

## • 学术探讨 •

## 痹病内涵与外延研究

陈世贤<sup>1</sup> 徐娟<sup>1</sup> 朱俊卿<sup>2</sup> 陈智勇<sup>1</sup> 郑松源<sup>1</sup> 李娟<sup>1,2</sup>

**摘要** 研究痹病的文献资料,结合临床实践及现代医学发展,对痹病的内涵与外延进行科学界定,以促进痹病的学科发展。论述痹病的狭义与广义、病因病机的认识与发展、治疗的三原则及预防调摄;对痹病病名进行规范化研究,提出以五体痹、五脏痹理论指导风湿性疾病关节外损害的诊疗,通过特殊痹探索当代痹病理研究和临床分类的新思路。

**关键词** 痹病;内涵;外延;风湿病

Research on the Connotation and Extension of Bi Diseases CHEN Shi-xian<sup>1</sup>, XU Juan<sup>1</sup>, ZHU Jun-qing<sup>2</sup>, CHEN Zhi-yong<sup>1</sup>, ZHENG Song-yuan<sup>1</sup>, and LI Juan<sup>1,2</sup> 1 School of Traditional Chinese Medicine, Southern Medical University, Guangzhou (510515); 2 Department of Traditional Chinese Medicine, Nanfang Hospital, Southern Medical University, Guangzhou (510515)

**ABSTRACT** Based on the literatures of Bi diseases, clinical practices and advances in modern medicine, the connotation and extension of Bi diseases were defined to promote the development of the discipline. The special and general theory, etiology and pathogenesis, the three principles of treatment, the prevention and health care of Bi diseases were discussed. The names of Bi diseases were also normalized. Finally, it was theorized that the law of the five body constituents Bi and the five zang-organs Bi guided the diagnosis and treatment of extra-articular damage in rheumatic diseases and specific Bi helped to explore new approaches for theoretical researches and clinical classifications of Bi diseases.

**KEYWORDS** Bi diseases; connotation; extension; rheumatism

痹病是临床常见病证,涵盖疾病甚广,历代医家认识不一。目前痹病的内涵和外延尚缺乏科学、公认的界定,不利于中医痹病学科的发展。通过研究痹病的中医学文献,结合现代医学发展及临床实践,认为痹病可界定为:由于禀赋不足,正气虚弱,风、寒、湿、热等邪气闭阻经络,出现以肢体筋骨、关节、肌肉等处疼痛、重着、麻木、肿胀,关节僵硬、甚至变形,或累及脏腑为特征的一类病证的总称。

### 1 内涵的界定

1.1 痹病之狭义与广义 狭义之痹病即外痹,是指以肢体筋骨、关节、肌肉等处发生疼痛、重着、酸楚、

麻木,或关节屈伸不利、僵硬、肿大、变形等症状的一类疾病<sup>[1]</sup>。

广义之痹病包含外痹与内痹。内痹常由外痹传变而来,是指病位在脏腑的一类痹病。早在《内经》中便有“五脏痹”的论述,其临床表现复杂,与现代医学中的结缔组织病如类风湿关节炎、系统性红斑狼疮、干燥综合征、血管炎等出现多脏器、多系统损害时的临床表现非常相似<sup>[2]</sup>。五脏痹理论对该类疾病的诊疗具有指导意义。如《素问·痹论》曰“皮痹不已,复感于邪,内舍于肺”,“肺痹者,烦满喘而呕”。皮痹相当于硬皮病,临床表现为皮肤浮肿,继而变硬、萎缩。肺痹临床表现为喘息、咳嗽、胸闷心烦等症状,相当于结缔组织病呼吸系统损害所继发的肺间质纤维化等。临床中硬皮病患者中 2/3 以上有肺部受累,表现为肺间质纤维化、肺动脉高压等,是硬皮病的最主要死亡原因<sup>[3,4]</sup>。因此,皮痹的治疗当以活血通络、补脾益肺为原则,防止向肺痹传变。临床中,内痹与外痹常难以截然分开,所谓轻者病在四肢关节肌肉,重者可内舍于脏。鉴于痹病与中医学风湿病内涵的一致性<sup>[5]</sup>,以广义痹病为研究对象,有利

基金项目:广东省中医药强省建设专项中医临床重点专科建设项目(No. 粤中医函[2015]8号);广东省“211工程”三期重点学科建设项目(No. 粤发改社[2009]431号)

