347.
- [27] 王晨彤, 姜德友. 龙江医派以乌头汤辨治痹证经验[J]. 国际中医中药杂志, 2022, 44(4):456-459.
- [28] 刘林, 湛曦, 刘健, 等. 丁铎用中药熏洗方治疗膝关节炎之寒痹证的临床研究[J]. 中国临床保健杂志, 2018, 21(4):555-559.
- [29] 黄雪琪, 沙正华, 林海, 等. 王承德从湿论治风湿病[J]. 中国中医基础医学杂志, 2017, 23(8):1121-1123.
- [30] 李丹凤, 左坚, 许萍, 等. 初探“固本培元以祛湿为要”在痹证中的应用[J]. 中医药临床杂志, 2021, 33(6):1082-1086.
- [31] 李宇欣, 朱惠鉴, 张晓轩, 等. 张仲景运用附子配伍白术治湿思想探讨[J]. 中国中医基础医学杂志, 2021, 27(3):383-385.
- (收稿日期:2022-06-24 本文编辑:郭毅曼)
- (上接第 67 页)
- [42] LI X, BIAN S, ZHAO M, et al. Stimuli-responsive biphenyl-tripeptide supramolecular hydrogels as biomimetic extracellular matrix scaffolds for cartilage tissue engineering[J]. Acta Biomaterialia, 2021, 131:128-137.
- [43] WANG Q, LI X, WANG P, et al. Bionic composite hydrogel with a hybrid covalent/noncovalent network promoting phenotypic maintenance of hyaline cartilage[J]. J Mater Chem B, 2020, 8(20):4402-4411.
- [44] YAN S, WANG T, FENG L, et al. Injectable in situ self-cross-linking hydrogels based on poly (L-glutamic acid) and alginate for cartilage tissue engineering[J]. Biomacromolecules, 2014, 15(12):4495-4508.
- [45] BASHIR M H, KORANY N S, FARAG D B E, et al. Polymeric nanocomposite hydrogel scaffolds in craniofacial bone regeneration: a comprehensive review [J]. Biomolecules, 2023, 13(2):205.
- (收稿日期:2022-10-07 本文编辑:吕宁)