

·名师经验·

## 王和鸣基于“亢害承制”理论治疗膝骨关节炎经验

马辰希<sup>1</sup>, 范旗<sup>1</sup>, 王和鸣<sup>2</sup>, 董忠<sup>1\*</sup>

(1. 福建中医药大学附属第二人民医院, 福建 福州 350003;

2. 福建省中医药科学院, 福建 福州 350003)

**摘要:**“亢害承制”理论起源于《黄帝内经》,其内涵经后世医家发展后广泛应用于运气、物性、病因病机、治疗、组方等各个方面,在中医理论体系中具有重要地位,为临床治疗提供了重要的理论依据。王和鸣教授将“亢害承制”理论引入膝骨关节炎的诊疗体系,认为“正气亏虚,营卫失和,承者失制”为此病发病之本,“亢邪外侵,阻滞经络,害机内生”为标实之因;在治疗方面,对于正气亏虚型,临证应以“调和营卫气血,承而制之”为治疗原则,采用养筋汤补肝肾、强筋骨;对于寒湿痰瘀交结与湿热痰毒壅盛两型,应以“祛风除湿化痰,平其亢害”为治疗原则,寒湿痰瘀交结型采用抗增生汤补肾强骨,祛风除湿,散瘀止痛;对于湿热痰毒壅盛型则用滑膜炎方清热利湿、活血通络,疗效显著。

**关键词:**膝骨关节炎;亢害承制;养筋汤;滑膜炎方;抗增生汤

膝骨关节炎(knee osteoarthritis, KOA)是一种常见的膝关节慢性退行性疾病,临床特征包括膝关节疼痛、肿胀、僵硬、活动受限甚至关节畸形等<sup>[1]</sup>。病理学特征包括软骨变性破坏、软骨下骨硬化、关节边缘和软骨下骨反应性增生等<sup>[2]</sup>。此病致残率、致畸率较高,严重影响着患者生活质量,目前,该病尚无完全治愈的方法,治疗主要以缓解患者的疼痛、减慢膝关节退行性改变、改善病变关节的功能以及提高患者生活质量为主<sup>[3]</sup>。

KOA归属于“膝痹”范畴。“亢害承制”理论最早见于《黄帝内经》,用以阐释“六气”间的制约关系<sup>[4]</sup>,后经历代《内经》注家及各医家对其理论的论述和补充,使得其理论内涵持续深化。“亢害承制”是人体生命活动协调统一的内在机制,当机体平衡被打破,各种生理变化承制失衡,机体便会表现出异常的病理状态,从而引发相应疾病<sup>[5]</sup>。王和鸣教授系南少林骨伤流派代表性传承人,福建省名老中医,长期致力于骨伤科疾病的临床研究与科研工作,在KOA诊疗方面具有丰富临床经验。王教授认为KOA的病机为本虚标实,机体正气亏虚、营卫失和,导致风寒湿之邪及痰瘀之邪阻滞经络,最终引发此病。笔者有幸跟随王教授左右学习,收获颇丰,现将王教授基于“亢害承制”理论治疗KOA的经验进行整理,为临床治疗提供思路。

### 1 “亢害承制”理论溯源

“亢害承制”理论最早起源于《素问·六微旨大论篇》,载其:“相火之下,水气承之;水位之下,土气承之……亢则害,承乃制,制则生化,外列盛衰,害则败乱,生化大病”<sup>[6]</sup>,属于五运六气的内容,本指自然界风、热(暑)、火、湿、燥、寒六气之间相互

制约的关系。亢为亢盛,制为制约,即每一气的运动皆其受所不胜之气的制约,使其不能过于亢盛,这样才能使六气保持动态平衡,维持自然界气候正常变化<sup>[4]</sup>。

