

学术论坛

浅谈痹病的分类

□姜玉铃

痹病也称“痹”“痹证”“风湿病”等，是人体正气不足，风、寒、湿等外邪侵袭（也可由内生风、寒、湿、热、痰瘀引起）导致，出现以肢体关节肌肉疼痛、重着、麻木、肿胀、屈伸不利，甚至关节变形，或累及脏腑为特征的一类病症的总称。历史文献中的某某痹及某体表部位的痹，如肩痛、臂痛、腰痛等，都属于痹病的范畴。痹病以皮、肉、脉、筋、骨，甚至脏腑的经络气血“不通”“不荣”为主要病机。痹病在临床上具有慢性、渐进性、反复发作等特点。历代医家对痹病都很重视。然而，痹病的命名及分类，颇不一致。《中国痹病大全》记载有关痹病的名称超过400种，其分类繁杂混乱。清晰、合理的分类是对疾病认识的升华，也是进一步深入研究的基础。依据历代医家对痹病因、病机、临床表现、治疗方法等方面的认识，结合笔者的体会，充分考虑临床实用性，笔者认为应从痹病的病因、部位、证候、特征等为主线进行分类。

按病因分类

中医的病因，种类繁多。有外感的“六淫”，有内伤的“七情”，还有饮食、劳倦、虫兽、外伤等。这里痹病的病因，指的是感受风、寒、湿等病邪，即外因。自《黄帝内经》“风、寒、湿三气杂至，合而为痹也”的经典论述之后，历代医家对外因致痹多有发挥。如近代医家认为，外感风、寒、湿致痹虽较常见，而生内风、寒、湿、热等病邪致痹在临床上的辨证更重要。以病因为主线，近代医家通常将痹病分为风痹、寒痹、湿痹、热痹、风、寒、湿、热直上指的是病因，而更深一层表示的是痹病的临床表现特点，由于中医临床病因学的特点是“审证求因”。从病因辨证的角度，临床上将痹病分为风痹、寒痹、湿痹、热痹进行论治，这对大部分痹病可取得较好的疗效。但是有些表现为口、眼、鼻干燥较突出的痹病（并不罕见），按上述理论进行论治，并不能取得令人满意的疗效。这就说明，痹病的病因除了上述观点以外，还没有被人们完全认识。国医大师路志正对此类痹病研究颇深，根据多年的经验，提出了“燥痹”一名，他认为“燥痹”之发，缘由先天

禀赋不足，阴液匮乏；或木形、火形之躯，阴虚火旺；天行燥邪或温毒，损伤津液；或寒湿内盛、郁久化热、灼伤阴津等，使机体阴液损伤，组织失充，失养，筋脉闭阻不通而成。这一观点已被学术界广泛认同。“燥痹”的提出，完善了中医风湿病学的理论体系，是对中医风湿病学的重大贡献，使上风、寒、湿、热等病邪不能包括的“燥痹”进入应有的历史领域，解决了中医风湿病学多年未决的问题。自此，从病因学角度已经有了风痹、寒痹、湿痹、热痹、燥痹5种。笔者认为，可将其统称为“五因痹”或“五邪痹”，它代表了痹病的病因学的完善和发展。至于“暑痹”，在目前尚未形成共识之前，暂不列入。

按部位分类

按组织分类 中医认为人有“五体”，即皮、肉、脉、筋、骨。这是痹病的主要病变部位，因此临床有相应的皮痹、肉痹、脉痹、筋痹、骨痹。以上5种痹病，称为“五体痹”（《黄帝内经》也称“五痹”）。“五体痹”在临床上具有重要的意义。中华中医药学会风湿病学分会多次对其进行研讨，统一了“五体痹”的概念、诊断标准、疗效评定标准等，为痹病的深入研

究打下了良好的基础。按脏腑分类 中医认为“五体合五脏”，“五体痹”进一步发展可深入脏腑，影响脏腑功能，而形成肺痹、脾痹、心痹、肝痹、肾痹，统称“五脏痹”（首见于《证治准绳·杂病》）。对“五脏痹”历代医家重视不够，缺乏系统的整理，今后应引起足够的重视。

按体表部位分类 《医林改错》曰：“凡肩痛、臂痛、腰痛、腿痛或周身痛，总名曰痹证。”因此，此类痹病名称一般称为某部位疼痛，如臂痛、颈痛、背痛、腰痛、骶痛、膝痛、足痛、腿痛等。此类痹病中，以颈、肩、腰、腿痛为重点，不少医院设立了颈肩腰腿痛专科，甚至成立颈肩腰腿痛医院。因为按体表部位分类的痹病，与现代医学解剖学关系密切，所以近年来此领域按此分类的痹病的病因学、病理学、治疗学、康复学等方面发展较快，这是中医风湿病学领域中可喜的进展。

