

王邦才教授治疗痹证验案三则

吕勇焕, 王平儿, 王邦才

宁波市奉化区中医医院, 浙江 宁波 315500

DOI:10.61369/MRP.2026070016

摘要 : 本文旨在总结王邦才教授治疗痹证的临床经验。王教授根据多年治疗痹症的临床经验,形成了“辨证求本、经方为基、温通为要、随证而变”的成熟临证体系。其诊治坚守中医辨证论治精髓,以经典经方为基础,结合患者体质、病情灵活加减,兼顾扶正与祛邪,注重温通经络、益气养血、散寒化瘀。本文通过整理其治疗行痹、脉痹、皮痹的处方用药,详细阐述其治疗痹症的辨证思路、处方用药及调护要点,展现其“以正气为根、以温通为要、以经方为基、以调护为助”的综合施治思路,总结了“益气温经养血”“温阳除痹”“扶阳固本,通经活络”等特色治疗方法。

关键词 : 痹证; 王邦才; 验案; 辨证论治; 经方应用

Three Proven Cases of Professor Wang Bangcai in Treating Bi Syndrome

Lv Yonghuan, Wang Ping'er, Wang Bangcai

Ningbo Fenghua District Hospital of Traditional Chinese Medicine, Ningbo, Zhejiang 315500

Abstract : This paper aims to summarize the clinical experience of Professor Wang Bangcai in the treatment of bi syndrome. Based on years of clinical practice in treating bi syndrome, Professor Wang has formed a mature clinical treatment system featured by treating based on syndrome differentiation to seek the root cause, taking classical prescriptions as the foundation, prioritizing warming and unblocking, and modifying formulas according to symptoms. Adhering to the essence of TCM treatment based on syndrome differentiation, he applies classical prescriptions flexibly with modifications in light of patients' constitutions and disease conditions, balancing healthy qi reinforcement and pathogenic factor elimination, and focusing on warming and unblocking meridians, replenishing qi and nourishing blood, as well as dispelling cold and resolving stasis. By sorting out the prescriptions and medications for migratory bi, vessel bi and skin bi, this paper elaborates on his syndrome differentiation thinking, medication rules and nursing key points, and demonstrates his comprehensive treatment strategy rooted in healthy qi, centered on warming and unblocking, based on classical prescriptions, and assisted by daily conditioning. It also summarizes his characteristic therapies including replenishing qi and warming meridians to nourish blood, warming yang to eliminate bi impediment, and strengthening yang and consolidating the root to dredge collaterals and activate meridians.

Keywords : Bi syndrome; Wang Bangcai; proven cases; treatment based on syndrome differentiation; application of classical prescriptions

痹证为中医临床常见病、疑难病,多由风、寒、湿、热等外邪侵袭,致气血经络运行不畅,以肌肉、筋骨、关节酸痛、屈伸不利、肢体麻木等为主要表现^[1]。王邦才教授系全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师,从事中医临床40余年,对痹证诊治积累了丰富的经验,尤擅以经典方剂为基础,结合患者体质与病情辨证加减,疗效显著。现将其治疗痹证验案3则整理如下,以飨同道。

一、行痹

陈某,女,58岁。初诊:2024年3月25日。主诉:全身关节游走性疼痛伴晨僵6年,加重3月。患者6年前无明显诱因出现双手近端指间关节、掌指关节疼痛,伴晨僵,未予规范诊治,渐发展至全身关节游走性疼痛。3月前劳累后上述症状加重,晨僵时间延长至1小时以上,活动后稍缓解。外院血沉、类风湿因子升高,

诊断为“类风湿性关节炎”,予“雷公藤多甙片”、“甲氨蝶呤片”口服治疗,症状控制欠佳。为求中医诊治,今来名医门诊就诊。刻下:全身关节疼痛,以酸痛、隐痛为主,伴腰酸腿软,晨起关节僵硬,活动后减轻;夜寐易醒,大便干结,2-3日一行,质硬难解。无关节红肿灼热,无关节畸形,无发热皮疹等。舌淡红苔薄白,脉细。西医诊断:类风湿性关节炎,中医诊断:历节风。辨证:气血亏虚,风寒阻络。治法:益气养血,搜风通络。

