



痹证通论

BIZHENG
TONGLUN

李济仁 仝小林 编著

安徽科学技术出版社



痹证通论
补救下

李济仁 仝小林 编著

安徽科学技术出版社

责任编辑：储崇华

封面设计：凌卓平

扉页题签：林散之

痹 证 通 论

李济仁 仝小林 编著

安徽科学技术出版社出版

（合肥市跃进路1号）

新华书店经销 巢湖地区印刷厂印刷

*

开本：787×1092 1/32 印张：5 字数：107,000

1987年5月第1版 1987年5月第1次印刷

印数：00,001—2,500

统一书号：14200·115 定价：1.10元

ISBN7—5337—0061—9/R·6

王 序

中国医药学是在我国人民几千年来同疾病作斗争的过程中，经历了实践、总结、再实践、再总结的过程，由感性认识逐步上升，形成具有中国特色的医学科学理论的一门自然科学。远在公元前十一世纪的周代开始，中医学就逐步建立起越来越多的各有专门理论的分支学科。它研究和着重论述的只限于与疾病有关的理论和诊疗技术，虽然它不应被看作是什么包罗万象、浑然一体的所谓“自然哲学”，但也决非是没有理论依据的“经验医学”。我们给中国医药学所下的定义，是早已被中国医药学本身的发展史证明了的，被浩如烟海的历代名医的著述反复证明了的，也是为全世界的绝大多数医学家和研究中国历史的专家学者们所公认了的。有的外国学者，例如联邦德国慕尼黑大学的M·波克特教授甚至认为，中医的“大部分是精密科学”，并指出“那种‘科学的西医，经验的中医’的说法，是一个极大的谬论，为害极深”。《痹证通论》的作者根据古今中医学家的有关论著和临床实践记录，系统全面地论证了中医学关于痹证的理论、诊疗经验及其发展过程，又一次以铁的事实证明了这一点。所以，我想那些直到今天仍认为“中医治病，仅仅是根据经验”的同志，如果能有时间认真读一读这本《痹证通论》，尔后也许就会明白《论语》里说的“多闻阙疑，慎言其余，则寡尤”这句话，为什么至今还有现实意义！

从理论上说，任何一门科学都有它一定的研究范围，

都具有一定的相对独立性，否则就不成其为一门专门的学科；但是，任何一门科学又必然不是孤立的，与其他学科绝缘的科学是从来也不曾存在过的。中外古今的科学史表明，任何一个时代的任何一门科学，都是同当时的其他科学相互渗透、相互影响的。中国医药学的形成发展也毫不例外。因此，我们在继承发扬中医学的工作中，既要注意它本身的相对独立性，保持和突出中医学的特色，又要解放思想，反对那种故步自封、墨守陈规、盲目排斥现代科学技术（包括现代医学在内）的“坐井观天”的思想。《痹证通论》一书，既详尽地援引了我国传统医学的有关理论，又根据临床实践，有选择地汲取了现代医学中与之相关的理论，取长补短，较好地把握了两种医学科学相互渗透的稳步发展的方向。

建国三十多年来，在党的中医政策指引下，我国广大中医药工作者，在发掘整理提高祖国医药学遗产方面做了大量的工作，克服了种种困难和干扰，作出了不少成绩。但是象《痹证通论》那样的整理研究方法，即选择一个严重危害人民健康的常见、多发的病证，从古到今、从理论到实践，实事求是地把握在实践中经过检验的传统医学与现代医学适当结合，进行全面系统的整理研究方法，尚属罕见。二千多年前，《素问·举痛论》里就有这样的名言：“善言天者，必有验于人；善言古者，必有合于今；善言人者，必有厌于己。”这就是说，善于学习其他自然科学的人，必然能够联系到人体科学；善于继承古代文化遗产，必然能够同今天的现实联系起来；善于学习他人长处，必然能够很好地弥补自己的不足。由此可见，融汇古今、结合中西、理论联系实际的研究方法，恰好是真正保持和突出了中医在治学方面的优良传统。诚然，处于科学技术飞跃发展的今天，象《痹证通论》那样

