

李卫国治疗肩周炎临证经验总结

谭芳¹, 刘秋平², 王海燕³, 袁静^{4*}, 李卫国⁴

¹重庆医科大学中医药学院, 重庆

²陆军军医大学第一附属医院风湿免疫科, 重庆

³重庆市永川区人民医院中医科, 重庆

⁴重庆市铜梁区中医院康复科, 重庆

收稿日期: 2025年6月25日; 录用日期: 2025年7月19日; 发布日期: 2025年7月29日

摘要

肩周炎是临床常见疾病, 以肩关节疼痛与肩关节活动受限为主要症状。李卫国教授在治疗“肩痹”方面形成了系统的学术思想, 主要包括“预防为先, 防治结合; 衷中参西, 病证结合; 标本同治, 攻守有序及治痹求本, 重在肝肾”四大核心理念。其思想根植于《黄帝内经》“治未病”理论, 强调结合患者体质、地域气候及疾病阶段动态调整防治策略, 注重“三因制宜”。在临床实践中, 他提倡健康宣教、早期干预, 并针对已病患者采用“急则通络治标、缓则补虚固本”的治法, 结合虫类药、藤类药与扶正策略, 实现“祛邪不伤正”。同时, 他融合现代医学技术(如影像学、小针刀松解), 制定分型论治方案, 提升疗效。此外, 他提出“肝肾亏虚为肩痹根本病机”, 以滋补肝肾为核心, 辅以活血化痰, 形成标本兼治的诊疗体系。文末通过验案展示其针药结合、内外合治的临床实践, 验证了其学术思想的实用性与有效性, 为肩痹的中西医结合诊疗提供了重要范式。

关键词

肩周炎, 痹症, 治疗经验

Clinical Experience of Li Weiguo in Treating Periarthritis Humeroscapularis

Fang Tan¹, Qiuping Liu², Haiyan Wang³, Jing Yuan^{4*}, Weiguo Li⁴

¹College of Traditional Chinese Medicine, Chongqing Medical University, Chongqing

²Department of Rheumatology and Immunology, The First Affiliated Hospital of Army Medical University, Chongqing

³Department of Traditional Chinese Medicine, Yongchuan District People's Hospital, Chongqing

⁴Rehabilitation Department, Traditional Chinese Medicine Hospital of Tongliang District, Chongqing

Received: Jun. 25th, 2025; accepted: Jul. 19th, 2025; published: Jul. 29th, 2025

*通讯作者。

文章引用: 谭芳, 刘秋平, 王海燕, 袁静, 李卫国. 李卫国治疗肩周炎临证经验总结[J]. 临床医学进展, 2025, 15(7): 1769-1774. DOI: 10.12677/acm.2025.1572184

Abstract

Periarthritis humeroscapularis is a common clinical disease, characterized by shoulder joint pain and restricted movement. Professor Li Weiguo has developed a systematic academic theory in the treatment of “shoulder arthralgia”, which mainly includes four core concepts: prevention first, integrating prevention and treatment; integrating traditional Chinese and Western medicine, combining disease and syndrome; treating both symptoms and root causes, and orderly attacking and defending; and seeking the root cause of arthralgia, with emphasis on the liver and kidneys. His theory is rooted in the “preventive treatment” theory of the “Huangdi Neijing”, emphasizing the dynamic adjustment of prevention and treatment strategies based on the patient’s constitution, regional climate, and disease stage, and emphasizing “treating according to the three causes”. In clinical practice, he advocates health education and early intervention, and for patients with the disease, he adopts the treatment method of “treating the symptoms in acute cases and nourishing the body in chronic cases”, combined with insect-based and vine-based drugs and strengthening strategies to achieve “eliminating pathogenic factors without harming the body”. At the same time, he integrates modern medical technologies (such as imaging and small needle knife) to formulate a classification-based treatment plan to enhance therapeutic effects. Additionally, he proposes that “deficiency of the liver and kidneys is the fundamental pathogenesis of shoulder arthralgia”, with nourishing the liver and kidneys as the core, supplemented by promoting blood circulation and eliminating phlegm, forming a comprehensive diagnosis and treatment system that addresses both symptoms and root causes. The article concludes by presenting a case study to demonstrate his clinical practice of combining acupuncture and medication, as well as internal and external treatments, verifying the practicality and effectiveness of his academic theory, and providing an important model for the integrated diagnosis and treatment of shoulder arthralgia in traditional Chinese and Western medicine.