作者单位:1.南方医科大学中医药学院(广州 510515);2.南方医科大学南方医院中医内科(广州 510515)

通讯作者:李娟, Tel: 020-62786363, E-mail: lj40038@126.com

DOI: 10.7661/j.cjim.20180612.088

于中西医的交流 符合痹病的学科发展需要。

1.2 痹病病因病机的认识与发展 《素问·痹论》曰“风寒湿三气杂至,合而为痹也”,奠定了痹病的理论基础。然而“正气存内,邪不可干”,外感风、寒、湿、热等邪气仅为痹病发生的外在条件。先天禀赋不足、正气虚弱,导致筋骨失养、卫外不固,是痹病发生的内在基础。现代医学研究亦显示,风湿性疾病如类风湿关节炎的发生是在遗传易感性的基础上(如人类白细胞分化抗原 DRB1<sup>[6]</sup>),加上环境因素的影响(如感染细菌<sup>[7]</sup>、病毒<sup>[8]</sup>、支原体<sup>[9]</sup>等),由免疫系统失调所介导,即内因和外因综合作用的结果。

痰瘀是痹病的重要病机:痹病病理关键是“不通”,其致病因素皆可致痰瘀;无论内因外因,痰瘀阻塞气血,肌肉关节受累,经络痹阻失养是为病机所在<sup>[10,11]</sup>;痰瘀既是病理结果,又作为关键的病理因素,引起痹病的临床症状,如肿胀、疼痛。

1.3 痹病治疗的三原则 辨病与辨证相结合,内外痹兼顾,防止药物不良反应是痹病治疗的 3 个原则。现代痹病的诊疗,如不知辨证论治,而被现代病名束缚手脚,中医药再好,也难奏效。但另一方面,如只强调辨证施治,不与现代医学相结合,不能有进一步的鉴别诊断,单纯药物治疗,痹病的诊断疗效也不可能理想。特别是合并内脏损害时,如类风湿关节炎合并葡萄膜炎,是否使用激素、生物制剂治疗,近、远期疗效有很大差别<sup>[12,13]</sup>。在辨证组方基础上,亦应参考中医药现代研究成果,选加对痹病及并发症有特殊作用的药物;此外,痹病的治疗应建立在痹病内外痹认识基础上,内痹往往病情较重,治疗棘手,治疗不及时预后较差,常需中西医结合治疗;祛风湿药如附子、雷公藤等,虽为良药,亦有大毒,临床应注意其不良反应,正如孙思邈《论痹》:“凡治痹症,不明其理,认毒烈诸药套药施之,虽舒缓一时,终伤其肺,累及性命,此医之罪也”。同样,类固醇激素、细胞毒药物亦有明显不良反应,此时配合中药治疗可起到增效减毒的作用。

1.4 预防调摄 痹病缠绵难愈,易迁延反复,重者可致关节变形或强直,甚则内传五脏,预后不良。正如“湿性黏滞,胶着难解”,痹病应长期治疗,定期随访评估。痹病患者除药物治疗,生活起居亦非常重要,应顺应四时调养,如平素应注意防风、防寒、防潮,避居暑湿之地等。

## 2 外延的界定

学科的内涵反映对象的本质属性,外延指对象的范围<sup>[14]</sup>。痹病的外延即其病种范围。《中国痹病大全》<sup>[15]</sup>记载的有关痹病的名称超过 400 种,其分类也

显得繁杂混乱,其中有较多病名不规范,主题范畴不清,严重影响学术交流及学科发展。中医学特点的凸显是学术特色和临床优势,而不是病名的古癖。中医学发展要遵循病名的规范、简明原则。因此对于病名偏涩又无太大实际意义,概念含糊不清、现代医学无法界定为某一类疾病的病名,如“八风十二痹”、“痼痹”、“肾痹”、“痹厥”、“枯涩痹”等,建议放弃不用。有些病虽然名之为“痹”,如胸痹、喉痹等,实为另外的病种,不属于痹病范畴。一个好的病名既能反映该病的本质属性,便于临床应用与交流,又能与其他病名在概念的内涵和外延方面相互区别,避免病名之间概念不清或混淆。笔者通过研究痹病文献,结合临床需要,挑选出了 19 个科学、规范、实用的病名,分类如下,见表 1。