的研究方法，还不足以适应新技术革命形势的挑战。但是，它较之那种人云亦云、古云亦云、述而不作、从理论到理论、脱离临床实际及脱离客观现实需要的研究方法，不论在指导思想上，还是在把握科学发展方向上，无疑要高明得多。历史告诉我们，尽管人类充分发挥了自己的聪明才智，不断地创造出许许多多新技术，在改造自然、利用自然方面取得了一个又一个胜利，然而对于人类自身的奥秘，无论西医，还是中医；无论在国外，还是在国内，迄今为止，都还远远没有弄清楚。所以，医学科学在以往的历史里，从来就不是一个带头的学科，从来就是靠“拿来主义”发展的。要是没有其他科学技术的新成就、新创造，医学科学的发展和突破几乎是不可想象的。

李济仁同志和他的研究生全小林同志，合作编写的这本《痹证通论》，即将由安徽科学技术出版社出版。为此，要我写个序言，限期完成。我既缺乏文学素养，又没有作序的经验，接受这个任务，未免不自量力。上面写的这些话，只是我对中医学的一些粗浅认识，是拜读了《痹证通论》书稿之后的一点感想。只要它对读者有一点小小的启发或帮助，也就算完成了我的任务。如果适得其反，则“姑妄言之”不妨“姑妄听之”可也。

王玉川 于北京中医学院

1984年9月8日

朱 序

余从医近五十载，留意痹证之病因病机、辨证施治已逾卅余年，于斯略有心得，顷正整理总结，编撰医理设计，制作软件，贮入电脑，以期推广应用。

近获读李济仁教授与其研究生全小林同志编著之《痹证通论》，对痹证之涵义，剖析入微；痹证之分类，至为全面；痹证之病机，阐述透彻；对其治疗，从病变为“痰”，着眼于“通”，可谓深得个中三昧，而先获吾心者，余深为钦佩！

全书广搜博采、条理清晰、说理透达、证治完备。而辨证与辨病相结合、理论与实践相结合、中医体系与现代医学相结合，贯穿于全书始终，尤为可贵。此乃当前痹证研究之专著，对临床医家及科研工作者，均有参考之价值，更为痹证病员之福音！本书问世，对提高痹证疗效，为攻克痹证将提供重要的理论和临床依据。其嘉惠医家及病家，殊非浅鲜也！纸贵洛阳，不脛而走，可以预卜，余故乐为之序。

丹徒朱良春 于崇川葆春轩
时在甲子秋月

目 录

第一章 概说	1
一、痹证及五体痹证的概念	1
二、五体生理概述	3
三、五体痹证的病因病机	6
四、五体痹证的证候及现代意义	8
五、五体痹证主要症状分析	13
六、五体痹证治法概要	16
第二章 五体痹证历代研究概况	19
一、秦汉三国时期	19
《内经》奠定了五体痹证的理论基础	19
《金匱要略》奠定了五体痹证治疗的方剂学基础	22
《神农本草经》有关治痹药物的记载	24
《中藏经》对体、脏痹关系的认识	24
二、隋唐宋金时期	25
《诸病源候论》对五体痹证病因病机的认识	25
《千金方》论体、脏痹与“六极”	26
《圣济总录》集五体痹证治疗方剂之大成	26
张子和汗吐下治痹说	26
三、明清时期	27
张介宾痹证总由真阴虚说	27
叶天士的久痹须以搜剔动药说	28
王清任活血化痰治痹说	28
王孟英从痰治痹说	29

第三章 五体痹证.....31

一、皮痹证.....31

二、肌痹证.....43

附 略谈肌痹、肉痿、脚气.....55

三、脉痹证.....56

附 《灵枢》周痹浅识.....67

四、筋痹证.....68

五、骨痹证.....81

第四章 常用治痹药物.....106

独活 (106) 薏苡仁 (107) 五加皮 (107) 木瓜 (108)

