

痹证治验

娄多峰

河南科学技术出版社

痹 证 治 验

娄 多 峰

责任编辑 王 宇

河南科学技术出版社出版

河南省伊川县印刷厂印刷

河南省新华书店发行

787×1092毫米 32开 6.375印张 122千字

1983年8月第1版 1983年8月第1次印刷

印数: 1——9,400册

统一书号 14245·56 定价 0.74 元

目 录

总 论

一、概述	(1)
二、病因病机	(3)
(一)虚	(4)
(二)邪	(5)
(三)瘀	(5)
三、辨证施治	(6)
(一)风寒湿型	(7)
(二)风湿热型	(8)
(三)瘀血型	(8)
四、临床体会	(9)
(一)辨证	(9)
(二)施治	(11)

各 论

一、周身多发部	(13)
(一)风寒湿型(十一例)	(13)
(二)风湿热型(十一例)	(25)

(三) 瘀血型(二例)	(36)
二、颈项部	(38)
(一) 风寒湿型(八例)	(39)
(二) 风湿热型(三例)	(46)
(三) 瘀血型(一例)	(49)
三、肩部	(52)
(一) 风寒湿型(十三例)	(53)
(二) 风湿热型(五例)	(65)
(三) 瘀血型(八例)	(70)
四、腰部	(78)
(一) 风寒湿型(十一例)	(79)
(二) 风湿热型(三例)	(90)
(三) 瘀血型(五例)	(94)
附: 背部(二例)	(99)
五、上肢部	(101)
(一) 风寒湿型(四例)	(101)
(二) 风湿热型(二例)	(105)
(三) 瘀血型(三例)	(107)
六、下肢部	(110)
坐骨神经分布区	(110)
(一) 风寒湿型(七例)	(110)
(二) 风湿热型(四例)	(118)
(三) 瘀血型(四例)	(122)
下肢内侧	(127)

(一) 风寒湿型(五例)	(127)
(二) 瘀血型(三例)	(131)
膝关节	(134)
(一) 风寒湿型(十例)	(134)
(二) 风湿热型(八例)	(144)
(三) 瘀血型(三例)	(152)
小腿、踝、足部	(155)
(一) 风寒湿型(七例)	(155)
(二) 风湿热型(四例)	(162)
(三) 瘀血型(三例)	(166)
髌、膝、踝多关节部	(170)
(一) 风寒湿型(五例)	(170)
(二) 风湿热型(六例)	(175)
七、顽痹	(182)
(一) 风寒湿型(一例)	(182)
(二) 风湿热型(二例)	(183)
(三) 寒热错杂型(三例)	(186)

附 录

常用成药	(193)
------------	-------

总 论

一、概 述

痹证，古称为“痹”，历代对本病有很多的论述。《素问·痹论篇》曰：“所谓痹者，各以其时重感于风寒湿之气也。”《素问·五脏生成论篇》又曰：“卧出而风吹之，血凝于肤者为痹”。后世医家张志聪进一步解释：“痹者，闭也，邪闭而为疼也”。概括诸说，痹证是指肌表经络为风寒湿邪阻闭，气血运行不畅，临床出现以筋骨、肌肉、关节等处疼痛、酸楚、重着、麻木、关节肿大、屈伸不利为主证的病证。

有关痹证的名称，首见于《内经》，但以后医籍记述不甚统一。

《内经》称“痹证”为“痹”，对其病因病机辨证等方面论述颇详。并从病因、辨证等方面进行了分类命名。如以病因命名的有：风痹、寒痹、湿痹、热痹（也叫痹热）；以证候特征命名的有：行痹、痛痹、着痹、周痹、众痹；以机体组织命名的有：皮痹、肉痹、筋痹、脉痹、骨痹；以脏腑命向的有：五脏痹（心痹、肺痹、肝痹、脾痹、肾痹）、肠