作者简介:吕勇焕(1975.03-),男,汉族,浙江奉化人,学历:大学本科,职称:主任中医师,研究方向:中医内科,邮箱:350179793@qq.com

处方：黄芪桂枝五物汤加减。黄芪30g，桂枝15g，赤芍20g，秦艽20g，羌独活（各）10g，海风藤20g，忍冬藤30g，老鹤草20g，当归20g，炒白术20g，豨莶草20g，生甘草10g。14剂，水煎服，日两次分服。嘱患者避风寒，忌冷水，规律作息。

二诊（2024年4月8日）：关节痛减，夜间1点易醒，大便日2-3次。舌红有裂纹。上方去赤芍、秦艽，加炒白芍20g、炒麦芽30g、黄柏10g。续服14剂。

三诊（2024年4月22日）：疼痛发作减少，仍夜醒1次，舌脉同前。效不更方，加薏苡仁30g健脾渗湿。续服14剂。

四诊（2024年5月20日）：患者西药已停，疼痛未反复，二便调。舌红，苔少。上方加熟地60g、百合30g。续服14剂。

五诊（2024年6月3日）：患者疼痛未反复，关节无肿痛。已可接触冷水，加首乌藤10g，老鹤草20g。

守方调治4月，关节肿痛消失，实验室指标稳定。半年随访未复发。

按语：患者老年女性，正气本虚，复因常年接触冷水，风寒湿邪乘虚袭络。风邪善行而数变，故疼痛游走；寒性收引，加重痹阻；久病入络，气血耗伤，兼西药伐伐脾肾，气血生化不足，故缠绵难愈。《灵枢·营卫生会》云：“老者之血衰，其肌肉枯，气道涩……营气衰少，而卫气内伐，故昼不精，夜不瞑”，夜寐不安亦为气血亏虚、营卫不和之象。王师以黄芪桂枝五物汤为主方，益气温经、调和营卫，契合“治风先治血，血行风自灭”之旨。方中黄芪补气固表，桂枝温通经脉，二者相须为用，气旺则血行；当归、芍药养血和营，炒白术健脾益气，培补后天以资气血生化；秦艽、羌独活、海风藤等搜风通络、祛风湿止痛，藤类药物善通经络，针对顽痹久痛。二诊见舌红有裂，提示阴伤，故减辛燥之品，加炒白芍、百合养阴；后期疼痛缓解，增熟地滋填肾精，固本培元，体现标本缓急、攻补兼施的治疗思路。

二、脉痹

林某，女，47岁。2020年10月24日初诊。主诉：四肢肢端畏寒、肤色紫暗十余年。患者十余年前无明显诱因，于冬季出现手足指趾末端畏寒发凉、肤色青紫，初期未予以重视。发作时肢端畏寒显著，皮温偏低，继而指尖皮肤呈暗紫或青紫色改变，按压后色泽可消退，症状呈对称性发作，严重时可累及小指及足趾。病症初期多由寒冷刺激诱发，冬季外出或触碰冷水后症状加重，做好保暖措施后紫绀可逐步消退，皮肤恢复正常色泽，偶伴短暂潮红。近5年来病情持续加重，寒冷季节症状尤为显著，偶可影响肢体握持与正常行走，于当地医院确诊为雷诺综合征，经西药治疗后症状仍反复难愈，遂前来寻求中医诊疗。

现症见：手足指端青紫发凉，伴大便干结、睡眠不佳、眼眶周围晦暗，舌体麻木；舌尖淡紫、舌苔白，脉沉细而数。西医诊断：雷诺综合征；中医诊断：脉痹；辨证：血虚寒凝证；治法：益气养血、温通血脉。方选附子桂枝汤合当归四逆汤加减。处方：制附子20g（先煎1小时），熟地60g，当归20g，桂枝20g，细辛10g，柏子仁20g，桃仁10g，白僵蚕20g，肉苁蓉

20g，枳实20g，红花6g。共7剂，水煎服，每日1剂，分早晚两次温服。

2020年10月31日二诊：患者服药后肢端青紫、畏寒症状有所缓解，大便通畅，舌淡、苔薄白，脉沉细。遂将制附子加量至30g（先煎1.5小时），续进7剂，煎服法同前。