土茯苓 (109) 地黄 (109) 秦艽 (110) 防己 (111)

寻骨风 (112) 乌头 (112) 苍术 (114) 麻黄 (114)

桂枝 (115) 威灵仙 (116) 鸡血藤 (117) 鹿角胶 (118)

狗脊 (118) 桑枝 (119) 路路通 (119) 钻地风 (120)

当归 (120) 络石藤 (121) 川芎 (122) 丝瓜络 (123)

牛膝 (123) 姜黄 (124) 芍药 (125) 鹿衔草 (125)

胡桃肉 (126) 防风 (126) 海桐皮 (127) 透骨草 (127)

伸筋草 (128) 刺猬皮 (128) 麝香 (129) 全蝎 (129)

蜈蚣 (130) 露蜂房 (131) 白僵蚕 (131) 地龙 (132)

白花蛇 (132) 穿山甲 (133) 天仙藤 (134) 雷公藤 (134)

苍耳子 (135) 马钱子 (136)

附 1 常用有毒治痹药物的中毒及解救.....137

附 2 《神农本草经》有关治痹药物一览表.....143

第一章 概 说

一、痹证及五体痹证的概念

痹证是中医临床常见的疾病。在讨论痹证之前，我们首先了解一下“痹”字的含义。

“痹”字在祖国医学文献上出现很早。马王堆汉墓出土的我国目前发现最早的古医书《足臂十一脉灸经》中就有“疾界(痹)”之称；帛书《导引图》有“引腠(痹)痛”的导引疗法；《史记·扁鹊仓公列传》也记载：“扁鹊名闻天下……过洛阳，闻周人爱老人，即为耳目痹医。”这些都说明至少在战国时代，“痹”字已作为医学的名词了。《素问·移精变气论》说：“中古之治，病至而治之，汤液十日，以去八风五痹之病，十日不已，治以草苏草核之枝……”《汉书·艺文志》列有五脏六腑痹十二病方三十卷，《内经》记有治疗痹证的针刺疗法、寒痹熨法、按摩疗法以及放血疗法等，据推断为东汉早期的武威汉代医简载有专门治疗四肢痹的“治痹手足雍肿方”，可知早在《内经》以前的中古时代，就已经使用酒剂或药物治疗痹证，到了汉代，在痹证的治疗方面已取得了相当成就。但真正从理论上系统阐述痹证者当首推《黄帝内经》。除《素问》设有“痹论”专篇外，有关痹证的论述还散见于《素问·四时刺逆从论》、《素问·长刺节论》、《素问·逆调论》、《灵枢·邪气藏府病形》、

《灵枢·五变论》、《灵枢·五禁》等许多篇章之中，为痹证的辨治奠定了理论基础。概括起来，“痹”字在古医籍中的含义主要有四：一是指病名。凡具有经脉气血不通或脏腑气机闭塞这一病理特征者皆可曰痹，如风、寒、湿痹，五体痹，五脏痹，六腑痹等。二是指体质。如《素问·逆调论》说：

“人身非衣寒也，中非有寒气也，寒从中生者何？岐伯曰：是人多痹气也，阳气少，阴气多，故身寒如从水中出。”所谓多痹气，就是指阳气少、阴气多的寒盛体质，这种体质的人具有易于罹患痹证的潜在倾向性。三是指症状或感觉。如喉痹表示发不出声音，耳痹表示听不到声音，目痹表示看不见物体。再如《金匱要略》白术附子汤方后云：“分温三服，一服觉身痹，半日许再服”。《诸病源候论》寒食散服法云：