痹、胞痹等。上述名称虽多，但有类同之处。以病因和证候特征命名者，意思相同。如风痹即行痹，寒痹即痛痹，湿痹即着痹。至于周痹指疼痛遍及全身之痹；众痹指此起彼伏、疼痛不绝之痹；皮痹、肉痹、筋痹、脉痹，据清·尤在泾的认识，也包括在行痹、痛痹、着痹之内。其它脏腑痹者（除肾痹外），多和肢体疼痛的痹证关系不大，不属本书讨论范围。

《金匱要略》对以诸关节疼痛为主的痹证称“历节病”，以血虚致痹、肌肤不仁者称“血痹”，湿邪偏胜者称“湿痹”。另外，在其它疾病中也有散在论述。

《济生方》称痹证为“白虎历节风”。“白虎历节……其病昼轻夜剧，疼痛彻骨，如虎噬，故命‘白虎’也。”

《丹溪心法》称痹证为“痛风”，《景岳全书》称痹证为“风疼”。亦有人对顽固不愈者称“顽痹”，关节肿大变形者为“尪痹”。

总之，尽管历代医家对痹证的称呼不一，但细考之，均不出《内经》所述痹证的范畴，故目前习惯上仍沿用《内经》之称呼。

痹证在临床甚为多见，现代医学所述的各种关节炎（主要包括风湿性关节炎、类风湿性关节炎），多种颈、肩、腰、腿痛（主要包括脊椎病、骨质增生、肌纤维组织炎、软组织损伤后遗症）及多种全身肌肉疼痛等，均属痹证范畴，皆可按痹证辨证施治。

二、病因病机

前人对痹证病因病机的论述颇多，且日臻完善。

《素问·痹论篇》已明确指出外感风寒湿邪是引起痹证的病因，其言“风寒湿三气杂至，合而为痹”。并指出外邪侵袭人体后是否发病，和营卫之气有关，“……逆其气则病，从其气则愈，不与风寒湿气合，故不为痹”。具体病机为“血凝于肤”。同时，根据患者体质差异又呈现不同的证候。如“其寒也，阳气少，阴气多，与病相益，故寒也”。“其热者，阳气多，阴气少，阳遭阴故为痹热”。痹证预后，“病久而不去者，内舍于其合也”。“其入脏者死，其留连筋骨间者病久，其留皮肤间者易已也”。

《金匱要略》以“虚”立论，指出痹证多因“汗出当风”或“久伤取冷”所致。其曰：“夫尊荣人，骨弱肌肤盛，且因疲劳汗出，不时动摇，如被微风，逐得之。”又曰：“少阴脉浮而弱，弱则血不足，浮而为风，风血相搏，即疼痛如掣。”

《类证治裁》在强调正虚的同时，指出“诸痹……良由营卫先虚”。

另外，《诸病源候论》偏重论述湿热痹。《医林改错》提出“痹久有瘀血”。

总之，古人对痹证的病因病机作了广泛的探讨，为我们留下了宝贵的经验。

经数十年临床探索，在前人认识的基础上，余将其病因病机概括为“虚”、“邪”、“瘀”三个字，并提出“瘀血”也可致痹。

（一）虚

“虚”，即正气虚，包括气、血、精、津液等物质不足及人体调节功能低下，这是引起痹证的先决条件。具体言之，感邪致病之时，尤以卫气虚为多见。因为卫气有护卫肌表、防御外邪、温煦、润泽皮毛的功能，若卫气虚弱，腠理不密，御邪功能低下，则风寒湿等邪乘虚侵袭，经脉闭阻，气血运行不畅，形成痹证。至于正虚的原因，多由起居不慎，素体虚弱或长期劳损，将息失宜，产后或病后引起。

既患痹证，正气虚弱对痹证的演变和预后又起着重要作用。病初或体质较壮实患者，正气相对不衰，通过治疗或不经治疗，正气鼓邪外出，症可自行缓解，用药也易见效，愈后很少复发。若久痹反复发作，邪恋不去，或过服克伐之品，使正气更虚，治疗多难以速效。其病机涉及的具体脏腑，主要为脾、肝、肾三脏虚弱。因痹证多累及肌肉筋骨，肌肉筋骨又必累其所主。脾主肌肉、四肢，生化气血，为后天之本；肝主筋，藏血，为罢极之本；肾主骨、藏精，内含元阴元阳，为先天之本。脾、肝、肾三脏受累，更易造成气血虚弱，肌肉筋骨失养。如此恶性循环，则痹证缠绵难愈，甚者肌肉萎缩，关节肿大变形，肢体废用，并可内舍于脏，治疗更难。

