

# 广东中山名老中医彭若铿治疗肩痹经验介绍

彭键勇<sup>1,2</sup> 彭德润<sup>2</sup> 唐剑邦<sup>2△</sup>

【关键词】 肩痹; 经验介绍; 彭若铿

【中图分类号】 R274.39 【文献标志码】 B 【文章编号】 1005-0205(2021)02-0076-03

肩关节周围炎是指肩关节周围软组织(如肩周肌、肌腱、滑囊和关节囊等组织)病变,并引起以肩关节疼痛和活动功能障碍为特征的疾病。本病属祖国医学“肩痹”范畴,据临床表现及古代医籍记载,本病又有“漏肩风”“肩凝”等名称<sup>[1]</sup>。相关流行病学调查显示,肩周炎发病率为2%~5%,但因其起病隐匿、病程较长的特点,许多病患未能及时诊治,故临床上的实际发病率应更高<sup>[2]</sup>。笔者有幸跟随彭若铿先生学习,并将所学应用于临床,疗效收获甚好,现将彭若铿先生治疗肩痹病之经验总结如下。

## 1 病机核心:内虚外实

彭若铿先生认为肩痹病之成因实为“内虚外实”,内虚即人体肝肾亏虚,气血不足,营卫失和,御邪无力;外实则风寒湿热诸邪侵袭人体,痹阻肩关节,局部筋脉失养,如《类证治裁·痹证》所言“营卫先虚,腠理不密,风、寒、湿乘虚而入……气血凝涩,外而成痹。”

### 1.1 外实:风寒湿侵,邪郁化热

基于《伤寒论》的传统认识,“寒邪”一直被普遍认为是外感疾病最主要的邪气因素,所谓“伤寒”,包含了外感寒邪与内伤阳气两种因素<sup>[3]</sup>,因人体阳气受损,寒邪乘虚侵袭肩部,致肩部经络阻滞,气血不通而发为肩痹<sup>[4]</sup>。如《素问·痹论》所言“风寒湿三气杂至合而为痹”,风邪为百病之长,兼夹寒湿邪气,痹阻关节,损伤人体阳气。寒邪收引凝滞,湿邪重浊黏腻,阻滞肩部经脉,气血通行不畅,故见肩部疼痛及活动受限。人体感受邪气后,邪留体内多可发生“从化”,并因个人体质禀赋,地区气候等因素不同,又有寒化、热化之分。彭若铿先生重视“三因制宜”的中医传统思想,有别于《伤寒论》传统“寒邪致病”认识,认为岭南地区气候常年高温,降雨充沛,当地人群体质多偏阳热火亢,脾胃多虚

多湿,感受风寒湿邪后,邪气多从“热化”。实际上患者肩痛的寒热表现并不典型,但常伴见身热不扬,口干不欲饮,胸脘满闷,便溺尿溲,大便黏腻臭秽,舌红苔黄腻,脉滑数等湿热见症。邪气缠绵困阻日久,则致痰瘀互结,可见肢体酸楚麻木,活动不利。

### 1.2 内虚:肝肾亏虚,营卫不和

彭若铿先生认为人至中年,肝肾渐弱,精血渐亏,营卫失调,腠理空虚,御邪无力。按《素问·上古天真论》言:“女子七七,任脉虚,太冲脉衰少……男子八八天癸竭,肾脏衰,形体皆极则齿发去。”肝肾亏虚,精血不荣,筋脉失养而日久拘挛,正气不足易感外邪。营卫失调亦为肩痹之内因,营者行于脉中营运不休,营养周身;卫者剽疾滑利,可温分肉实腠理,营卫二气共同御邪,为人体正气之表现,当营卫失调,气血亏虚,无以濡养筋脉关节;卫外不固则关节经络易受邪侵,则发为肢体痹阻、麻木不仁,如《素问·逆调论篇》言:“荣气虚则不仁,卫气虚则不用,荣卫俱虚,则不仁不用也。”内外病因交互作用,按《太平圣惠方》言“劳倦之人,表里多虚,血气衰弱,腠理疏泄,风邪易侵……众痹生焉”,由此可见肝肾亏虚,营卫不和,邪气乘虚而入是痹证的根本病机。

## 2 学术思想:重视气血调和,强调气血辨证

彭若铿先生主张以“阴阳平和,气血调和”为主导思想,重点强调“气血辨证”,他认为人体实际上分为“气”与“血”两部分,气即功能,血为物质,血为气提供物质本源,气之强盛又能固护血之充裕,两者相辅相成。当气血失和,功能与物质之间的平和状态就被打破,产生各种病证。彭若铿先生认为气血辨证是中医辨证方法中的根本,贯穿于中医各式辨证方法中,因人身之五脏六腑及经络血脉皆为气血生化所成,故无论是六经、三焦抑或是脏腑等传统的辨证方法,都可在其中细分出最基本的气血特点,而运用“气血辨证”把握人体之气血关键,就能化繁为简,融会贯通。在肩痹病中,医家普遍将病机总结为“肝肾亏虚,气血不足,筋脉失养,风寒湿邪

