

针灸经络

谈 针 灸 治 疗 痹 证

江西省莲花县人民医院针灸科 刘 一 龙

痹证是指人体遭受客邪侵袭后,表现以疼痛为主的疾病。由于长期活动不便,患部失于气血温养,致使筋骨不用,甚至发生瘫痪。笔者就痹证的辨证,谈谈针灸治疗之法。

一、痹证的本质

(一) 病因病机: 痹证的发生,一是体质素虚,阳气不足,卫气不固,腠理不密。二是由于起居、劳作、防御不慎,风寒湿邪或风湿热邪乘虚而入,伤于皮肤,侵入筋肉,稽留关节,邪阻经络,遏滞气血而成。早在《素问·痹论》中指出:“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。”至于风湿热痹,清代尤在泾在其所著的《金匱翼》中说:“府藏经络,先有蓄热,而复遇风寒湿气客之,热为寒郁,气不得通,久之寒亦化热,则瘰癧燎然而闷也。”由于邪犯人体的浅深和症状不同,风湿热痹又可分为皮肤红斑型、关节肿痛型和心痹型。另有顽痹则是由风寒湿痹和风湿热痹郁化而成,大多由风湿热转化所致。并有夹瘀、夹痰之分,但以夹瘀为主。王清任《医林改错》中说:“痹证有瘀血”,实为顽痹之病机。

(二) 证候分析: 风寒湿痹临床常见 肢体关节、肌肉、筋骨各部疼痛、痠胀、麻木、沉重,活动不便,甚至丧失活动能力。本证每因遇冷或天气变化而加重。其偏重于风者,游走窜痛;偏重于寒者,痛剧不移,得热则缓,遇寒则重;偏重于湿者,沉重痠胀。风湿热痹临床上主要表现是游走性大关节疼痛,关节肿胀红热,运动受限等症状,常有发热、皮疹、多汗、乏力、纳呆,甚至心悸脉结代等。皮肤红斑型,以发热恶寒,骨节疼痛,皮肤出现环状

红斑或结节性红斑,或皮下结节为主证;关节肿痛型以肘腕膝踝等关节肿、热、窜痛为主证;心痹型,心前区有紧缩感或疼痛,胸闷不适,舌黯紫、苔黄腻,脉涩或结代为主。顽痹以夹瘀症状为主,大多于上下肢关节附近呈现红色结节性瘀斑,一、二日后转变为暗红色,数日后有色素样沉着,三、四周后才逐渐消退,也有呈现舌边瘀斑和舌前部点状红斑者,上下肢皮肤出现半月型花絮样红斑。总之,三种痹证在活动期实验室检查大多可发现阳性表现。

二、痹证的治疗

一般对痹证的分型,大抵都按行痹、痛痹、着痹和热痹来划分。现概括为风寒湿痹、风湿热痹、顽痹三型。因为行痹、痛痹、着痹病情大致相同,临床特征也颇相似,三型之间没有本质的区别,所以概括为风寒湿痹。在治疗上则有所偏重,行痹则宜泻法或平补平泻法;痛痹则宜热补法;着痹则宜先补后泻或先泻后补法。风湿热痹虽也可分为三型,然总属风湿热为患,每型间也是因部位不同,症状有所偏重罢了。在治疗时,视邪气偏盛之症状,施行适宜补泻手法。顽痹则有夹瘀、夹痰之分,是难治之症,然亦当随病情施行妥善治疗。

风寒湿痹、风湿热痹、顽痹三型在病因、病机上有它的共性,在邪气方面均有风湿侵袭,在正气方面均为经络不畅,营卫失调,气血阻滞。故风寒湿痹、风湿热痹、顽痹,在治疗中均宜通经活络,祛风除湿。而风寒湿痹其病情基本属寒,风湿热痹基本属热,二者寒热迥异,不能统一治法,须知风寒与风热,均系外客之邪,应以祛邪为要。总之,本着“盛则泻之,虚则补之,热则疾之,寒则留之,陷下

