

## 《金匱要略》痹证探析

河南省洛阳正骨医院(471002) 张永红 全允辉

《金匱要略》是一部论述内伤杂病的专著,其中在《痉湿喝病脉证第二》、《中风历节病脉证并治第五》及《血痹虚劳病脉证并治第六》三篇中,对痹证进行了系统的阐述,试从以下几个方面进行探析。

### 诊 断

《金匱要略》对痹证的临床表现作了如下描述:“关节疼痛”、“一身尽痛”、“体不仁”、“但臂不遂”。在此之前,《素问·痹论》对此已有阐述:“或痛、或不痛、或不仁、或寒、或热、或燥、或湿”。“痹在于骨则重;在于脉则血凝而不流;在于筋则屈不伸;在于肉则不仁;在于皮则寒。”可见,《金匱要略》对痹证特征的记载源于《素问·痹论》。在继承《素问》学说的基础上,《金匱要略》首先提出了“历节病”的病名,并对此病作了如下描述:“诸肢节疼痛,身体尪羸、脚肿如脱”。“身体羸瘦,独足肿大。”“尪羸”,即指身体羸瘦而又关节肿大;“脚肿如脱”,形容脚肿得非常严重,迟钝不灵,象要和身体脱离一样,与“独足肿大”意义相同。

据《金匱要略》所述痹证特征,与现代医学的风湿、类风湿、增生性关节炎、坐骨神经痛、痛风、多发性肌炎、末梢神经炎等疾病相类似,而“历节病”相当于多种原因所致的一些关节疼痛、变型的疾病。临床中常常把这些病归为痹证范围,用痹证理论指导治疗,常获良效。

### 病因病机

《金匱要略》中指出,多见于素体湿盛的“湿家”或“伤于汗出当风”或“久伤取冷”,风湿相搏或“骨弱肌肤盛,重困疲劳,加被微风”而得之。这一痹证发病学说,虽源于《素问·痹论》的“风寒湿三气杂至,合而为痹”及“食饮居处,为其病本”的理论,但较《素问》论述得更为详尽,具体,并且更重视机体正气在痹证发病中的作用。

此外,对于“历节病”这一特殊的痹证,《金匱要略》尤其强调正气在发病中的作用。文中有以下论述:“寸口脉沉而弱,沉即主骨,弱即主筋,沉即为肾,弱即为肝”。“少阴浮而弱,弱则血不足,浮则为风,风血相搏,即疼痛如掣。”“盛人脉濡小,短气、自汗出,历节疼,不可屈伸,此皆饮酒汗出当风所致。”“味酸则伤筋,筋伤则缓,名曰泄,咸则伤骨,骨伤则痿,名曰枯。”可见,文中从历节病所表现出的脉象变化来推测其病因病机。从“寸口脉沉弱”,“少阴浮而弱”,“脉濡小”的表现,指

出历节病的根本原因是多种因素而致的肝肾不足,气血虚弱,正气先虚的情况下,又饮食不当,过食酸咸,饮酒汗出,则以风邪为主的邪气乘虚侵入人体,风血相搏,致关节不可屈伸,疼痛如掣。

对于痹证的发生,后世医家张景岳之议犹为中肯,“风痹之证,大抵因虚者多,因寒者多。惟血气不充,故风寒得以入之,惟阴邪留滞,故经脉为之不利,此痛痹之大端也。”(《景岳全书·杂证谟·风痹》)。强调了“惟气血不充,故风寒得以入之……”的观点。

### 治则方药

《金匱要略》指出“湿痹之候,小便不利,大便反快,但当利其小便。”“风湿相搏,一身尽痛,但当汗出而解……”“若治风湿者发其汗,但微微似欲汗出者,风湿俱去也”指出了痹证邪气在表者,可汗出而解;小便不利者,可通利以愈的方法,同时提示人们,发汗以“微微似欲汗出”为度,不可大汗淋漓,否则有过汗伤阳之弊。这种根据病邪部位因势利导,祛邪有度的治痹学术思想,值得后世仿效。

《金匱要略》还根据患者体质的强弱、感邪性质的不同,病变位置的深浅,制定了治痹的具体方药。如寒湿在表的“身烦痛,可与麻黄加术汤(麻黄、桂枝、甘草、杏仁、白术),发其汗为宜”;风湿在表而表实的“病者一身尽疼、发热、日晡所剧者”,用麻黄杏仁薏苡甘草汤(麻黄、杏仁、薏苡仁、甘草)宣肺利湿;对风湿在表的表虚证出现“脉浮、身重、汗出、恶寒”的痹证,采用防己黄芪汤(防己、甘草、白术、黄芪)益气行湿;对于“风湿相搏,身体疼烦,不能自转侧,不呕不渴,脉浮而濡”身痛较甚的表虚多寒证,可用桂枝附子汤(桂枝、生姜、附子、甘草、大枣)温经散寒调痹;若病势趋向于里者,可用上方去桂枝加白术,即白术附子汤以温中逐湿;而“风湿相搏,骨节疼烦、掣痛不得屈伸,近之则痛剧、汗出短气,小便不利、恶风、不欲去衣,或身微肿”,表里阳气俱虚的剧痛痹证,选用甘草附子汤(甘草、白术、附子、桂枝)助表里之阳以化湿;至于肢体麻木不仁的血痹证,轻者可用针灸,重者可用黄芪桂枝五物汤(黄芪、芍药、桂枝、生姜、大枣)以调和营卫、温阳行痹。