<sup>1</sup> 广州中医药大学研究生院(广州, 510006)

<sup>2</sup> 广东省中山市中医院

△通信作者 E-mail:85945915@qq.com

侵袭,经络痹阻,营卫气血不畅,正邪交争发为疼痛”<sup>[5]</sup>。而彭若铿先生运用“气血辨证”方法,将病机总纲简要归纳为“血不足,气失用”,即人体精血不足,气无所养,肩部功能失用;气机无用则卫外不固,易受邪侵,邪侵痹阻关节经络,更加重了人体气血的损耗。

### 3 辨证思路:辨清寒热虚实,把握脉象关键

彭若铿先生认为在肩痹病的临床辨证中应把辨清虚实轻重、寒热偏颇作为关键,不能单纯注重人体气血,而忽略了外邪的因素,寒热虚实孰轻孰重是后续处方用药的根据。由于临床上许多肩痹病患者的肩痛表现并不典型,故辨证时不能只着眼于局部的疼痛表现,应结合全身症状整体审查,重点把握脉象。相关指南将肩痹分为“寒湿痹阻”“血瘀气滞”及“气血亏虚”三种基本证型<sup>[1]</sup>,这显然不能满足临床上复杂多变的证候需求。彭若铿先生认为肩痹病的纯虚纯实证候于临床少见,多为虚实兼夹,寒热共存之候,病机以肝肾亏虚,精血虚弱,营卫失调为本;外受风、寒、湿、热诸邪侵袭为标;久病缠绵又可兼杂痰、瘀等有形实邪,主要以祛邪通络为基本治疗原则。

#### 3.1 风寒湿痹寒盛——左脉浮紧,右脉沉细

风寒湿痹是肩痹病的常见证型,医家普遍认为该证型的辨证要点为肩部痛剧,痛位固定,遇寒加重,得温缓解,肩部沉重活动受限,伴见畏风恶寒等寒证征象<sup>[6]</sup>。彭若铿先生则认为临床上肩痛之寒热表现并不明显,应把脉象作为关键重点把握,同时结合其他临床见症才能准确辨证。风寒湿痹虽属寒证,但其亦有寒热之偏颇,偏于寒者的脉象要点在于左脉浮紧,右脉沉细。彭若铿先生认为左脉属阴为血,受风寒湿邪外束,阴寒邪气凝滞血脉,阳气受遏,故脉见浮紧;右脉属阳为气,寒滞血脉,气化无力脉沉且细。临床症状实际多为肩痛较剧,活动受限,四肢冰冷,面色苍白,畏风怕冷,小便清长,肢蜷喜卧,舌质淡或淡红,或见齿痕,苔薄白或厚。此为脉症共参之要点,彭若铿先生总结当病证临床表现不明确时,应以脉象作为辨证关键。

#### 3.2 风寒湿痹郁而化热——右脉弦滑,寸口独盛

肩痹病在诊疗指南中并无热证分型,但彭若铿先生认为临床辨证应不拘束于书本教条,需要结合各地区的气候特点及当地人群体质的实际情况。岭南地区气候高温多雨,人群体质多属湿热,当地人感受风寒湿等邪气后,病邪痹阻,多郁而化热,故彭若铿先生认为风寒湿痹证中多有化热之证。本证的脉象要点在于左右脉象相互比较,右手脉弦滑,右寸口脉独盛。《脉诀汇辨》有云:“右寸洪者,胸满气逆。”右寸口脉候上焦肺脏,脉盛且大,为热邪壅阻上焦,见喘咳烦闷等症,彭若铿先生认为此处右寸口脉独盛应为寒湿之邪壅滞上焦经络气血,郁而化热所表现。临床上多见肩痛,活动不

利,动则加重,面色潮红,或见身热不扬,午后潮热,口干口苦,不欲饮水,胸脘满闷,小便频数短涩,大便黏腻臭秽,舌质多红,舌苔厚腻或黄腻。

#### 3.3 瘀血阻滞——脉滞弦涩

瘀阻证的脉象特点为弦涩,按《濒湖脉学》言“涩脉少血……沉弦悬痛,阳弦头痛,阴弦腹痛”,脉中气血通行不畅,血脉往来滞涩,如刮轻竹。彭若铿先生认为“阳弦头痛”不单指头部疼痛,当为泛指人体上部如头肩颈背等处之疼痛。此证患者多有跌扑损伤病史,肩局部经络血脉损伤,破裂出血,血溢脉外,血行不畅而瘀血停聚。或由肩痹日久,病程缠绵,气血不畅而瘀血内生,痹阻经络,病入血分。临床上肩痛表现以缠绵、刺痛、位固、拒按、夜间尤甚为特点,面色多黧黑沉黯,舌质多紫黯或见瘀斑,舌苔薄白或薄黄。