2020年11月7日三诊：诸症基本缓解，仍有舌体麻木之感，舌淡苔白、脉细，将当归加量至30g，再服7剂，煎服法不变。

患者后续守方续服1个月，诸症悉除，随访两个月未见病情复发。

按语：雷诺综合征属中医脉痹，由血管神经功能紊乱致肢端小动脉痉挛，以四肢末端阵发性对称性苍白、紫绀、潮红为特征[2]。《素问·痹论》所言“风寒湿三气杂至……在于脉则血凝而不流”，与本病病机相合[3]。

患者年逾四旬，素体气血亏虚，寒邪侵袭致脉道拘紧、阳气不达四末、血脉瘀滞，发为肢端青紫、眼眶晦暗、舌体麻木等症。《伤寒杂病论》“手足厥冷，脉细欲绝者，当归四逆汤主之”，为本案血虚寒凝病机提供了辨证思路。

王教授以温经散寒、养血通脉为法，予附子桂枝汤合当归四逆汤加减。方中桂枝、附子温阳散寒，当归、细辛等养血通脉、活血祛瘀，配伍精准，温而不燥、补而不滞。二诊增附子量以强温阳散寒之力，三诊加当归量以养血活血，紧扣病机、随证加減，故服药月余，诸症得解。

三、皮痹

周某，女，62岁。初诊：2022年1月25日。主诉：双手遇冷发白发紫1年余。患者1年余前无诱因下开始出现双手指端遇冷发白发紫，伴有手指肿胀僵硬，在宁波第一医院就诊并住院治疗，查HLA-B27：阴性；类风湿因子：阴性；自身抗体全套：ANA1：1000，抗SCL-70抗体：阳性；血沉：20mm/h；胸部CT：提示两肺下叶少许渗出性病变，心包腔少量积液，诊断为“系统性硬皮病”，住院期间予“强的松片”、“甲氨蝶呤片”、“羟氯喹片”、“阿司匹林肠溶片”等治疗，并辅以护胃补钙等对症治疗后好转出院。出院后长期口服“强的松片10mg qd、甲氨蝶呤片10mg qw、羟氯喹片2# bid、叶酸片2# qw”。刻下：形体偏瘦，神疲乏力，受凉后双手指端对称性发白发紫，手指肿胀僵硬，指间关节压痛，面部皱纹、鼻唇沟变浅，口唇变薄，鼻翼变尖，头部皮肤色素沉着，形寒怕冷，大便次多溏稀，日解2-3次，夜寐欠安，潮热，舌淡紫苔白，脉细。西医诊断：系统性硬化症，中医诊断：皮痹病。辨证：寒凝血瘀，痹阻经络。治法：温经散寒，活血通络。处方：麻黄附子细辛汤合黄芪桂枝五物汤加減。麻黄10g，桂枝10g，细辛10g，附子10g（先煎），当归20g，生黄芪30g，炒白芍30g，防风10g，地龙10g，炙甘草15g。7剂，水煎服，日两次分服。医嘱：嘱咐患者避免寒凉刺激。

二诊（2022年2月1日）：上方服用7剂后复诊，手指肿胀僵硬仍存，雷诺现象好转，形寒怕冷，夜寐欠安，舌淡红苔白

裂纹，脉沉细。上方改附子30g（先煎），加羌活10g，柏子仁20g。7剂，水煎服，日两次分服。2022年2月8日

三诊（2022年2月8日）：上方服用7剂后复诊，手指僵硬好转，雷诺现象好转，胃脘作胀，舌尖疼痛，口干，纳便调，舌红苔白，脉细。上方改附子10g（先煎），去羌活，加砂仁6g（后下），生地30g。7剂，水煎服，日两次分服。

此后以上方为基础加减服用2月，手指僵硬明显好转，雷诺现象明显减轻。但因结缔组织病难以根治，缠绵难愈，后患者多次间断在王师处治疗，病情基本得到控制，复查自身抗体ANA1：320，随访半年未加重。

