

从肝论治肩关节周围炎※

● 苏寅* 雷美珠 李荣

摘要 本文旨在探讨从肝论治肩关节周围炎的理论依据及用药经验。认为肩关节乃筋脉所聚,其束节络骨之功,皆赖肝精肝血的濡养、肝气的调达和肝阳的温煦,乃秉持傅青主提出的“两臂肩膊痛,此手经之病,肝气之郁也”之理论,创制“肩凝方”并取得了较好的疗效。方中养肝柔筋、疏肝理气、化痰通络、逐瘀祛风、补益肝肾五组药对相辅相成,活血气、利肩周,为临证辨治肩关节周围炎提供了新思路。

关键词 肩关节周围炎;中药;从肝论治

DOI:10.14046/j.cnki.zyytb2002.2020.03.016

肩关节周围炎(SP)因好发于中年人群,多称为“五十肩”,可归属于中医“凝肩”“肩痹”“肩不举”“漏肩风”“肩痛”等范畴。传统辨证论治将其分为风寒湿痹、气血不足、瘀血阻络、肝肾不足等证型^[1]。内服汤剂多以祛风除湿、活血化瘀、补益肝肾为主。从肝论治肩关节周围炎鲜有报道,笔者临证从肝论治,以养肝柔筋、疏肝理气为主治之,多获良效,现将经验介绍如下。

1 从肝论治肩关节周围炎的理论渊源

1.1 肝主筋 《素问·六节藏象论》曰:“肝者,罢极之本,魂之居也,其华在爪,其充在筋。”筋之生理功能的发挥需要肝精肝血的濡

养、肝气的调达和肝阳的温煦^[1]。《素问·著至教论》云:“病伤五藏,筋骨以消。”《素问·痹论》言:“筋痹不已,复感于邪,内舍于肝。”肝的功能异常会影响筋之功能的正常发挥。《圣济总录》论曰:“肝藏血,与筋合,肝气和,则气血强盛,以行于筋膜,故骨正筋柔,气血皆从,若肝脏气虚,不能荣养,则为风邪所侵,搏于筋脉,营卫凝泣,关节不通,令人筋脉抽掣疼痛,以至眩闷口眼偏斜,皆其证也。”肩关节筋脉所聚,束节络骨,皆由肝精肝血的濡养、肝气的调达和肝阳的温煦,才能发挥束骨活络关节之功。肩周不利,若能从肝论治,则肝病自调,邪弗入于肩矣。

1.2 肝主疏泄,不通则痛 《读医随笔》说:“肝者,贯阴阳,统气血,

握升降之枢也。凡脏腑十二经之气化,皆必藉肝胆之气化以鼓舞之。”肝主疏泄,既疏泄无形之气,又贮藏有形之血。傅青主提出“两臂肩膊痛此手经之病,肝气之郁也”。《医碥》记载:“百病皆生于郁,郁而不舒,则皆肝木之病矣。”故五十岁者,肝气虚衰,肝脏疏泄失职,气机郁滞,肩部经筋不得肝阳温煦,复感外邪,而发凝肩。

2 临证用药解析

2.1 处方溯源 本病的发生缘于患者年逾半百,气血不足,肝肾亏损,筋失濡养,血不荣筋,加之风、寒、湿三气侵袭,肩部经络气血阻滞,正邪相搏发为疼痛,常表现为日轻夜重,久则肩部肌肉挛缩,活动受限。《诸病源候论》云:“此由体虚,腠理开,风邪在于筋骨也……邪客机关,则使筋挛,邪客足太阳之络,令人肩背拘急。”笔者辨治肩关节周围炎常用经验方乃宗《傅青主男科·腰腿肩背手足疼痛门》之“两臂肩膊痛”处方加味而

※基金项目 国家中医药管理局第六批老中医药专家工作室建设计划(No.20181006);南少林骨伤流派传承工作室项目(No.MCZ2020-500)

*作者简介 苏寅,男,主任医师。全国第二批优秀中医临床人才、福建省名中医。主要从事中医骨伤科的临床研究工作。

• 作者单位 福建中医药大学附属宁德市中医院骨一科(福建 宁德 352100)

成。原方无方名,笔者命之为“肩凝方”。《辨证录》云:“肩臂痛手经病,肝气郁。平肝散风,去痰通络为治疗。”肩凝方由当归、白芍、柴胡、陈皮、羌活、秦艽、白芥子、胆南星、附子、紫河车组成。煎服法宗傅氏所嘱:水六碗,煎三沸,取汁一碗,入黄酒服之,一醉而愈^[2]。原方可视为逍遥散的变方,妙用白芍、当归为君,以平肝木,使不侮脾土。白芍、当归二药皆有补血、止痛、柔肝之效。白芍性静而主守,当归性动而主走,二药相合,相反相成^[3],养血敛阴而不致于滞血,行气活血而不致于动血劫阴。筋乃肝之余,肝气不顺,筋乃缩急。方用柴胡舒肝脉之郁,郁气既除,再济以当归、白芍补血之品,血足而气畅,则筋得其养而宽,筋宽则诸症悉愈。方中羌活、秦艽祛风,直走手经之上。《石氏秘录》言:“然而风寒湿之邪,每藉痰为奥援,故治痹者必治痰。”胆南星、陈皮、白芥子为祛痰要药,痰消则风、寒、湿邪无可藏之地,欲聚而作乱,皆不可得。紫河车补肝肾、益精血,兼能补阳。附子辛则能润而走,无经不达,走散则血活,其痛如失也。汤剂辅用黄酒,益增温通之力,用量视个人酒量而定。诸药和合,共奏柔肝解郁、祛风消痰之功。