表 1 痹病的命名及分类

分类依据	病名
按病因分类	行痹、痛痹、着痹、热痹
按部位分类	五体痹(皮痹、肌痹、脉痹、筋痹、骨痹) 五脏痹(肺痹、脾痹、心痹、肝痹、肾痹)
特殊痹	尪痹、大痲、痛风、燥痹、产后痹

2.1 五体痹与五脏痹指导风湿性疾病关节外损害的诊疗 五体痹是皮痹、肌痹、脉痹、筋痹、骨痹的总称,是指病位主要在皮、肌(肉)、脉、筋、骨等五体组织的一类痹证。五体痹的临床表现与某些结缔组织疾病极为相似,如肌痹以一处或多处肌肉疼痛,麻木不仁,甚至肌肉萎缩,痿软无力,手足不遂为主要临床表现,常见于多发性肌炎、皮炎等病;系统性红斑狼疮合并的皮疹、关节肌肉疼痛、雷诺症、抽搐、股骨头坏死等都与相应的五种痹证相似<sup>[16]</sup>。

五脏痹是肺痹、脾痹、心痹、肝痹、肾痹的总称,是指病位主要在肺、脾、心、肝、肾五脏的一类痹证。《素问·痹论》曰“五脏皆有合,病久而不去者,内舍于其合也。故骨痹不已,复感于邪,内舍于肾;筋痹不已,复感于邪,内舍于肝;脉痹不已,复感于邪,内舍于心;肌痹不已,复感于邪,内舍于脾;皮痹不已,复感于邪,内舍于肺;所谓痹者,各以其时重感于风寒湿之气也。”五脏痹是由于五体痹日久不愈,外邪循经内传,加之各脏在其相应的季节感受风寒湿邪,正邪搏结于经络脏腑之间,导致气血循行阻滞,五脏功能失调而成<sup>[17]</sup>。可见,《黄帝内经》所论述的痹病是一个全身性疾病,病情发展到五脏痹阶段,对应于现代医学风湿性疾病所导致的多系统损害(即内痹),可以应用五脏痹的理论指导其治疗。

2.2 特殊痹—当代痹病分类新思路 特殊痹的

病名尽管大多古代已提出,但经过当代医家的进一步规范界定,与现代医学病名有较为明确的对应关系。1981 年焦树德教授发表论文《尪痹刍议》,建议把具有骨质受损、关节变形的痹病用尪痹作为病名<sup>[18]</sup>。从临床来看,尪痹不但包括类风湿关节炎,也可以包括其他一些有关节疼痛、肿大变形的疾病,如强直性脊柱炎。鉴于中医学中把强直性脊柱炎仅仅归在“尪痹”不够全面,有必要进行专门的研究,且在 1994 年 6 月发布的《中华人民共和国中医药行业标准·中医病证疗效标准》中收入了“尪痹”这一病名并规定是指类风湿关节炎,焦老于 2000 年发表《“大傜”刍议》,并建议中医学把强直性脊柱炎与类风湿关节炎分开论述,把类风湿关节炎归到“尪痹”中研究,将强直性脊柱炎归到“大傜”中去探讨<sup>[19]</sup>。尪痹和大傜病名的确立,有力促进了中医药治疗类风湿关节炎和强直性脊柱炎的科研及临床工作水平。“痛风”一名,中医范畴内是典型的一名多义<sup>[20]</sup>,广义的痛风即相当于痹病,狭义的痛风特指饮酒湿痰痛风。将本名列入特殊痹内,是希望将“痛风”一名特指西医的痛风性关节炎。“燥痹”之名首见于《路志正医林集腋》,由路老于 1989 年提出并命名,指以肢体疼痛,伴肌肤枯涩、脏腑损害为主要临床表现的病证<sup>[21]</sup>。临床上,38% 的干燥综合征患者合并有关节炎,表现为关节痛伴晨僵或滑膜炎<sup>[22]</sup>;而 19.5% 的类风湿关节炎患者存在继发性干燥综合征<sup>[23]</sup>。因此,燥痹归为特殊痹,拟将燥痹与此类疾病相对应。

特殊痹因其病名规范,界定清晰,中医临床诊疗中应用广泛。特殊痹的提出反映了当代医家对中西医结合风湿病学诊疗的探索,有利于丰富中医学理论,促进中医临床诊疗的规范化、中医学优势病种建设,为当代痹病理论研究和临床分类提供了新的思路。