金代刘完素首次将“亢害承制”理论引入医学领域,以阐释疾病的发生与发展机制。他提出,亢害承制是人体普遍存在的变化关系,脏腑五行生克制化及承制关系的失调,是疾病发生发展的根本症结。关于五行生克失衡与疾病的关联,张子和在其论述中亦有明确表述:“五行递相济养,是谓和平;交互克伐,是谓衰盛,变乱失常,患害由行”<sup>[7]</sup>,与刘完素的理论观点相呼应。元代王履认为“亢则害,承乃制”是人体造化之枢纽,强调“亢害承制”运用于人体,能够使五脏相互制约、相互协调,以保持机体内在平衡。明代虞抟在《医学正传·医学或问》中将“亢害承制”理论进一步拓展,指出“夫天地万物,无往而非五行,则亢害承制,亦无往而非胜复之道。其在于人,则五脏更相平也;五志更相胜也;五气更相移也;五病更相变也”<sup>[8]</sup>,阐释了这一原理在自然界和人体中的普遍性和重要性,强调了人体内部各种生理和病理现象的相互联系和相互调节,体现了中医整体观念和辨证论治的思想,为中医临床实践提供了重要的指导。李中梓将“亢害承制”观点引入到中医治疗学中,并提出“平其所复,扶其不胜”<sup>[9]</sup>,使其成为临床重要的治疗法则。清末医家周学海进一步将其应用到运气、物性、病因病机、治疗、组方等各个方面,使其在中医理论体系中占据了更加重要的地位,并为临床治疗提供了重要的理论依据<sup>[10]</sup>。

王教授认为“亢害承制”虽起源于《素问·六微旨大论篇》,原言六气之循环,然其义可通于百骸。亢者,一气之偏胜;制者,所不胜之及时收摄;承者,顺势而济其缺,由此生化不竭。而膝痹之起,正是

收稿日期:2025-08-06;接受日期:2025-10-30

基金项目:福建省卫健委科技计划项目(2023CX047)

通信作者:董忠, E-mail: dzhong2005@163.com

DOI: 10.13260/j.cnki.jfjcm.2026.01011

此三者脱链之例,肾水本当涵木,而今水亏不能制阳,肝木遂偏胜化风,风煽痰瘀,郁滞关节,筋骨失濡而劲急——所谓“一气之偏胜”也;风寒湿外邪乘隙客于膝腠,与内痰热胶结,经络骤壅,则疼痛暴作。斯时脾土失升,湿浊内盛而化热,土亢反侮肝木;肺金失降,治节不行,又无水来济火、金以伐木,所不胜之“制”未及时,所当“承”者亦无力补缺,五行环转中断,遂致内外合邪,痛肿变形由是而作。故王教授将“亢害承制”理论引入膝痹的诊疗之中,以复其承制、平其亢害。

## 2 膝骨关节炎的“亢害承制”病机解析

王教授指出,膝痹虽表现为机体局部的筋骨病变,实则“整体承制系统”失衡之果。承制者,元真转输、营卫循环、经络滑利之总机;亢害者,六淫痰湿瘀毒乘虚而张,积聚膝节,败坏形质。因此将其病机主要概括为以下两点:

**2.1 正气亏虚,营卫失和,承者失制** 王教授将“正气亏虚,营卫失和,承者失制”视为KOA由无形之虚发展为有形之痹的病机概括,“膝之败坏,不在邪之强弱,而在正气之续断;不在一次之寒湿,而在营卫之日夜失度”。王教授言正气之根,系于三极——肾之命火、脾之土运、肝之木荣,三极相滋,则精以充骨、血以濡养、气以煦肉。若肝、脾、肾三脏亏虚,则筋急、肉痿、骨脆<sup>[11]</sup>。正虚既成,虚则门户不密,营卫遂失其常度,营气当夜行经隧以濡骨,卫气当昼循分肉以抗邪,今正气怯弱,营失濡润,则液泣不流,关节如枯辙;卫失捍御,则腠理疏松,外邪透骨缝而入,导致关节结构逐渐受损。现代医学认为中医的“正气”“卫气”,其能抵御外邪的能力与人体的免疫系统功能高度相似<sup>[12]</sup>。