按证候分类

证候是中医特有的诊断概念，其对确立治疗原则或方法起着关键的作用。黄文东在《实用中医学》中依据痹病正邪盛衰的不同，将其分为虚痹、实痹两大类证候。但在临床上，瘀血、痰浊证候

不但常见而且十分重要，在不少痹病的辨治过程中，有突出的地位。因此，将痹病只分为虚实两大证候是不完整的，至少是与临床实际不符的。现代名老中医姜玉铃根据多年的临床经验，提出了痹病新的病因病机虚、邪、瘀，在治疗上将痹病分为正虚候、邪实候、瘀血候（包括痰浊）。在临床上依上述观点和方法诊治痹病，容易理解、操作简便、目的明确、疗效明显。笔者认为，可将这一证候分类称“三因三候痹”或“三候痹”。它代表了现代人对痹病因、病机、诊治方面认识的提高。

按疾病特征分类

有些痹病在临床上有特有的征象，如历节风、鸡爪风、鼓髓风、狐惑、痛风等，其各有诊治规律，故将此类痹病称为特殊痹病。现代名老中医焦树德根据多年的临床经验，提出“尪痹”一名，专门表示痹病日久、机体消瘦、关节变形、肿大、僵化、不能屈伸、骨质受损的一组临床特征。在临床上，有的痹病患者，由于各种原因，确能逐渐形成“尪”的状态，此时的辨治，有其比较特殊的规律。这种情况，在过去没有一个统一的命名。“尪痹”一名的提出，是对中医风湿学的重要

贡献。分类的水平，代表了人们对事物本质认识的水平。疾病分类的目的，是为了提高诊疗水平。痹病，列出以上几种分类，可以充分认识疾病的本质，从不同角度来认识问题的方法。也就是说，每一种分类方法，反映的只是从某一角度对疾病的认识。在临床上，遇到一个痹病患者，究竟该使用上述的哪一种分类最好？换句话说，该痹病究竟是什么分类中的什么病证呢？我们解决的方法应先抓主症，根据主症探求出疾病的本质，再结合上述各种分类的内容实质，最贴近（符合）的就是该痹病的最佳分类。对有些病性较复杂的患者的辨证，可以两种分类方法结合使用，如寒湿皮痹、肾虚腰痛等。痹病历史悠久，病名繁多，想要有一个好的分类方法是不容易的。但为了痹病学的发展，依据学科的最新成果，建立一个好的痹病分类体系，是十分重要的。限于笔者的水平，提出上述粗浅的分类意见，定有不少不足之处，敬请专家同行指正，共同发展中医风湿病事业。（作者供职于河南风湿病医院）

中医人语

医生承担着治病救人的职责。想达到这个目标，前期我们需要深厚的积淀，在不断地学习中丰富见识，提高自我判断能力和知识水平，在大量的临床实践中，增加成功治疗疾病的胜算。这个过程和修行一样，只有目的，没有具体过程提示，完全凭借个人心力和意志力去担着，持之以恒，达到理想的状态。

当我们进入中医殿堂，经历一场跋涉，苦读强记，迷茫探索，犹如茫茫沙海中穿行，根本不知道自己还有多远才能到达终点，根本不会有人告诉我们该怎么做，就是有人告诉我们也不要信。心灵的折磨，身体的困乏都使我们必须成长，没有捷径，没有坦途，自己去实践，苦累撑着，祸福自己担着，没有人替换我们。

总有一天，我们会感到这个职业简直是无可替代的天赐，是一条正路，是一种幸福。

这是一个漫长的基础学习过程。中医基础理论尚可以理解其中的意象，因为和我们周围的事物关联。对于中药的药名、功能、治疗作用、品质特征、产地、著名方剂中的角色、特殊的作用等，同样都需要我们烂熟于心。

方剂、汤头歌诀，需要我们要牢牢地记忆。什么方剂是什么出处，用在什么病证上，每一位药在方子里的“角色”是什么，服用方法是什么，谁先下，谁后下，为什么？

等我们总结出一定规律后，又该进入下一个环节：学习经典。例如，《黄帝内经》《伤寒杂病论》《金匮要略》等，我们要记牢要熟的条文，不然在同行面前，我们就要败下阵来。

我们还需要学习历代医家学说。例如，我们要了解中医药史上，谁在哪些方面最权威，发生过什么故事，那些经典故事在中医药发展史上有什么里程碑式的贡献。对于重要的条文，我们还要记得滚瓜烂熟。

我们还需要对内科常见病有所认识。例如，这个疾病和其他疾病之间该如何鉴别？这个疾病和那些疾病是一回事吗？历史上中医名家怎么认识该疾病？历代医家有过什么论述吗？这叫历史沿革，有哪些不同类型，可以运用到哪些方剂？如何随证加减？近代有哪些新经验？西医医生怎么看待该疾病？总之有很多东西需要我们思考。无论是死记硬背还是灵活记忆也行，需要我们绞尽脑汁，吃饭睡觉不要闲下来，学中医需要我们花费大量的精力。