2.2 药对解析

2.2.1 药对组成 肩凝方由五组药对组成。(1)养肝柔筋组:当归、白芍。《医学起源》曰:“当归,气温味甘,能和血补血,尾破血,身和血。”《神农本草经》云:“白芍,止痛,利小便,益气。”二药相合共起养血活血,柔肝止痛之效。(2)疏肝理气组:柴胡、陈皮。柴胡,性苦微寒,归肝经、胆经,疏肝理气,使气行血活,故为入血分主药,且兼引

诸药入肝经。陈皮,理气化痰。现代药理认为其有镇痛、抗炎作用^[3]。(3)化痰通络组:白芥子、天南星。《药品化义》曰:“白芥子,横行甚捷,通行甚锐,专开结痰……痰在皮里膜外,非此不达。”天南星走经络,善治风痰证。(4)逐瘀祛风组:羌活、秦艽。秦艽,辛散苦泄,风中之润剂。羌活专除上部风湿痹痛,《神农本草经》言其“主寒热邪气,寒湿风痹,肢节痛,下水,利小便”,《名医别录》亦言其能“疗风无问新久,通身挛急”。(5)补益肝肾组:附子、紫河车。紫河车养阴力强,而使阴长阳生,兼能大补气血。附子辛则能润而走,走散则血活。《本草正义》云:“附子,辛温大热,其性善走,故为通十二经纯阳之要药。”《本草汇言》言:“附子,散阴寒,逐冷痰,通关节之猛药。”

2.2.2 药物归经 方中12味中药以归肝经、脾经为主。归肝经者占50%,分别是当归、白芍、天南星、柴胡、紫河车、秦艽。归脾经者有5个,分别为当归、白芍、天南星、附子、陈皮。归肾经者为秦艽、紫河车。归肺经者为天南星、紫河车、附子、陈皮。归心经者有当归、附子。归胆经者为柴胡、秦艽。

2.2.3 剂量配伍 原方当归、白芍三两,笔者临证白芍剂量多在一两~二两,视病情可达三两。陈士驛言:“夫平肝之药,舍白芍实无第二味可代,世人不知其功效,不敢多用。孰知白芍必多用而后能取胜,用至二两,则其力倍于寻常,自能遍舒其肝气。”当归性温,市面所售为全当归,用至三两,患者多诉腹泻。故常减少剂量,用至一两,或可维持原剂量,加用神曲等药缓和泻下之力。黄酒则视患者酒量而定,常为水酒各半碗。

2.2.4 临证药物加减 临证之时可根据中医体质辨识加减用药。如气虚质者加黄芪、桔梗;阳虚质者用桂枝、白术、甘草(甘草附子汤);阴虚质者加熟地、鳖甲、女贞子、旱莲草等滋阴药;湿热质者常加苍术、黄柏、茵陈;气郁质者加枳壳、黄芩、半夏(小柴胡汤)等;血瘀质者则用活血通络类,如地龙、全蝎、僵蚕等。

3 医案举隅

陈某,女,58岁,家庭妇女。以“左肩痛2年,加剧1个月”为主诉就诊。刻下夜间甚不能寐,患部怕冷。查体:舌淡苔白,脉沉细。左肩肌肉稍萎缩,肱二头肌间沟、肩峰端、后侧天宗穴压痛,肩关节活动受限,以后伸及内旋为著。MRI示:左肩肱二头肌腱及肩胛下肌止点高信号,三角肌轻度萎缩。西医诊断:肩关节周围炎。中医诊断:肩痹病(肝郁夹痰证)。治法:养肝柔筋、疏肝理气、化痰通络、逐瘀祛风、补益肝肾。方选肩凝方,药用:醋当归30g,白芍60g,柴胡15g,白芥子9g,陈皮6g,羌活9g,紫河车10g,附子3g,南星9g,秦艽9g。水六碗,煎三沸,取汁一碗,入黄酒2两服之,每日1剂。二诊:1周后左肩疼痛大减,内旋后伸仍轻度受限,嘱加强锻炼。方药守前,续用1周。末次复诊:三个月后左肩功能恢复正常。

按《素问·痹论》云:“肝筋痹不已,复感外邪,内舍于肝。”肩部经筋聚结,此患者病变部位在左肩,属于“筋”的病变。缘于患者年近花甲,天癸已渐竭,血衰精少,藏血亏虚,肝疏泄失职,肝不主筋而发疼痛。治宜养肝血、濡筋膜,辅以祛邪通痹,选用肩凝方。方中重