#### 3.4 气血两虚——脉沉细软无力

气血两虚证的脉象要点为沉细而软,鼓动无力。主要见肩部酸楚疼痛,活动不利,肢体麻木不仁,劳累后加重,兼见面色淡白无华,头晕目眩,气短乏力,心悸失眠,舌质淡或暗,苔薄白或少苔。气血不足,无以荣养,故见面无华,心失血养,见心悸失眠,气虚无力,见乏力气短,气血无以充盈,见舌淡少苔,气血鼓动无力,脉见沉软细弱。《金匱要略论解·血痹虚劳病脉证并治》有云:“不事劳动则筋骨脆弱,以致肝肾虚弱……阳气虚,血行不畅,重因疲劳汗出,体气愈疲……风与血相搏,阳气痹阻,血行不畅。”养尊处优,缺乏锻炼,素体体虚,或因久病缠绵,耗伤气血,正气不足,外邪乘虚而入,内外相互引动,发为痹证。

### 4 方药特点:单行一方,灵活加减

彭若铿先生在治疗上秉承“气血调和”的学术宗旨,推崇使用蠲痹汤与骨痹汤合方,随证灵活加减以应对各类证型。蠲痹汤出于清代程国彭之《医学心悟》<sup>[7]</sup>,是临床上治疗肩痹病的常用方,被誉为“治痹祖方”;骨痹汤则为名老中医关幼波所创,在临床上治疗各种不明原因的腰腿痛症具有良好的疗效<sup>[8]</sup>。两方均为治痹效方,化裁合用,效以“祛风通络,活血止痛”。化裁合方中的用药体现了彭若铿先生“气血调和”的学术思想:方中羌活味辛性温,善走气分,效以温经通络;防风甘温,善入血分,行血中之气,功以润燥祛风,两者共为君,兼顾气血,共行祛风通络之效;黄芪入气分,补气益卫,固实表气,且羌、防走散之性不会损害黄芪实表之效,而黄芪得羌、防二药善行之性则能使药效通达全身,两者并用,非相畏实相使;当归养血和营,制羌、防辛温之性灼血伤阴;姜黄理血中之气,活血通络;白芍入血,和营止痛,药性定守,三者共为臣药;佐以木瓜、威灵仙加强缓急止痛、祛寒除湿通络之效;甘草调和诸味,与白芍同用酸甘化阴,全方敛而不守,行而不

燥,阴阳调和,气血兼顾。此组方配伍之根本实为伤寒名方黄芪桂枝五物汤与芍药甘草汤化裁,彭若铿先生遵古方而不泥古法,因时因地,因人制宜,融会贯通,推陈创新。

#### 4.1 风寒湿痹偏寒:妙用肉桂、细辛、生姜

在蠲痹汤合骨痹汤的组方基础上,彭若铿先生常喜加入肉桂、细辛共用,疗效往往立竿见影。据《医学心悟》记载,蠲痹汤方中使用的为“桂心”一药,但由于历代药物名称演变,各医家在桂枝与肉桂的选择上颇具争议。桂枝虽善温通经脉,可用治关节痹痛诸证,但其不具“益精暖腰肾”之功效;肉桂辛热温散,下行益补肾火,善祛沉痾冷痼,无论脏腑、经络有寒,用之皆宜,故方中“桂心”当以肉桂为宜<sup>[9]</sup>;细辛辛温,善温散寒湿,止痛力强;若临床症见脾胃虚寒,食少畏寒、小便清长、大便溏泄等症,可加用生姜 15 g,生姜辛温,归肺、脾、胃经,散寒解表,可温补后天脾胃之本,补火助阳。又可酌加海桐皮,因其性平,寒热均适,功以祛风通络。加减配伍后全方配伍侧重祛风散寒,温阳止痛。