按语：系统性硬化症在中医学归属于“皮痹”、“肌痹”范畴^[4]。皮痹之名首见于《素问·痹论》曰：“风寒湿三气杂至，合而为痹；以秋遇此者为皮痹；皮痹不已，复感于邪，内舍于肺。”王师临证辨治皮痹多从温阳、通络入手，重视“扶阳固本，通经活络”。本案患者老年女性，年过六旬，先天不足，阳气亏虚，加之劳逸不当，正气受损，卫外不固，风寒湿趁虚而入，痹阻经络，气血运行不畅，瘀血阻络，肌肤失于濡养，故见皮肤肿胀、僵硬；阳虚失于温煦，血行不畅，指端末梢瘀血阻滞，故出现雷诺现象；风寒湿痹阻经络，不通则痛，故关节疼痛；阳气不足，脾虚不运，故便溏；阳虚营卫失和，故形寒怕冷、潮热。本病病位在皮肤、经络，证属本虚标实。治以温经散寒，活血通络。方予麻黄附子细辛汤合黄芪桂枝五物汤加减。麻黄附子细辛汤，出自医圣张仲景《伤寒论》301条：“少阴病，始得之，反发

热，脉沉者，麻黄附子细辛汤主之”。方中麻黄解表散寒，附子辛温大热，补火助阳，散寒止痛，细辛在表助麻黄散寒，在里助附子温阳，三药合用，统领一身阳气。桂枝温通经脉，炒白芍敛阴柔肝，缓急止痛，黄芪、当归益气养血，防风祛风除湿通络，地龙通经络活，炙甘草调和诸药。全方共奏温阳散寒，活血通络之效。二诊时患者雷诺现象好转，手指肿胀僵硬仍存，故加大附子剂量，增强温补阳气之功，加羌活助祛风散寒除湿之力。三诊雷诺现象明显好转，手指僵硬肿胀减轻，但出现口干、舌尖疼痛、胃脘作胀，考虑病情减轻，附子辛温大热之品，故予减少剂量，去羌活，加生地滋阴清热，砂仁化湿和胃。此后在上方基础加减调治2月，症状缓解，病情稳定。本案治疗关键是温阳药的使用，特别是附子的用量。附子药性大热，纯阳燥烈，有大毒，《本草正义》：“附子，本是辛温大热，其性善走，故为通十二经纯阳之要药，外则达皮毛而除表寒，里则达下元而温痼冷，彻内彻外，凡三焦经络，诸脏诸腑，果有真寒，无不可治。”附子有回阳救逆、补火助阳，散寒止痛等功效，只要胆大心细，辨证准确，方药相应，效如桴鼓，其虽有毒，只要煎煮得当便可避免，临证可从小剂量开始，循序渐进，根据症状变化，增减药量。

王邦才教授治疗痹证，既坚守中医辨证论治的核心精髓，又彰显经方的临床实用性与灵活性，其“以正气为根、以温通为要、以经方为基、以调护为助”的综合施治思路，对缓解痹证的临床症状有良好的疗效。

参考文献

- [1]周仲瑛.“十一五”全国高等中医药院校规划教材《中医内科学》[M].北京：中国中医药出版社，2007：466-468.
- [2]ZHOU FW, HUANG E, ZHENG E, et al. The use of acupuncture in patients with Raynaud's syndrome: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials[J]. Acupunct Med, 2023, 41(2): 63-72.
- [3]黄帝内经[M].北京：线装书局，2009：87.
- [4]毛伊丽，杨梓，陈硕，等，范永升“温阳散寒，调和营卫”理论在系统性硬化症中的应用，[J].浙江中医杂志，2025，60（2）：104-105.
- [5]张伯礼，吴勉华. 中医内科学[M]. 10版. 北京：中国中医药出版社，2017：368-375.
- [6]陈灏珠. 实用内科学[M]. 12版. 北京：人民卫生出版社，2008：809-810.
- [7]王冰. 黄帝内经素问[M]. 北京：人民卫生出版社，2012：125-128.
- [8]李满意，姜玉铃. 皮痹的源流及相关历史文献复习[J]. 风湿病与关节炎，2014，3(8): 65-72.
- [9]王丽敏，谷松，于静，等. 《伤寒论》经方解析痹证辨证治疗思路[J]. 中国中医急症，2015，24(11): 1971-1973.
- [10]赵党生，王凤仪. 硬皮病血瘀证机制研究述评[J]. 中医研究，2011，24(2): 4-6.