（二）邪

“邪”即外来病邪，具体指风、寒、湿、热之邪气。其中“风邪不能独伤人”，湿性粘腻，风湿之邪往往易和它邪相合。寒、热二者互相对立，一般不会同时伤人，皆可与风、湿之邪相合。所以临床常见风寒湿痹或风湿热痹。

当正气虚弱，时逢严冬或暑夏，衣着、起居不慎，或涉水冒雨、久居湿地，风寒湿或风湿热等邪侵入肌肤经络，便可根据各自的致病特点，分别使经脉凝滞或壅塞，从而导致闭阻不通，气血运行不畅，而成痹证。

古人对风湿热痹的病因病机认识不一，多数人认为风寒湿侵袭机体后化为湿热；也有人认为是直接感受风湿热邪。其实，两种情况均可出现。长期临床实践证明，以素体蕴热或青少年阳盛之体感邪化热者为多见。因临床见证及治疗原则基本相同，无需细分。

（三）瘀

“瘀”，即血瘀，也叫瘀血。凡因血液流行不畅或离经之血未消散者均属之。痹证的血瘀部位主要在肌表经络之间，其既是痹证的致病因素，又是痹证必然的病机转归。

对“瘀血致痹”之说，历代医家论述极少。《证治准绳》、《医林改错》等医籍虽有提及，但强调不够，未引起后人的足够重视。其证临床上实属多见。如局部闪扭，外力损伤，急性肿疼消失后等，往往因气候变化或感受寒冷、潮湿，

而局部出现沉困胀麻疼痛等症，此属痹证无疑。在治疗时单用祛风湿药，往往收效甚微，而以活血化瘀为主，佐祛风湿药则效果满意。故应将其作为致病因素提出。

瘀血致痹的病机，即因闪扭和暴力，引起局部经络组织损伤，血行不畅或血溢脉外，留滞局部，而致使局部血行不畅，筋脉肌肉失养，抗御外邪能力低下，风寒湿或风湿热邪乘虚而入，加重脉络闭阻，导致痹证。

痹证既作，瘀血更为必然。王清任言：“痛久必有瘀血”。瘀血又可作为第二病因，阻滞经络，使痹证加重，故痹证切不可忽视瘀血之病机。当然，作为第二病因者还有痰浊阻络，因其多和瘀血并见，故略之。

《金匱要略》所提的“血痹”与“痹证”有所不同，前者以肢体麻木为主证，后者以肢体筋骨疼痛为主证。

以上分别对正虚、外邪、瘀血进行了论及，但临床上所见之痹证，三者是紧密联系，相互影响，往往是不可分割的。就病因而言，邪是致痹的外因，虚、瘀则是致痹的内因，外因通过内因才能致病。