用白芍、当归为君既能平肝木扶脾土,又能活血养血以祛风;羌活、柴胡、秦艽直走手经为祛风之圣药;佐入少量附子,拟温通行气,达邪外出;伍南星、陈皮、白芥子除湿化痰,使痰去而风邪解;紫河车咸、甘,养血益气,补肾填精。全方重治内虚,鼓邪外出,诸药调和,相得益彰。

4 小结

肩周炎主要是肩关节囊及其周围组织的慢性无菌性炎症反应,早期以疼痛为主,晚期肩部功能活动障碍,严重者可出现不同程度的斜方肌痉挛、三角肌萎缩、骨质疏

松等改变甚至出现“溶骨”现象^[4],其发病率为3%~8.79%^[4-5]。本病虽有自限性,但自愈时间可长达二年左右,严重影响生活质量。

肩周炎病机为本虚标实,治疗时以养肝血为要,辅以祛风除痹。祛风又以化痰祛风、活血祛风为主,重治“内风”,兼祛“外风”。《正体类要》云:“肢体损于外,则气血伤于内,荣卫有所不贯,脏腑由之不和,岂可纯任手法,而不求之脉理,审其虚实,以施补泻哉?”若临证遣方用药时能审察病机,将辨体论治、辨体论治相结合,用药辨体化裁,则可收事半功倍之效。

参考文献

- [1]赵健,周远光,张茜,等.石玉生主任医师时相性辨证治疗肩周炎经验总结[J].按摩与康复医学,2020,11(1):62-64.
- [2]任广来.白芍药对的应用[J].中医杂志,2002,43(7):549-552.
- [3]辛国,赵昕彤,黄晓巍.柴胡化学成分及药理作用研究进展[J].吉林中医药,2018,38(10):1196-1198.
- [4]李会会,王翔,詹红生.“凝肩”的中西医诊治进展[J].中国中医骨伤科杂志,2019,27(9):85-88.
- [5]孙玉信,高州青.对肝主筋的认识临床应用体会[J].中国中医基础医学杂志,2019,25(11):1608-1610.

(收稿日期:2020-04-21)

(本文编辑:蒋艺芬)

(上接第62页)

NDLQI评分的改善效果也较对照组更优。综上所述,加味理中汤合雷火灸治疗功能性消化不良餐后不适综合征的临床效果优于口服枸橼酸莫沙比利片,该治疗方法不仅能改善患者的症候,还可提高患者的生活质量,具有良好的临床价值,值得推广。

参考文献

- [1]Douglas A,Dorssman MD.罗马IV功能性胃肠病[M].方秀才,侯晓华,译.4版.北京:科学出版社,2016:557-578.
- [2]Ohara S,Kawano T,Kusano M,et al.Survey on the prevalence of GERD and FD based on the Montreal definition and the Rome III criteria among patients presenting with epigastric symptoms in Japan[J].J Gastroenterol,2011,46(5):603-611.
- [3]郑夜莫.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2010:133-136.
- [4]章浩军.六经辨治脾胃病[M].北京:中国中医药出版社,2018:95-105.
- [5]张声生,赵鲁卿.功能性消化不良中医诊疗专家共识意见(2017)[J].中华中医药杂志,2017,32(6):2595-2598.
- [6]Moayyedi P,Shelly S,Deeks J,etal.Pharmacological interventions for nonulcerdyspepsia[J].Coc-Hrane Database SystREV,2006,12(4):1960.

[7]张洪宇.中西医结合治疗功能性消化不良88例[J].现代中西医结合杂志,2011,20(19):2398-2399.

[8]Bektas M,Soykan I,Altan M,et al.The effect of Helicobacter pylorieradication on dyspeptic symptoms, acid reflux and quality of life in patients with functional dyspepsia[J].Eur J Intern Med,2009,20(4):419-423.

[9]刘汶,李乾构.治疗功能性消化不良的经验[J].北京中医,2004,23(3):145-146.

[10]李丰衣,孙劲辉.田德禄治疗功能消化不良的经验[J].湖北中医杂志,2006,28(1):23-25.

[11]蔺晓源,蔡莹,谢勇,等.四磨汤口服液对束缚—寒冷应激小鼠胃肠功能和胃泌素的影响[J].湖南中医药大学学报,2009,29(6):19-21.

[12]肖琳,李岩.加减半夏厚朴汤治疗伴心理因素功能性消化不良随机对照研究[J].中国中西医结合杂志,2013,33(3):298-302.

[13]徐房龙,熊侈,概凝,等.功能性消化不良所属针灸病谱等级的分类依据及其思路[J].中国针灸,2011,31(2):189-192.

[14]史艳,吴节,邱峙.赵氏雷火灸配合针刺治疗脾胃气虚型功能性消化不良的临床研究[J].中国民族民间医药,2010,19(11):181.

(收稿日期:2020-02-03)

(本文编辑:蒋艺芬)