

【理论探讨】

朱丹溪痹证论治特色探析*

翟 争¹ 巩 勋² 崔家康² 姜 泉^{2Δ}

(1. 浙江中医药大学 杭州 310000; 2. 中国中医科学院广安门医院 北京 100053)

摘要: 朱丹溪提出“阳常有余,阴常不足”“相火论”而蜚声医林,后世称之为“滋阴派”创始人。对痹证诊疗亦颇有建树。立痛风名使痹痿分,提出血虚内热挟痰瘀而致痹,在痹证诊疗全过程处处体现阳有余阴不足的学术思想,如忌辛散燥热劫阴,顾护阴液。富有创造性的提出痹证痰瘀同治,更配合针灸等中医特色疗法圆机活法,同病异治。同时提出痹证养生调摄之法度,形成了较为完整的痹证论治思想,为后世风湿性疾病的辨证、诊疗提供了宝贵的借鉴价值。

关键词: 痿痹分论;血虚内热;顾护阴液;痰瘀同治

中图分类号: R255.6 **文献标识码:** A **文章编号:** 1006-3250(2020)05-0583-02

Analysis of The Characteristics of ZHU Dan-xi's Treatment on Bi Syndrome

ZHAI Zheng¹, GONG Xun², CUI Jia-kang², JIANG Quan^{2Δ}

(1. Zhejiang Chinese Medical University, Hangzhou 310000, China; 2. Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100053, China)

Abstract: ZHU Dan-xi proposed that "there is always more than Yang, the Yin is often insufficient" and "phase fire theory". So he is famous in the medical forest. Later generations called him the founder of "Zi Yin School". He has also made great achievements in the diagnosis and treatment of phlegm and blood stasis. The name of the gout is made to discuss flaccid syndrome Bi syndrome. It is suggested that blood deficiency, internal heat, phlegm and blood stasis cause Bi syndrome. The whole process of diagnosis and treatment reflects the lack of Yin and the surplus of Yang: avoiding damaging of dryness-heat, and protecting the Yin liquid. Creatively putting forward to Combined treatment of phlegm and blood stasis, and do not forget the special treatments of traditional Chinese medicine such as acupuncture and moxibustion. At the same time, the preserving health method of Bi syndrome is proposed. A relatively complete academic of treating Bi Syndrome is formed. It has valuable reference for the differentiated and diagnosis and treatment of later rheumatic diseases.

Key words: Discussion on flaccid syndrome and Bi syndrome; Internal heat of blood deficiency; Protecting Yin liquid; Combined treatment of phlegm and blood stasis

朱丹溪,元代医学大家,先儒后医,毕生精研素难,后尽得罗知悌真传,融攻邪、补土、河间等学派之长,结合自己的临证经验提出“阳有余,阴不足”理论,创立滋阴学说。此外,朱丹溪对痹证亦有独到的认识和见解,散见于《格致余论》《金匱钩玄》等诸多医籍中。

痹证是指邪气闭阻经络,影响气血运行,导致肢体关节发生疼痛屈伸不利等症状的一种疾病^[1],包括多种风湿性疾病。目前,我国大约有2亿多风湿性疾病患者^[2]。由于疾病早期难以发现,病情进展缓慢,因此在诊疗方面具有一定的难度。故笔者试对朱丹溪痹证论治特色进行浅析,以期对临床诊疗

提供思路。

1 痛风名立,痹痿分论

痹痿两病最早见于《黄帝内经》的《素问·痹论篇》《素问·痿论篇》,均对其进行了详细论述。而金元以前及朱丹溪时代痹证与痿证不辨同于“风”,不能将两者截然分开,使得在认识与诊疗产生偏差而滥用辛香温燥之品^[3],故朱丹溪另辟蹊径以“痛风”命名痹证。