则灸之，不盛不虚，以经取之”的补泻大法。证诸临床实践，疗效应手。

三、典型病例

例一：韩××，男，53岁，1985年5月6日初诊。

患者右踝及趾关节肿痛已2年，常反复发作，每于阴雨天气痠痛尤甚。近月患肢持续肿痛，步行困难，勉走数十米即需停歇。踝、趾着地则痛，常因疼痛彻夜不寐。呈慢性病容，神疲肢怠，形体消瘦，面色无华，腹胀纳呆，眩晕，小便短涩，患肢肌肉轻度萎缩，踝微肿，趾呈梭形肿大，舌质淡红，苔薄白，脉沉细，实验室检查：抗“O”试验800单位，血沉为100毫米/小时。脉证合参，乃是寒邪阻滞，气血运行不畅，筋脉失养，证属风寒湿痹。治宜散寒止痛，行气通络。取足三里、解溪、太冲、昆仑，以“烧山火”三进一退九阳数补法针之，久留针，5分钟进针一次。并于艾炷灸右足行间穴四壮。每日二次。二诊针灸四次后，右踝尚肿，趾痛稍缓，夜可入睡，胃纳好转，脉舌如前。三诊继取上穴，同样手法针灸六次，踝、趾痛均减，神疲、肢怠、眩晕改善，胃纳增进，小便畅利，苔薄白，脉细缓。四诊踝、趾痛继减，肿胀消退，步行时着地尚感痠痛，苔薄润，脉细缓。在上述治疗中，初用艾炷灸行间穴后改用八风穴各四壮。五诊踝、趾痛大减，夜能宁睡。又治疗十次，巩固疗效。三个月后复查，阴雨天气及劳累时也未发作，抗“O”试验与血沉检查均正常。

例二：李××，女，40岁，1985年3月17日初诊。

患者两膝疼痛红肿3天，不能行走，不敢屈伸，发烧约10天。服用退热药后，热稍退。两膝红、肿、热、痛，恶心呕吐，睡眠差，小便短赤，自汗，有风湿性关节炎病史。

检查：急性病容，痛苦表情，拄杖搀扶而来，右膝关节红肿发热，左膝稍轻，体温38℃，舌苔薄黄，脉浮数而滑。实验室检查：白细胞13700/毫米³、中性76%、淋巴21%、单核1%、酸性2%。抗“O”试验1200单位，血沉为100毫米/小时。西医诊断：风湿性关节炎急性发作。中医辨证：乃风湿之邪郁久化热而致风湿热痹。治以泄热、通络、止痛。取穴：梁丘、血海、膝眼、足三里。用一进三退六阴数“透天凉”泻法，疾速刺针，留针15分钟。每5分钟疾速进行一次。按上法针治三次后，红肿明显减轻，能自己走来就诊。五次后红肿消失，走路自如。一个月复查血沉为38毫米/小时，抗“O”试验800单位。两个月又查

血沉为15毫米/小时，抗“O”试验350单位，双膝关节恢复正常，共针治35次痊愈，已上班工作。

例三：周××，男，45岁，1985年4月20日初诊。

患者背、腰、髋、腿肌肉疼痛十余年，经常发作，寒冷阴雨天气加重，影响行动，弯腰抬腿疼痛，活动明显受限，夜间常因疼痛影响睡眠。近二年腰腿肌肉痛，且常麻木。曾局部封闭多次，短暂有效。十年来服中药数百剂及不少西药，但收效甚微。

检查：面略苍白，脉沉数，苔黄，舌尖略红，边有瘀点。两大腿部皮肤呈椭圆花絮样红斑，尤以右侧为甚，肌肉轻度萎缩。腰向前屈40°，左弯45°，右弯30°，双下肢抬高试验阳性，腰椎X线片未见骨质改变，查血沉为50毫米/小时，抗“O”试验800单位。西医诊断：(1)风湿性肌纤维炎；(2)梨状肌损伤。中医辨证：顽痹夹瘀。治以通经活血，养血益气，宣痹止痛。取穴：肾俞、气海俞、秩边、阳陵泉、绝骨透三阴交，予以呼吸补泻手法的补法针之，每10分钟施术一次。针上加灸，留针。针灸治疗五次后，疼痛明显减轻，已能弯腰穿鞋，但肌肉有麻木感，花絮样红斑逐渐消退。按上法治疗50次后，复查血沉为18毫米/小时，抗“O”试验150单位，症状完全消失，活动自如，恢复工作，随访半年未再复发。

四、体会

痹证的病机，一般认为由于气血不通，而致疼痛麻木。针灸治疗痹证，则为“决凝开滞之机”。如上述三例中，在手法上一用热补法；一用凉泻法；一用呼吸补泻法中的补法。通过补虚泻实，调和气血，疏通经脉，促进气血畅通，才能达到机体阴阳平衡，祛除病邪之目的。

《灵枢·经脉篇》说：“盛则泻之，虚则补之，热则疾之，寒则留之，陷下则灸之，不盛不虚，以经取之。”此乃针灸施术原则。凡属邪气盛者当用泻法，以泻其邪；属正气虚者当用补法，以扶正祛邪；寒性疾病，当久留，深刺加灸；热性疾病，应速刺，重刺而疾出针，以泄阳邪，不用灸。若阳气不足、经气下陷时，当用灸法。

更正：本刊1986年第7期59页右栏例第10行“月”应为“日”；第8期33页左栏例第10行“百花科”应为“百合科”，55页右栏例第3行“疗”应为“瘰”。