**2.2 亢邪外侵,阻滞经络,害机内生** 风、寒、湿三邪为KOA的常见外因,王教授指出,寒湿之邪,性凝而收,先犯太阳、阳明之表,若卫阳不足,则邪陷膝节,凝滞经络,导致关节冷痛重着;湿性趋下,与体内停聚之痰湿相召,则关节积液,漫肿不红,此为“邪亢尚未热化”阶段;随后营卫涩久,津液不行化而为痰,血行不畅聚而为瘀,痰瘀胶固,壅塞骨节,郁久化热,则见关节红肿灼热、夜间痛甚;郁久酿毒,则软骨受损,骨赘形成,至此寒、湿、热、痰、瘀五邪杂合,交亢为患,害机内生。邪气亢盛不仅伤及筋骨经络,还持续耗损正气。王教授言,痰瘀久留,则津液耗竭,骨髓枯槁,关节失养;邪毒深入关节,腐蚀软骨下骨,出现囊变、塌陷、关节畸形,此时已非单纯寒湿等外因作用,而为“内生之毒”攻冲,表现为持续剧痛、屈伸不能、膝关节严重畸形等。正虚之处即是邪亢之根,邪结之处即是正虚之渐,两者互为因果,形成恶性循环,最终导致膝节败坏。

## 3 “抑亢扶承”的治疗策略与应用

根据以上病因病机,王教授强调:“治膝痹者,

须先问承制之权在何经何脏,再察亢害之毒属何邪何型;承制既复,则亢自平;亢害既平,则承易复。”据此提出以“调和营卫气血,承而治之;祛风除湿化痰,平其亢害”为主要治疗原则。

**3.1 调和营卫气血,承而制之** 王教授认为痹之进退,可视营卫之盈亏。初则正气尚欲复,营卫尚欲调,故痛微屈伸尚可;继则正气日耗,营卫愈乖,痰瘀日坚,故痛甚屈伸渐艰;终则正气大虚,营卫俱败,痰瘀锢结,骨失正位,筋失柔顺,肉失丰满,膝关节畸形而痿废。故在治疗时王教授首重温命门以续釜底之薪,健脾运以实釜中之谷,养肝血以宣釜上之蒸,务令三极复充,营卫环周,则膝之承接自调,痹可渐解。临床常拟养筋汤加减,此方主要由白芍、酸枣仁、麦冬、熟地黄、巴戟天、川牛膝、三七等组成。其中白芍柔肝养血,配合酸枣仁大补肝血,二者味酸,能够收敛肝血,肝血充足筋脉才能得以濡养;加入味甘之麦冬,甘味可缓膝关节疼痛,且麦冬能够调节体内阴液,清降虚火,改善肾阴虚导致的膝关节症状;配合熟地黄补肾阴,巴戟天补肾阳,阴阳双补,生化无穷;再加入川牛膝补肝肾、强筋骨,同时引血下行,进一步缓解膝关节不适;最后加入活血化瘀之三七,使瘀血去新生血。全方补而不滞,润而不寒,使精髓足、营卫调、关节润,共奏补肝肾、强筋骨之效,承制自复。

**3.2 祛风除湿化痰,平其亢害** 王教授言:“痹之已成,邪踞骨骱,非温通不能开其结,非清利不能平其亢;但开结宜峻而勿猛,平亢宜清而勿寒,要逐邪而不伤正,清源而不复燃。他把“亢害”阶段分为2个部分:寒湿痰瘀交结者,用抗增生汤<sup>[13]</sup>温开;湿热瘀毒壅盛者,用滑膜炎方<sup>[13]</sup>清泄。两方一温一清,一实一急,恰成“平亢双璧”。抗增生汤以鹿衔草为君药益肾壮骨,祛风除湿;肉苁蓉、淫羊藿、补骨脂补肾强骨,为臣药;佐以熟地黄、鸡血藤活血养血行瘀,延胡索活血散瘀,理气止痛,莱菔子降气化痰,牛膝引血下行,活血通经。全方“温而不燥,补中有攻”,共奏补肾强骨、祛风除湿、散瘀止痛之效,专为膝痹中期寒湿痰瘀胶结、骨赘渐成而设。滑膜炎方以忍冬藤清热解毒、通经活络为君,甘寒入络;乌豆活血利水,清热消胀,为臣药;佐以秦艽、海风藤、海桐皮祛风除湿,宣痹止痛;黄芩、生地黄清热凉血,防热毒入血;延胡索活血散瘀、理气止痛,牛膝引血下行,木瓜舒筋活络,白术清热利湿;甘草调和诸药为使药。全方“清而能通,利不伤阴”,诸药共用,清热利湿,活血通络,平其亢害,适用于急性发作或湿热偏盛之滑膜肿胀、灼热积液阶段。王教授总结:抗增生汤如破寒之斧,滑膜炎方如泻热之闸;斧闸并用,则寒湿可开,湿热可泄,痰瘀可消,骨节自利。医者但守“温清有度,通补得宜”八字,则亢害自平而痹不再复。