Keywords

Periarthritis Humeroscapularis, Bi Syndrome, Treatment Experience

Copyright © 2025 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

肩周炎(Periarthritis Humeroscapularis, PH)是由于肩关节周围肌肉、韧带、肌腱和关节等软组织损伤、变性而引起的一种慢性无菌性炎症反应,是临床常见的退行性病变[1]。肩周炎在全球的发病率为 2%至 5%,好发于 50 岁以上中老年人,女性发病率多于男性[2] [3]。西医治疗手段主要以手术及口服止痛药、封闭治疗等为主,疗效欠佳[4]。本病归属于中医“痹症”“肩痹”范畴,又称“五十肩”“漏肩风”,且是中医的优势病种[5]。其中中医药在治疗肩周炎方面具有见效明显,具有不良反应少,标本同治,复发少等优点[6]-[8]。

李卫国教授为重庆市基层名中医、硕士研究生导师,师从国医大师石学敏院士和全国名中医郭剑华教授、师承首届国家中医药领军人才“岐黄学者”、教育部“长江学者”方邦江教授,全国基层名老中医药传承工作室指导老师,从事中医临床理论教学与临床工作近三十载,其学术思想体系融合了中医经典理论与现代临床实践,尤其在内外同治、气血痰瘀并调方面形成特色,契合《黄帝内经》“风寒湿三气杂

至合而为痹”理论，同时创新性结合地域气候因素，体现了中医整体观与个体化治疗的优势。笔者跟诊临证过程中受益匪浅，今整理李师治疗“肩痹”的学术思想和临证经验，汇成此文，冀裨临证。

2. 病机溯源

在传统医学历史长河中，并没有相关书籍记载肩周炎的病名，多以症状(如“肩背痛”、“肩不举”、“肩凝”等)命名，后世医家根据该病的临床特征将其归于“痹症-肩痹”范畴。《济生方》曰：“皆因体虚，腠理空疏，受风寒湿气而成痹也。”中医认为肩周炎的病机主要是在年老肝肾亏虚、劳倦过度、饮食失节等的基础上受风寒湿三气之邪或慢性劳损、跌扑闪挫致肩部经络痹阻、气血瘀滞而成。《素问·上古天真论》曰：“七八，肝气衰，筋不能动，天癸竭，精少，肾藏衰，形体皆极。”人体随着年龄增长，身体机能逐渐退步，进而逐渐表现出气血不足，肝肾亏损。肝主筋，肾主骨，肝肾不足，则筋无肝血濡养，骨无肾精充盈，则筋骨失养则致疼痛；气血是情志活动的物质基础，情志活动也可影响气血运行，《素问·举痛论》：“怒则气上……思则气结。”若情志太过，超过机体的自我调节能力，则可导致气血运行不畅，若气血阻滞肩部，则可导致肩部疼痛；除气血局部瘀滞外，现代人饮食繁杂，易损脾胃，脾胃运化无力，从而内生痰湿，痰饮阻滞肩部也可导致疼痛。肩痹多为内外合因所致，肝肾不足或有形之邪阻滞，易致局部腠理空虚，风、寒、湿邪易乘虚而入，从而加重患者肩痛症状，《素问·痹论》曰：“其风胜者为行痹，寒气胜者为痛痹，湿气胜者为着痹也”，除此之外，外伤损挫等所致的肩部急性损伤若未得到及时处理，日久也可导致肩痹。