“药力行者，当小痹。”这里的“身痹”、“小痹”均指服药后药力窜通的苏苏感。四是指病因病机。《素问·痹论》：

“风寒湿三气杂至合而为痹也。”又如《景岳全书》说：“盖痹者闭也，以血气为邪所闭，不得通行而病也”。《中藏经》说：“五脏六腑感于邪气，乱于真气，闭而不仁，故曰痹。”前者言经脉之气血不通，后者言脏腑之气机闭阻。由此可见，“痹”字在不同的地方其含义是不同的。我们通常所说的痹证是指由于感受了风寒湿热毒等邪而导致经络、气血闭塞不通或脏腑气机闭阻的一类病证。而所谓五体痹证，顾名思义，就是指发生在皮、肌、脉、筋、骨等部位上的气血闭塞不通的痹证。

《内经》对痹证的分类较为繁杂，主要有以下六种：

按病因分为：风痹、寒痹、湿痹、热痹（痹热）、食痹等。

按部位分为：皮痹、肌痹、脉痹、筋痹、骨痹（以上合称

五体痹)，肺痹、脾痹、心痹、肝痹、肾痹(以上合称五脏痹)，胞痹、肠痹、胸痹、喉痹、血痹、阴痹等。

按主要症状分为：行痹、痛痹、著痹、挛痹、厥痹、众痹、周痹、痲痹、水瘕痹等。

按病之浅深轻重分为：远痹、大痹、浮痹、深痹等。

按病程长短分为：暴痹、留痹、痼痹、久痹等。

按季节分为：孟春痹、仲春痹、季春痹、孟夏痹、仲夏痹、季夏痹、孟秋痹、仲秋痹、季秋痹、孟冬痹、仲冬痹、季冬痹等。

上述分类，有的概念不够明确，如浮痹等；有的不切合临床实际，如按季节分类的孟春痹等；有的在概念上是互含的，如风痹与行痹等。其中，临床较为实用的是风、寒、湿、热等的病因分类和皮、肌、脉、筋、骨、肺、脾、心、肝、肾等的部位分类，并一直沿用至今。病因和部位分类的关系是：部位是纲，病因是目，一横一纵，它们从各自不同的角度反映痹证的本质。具体说，风、寒、湿、热等可以看作是皮、肌、脉、筋、骨等痹证的具体分型。而在部位分类中，又以五体痹最为多见，五脏痹是五体痹进一步发展的严重后果，二者是同一疾病发展的不同阶段。故本书着重讨论五体痹证。

二、五体生理概述

皮

皮是人体的表层，是保护机体的外围屏障，与肺、肾、卫气关系密切。生理上，皮毛为肺所主，是肺之外合，精微物质通过肺施布于全身，营养于皮毛。《素问·六节脏象论》

说：“肺者……其华在毛，其充在皮。《素问·经脉别论》说：“脉气流经，经气归于肺，肺朝百脉，输精于皮毛。”因此，皮毛的荣枯可以反映肺气的盛衰。皮肤毛孔之开阖为卫气所管，卫气和调则开阖适度、内外调达、邪不能害、分肉解利、腠理致密。卫气出下焦，根源于肾，为元气的一部分。肾气犹如原动力引导推动着卫气的正常运行和敷布，肾气充则卫气强，肾气虚则卫气弱。故《素问·阴阳应象大论》说：“皮毛生(于)肾。”

中医“皮”的解剖学概念大致相当于西医解剖学的皮肤(包括表皮、真皮、皮下组织及皮肤的附属器)。西医认为，皮肤对机体具有保护作用，是人体抵御外界各种有害刺激的第一道防线，既可防止外界的各种侵害，又能防止体内物质(水分、有机物和无机物)过度丢失。皮肤内有丰富的毛细血管和汗腺，对调节体温有重要作用。当气温增高时，皮肤血管扩张、血流增加，促进热量散发，同时汗腺的分泌增强，促使皮肤表面的水分蒸发，降低体温。当气温降低时，皮肤血管收缩、血流减少，同时汗腺分泌也减少，减低热量的散发。这一调节体温的功能似与卫气主司开阖的认识相一致。皮肤分泌汗液能够协助肾脏排出部分水分和少量的体内代谢废物，这似可作为“皮毛生(于)肾”(即皮毛与肾在生理上相关联)的一个佐证。