没有周末，没有浪漫，如果我们精力没有用完，图书馆阅览室有的是资料图书。在这里，我们有多少精力都可以被消耗掉。

等我们毕业了，接触到临床，就会发现，照着书本看病，根本治不好患者。没有一位患者照着书本生病的，病情有轻重，体质有强弱，四季有寒暖，家庭有贫富，症状各不相同。如何着手，还需要医生在治疗过程以外的地方下功夫，体悟事物，演习哲理，笃行善良，连接书内书外，使我们不再都在书本，最终逐渐成长为一名合格的中医医生，然后可以发起对于不治之症的挑战，创造出两三个奇迹，我们就会成为一方名医，临床经验越丰富，患者自然就越多，还有可能成为大家公认的中医大家。

到了这个阶段，我们就可以执简驭繁，找到大道至简的捷径，从此不再为庸中踌躇，水来土掩兵来将挡，处于不败之地了。但是人非神仙，焉能无误，因此为医者不可以自大，需要永远在学习的路上。（作者供职于河南省延津县中医院）

如何成长为一名中医医生

□郑学农

诊疗感悟

针刺和耳穴压豆治疗呃逆

□王松强

呃逆俗称“打嗝”，又称“哕逆”，是指膈间气机不利，逆气上冲于喉间，致呃逆发作，是为气逆动膈。呃逆表现以气逆上冲、喉间呃呃连声、声短而频、难以自制为主。呃逆是临床和生活中常见的一种症状，轻者可自行缓解，重者可出现顽固性呃逆。

针刺四关穴

针灸治疗呃逆具有独特的优势。《景岳全书·呃逆》：“虽其中寒热虚实亦有不同，然至呃之由，总由气逆，气逆于下，则直冲于上，无气则无呃，无阳亦无呃，此病呃之源，所以必由气也。”由此可见，气机逆乱是导致呃逆的关键。《针灸穴名解》记载：“合谷、太冲二穴，名为四关，以其能大开通也。”合谷穴为手阳明大肠之原穴，太冲穴为足厥阴肝

经之原穴。四关穴是阴阳两经的脏腑经络原气输注出入的地方，开四关穴可斩关夺隘，疏通全身气机。且针刺原穴能通达三焦原气，调整脏腑功能，对脏腑气机功能失调诸疾有较好的疗效。

在四关穴中，合谷穴又为阳，属腑，调气，主降；太冲穴为阴，属脏，调血，司升。穴位相配，一阴一阳，一气一血，一升一降，彼此制约，相互为用，可调整气机、疏通气血，被广泛应用于多种气机失调之病证中。故因气机逆乱导致的呃逆仅以针刺四关穴即可奏效。

针刺攒竹穴、膈俞穴

顽固性呃逆的出现，与患者脾胃、肝脏、肾脏、胃以及肺均有关。顽固性呃逆在我国古代医

书中早有记载，其中包括针灸治疗的方法。

在《黄帝内经·灵枢·口问》中记载，针刺攒竹穴对呃逆有理想效果。攒竹穴的名字出自《针灸甲乙经》。在《黄帝内经·灵枢·经脉》中有关于攒竹穴的明确记载。该穴位是足太阳膀胱经第2穴，由于人体脾胃、膈肌等组织均与足太阳膀胱经相连。因此，刺激攒竹穴，可达到止呃、降逆、疏松膈肌的目的。

膈俞穴是八会穴之血会，对该穴位进行针刺，可达到补血行气之效，在攒竹穴基础上针刺该穴位，可进一步提高对呃逆的疗效。

耳穴压贴

《黄帝内经·灵枢·口问》曰：“耳者，宗脉之所聚也。”人体耳的形态如胎儿倒置，将耳部视为缩

小的人体，与中医认为的“人体体表的每一个穴位均是体内脏腑、经络之气输注于体表之所在”的规律异曲同工。耳穴贴压是临床常见的中医外治法。耳穴贴压可避免耳部有创针刺，可对穴位产生长时间刺激作用。在临床上，采取耳穴贴压治疗气机郁滞型顽固性呃逆，效果显著。

耳穴贴压操作方法 对患者一侧耳郭用75%乙醇进行脱脂消毒，待干后，医者用左手固定患者的耳郭，右手持镊子夹取王不留行籽粘贴在患者的耳穴上，并观察耳郭局部阳性反应点情况，以加强耳穴贴压。医者指导患者用拇指和食指的指腹置于耳郭的正面和背面按压，直至患者出现痛、胀、热、麻等感觉，手指可边压边移动，一旦找到耳郭的