#### 参 考 文 献

- [1] 周仲瑛主编. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2004: 481-483.
- [2] 董振华. 从《内经》五脏痹理论探讨风湿病多系统损害的治疗[J]. 北京中医, 2006, 25(6): 347-350.
- [3] Denton CP, Khanna D. Systemic sclerosis[J]. Lancet, 2017, 390(10103): 1685-1699.
- [4] Giacomelli R, Liakouli V, Berardicurti O, et al. Interstitial lung disease in systemic sclerosis: current and future treatment[J]. Rheumatol Int, 2017, 37(6): 853-863.
- [5] 姜玉铃, 李满意. 风湿病的二级病名及其相互关系探讨[J]. 风湿病与关节炎, 2013, 2(12): 53-57.
- [6] Smolen JS, Aletaha D, McInnes IB. Rheumatoid arthritis[J]. Lancet, 2016, 388(10055): 2023-2038.
- [7] Konig MF, Abusleme L, Reinholdt J, et al. Aggregatibacter actinomycetemcomitans-induced hypercitrullination links periodontal infection to autoimmunity in rheumatoid arthritis[J]. Sci Transl Med, 2016, 8(369): 176r-369r.
- [8] Arleevskaya MI, Shafigullina AZ, Filina YV, et al. Associations between viral infection history symptoms, granulocyte reactive oxygen species activity, and active rheumatoid arthritis disease in untreated women at onset: results from a longitudinal cohort study of tatarstan women[J]. Front Immunol, 2017, 8: 1725.
- [9] da Rocha Sobrinho HM, Jarach R, da Silva NA, et al. Mycoplasma lipid-associated membrane proteins and Mycoplasma arthritis mitogen recognition by serum antibodies from patients with rheumatoid arthritis[J]. Rheumatol Int, 2011, 31(7): 951-957.
- [10] 张少红, 陈进春. 痰瘀致痹理论在类风湿关节炎中的应用[J]. 中医药临床杂志, 2016, 28(10): 1387-1390.
- [11] 张征, 唐勇. 从痰瘀论治风湿性关节炎[J]. 时珍国医国药, 2008, 19(2): 488-489.
- [12] Ten Berge JC, Schreurs M, van Daele PLA, et al. Autoimmunity in uveitis[J]. Acta Ophthalmol, 2018, doi: 10.1111/aos.13652.
- [13] Mesquida M, Molins B, Llorenç V, et al. Targeting interleukin-6 in autoimmune uveitis[J]. Autoimmun Rev, 2017, 16(10): 1079-1089.
- [14] 中国社会科学院语言研究所词典编辑室. 现代汉语词典[M]. 北京: 商务印书馆, 2005: 97.
- [15] 姜玉铃主编. 中国痹病大全[M]. 北京: 中国科技出版社, 1993: 69.
- [16] 朱月玲, 范永升. 系统性红斑狼疮并发五体痹中医辨治探析[J]. 浙江中医药大学学报, 2013, 37(12): 1455-1456.
- [17] 李满意, 姜玉铃. 五脏痹的源流[J]. 风湿病与关节炎, 2013, 2(5): 36-42.
- [18] 焦树德. 尪痹的辨证论治[J]. 中国康复医学杂志, 1992, 7(1): 43.
- [19] 焦树德. “大傜”刍议[J]. 中国中医药信息杂志, 2000, 7(6): 1-3.
- [20] 樊雅莉, 唐先平. 中医“痛风”源流考[J]. 吉林中医药, 2009, 29(2): 176-178.
- [21] 路志正. 燥痹的辨证论治[A]. 中国中医药学会内科学会第三届学术年会论文集[C]. 成都: 中华中医药学会糖尿病分会, 1997: 14-17.
- [22] Mariette X, Criswell LA. Primary Sjögren's syndrome[J]. N Engl J Med, 2018, 378(10): 931-939.
- [23] Alani H, Henty JR, Thompson NL, et al. Systematic review and meta-analysis of the epidemiology of polyautoimmunity in Sjögren's syndrome (secondary Sjögren's syndrome) focusing on autoimmune rheumatic diseases[J]. Scand J Rheumatol, 2018, 47(2): 141-154.

(收稿: 2016-01-27 在线: 2018-08-02)

责任编辑: 汤 静