此外,在临床治疗时,王和鸣教授擅长随证加减配伍。针对风邪偏盛者加羌活、防风等;湿邪偏盛则加防己、木瓜等;寒邪偏盛者加干姜、附子等;气血虚弱加黄芪、熟地黄等;口干者,则加玄参、麦冬等;口苦者则加黄柏等;失眠者则加炒酸枣仁、茯神、远志等;肿胀严重加白术、泽泻等<sup>[14]</sup>。

#### 病例介绍

陈某,女,76岁,于2025年4月21日初诊。主诉:右膝关节肿痛1个月。现病史:患者1月前涉水后出现右膝关节刺痛,夜间及受寒时加重,未予特殊治疗,2周后出现右膝关节肿胀、活动受限,无下肢麻木、乏力,休息后症状稍缓解。辰下:右膝关节肿痛,关节屈伸不利,口干、口苦、纳可,寐欠佳,二便正常,舌质暗红,苔黄腻,脉弦滑。查体:右膝关节肿胀,局部压痛,屈伸活动受限。辅助检查:右侧膝关节正侧位X线片示:右膝关节退行性病变。类风湿因子及抗CCP抗体阴性,血沉、尿酸均在正常范围。西医诊断:右膝骨关节炎;中医诊断:膝痹(风湿热痹)。治法:清热利湿,活血通络。方选滑膜炎方加减。处方:忍冬藤15g,乌豆24g,生地黄12g,牛膝12g,黄芩片12g,秦艽9g,海风藤9g,醋延胡索9g,木瓜9g,海桐皮9g,白术9g,甘草3g,玄参9g,麦冬9g,黄柏6g,炒酸枣仁6g,茯神6g,远志6g。7剂,每日1剂,水煎煮,早晚分服。嘱患者避风寒,减少活动。

2025年4月28日二诊:患者诉右膝关节肿痛较前缓解,关节屈伸仍受限,口干、口不苦、寐欠佳。在初诊方基础上去黄柏。共7剂,每日1剂,水煎煮,早晚分服。

2025年5月12日三诊:患者右膝关节肿痛基本消除,右膝关节屈伸轻度受限,无口干口苦,纳可,寐安。在二诊方基础上去玄参、麦冬、茯神、远志、炒酸枣仁。共7剂,每日1剂,水煎煮,早晚分服。

2025年5月19日四诊:患者右膝关节肿痛消失,行走正常,续予上方7剂,巩固疗效。

按语:本案患者以“膝关节肿痛”为主症,属中医学“膝痹”范畴。此病起初为风寒之邪侵袭痹阻经络,导致气血运行不畅,不通则痛,故出现膝关节刺痛、遇冷加重,但患者未予特殊处理,邪郁化热,热邪壅滞关节,与气血相搏,致气血瘀滞,筋脉挛急,故出现膝关节肿胀、活动受限,结合舌脉,辨证属风湿热痹证。王教授认为,膝痹初起,寒热互搏,首当察其邪之轻重与正之虚实。此患者虽老年,然舌暗红、苔黄腻、脉弦滑,湿已化热,热重于湿,宜急清其热,缓则痰瘀胶固,骨赘易生,故首诊即用滑膜炎方大剂忍冬藤、乌豆、黄芩清湿热于三焦;佐生地黄、玄参、麦冬以护阴津,防苦寒化燥;延胡索、木瓜、海风藤、海桐皮宣痹通络;白术、甘草健脾渗湿,