在《金匱要略》中,对“历节病”专门拟定了桂枝芍药知母汤(桂枝、芍药、甘草、麻黄、生姜、白术、知母、防风、附子)及乌头汤(麻黄、芍药、黄芪、甘草,川乌)。对于二方的使用范围,文中指出:“诸肢节疼痛,身体魁

羸、脚肿如脱、头眩短气，温温欲吐，桂枝芍药知母汤主之。”“病历节不可屈伸、疼痛，乌头汤主之”。桂枝芍药知母汤，用于风湿盛而表现出“脚肿如脱、头眩欲吐”的证型，其作用是温阳行痹，祛风除湿；而乌头汤用于寒湿轻重，表现出疼痛不可屈伸的证型，其作用主要是散寒止痛。

以上《金匱要略》所创立治痹 10 方中。凡用药 15 味，其中选用 2 次以上的药物有：桂枝、白术、附子、麻黄、黄芪、芍药、甘草、生姜、大枣，这些药物大都为祛风、散寒、除湿之品，为目前治疗风寒湿痹的常用药物。而所创立之桂枝附子汤、黄芪桂枝五物汤、桂枝芍药知

母汤及乌头汤等方剂，也被广泛地应用于痹证的治疗中。

《金匱要略》对痹证的治则及方药，主要针对寒痹，而对热痹却未加阐述。但从桂枝芍药知母汤来看，方药寒热并用，并不仅限于寒痹。而从 10 方中出现的苡米、芍药，知母来看，又是治疗热痹的常用药物。由此《金匱要略》不仅创立了寒痹的治法方药，也为热痹理论的形成奠定了基础。

除此之外，《金匱要略》中的肾着汤、肾气丸等，原方虽不为痹证而设，也是现在治疗痹证的常用方剂。

## 肩前屈位牵引下手法复位治疗肩关节前脱位

广州市黄埔区红十字会医院(510760) 杨晋标

笔者用肩前屈位牵引下进行手法复位，治疗肩关节前脱位 25 例，功能恢复良好。现小结如下。

### 临床资料

25 例中，单纯肩关节前脱位 15 例，合并大结节骨折 10 例；均为 18~65 岁成年，其中青壮年 20 例，老年 5 例；受伤原因均为间接暴力即致；复位前后经照片确诊。

### 治疗方法

1. 麻醉：25 例中，4 例作关节腔浸润麻，8 例作氯胺酮麻，其余 13 例在未麻醉下进行。

2. 手法：(1)患者取仰卧位，一助手用布带(或长毛巾)穿过患者腋窝，另一助手握住患肢前臂或肱骨干下端，将患肢作轻度外展，沿肱骨干长轴作对抗持续牵引，并轻度外旋肱骨，2~3 分钟后助手持握前臂前屈，一般 60~90 度，术者用手在患肢腋窝将肱骨头向关节孟内推动还纳，直至肱骨头有回纳感觉，或可听到还纳响声，复位即告完成。

如果属肩关节脱位并大结节骨折，则上述手法中，术者一手置于肩部，其拇指按于大结节处向下压迫，余手法同上，一般脱位整复后而骨折块亦随之而复位。

(2)如无助手，亦可单人复位。即患者仰卧位，术者同方向站于患者同侧，如右侧脱位者，术者用左手持握患肢上臂，右手持握前臂，屈肘 60~90°，并用右足抵于肩前(若是左侧脱位者，术者右手持握患肢上臂，左手

持握前臂，并用左足抵于肩前)，手与足相反方向用作对抗牵引，先轻度外旋肱骨，2~3 分钟后将患肢徐徐内收内旋，利用足为支点的杠杆作用，将肱骨头挤入关节孟内，直至有回纳感觉，复位即告完成。

3. 复位后，肩关节畸形消失，恢复正常外形，作搭肩试验(又称杜加氏征)阴性。即将患肢上臂内收内旋位，屈肘 90°，贴于胸壁，并在腋窝处垫一棉垫并绷带系在对侧肩作固定，再用三角巾悬吊前臂于胸前，外敷跌打散。固定期间即鼓励病人作腕指关节活动。2~3 周后可解除外固定。解除外固定后自主练习肩关节活动，但禁止被动强制性活动。活动范围不宜过大，循序渐进，可作前屈、后伸、外展肩关节活动。在活动同时，外洗中草药，有利于肩关节功能恢复。内服按损伤分期，辨证施治。

4. 效果：单纯脱位者 4 周左右功能恢复，合并大结节骨折者 6~8 周功能恢复。

### 体会

1. 肩前屈位牵引下手法易治疗肩关节前脱位易于掌握、可减少肩部肌肉的收缩拉力，有利于推按肱骨头入臼，因而用其他方法不易复位者，而用本法则往往较易成功。未发现因用本法造成软组织及神经损伤者。

2. 积极鼓励病人作患部锻炼，结合外敷外洗，有利于加速患肢关节功能恢复。