肌

肌，肉也。位于皮下，为五体的第二层。生理上，肌为脾所主，脾的精微物质营养肌肉，肌肉的丰厚与瘦薄可以反映脾气的强弱，故《素问·六节脏象论》说：“脾……其充在肌”。所谓脾主四肢是指脾掌管四肢肌肉的运动。肌肉对人体起着支撑、保护、辅助运动等作用。人体的站立有赖于

骨的支撑和肌肉的辅助，四肢的运动是肌肉协调舒缩的结果，正如《灵枢·寿夭刚柔》所说：“骨为干……肉为墙”。中医肌的解剖学概念大致相当于西医解剖学的骨骼肌，存在于躯干和四肢，通常附着于骨。

脉

《素问·脉要精微论》说：“夫脉者，血之府也”。《灵枢·决气篇》又说：“壅遏营气，令无所避，是谓脉”，指出脉是人体气血运行的通道。气血通过脉管布达全身，内养五脏六腑，外荣四肢百骸，濡筋骨，利关节。“心主身之血脉”。血液的生成依赖心的“赤化”，血液的运行依靠心气的推动。心气旺盛，则血脉充盈、鼓动有力；心气不足，则血脉空虚、血行滞涩。中医的“脉”大致相当于西医解剖学的血管，包括动脉、毛细血管和静脉，和心脏一起组成心血管系统。西医认为，心脏是血液循环的动力器官，心脏有节律地舒缩，将血液射入动脉，同时将静脉内的血液吸回心房。这与中医血液靠心气推动的认识是一致的。

筋

筋是一个联络关节、肌肉，专司运动的组织。生理上，肝主筋，筋为肝之外合。肝藏血，肝血濡养筋膜，肝血充盈，则筋强力壮、爪甲坚韧、运动灵活。故《素问·痿论》说：“肝主身之筋膜”。同时，筋的功能状况，也可反映肝血的盈亏，所以《素问·六节藏象论》说：“肝者，罢极之本，魂之居也，其华在爪，其充在筋。”从中医文献对筋的生理、病理的描述来看，“筋”主要包括现代解剖学的脊神经、肌腱、韧带等。如言筋病，多用“缩筋”、“挛筋”、“筋急”等语，与某些周围神经病变的症状颇相类似。再如，《灵枢·经脉篇》言内关的位置云：“去腕二寸，出于两筋之间，别走

太阳”，这里的“两筋”就是指肌腱。

骨

骨是人体的支架，对人体起着支撑、保护的作用。骨内藏有骨髓，为肾精所化，肾精充则骨髓满，肾精虚则骨髓空。故《素问·痿论》说：“肾主身之骨髓”。骨靠关节相互连接，与肌肉共同完成各种动作，而肾主技巧，为作强之官，故骨与关节的运动亦为肾所司。骨骼的强弱及关节的活动状况可以反映肾的虚实。

通过以上对皮、肌、脉、筋、骨生理功能的分析，可以看出，中医五体的概念是有一定解剖学依据的，它大致相当于西医解剖学的皮肤、肌肉、血管、周围神经与肌腱、骨与骨连结(关节)，反映了由浅入深的不同层次。但是，中医的皮、肌、脉、筋、骨不仅仅是一个解剖学单位，它还是一个机能的单位，因此不能简单地与西医解剖学的认识划等号。

三、五体痹证的病因病机

五体痹证的病因不外内因和外因。内因责之于与五体相合的脏腑、经络气血虚弱，这是发生痹证的先决条件。“厥阴有余病阴痹……少阴有余病皮痹隐疹……太阴有余病肉痹寒中……阳明有余病脉痹身时热……太阳有余病骨痹身重……少阳有余病筋痹胁满。”这里的“有余”是指经脉中邪气有余而气血不足，“血气皆少则无毛……善痿厥足痹”。这种体质的人，肌肉疏松，腠理不密，易为邪气所中。临床所见，某一类型体质的人，患痹时具有向某一证型发展的倾向性。如素体阴盛之人患痹多为寒型，素体阳盛之人患痹多为热型（“其寒者，阳气少，阴气多，与病相益，故寒也，其