从病机而言，邪、瘀日久可致虚，虚甚则邪、瘀难却。而邪、瘀两者也相互为患，故临床需整体对待，不可执一概要。

三、辨证施治

痹证的辨证要根据痹痛的性质、部位及病史、兼症综合

进行。治疗时贵在疏通经络，畅达气血。故祛邪、活血、通络为必守常法。实者攻邪为主，虚者攻补兼施。

（一）风寒湿型

【主证】肢体关节疼痛，屈伸不利。冬春、阴雨天气易作，局部皮色不红，触之不热，遇寒冷疼增，得热疼减。

风偏胜者：疼痛游走不定，或呈放射性、闪电样，涉及多个关节，以上肢为多见，或有表证。舌苔薄白，脉浮缓。

寒偏胜者：疼有定处、疼痛剧烈，局部欠温，得热则缓。舌苔薄白，脉弦紧。

湿偏胜者：疼痛如坠如裹，重着不移，肿胀不适，或麻木不仁，以腰及下肢关节多见。舌苔白腻，脉濡。

【病机】风寒湿邪，闭阻经络。

【治则】祛风通络，散寒除湿，活血养血。

【方药】通痹汤：当归18克 丹参18克 鸡血藤21克 海风藤18克 透骨草21克 独活18克 钻地风18克 香附21克 水煎服。

【加减】风偏胜，加防风、羌活、灵仙；寒偏胜，加制川乌、制草乌、桂枝、细辛；湿偏胜，加薏米、萆薢。

本型易兼见气虚、阳虚之象，患者往往对气候变化敏感，甚则局部肌肉萎缩、关节僵硬等。气虚，加黄芪、白术；阳虚，加淫羊藿、仙茅；疼痛部位不同，各有引经药（详见“各论”）。

（二）风湿热型

【主证】关节疼痛，扪之发热，甚则红肿热痛，痛不可触，得冷则舒，遇热则剧，屈伸不利。

风热胜者：兼见发热，口渴，汗出，咽喉肿痛，或皮肤红斑，皮下结节，疼痛涉及多个关节。舌红、苔薄黄或黄燥，脉浮数。

湿热胜者：兼见胸脘烦闷，身重，肿痛以下肢为多。舌苔黄腻，脉滑数。

【病机】风湿热邪郁壅脉络。

【治则】清热解毒，疏风除湿，活血通络。

【方药】清痹汤：忍冬藤60克 败酱草30克 络石藤18克 青风藤60克 土茯苓21克 老鹳草30克 丹参30克 香附15克 水煎服。

【加减】风热表证，加连翘、葛根；气分热胜，加生石膏、知母；热入营血，加生地、丹皮、元参；湿热胜，加防己、白花蛇舌草；阴虚内热，加生地、白芍、知母。

临床所见，属寒属热，并非都是纯寒纯热，也有寒热错杂者，治疗时宜寒热并用。

（三）瘀血型

【主证】局部有外伤史，疼痛如针刺、刀割样，固定不移，压痛明显，局部皮色紫黯，或顽痹不愈，或关节肿大变形，肌肤甲错。或舌质紫黯有瘀斑，脉弦涩。

【病机】瘀血闭络，气血阻滞。

【治则】活血化瘀，行气通络。

【方药】化瘀通痹汤：当归18克 丹参30克 鸡血藤21克 制乳香 制没药各9克 元胡12克 香附12克 透骨草30克 水煎服。

【加减】偏寒者，加桂枝、制川乌、制草乌、细辛；偏热者，加败酱草、丹皮；气虚者，加黄芪；久痹骨节肿大变形，加穿山甲、乌梢蛇、地龙、蜈蚣、全虫、制马钱子。

以上所列诸方，是根据痹证的一般规律而设，其药用量适宜于成年人，选用此方必须辨证施治，随证加减。并按照痹证部位加引经药。此外，还拟有痹证丸、痹证膏，外洗药等，详见附录。

四、临床体会

（一）辨证

1. 根据痹痛的性质、部位，辨病邪之偏胜。

以痹痛性质辨：疼痛呈游走性、放射性、闪电样者多属风邪偏胜；痛有定处，疼痛剧烈，局部欠温，遇暖则舒，多属寒邪偏胜；疼痛重着，属湿。

以疼痛的部位辨：上肢、全身多个部位疼痛多属风邪偏胜；下肢肿痛多属湿邪偏胜；腰部冷痛多属寒邪偏胜；局部疼痛不移多属血瘀。

也有人主张根据初感病邪的外界因素，辨邪之偏胜者，

似属欠妥。其一，中医的病因是通过具体分析症状的分析，推理而得到的，简称之谓“辨证求因”。如明显为感受寒冷所得，但其症状呈游走性疼痛，辨证也当属风。其二，外邪侵袭后，疾病所表现的证候与体质有关。如素属阳盛之体，内有蕴热，感受风寒湿邪，易于化热，应为热痹。其三，正邪是相对的。当正气虚弱之时，正常六时之气也可作为邪气侵袭机体，引起痹证。故临床有些患者并无明显的感邪原因。鉴于以上三者，故认为应根据具体症状辨邪之偏胜。