“痛风”一词明确指出痹证的主症即是疼痛。朱丹溪著作中痛风疼痛症状的描述颇多,有“两腿痛甚,动则甚痛”的寒痹之证;有“痛有常处,其痛处赤肿灼热”的热痹之证;有“四肢百节走痛”的行痹之证;有“走注疼痛,或麻木不遂,或半身痛”的着痹之证。清·吴谦云:“痿病足兮痹病身,仍在疼痛里分”^[4],指出痹病以肢体关节酸楚、疼痛为主要症状,与痿证有着鲜明的区别,不能一概从风而论治,足以证明朱丹溪痹痿分论在其所处时代富有先见。

痿痹分论对后世医家辨治痹证提供了正确的方向,具有鉴别诊断的宝贵价值。如明代医家虞抟评价其扫尽千古之弊,随后楼英、孙一奎、王肯堂等诸多医家大量引用朱丹溪原文分而论述痹证与痿证,

*基金项目:国家重点研发计划(SQ2018YFC170323)-类风湿关节炎中医药治疗方案优化及循证评价研究;国家青年科学基金项目(81704063)-基于NLRP3炎症小体与SQSTM1/p62平衡探讨清热活血方药在RA治疗中的抗炎机制

作者简介:翟 争(1991-),男,河南许昌人,硕士研究生,从事中医药防治风湿免疫疾病的临床与研究。

Δ通讯作者:姜 泉(1961-),女,北京人,教授,主任医师,博士研究生/博士后导师,从事中医药防治风湿免疫疾病的临床与研究,Tel: 13901081639, E-mail: doctorjq@126.com。

纠正《和剂局方》痹痿不分、滥用温燥之弊。

2 风寒湿至,血虚痰瘀

《黄帝内经》不但确立了痹证病名,还详实地论述了痹证缘何发病。《素问·痹论篇》指出“风寒湿三气杂至,合而为痹也。”^[5]后世多以此为痹证成因并沿用至今。朱丹溪宗《黄帝内经》之说,提高痹证在病因上的认识,如《脉因证治》提出“三气致痹之原,或外兼他患有之。若舍此而能痹,未有也”^[6]指出痹证发病的内外因素分别是“三气杂至”和“乘虚而入”。痹证发生的根本在于先天正气虚衰,风寒湿邪乘虚侵袭,使得经脉不通、气血运行不畅。朱丹溪在《格致余论》中对痹证的内因作了进一步论述,认为痹证内因更具体则是“血虚内热”。血虚内热之人身处湿地,遇寒受冷,从而导致“寒凉外搏,热血得寒,瘀浊凝涩”^[7]。此外,朱丹溪幽发微,示人之《黄帝内经》所未见,提出痰瘀是痹证发生发展的重要因素。朱丹溪多次在其论著中阐明痰瘀对痹证的发生发展起重要作用。《格致余论》痛风篇称痹证乃恶血入经络。《丹溪心法》言痹证是有痰所致,肥人肢节痛则是风湿与痰饮流注于经络。因此看来朱丹溪痹证病因除风寒湿外,更重视痰瘀以及内因之血虚。

3 论治

3.1 辛散守度,忌燥劫阴

痹证内因是“血虚内热”,其人又身处湿地,遇寒受冷,从而导致“寒凉外搏,热血得寒,瘀浊凝涩”^[7]。“血虚内热”需要养阴血、清内热,同时兼顾其标。“寒者热之”即治寒用温热之法。故朱丹溪在治疗痹证时常加入生姜,或少许酒,或趁热服药以流散寒湿,开发腠理,使得血行、气和、病安。《格致余论·痛风论》评价邻人用草药研酒一案中认为,应当忌用采石丝、过山龙等燥热劫阴之品。病情较轻患者湿痰得燥热之性可开,血得热则可循行,能够取得一定的疗效。病情较重且素体血虚者服用燥热之品,唯恐“愈劫愈虚,愈劫愈深”以致流害无穷。

朱丹溪燥热劫阴的思想对后世治痹有重要启发。国医大师路志正在总结前人经验基础上提出“持中央,运四旁,怡情志,调升降,顾润燥,纳化常”的学术思想,而顾润燥起到至关重要的作用。路志正在著作中常告诫在临床中尤其在痹病辨治过程中,不宜过用乌、附、辛等大辛大热等刚药,以免助热生火加重病情^[8]。