#### 4.2 风寒湿痹化热:重用葛根,配合桑枝、秦艽加减

合方基础上加入葛根、桑枝、秦艽三味是彭若铿先生针对肩痹热证的用药特点。按《伤寒论》第 31 条:“太阳病,项背强几几,无汗恶风,葛根汤主之。”所谓“几几”当理解为太阳经受寒邪侵袭,收引凝滞,太阳经气不利,肩部、颈部等太阳经循行之位拘紧,拘挛不适之意。彭若铿先生认为葛根需重用至 30 g,葛根味辛性凉,可生津舒经,通脉活血,善散邪通络,可起阴气,滋润经脉,葛根重用能加强治疗肩颈部拘挛强痛之效<sup>[10]</sup>。桑枝祛风除湿,通利关节,善走上身肢体经络,尤其是在肩背疼痛、经络不用的疾患上,有良好的功效。秦艽性平味苦,苦能清热泄浊,善祛风除湿,清利湿热,止关节痹痛。全方配伍重在祛风除湿,清热除痹。且湿热证多伴见身热不扬,口干不欲饮,胸脘满闷,便溺尿赤,泄下腥臭等症,可酌加忍冬藤、土茯苓、丝瓜络等清热利湿之品。

#### 4.3 瘀血阻滞:活用活血化瘀药

针对瘀阻证,彭若铿先生认为应在原方上将白芍易为赤芍,取其活血化瘀止痛之效,善治跌扑损伤之瘀血疼痛;又加入桃仁、红花、丹参等味活血通经,散瘀止痛,全方侧重活血化瘀之效。若病情以新病损伤为主,新伤未损人体正气,可加用乳香、没药活血定痛;痛甚者加延胡索、香附行气活血止痛。

#### 4.4 气血两虚:黄芪桂枝五物汤加减

原方基础上加重黄芪用量至 30 g,当归 15 g,气血兼补。黄芪补气固表,当归补血活血,所谓“有形之血无以速生,无形之气法当急固”,重用黄芪大补脾气,补益脾胃生化之源;配合当归养血和营。再加生姜与大

枣两味,按《金匮要略·卷上血痹虚劳病脉证并治第六》:“血痹阴阳俱微,寸口关上微,尺中小紧,外证身体不仁,如风痹状,黄芪桂枝五物汤主之。”血痹肌肤麻木不仁,脉沉微弱,当用黄芪桂枝五物汤治疗。配伍生姜辛温,疏风驱邪,以助温散寒湿之力;大枣甘温,补养气血,助黄芪、芍药之功;又与生姜为伍,和营卫,调诸药。全方重以补益气血,通经活络为效。

#### 5 生活将息与康复锻炼

痹病将息之法当以固护正气,规避邪气。日常应注重锻炼,增强体质,可行太极拳、八段锦、慢跑散步等方式。生活中应注意保暖御寒,勿汗出当风,勿淋雨受潮,及时更换湿衣。夏季暑热,不得贪凉喜冷、饮食生冷。秋冬季节注意添衣防寒,固护阳气<sup>[6]</sup>。

另外,肩痹病有着“医三分练七分”的说法,日常肩部康复锻炼对后续关节功能康复有着重大影响。康复锻炼应每天坚持 30 min,以下方法可供参考:1) 双手胸前握棒,双前臂伸直,反复用力上举,尽量向头后部延伸;身体后方双手握棒,用力上举。2) 正面或侧面向墙站立,抬起患侧的前臂,以食、中指贴墙,沿墙向上慢慢做爬墙式运动。3) 患侧手臂上举,反复摸后脑勺。如患侧手臂活动不便,可用健侧手助患侧手上抬。

肩痹病实为虚实夹杂之证,辨治重在分清虚实轻重,寒热偏颇,脉证合参是辨治肩痹的根本方法。彭若铿先生以一方为本,兼顾气血,随证加减,灵活用药,体现了其重视调和气血的学术思想。其“阴阳平和,气血调和”的学术思想应不局限于肩痹病,更适用于各种疾病诊疗。除此以外,彭若铿先生亦不乏教导:医学事业日新月异,固守古法则无以适时进步,中医中药应与现代医学相互结合使用,提高临床疗效。他提倡肩痹的治疗在早中期应以中药结合康复锻炼保守治疗为主;在肩痹晚期,肩关节周围组织粘连严重的情况下,应行肩关节周围组织松解术治疗,术后配合中药调理增强疗效。彭若铿先生的“气血调和”理念及用药方法值得在临床推广应用与传承。

彭若铿先生是广东中山地区名老中医,曾任中山市医学会秘书长,学术思想主要源自岭南伤寒名家陈伯坛派,善用经方治疗各种内科疾病,肢体经络杂病。在治疗肢体经络杂病方面有其独到的理论认识及用药经验,善以一方为基础加减变化,治疗肩痹病的各类证型。

#### 参考文献

- [1] 中华中医药学会. 肩关节周围炎诊疗指南[J]. 风湿病与关节炎, 2013, 2(2): 73-75.
- [2] HAND C, CLIPSHAM K, REES J L, et al. Long-term outcome of frozen shoulder[J]. J Shoulder Elbow Surg, 2008(17): 231-236.