热者，阳气多，阴气少，病气胜，阳遭阴，故为痹热。”），素体肥胖之人患痹多为痰湿型，素体晦滞之人患痹多为血瘀型等，说明体质因素是决定痹证者证型的内在条件之一。

五体痹证的外因主要是遭受风、寒、湿、热等邪气的侵袭。邪气乘经脉之虚客入五体，壅滞气血，阻闭经脉。闭于皮则发为皮痹，闭于肌则发为肌痹，闭于脉则发为脉痹，闭于筋则发为筋痹，闭于骨则发为骨痹。“所谓痹者，各以其时重感于风寒湿之气也。”这里特别强调了“各以其时”的问题。《内经》认为每一体痹都有其好发季节，这是因为人体气血的流行分布，常随四时季节的更替、气温的变化而发生相应的变动。“春气在经脉，夏气在孙络，长夏气在肌肉，秋气在皮肤，冬气在骨髓中”，而“邪气者，常随四时之气血而入客也”。当气血趋向于表时，感受邪气则易发皮痹、肌痹、脉痹，当气血趋向于里时，感受邪气则易发筋痹、骨痹。故《痹论》说：“以冬遇此者为骨痹，以春遇此者为筋痹，以夏遇此者为脉痹，以至阴遇此者为肌痹，以秋遇此者为皮痹。”这启示我们要重视季节因素在五体痹证发病中的作用，并为我们研究皮、肌、脉、筋、骨痹各自的好发季节提供了线索。此外，外伤瘀血也是患痹的一个潜在因素，“若有所堕坠，恶血在内而不去。卒然喜怒不节，饮食不适，寒温不时，腠理闭而不通。其开而遇风寒，则血气凝结，与故邪相袭，则为寒痹。”

总之，五体痹证的形成与正气不足、体质因素、外邪侵袭、季节气候变化、气血分布状态、外伤瘀血等诸多因素有关，是内因、外因和不内外因相互作用的复杂的病理过程。

四、五体痹证的证候及现代意义

证候是病理变化的外在表现，是疾病本质的反映。在疾病发生、发展的过程中，常以一组相关的脉症表现出来，能够不同程度地揭示病位、病性、病因、病机，为治疗提供可靠的依据。因此，弄清五体痹的证候是辨证施治的基础。皮、肌、脉、筋、骨，是中医解剖学和生理学上的五个不同层次，“皮肉筋脉，各有所处，病各有所宜，各不同形”，每一体痹都有着与其他体痹相区别的特征和独立的证候群。现就历代有关论述结合现代医学的有关疾病，对五体痹的证候及现代意义讨论如下：

皮痹

皮痹的证候有：痹“在于皮则寒”，“血凝于肤者为痹”，“皮肤顽厚”，“皮肤无所知”，“遍身黑色，肌体如木，皮肤粗涩”等。概括起来，主要表现是：皮肤寒冷、肿胀、变厚、发黑，皮肤感觉迟钝、麻木。其发展趋势是：

“皮痹不已，复感于邪，内舍于肺”。从这些证候和病程的描述来看，与现代医学的硬皮病相符合。硬皮病的特征是皮肤显著增厚、硬化，颜色随病情发展渐呈深棕色和棕褐色，皮肤感觉迟钝、麻木不仁，且大多伴有雷诺氏现象。近年来中西医研究硬皮病的结果证实，其基本病机是血瘀。有用电阻或容积描记法测试硬皮病患者的中指血流图，看到代表血流量的波幅明显降低，表示血管弹性的重搏波不明显或消失，说明末梢血液供应明显减少，微循环灌注不良。甲皱与球结膜微循环均有血液瘀滞及红细胞聚集所致泥团样、断流样血流，血流速度减慢。当系统性硬皮病累及肺时，可发生肺广泛纤