3. 李卫国教授治疗“肩痹”的学术思想

3.1. 预防为先，防治结合

李卫国教授的“预防为先，防治结合”学术思想深植于《黄帝内经》“治未病”理念，且贯穿于“肩痹”诊疗始终。他提出“重视预防，以人为本，三因制宜”的预防观，强调结合患者体质、地域气候(如西南湿热或寒湿特点)及疾病阶段动态调整干预策略。临床实践中，通过健康宣教指导患者规避西南地区湿邪侵袭、劳损寒凝等致病因素，提倡顺应四时调摄肝肾、调和气血以固本培元；针对痹病高危人群，结合体质辨识早期运用中药熏洗、导引功法干预，截断“痰瘀湿毒互结、经络痹阻”病理进程；对于已病者，则在“三因制宜”原则下，以“急则通络治标、缓则补虚固本”为法，既注重运用虫类药、藤类药疏通经隧以缓解疼痛僵直，又通过滋水涵木、健脾化痰祛湿等扶正策略调节内环境，形成“祛邪不伤正、固本不留邪”的动态平衡。《素问·痹论》曰：“地之湿气，感则害人皮肉筋脉”，《类证治裁》云：“掣者为寒，肿者为湿，汗者为风，三气入于经络，营卫不行，正邪交战，故痛不止。”西南地区气候湿润，患者易受寒邪、湿邪侵袭，寒湿凝滞筋脉关节，故而发病。肩周炎患者多因年老体虚、劳倦过度、饮食失节而致气机失调，后期肩痛日久、迁延不愈，患者易出现情绪焦虑抑郁等。李卫国教授基于西南地域气候研发肩痹经验方，结合避湿寒、避久用、避焦虑及调体质、调饮食、调气机的“三避三调”，更将“因地制药”与“防治一体”相结合，从病因根源阻断痰瘀湿毒之邪生成，体现“未病先防、既病防变”的防治智慧。

3.2. 衷中参西，病证结合

李卫国教授秉承“衷中参西、病证结合”的学术思想，在深研《黄帝内经》《伤寒论》等中医经典基础上，深度融合西医疾病病理机制与现代技术，形成独具特色的诊疗体系。他主张在辨病基础上深化辨证，既继承“风寒湿三气杂至”等传统病因观，又引入诊断学、影像学等现代技术精准识别病理机制，例如通过检查患者血糖指标，判断肩周炎与之相关性，结合影像学评估肩关节的退变程度及损伤部位。在

治疗层面，他强调既要发挥中医药扶正固本、化痰通络的优势，又借助特色外治小针刀松解 + 关节腔注射等技术快速缓解症状，实现“标本兼治”；同时针对不同肩痹类型，制定分型论治方案，使临床疗效显著提升。这种思想既延续了中医整体观与辨证论治精髓，又通过技术整合实现了中西医优势互补，为肩痹诊疗的标准化与精准化提供了重要范式。

3.3. 标本同治，攻守有序

李卫国教授提出的“标本同治，攻守有序”学术思想，结合传统中医理论与丰富的临床实践经验，为肩痹治疗提供了切实有效的新思路。在痹病的复杂发病机制中，其将肝肾亏虚、气血不足等视为病之本，而风寒湿热痰瘀等邪气侵袭经络关节，致使气血痹阻不畅则为病之标。在治疗策略上，根据痹病所处的不同阶段，灵活运用“标本同治”与“攻守有序”原则，既要精准“攻标”以快速缓解症状(如结合针灸、推拿或液压扩容等改善关节疼痛、活动受限)，又要固本“治本”以调和肝肾、活血化瘀，从根源调和气血。同时，他结合西南地区湿热气候特点，研发治疗肩痹的经验方，体现“三因制宜”原则下对攻守策略的地域化调整，实现标本同治与分期论治的有机统一。

3.4. 治痹求本，重在肝肾

李卫国教授在痹症诊治中尤为强调“治痹求本，重在肝肾”的学术思想，认为肝肾亏虚是肩痹发生发展的根本病机。其理论构建基于《黄帝内经》“肾主骨，肝主筋”的传统理论及《景岳全书》所言“痹证日久，必耗肝肾之阴”，结合西南地区多湿多寒的地域特点，提出肝肾精血亏虚则筋骨失养，外邪乘虚内侵，导致痰瘀互结、经络阻滞的病理机制。其在临床实践中注重“固本培元”，以滋补肝肾为治本大法，配合活血化瘀药物组成复方，既补益肝肾精血以强筋骨，又祛除痰瘀痹阻以通经络，形成标本兼治的诊疗特色。同时根据“三因制宜”原则，针对肩周炎不同阶段的证候特点，动态调整补肝肾与祛邪实的用药比例，体现“扶正祛邪”的动态平衡观，临床疗效显著，形成了具有地域特色和理论创新的痹症诊疗体系。