寓“清源”之意。但本案患者除膝关节肿痛外还可见口干口苦、夜寐欠安,可看出该患者除了有湿热内蕴,还兼有阴液暗耗、心神受扰之候,王教授指出老年患者,阴本易亏,若不早护,恐邪未去而阴已竭,故于原方中加玄参、麦冬滋养胃肾之阴,以制苦寒化燥之弊;黄柏清下焦湿热,坚阴除烦;炒酸枣仁、茯神、远志养心安神,使湿热得清而心神得宁。全方清热利湿而不伤阴,通络止痛兼护心神,寓“逐邪而不伤正,清源而不再燃”之意。二诊肿减痛缓,口干仍在,为热势已挫,因此苦燥之品当减,遂去黄柏,留芩、地以清余热,仍重忍冬藤、乌豆之甘寒通络。至三诊,湿热大势已去,仅屈伸不利,王教授认为屈伸不利,乃痰瘀留滞筋膜,非大剂活血破瘀不可,但年迈不宜峻攻,宜缓消。于是去玄参、麦冬、远志、茯神、炒酸枣之滋腻安神,主以滑膜炎方之“清余邪、通经络”轻剂收功。四诊湿热既清,痰瘀渐散,正气来复,骨节自和,故肿痛悉除,行走如常。

#### 4 小结

王教授认为膝痹之成,根在“正气亏虚,营卫失和,承者失制”;标乃“亢邪外侵,阻滞经络,害机内生”。治当两法:一则补正气、和营卫;二则视邪之寒热、痰瘀、湿热分而平之:寒湿痰瘀者,以温通辛散、消痰软坚之抗增生汤开其结;湿热瘀毒者,以苦寒清利、活血通络之滑膜炎方泄其亢,务求“逐邪而不伤正,清源而不复燃”。王教授基于“亢害承制”理论治疗膝骨关节炎的经验,为临床治疗KOA提供了新思路。

#### 参考文献

- [1] 中华中医药学会. 膝骨关节炎中西医结合诊疗指南(2023年版)[J]. 中医正骨, 2023, 35(6): 1-10.
- [2] 沈煜, 时孝晴, 徐波, 等. 中医外治法治疗膝骨关节炎研究进展[J]. 江苏中医药, 2025, 57(4): 76-78.
- [3] 钱敏, 李宁, 谢兴文, 等. 膝骨关节炎的中西医结合治疗进展[J]. 中医临床研究, 2021, 13(15): 54-56.
- [4] 曾慧莲. 亢害承制理论的临床意义[J]. 中国中医药现代远程教育, 2021, 19(6): 52-54.
- [5] 袁盛河, 邓茜, 王庆鹏, 等. 彭江云运用“亢害承制”理论辨治痛风经验[J]. 江苏中医药, 2025, 57(2): 10-12.
- [6] 素问[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 1996: 367.
- [7] 张子和. 儒门事亲[M]. 上海: 上海卫生出版社, 1958: 4.
- [8] 张景岳. 类经黄帝内经分类解析[M]. 孙国中, 方向红, 点校. 北京: 学苑出版社, 2005: 1145-1147.
- [9] 李中梓. 删补颐生微论[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1998: 106-107.
- [10] 李永乐, 翟双庆. 《黄帝内经》“亢害承制”理论演进研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2016, 22(5): 585-586, 589.
- [11] 刘俊宁, 张燕, 牛素生, 等. 《黄帝内经》“骨内筋-功体观”的中医理论内涵探析[J]. 福建中医药, 2024, 55(9): 43-45, 51.
- [12] 廖焰, 徐浩东, 刘瑞华, 等. 正邪论之风湿痰瘀对免疫稳态的影响[J]. 中国医药导报, 2022, 19(28): 120-123.
- [13] 黄胜杰, 王和鸣. 王和鸣治疗骨关节炎经验[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2012, 20(9): 75-76.
- [14] 黄胜杰. 王和鸣教授治疗痹证的用药经验[J]. 中医正骨, 2012, 24(6): 71-72, 74.