2. 根据病史、兼证，定虚实及瘀血。

痹证，新病多实。实者，往往发病急，早期正气尚盛，脉有力。久病多虚。虚者，往往遇劳累即发。其症状见气短乏力，四肢懒动，自汗，纳差，面色萎黄，舌质淡、体胖，脉弱者为气虚；面色无华，两目干涩，肢体麻木，爪甲枯槁，皮肤干燥，脉弦细者为血虚；伴潮热盗汗，五心烦热，失眠，咽干，舌红、少苔，脉弦细数者为阴虚内热；伴畏寒肢冷，腰膝酸软，舌淡，脉沉细弱者为肾阳虚。

有外伤史，局部皮色紫黯，或痹证反复发作，经久不愈，关节强硬，肿大变形，皮肤甲错，舌质紫黯或有瘀斑，脉弦涩，夜疼甚者属瘀血。

临床上所见，痹证多见弦脉，因弦主痛、主风，正合痹证病机。

以上所述证象，均属痹证虚、邪、瘀的典型证候。但是，根据临床长期观察，多难各证悉具。例如，病初很少见虚象；瘀血除疼痛外，其它特征也见之不多；即使明显属

风痹，寒痹，湿痹，一些患者也难自述清楚孰之偏胜。这是因为痹证的病变部位重点在肌表、经络、筋骨，未直接涉及脏腑；或病程长久，正邪在体内几经变化之故。因此，临床要谨守病机，把握特征，结合兼症，辨证施治。

（二）施治

在守法施治的同时，用药应注意以下三点：

1. 祛邪、活血，勿忘益气养血。

气血运行于经脉之中，为人体重要的营养物质。痹证病久邪恋，往往导致气虚血虚。另则，治痹之药多辛燥，过服则耗气劫血。气虚者，行血无力，驱邪无能，故治疗时宜多加芪、术之类，益气健脾；血虚者，脉道干涩，血行不利，如江河水枯，船舶搁浅，病邪、瘀血难除，故治疗时应注意养血。临床多选用既能祛邪活血，又有养血功能之药；如当归、丹参、鸡血藤等。血虚者加白芍；阴血亏虚者，重用生地。此增水行舟，既缓急止痛，又制诸药之辛燥。若一味祛邪活血，轻视益气养血，临床疗效多难理想，甚则愈治愈重。故祛邪、活血，应重视益气养血。

2. 正气尚可，宜大剂驱邪。

治痹证，对正气尚可者，宜大剂驱邪（先小量，渐增大量。因病人禀赋不同，对药物耐受、反应各异。不可骤用大量，以防药物反应）。其道理在于痹证病变部位在肌肤经络，小剂小调，难达病所；痹证为病邪、瘀血阻闭，临床常须应用大剂，经络血脉方能通达；痹证患者疼痛为主要痛苦，缓解

疼痛为当务之急，小量微剂，多难速解痛苦；新病初得，正胜邪实，宜速用大剂将邪驱出，否则邪久恋必伤正，使病缠绵难愈。

临床选用大剂，个别患者首次服可出现轻微的胃肠道反应，此和体质有关（因胃肠骤不耐受之故），一般三剂以后即可适应，反应多能消失。若不消失者，可改为饭后服药。

3. 辨证既确，有方有守。

痹证非同急暴之病，其病势多相对稳定，病理变化、证候演变一般较慢，尤其久病患者，治疗时即使方药对证，初投也不一定必见效果。个别患者，初服几剂，反而可出现症状加重。此乃药达病所，正邪相搏之佳象。若医者不明病变之规律，加之患者要求速效，必改弦移辙，使前功尽弃。但是，守方决不是死守不变，证变而药应随更，切忌“刻舟求剑。”

须说明，本文所述为中药治疗痹证，当然对其还有很多疗法，应参考它书，本文不赘。