4. 验案举隅

刘某某，男，52岁，教师。2024年04月22日初诊。主诉：右肩疼痛5月，加重伴活动受限3天。现病史：5月前患者无明显诱因出现右肩部、右前臂后侧疼痛，以酸软胀痛为主，呈阵发性发作，劳累后尤甚，未予以重视。3天前因劳累后疼痛再次发作，活动及受凉时疼痛明显加重。舌淡红，苔白，舌边齿痕明显，舌下络脉迂曲，脉弦。查体：右肩部无红肿畸形，局部皮温不高，右侧肩前、后、外侧均有压痛，以肱二头肌腱长头腱部、肩峰下缘、喙突压痛为甚，冈上肌、冈下肌、小圆肌轻压痛，肩关节活动各方向活动均受限，外展45°，内收30°，外旋30°，内旋30°，前屈45°，后伸30°。右上臂轻微压痛，搭肩试验(+)。检查：葡萄糖(指尖血糖)：5.8 mmol/L，右肩关节DR：未见明显异常。中医诊断：肩痹(气滞血瘀证、手太阳经证)。治则：补益肝肾、舒筋止痛、祛风除湿。治疗方法：针药结合，内外合治。针刺法：取左侧天宗、肩贞、肩髃、温溜穴、后溪穴，患者取端坐位，常规消毒后采用快速捻转进针法垂直进针，施以捻转平补平泻法，留针20 min，每隔5 min行针1次，并在行针同时嘱患者做右肩前屈、外展、背伸、上举、内外旋运动各3次，运动幅度以能耐受为度。予中药汤剂治疗，处方：桂枝15g，防风12g，羌活12g，当归15g，炒白芍9g，酒川芎15g，桑枝15g，甘草片6g，威灵仙10g，醋乳香6g，醋没药6g，牛膝12g，杜仲10g。14剂，水煎服400 mL，1日2次，饭后温服。中药渣嘱患者热敷患处。中医调护：嘱患者避湿寒、避久用右肩、避焦虑，并采用爬墙、叉腰耸肩、摸头、画圆运动和身后拉手训练进行日常锻炼，患者每日早晚各锻炼15分钟。经2周干预后，右肩疼痛显著缓解，遂停用针刺疗法，

继续维持原中药方剂。治疗 4 周后，患者肩痛基本消失。随访 3 个月，未见疼痛复发。

按语：患者年龄大于 50 岁，肩痛 5 月，疼痛部位位于右肩部及右前臂后侧，结合患者职业、地域、舌脉，四诊合参，李师认为肝肾亏虚、脾虚湿蕴为本，外感风寒湿邪、劳损淤阻、气血运行不畅为标，治以补肝肾、强筋骨、祛风湿、通经络为主。根据患者疼痛部位，经络辨证为手太阳经证，远端选穴肩痛穴、温溜穴，肩痛穴位于足三里下 2 寸，犊鼻与解溪连线上，位于足阳明胃经走行线上，为平衡针疗法代表穴位，对治疗肩痹效果显著[9]，温溜穴属于手阳明大肠经经穴，《素问·血气形志篇》“阳明常多气多血”，手足阳明经脉上下相接，针刺肩痛穴、温溜穴可疏通阳明经气，壮气血生化之源，使气血运行通畅。天宗穴、肩贞穴属于局部取穴，通常患侧对痛觉的敏感度增加，若在患侧选穴，可能会加重患者疼痛，故采用巨刺法，《素问·阴阳应象大论》曰：“善用针者，以右治左，以左治右。”因此针刺气血旺盛的健侧穴位不仅可配合患者主动运动协同增效，且可导引经气，促进患侧气血流通，达到通络止痛，调和气血之效。同时予中药内服以标本兼治。中药方中牛膝、杜仲补益肝肾；防风、羌活、威灵仙、桑枝祛风除湿；桂枝温通经脉；白芍、甘草合用缓急止痛；当归、川芎活血行气；乳香、没药活血化瘀。煎药后以药渣热敷患处，借助温热之力温阳散寒、疏通经脉，内外合治以增强疗效。患者肩关节周围气血运行改善，筋脉得以濡养，故症状逐渐减轻，疼痛缓解。