敏感点，则持续按压20秒钟~30秒钟。每天按压3次~5次，每次每穴1分钟~2分钟。耳穴贴压每周更换2次（左右耳交替进行），总疗程不超过7天。

注意事项

贴压耳穴，患者应注意防水、防污染，以防王不留行籽移位、脱落。夏天人们易出汗，贴压耳穴不宜过多，时间不宜过长，以防胶布潮湿或皮肤感染。对胶布过敏者，可用粘合纸代之。

以上是几种常见的治疗呃逆的方法。同时，在治疗中如果患者惧怕针刺，也可以通过按揉刺激以上相关穴位取得独特的疗效。（作者供职于河南推拿职业学院）

力倡外治疗法 研发新制剂

□赵法新

内病外治包括腧穴按摩、穴位贴敷、手法牵引、透皮治疗、磁疗等，皆中医传统疗法之长。可见外治之广、疗效之著，安全性高，世人称颂。清代名医吴尚先说：“外治之理，即内治之理；外治之药，亦即内治之药。所异者，法耳！”无独有偶，西方医家认为，今后10年~15年，有三分之一的现用药物将采用透皮吸收制剂。足见中西医都青睐外治疗法，在外治疗法领域做文章，必将有更多、更好的外用药品问世。

颈椎病是伏案工作者、司机等多行业的职业病，发病率之高，痛苦之重，危害之广，治疗之难，前景堪忧。寻找理想的外治方法，综合外治经验，继承创新，毋

庸置疑是现代中医医者的职责。近几年，笔者坚持传承、创新、研究，在现代药浴已初见成效，在风湿病、戒毒、减肥、感冒等治疗中彰显优势，研发的“风湿骨痛浴液”“祛风胜湿浴液”“戒毒止痛浴液”“感冒浴液”“减肥浴液”“调脂浴液”“鼻炎环贴”“厌食脐贴”“便秘脐贴”“痞胀消脐贴”“透皮止痛贴”“消炎贴”“痤疮贴”“疤痕贴”“磨牙贴”等外治剂型，疗效满意，部分已获相关部门批准备案。

一位院士曾在电视栏目上讲：他已耄耋之年，还能当众穿针引线。其中的奥秘是这位院士经常按摩四白穴、承泣穴，闭目转眼球，一日数次，30余年如一

日。这位院士还说自己50多岁时，在非洲工作，酷热劳累，玻璃浑浊，视力严重下降后坚持治疗数年，才有今天的结果。此疗法令同病相怜的笔者倍感兴趣。

于是，笔者与针灸科医生、眼科医生共同探讨：“日得血而能视”“阳明经多气多血”“脾胃乃气血之化源。”四白穴、承泣穴是阳明经穴，多气多血。这位院士的经验大概如此。按摩眼周诸穴，皆能活血行气，缓解痉挛，调节眼轮匝肌（视力），缓解疲劳。大家试想增加眼周穴（太阳穴、鱼腰穴、攒竹穴、睛明穴、四白穴）按摩、闭目转眼球运动、眼部静电按摩，“三效合

一”，可以大大提高视力。

原理 太阳穴为经外奇穴，可醒脑开窍，清热明目；鱼腰穴为经外奇穴，可以明目；攒竹穴为膀胱经穴；四白穴为胃经穴，可以多气多血，清胃明目；睛明穴，可以清肝明目。闭目转眼球运动，舒缓眼肌，调节视力。眼部静电按摩，集穴效、电效、按摩“三效合一”，具有通经活络，改善血液循环之功，血是筋濡则目明。

方法 五指各点一穴：拇指，对应太阳穴；食指，对应丝竹空穴；无名指，对应睛明穴；小指，对应四白穴；中指，对应攒竹穴。双手十指对称，点压双目眼周各五穴。点压、揉按交替，先轻后重，一次30秒钟，共4次，共计2分

钟。接着闭目转动眼球，正转30秒钟，倒转30秒钟，共计2分钟。接着进行眼郭静电按摩，双手合十，快速搓手10秒钟，摩擦产生静电，即指双眼20秒钟，劳宫穴对眼球，手掌内凹，其周围合于眼眶，并按摩，力量适宜，约2分钟。一日可进行4次（睡前、起床前、午休、工作）。

体会 笔者的左眼已做玻璃体切割术，视力0.4，视野受限，中度白内障，右眼视力0.7，轻度玻璃体浑浊。笔者初试时眼球转动不灵，有牵拉感；1个月后，眼球转动自如，无感不适；之后，双目轻松、舒适、明亮。

（作者为全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师）

征稿

您可以谈谈自己的看法，说说您对中医药发展和中医教育的建议和意见，写一写关于中医药现状与问题的文字……《中医人语》《学术论坛》《诊疗感悟》《关注中医药改革》等栏目，真诚期待您的参与！

联系人：徐琳琳
联系电话：15036010089
投稿邮箱：xulin.lin@qq.com