5. 小结

肩周炎作为一种多发于中老年女性群体的常见疾病，其病因病机与肝肾不足、情志饮食致有形之邪阻滞等内在因素及外感风寒湿邪、外伤损挫等外在因素密切相关。在治疗时应以中医整体观念和辨证施治为核心，同时结合现代医学研究成果。相关文献指出，代谢性疾病如糖尿病、甲状腺功能异常、高脂血症等均是诱发肩周炎的重要危险因素[10]，其中糖尿病与肩周炎的发生发展具有显著相关性[11] [12]，李师在临床实践中，既注重运用中医四诊合参的方法进行个体化辨证，又重视对患者血糖指标的筛查，以排除潜在的 2 型糖尿病病例。对于确诊的糖尿病患者，还会根据其血糖状况制定相应的饮食管理和运动康复方案。这种将中医辨证论治精髓与现代疾病病理机制有机结合的诊疗模式，不仅显著提高了临床疗效，更充分体现了中西医结合诊疗的独特优势，为临床实践提供了有价值的参考范例。

声 明

该病例报道已获得病人知情同意。

基金项目

重庆市铜梁区 2024 年区级科技项目(2024020)。

参考文献

- [1] 杨佳妮, 肖瑶瑶, 杨松, 等. 腕踝针联合三面四关节推拿手法治疗急性期肩周炎[J]. 中医药信息, 2025, 42(7): 56-60.
- [2] 黄金良, 宁兴连, 燕军, 等. 四法合用治疗肩周炎冻结期的疗效及对肩周临床症状、关节功能的影响[J]. 四川中医, 2022, 40(8): 135-138.
- [3] 张莉, 王亚利, 何利, 等. 肩周炎患者维生素 D 营养水平与骨代谢指标相关性研究[J]. 营养学报, 2022, 44(6): 573-576.
- [4] 梁倩倩, 张霆. 肩周炎中西医结合诊疗专家共识[J]. 世界中医药, 2023, 18(7): 911-917.
- [5] 王洪恩, 周秋挺, 殷光磊. 基于知识图谱的肩周炎治疗研究可视化分析[J]. 浙江工业大学学报, 2025, 53(1): 71-78.
- [6] 吴薇薇, 宋曼萍, 李莹莹. 桂枝加黄芪汤加味联合针灸对风寒湿型肩周炎患者的临床疗效[J]. 中成药, 2020,

- 42(3): 816-818.
- [7] 贺延雷, 雷芳, 李强, 等. 麻桂温经汤加味联合关节松动术治疗肩周炎血虚寒凝证的临床观察[J]. 中国实验方剂学杂志, 2020, 26(10): 63-68.
 - [8] 赵文君, 周黎. 针灸治疗与消炎镇痛药物对不同疼痛程度肩周炎的疗效比较[J]. 科技导报, 2022, 40(23): 37-42.
 - [9] 洪梦颖, 俞红五, 张忆楠. 基于临床随机对照试验分析平衡针疗法的优势病种[J]. 中医临床研究, 2020, 12(34): 9-13.
 - [10] Sun, G., Li, Q., Yin, Y., Fu, W., He, K. and Pen, X. (2024) Risk Factors and Predictive Models for Frozen Shoulder. *Scientific Reports*, **14**, Article No. 15261. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-66360-y>
 - [11] Green, H.D., Burden, E., Chen, J., Evans, J., Patel, K., Wood, A.R., *et al.* (2024) Hyperglycaemia Is a Causal Risk Factor for Upper Limb Pathologies. *International Journal of Epidemiology*, **53**, dyad187. <https://doi.org/10.1093/ije/dyad187>
 - [12] Abudula, X., Maimaiti, P., Yasheng, A., Shu, J., Tuerxun, A., Abudujilili, H., *et al.* (2024) Factors Associated with Frozen Shoulder in Adults: A Retrospective Study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, **25**, Article No. 493. <https://doi.org/10.1186/s12891-024-07614-8>