3.2 调理血分,顾护阴液

“阳有余,阴不足”理论贯穿于朱丹溪学术思想。朱丹溪在痹病诊疗中处处体现这一思想。尤其重视调理血分,顾护阴液。如《丹溪手镜》认为,肢体不仁的主要原因是气血虚,由邪气壅盛、正气不能正常循行所导致;麻木则是风湿热等邪气陷入血分导致。朱丹溪还认为血虚、痰逐经络而致“痛风”。

认为血属阴液,难以行成但容易亏耗,致病容易但调治困难。“治血必血属之药,欲求血药,其四物之谓乎”^[9],故在治疗上常用四物汤加减。

《格致余论》痛风论篇从所举3个医案看,东阳傅文案与鲍六案所处方药均是四物汤加活血通络药物^[10]。另外这三则病案均使用了潜行散,即用酒浸黄柏,然后晒干研为细末。其中两则病案合四物汤,黄柏泻火补阴,火热祛则阴不耗,与四物汤同服更具滋阴养血补虚之效。《医学纲目·卷十二·诸痹》说“潜行散,治痛风……兼四物等汤相间服妙。”四物汤具有温而不燥、滋而不腻的特点,补血而不滞血,行血而不伤血,因此朱丹溪常用四物汤作为补血调血之方。

3.3 痰挟瘀血,遂成窠囊^[13]

外感六淫、饮食不当、情志刺激等诸多因素影响到肺脾肾等脏的气化功能,导致水液停聚不能正常输布而凝结成痰^[11]。痹病必挟痰^[12],血滞又可生痰,痰瘀胶结,阻滞络道,气血不通,由经入络、由筋入骨则发为痹。日久脏腑功能衰退,正气损伤日剧,邪气盘踞日深,经脉闭阻日甚。朱丹溪在临证中重视痹证从痰论治。如《丹溪心法·痛风》认为治上臂疼痛,必以二陈汤加酒炒黄芩、苍术、羌活。认为麻木因痰所致则用二陈汤治疗。用二陈汤为底方治上臂疼痛和麻木等症状,一则可以燥湿理气祛已生之,二则可健运脾土以杜生痰之源。

朱丹溪在调理血分及痹证治痰的基础上,创造性地提出“痰挟瘀血,遂成窠囊”^[13]之说。痰浊和瘀血两者均为阴邪,相互夹杂、相互胶着。痰可阻碍血的循行,血积既久亦能化为痰水^[14],形成痰瘀同病而迁延难愈。因此治痰的同时需要活血,气血流畅则津液循行,无痰以生则血活痰化。如在上中下疼痛方中,南星具有散风、祛痰、镇惊、止痛的功效,姜制后可增加化痰之功,桃仁、红花活血祛瘀,川芎为血中气药,四者所以治痰与血共奏化痰祛瘀、搜风通络之功。

类风湿关节炎属于尪痹范畴,姜泉等对475例RA患者进行中医临床证候分析,研究中发现痰瘀痹阻型占有很大比重,痰瘀痹阻型、瘀血阻络型、其他证型合并瘀血阻络型共占28.96%^[15]。由此可见,朱丹溪主张痰瘀以化痰、祛瘀并举,这对后世治疗顽痹产生了重要影响。

3.4 圆机活法,同病异治

朱丹溪辨治痹证讲究圆机活法,同病异治,依据体质不同提出肥人肢节痛与瘦人肢节痛不同治法。用胆南星、半夏配伍治疗风湿与痰饮流注经络而致的肥人肢节痛,四物配合羌活、防风治疗血虚所致的瘦人肢节痛,同是肢节肿痛但依据脉象滑涩不同,提出滑者当用苍术、胆南星以燥湿;脉涩数者需用桃

(下转第612页)

- Preventive effect of caralluma fimbriata vs. metformin against high-fat diet-induced alterations in lipid metabolism in wistar rats [J]. Biomed Pharmacother, 2016, 84(9): 215-223.
- [6] SOHN E H, VAN DIJK H W, JIAO C, et al. Retinal neurodegeneration may precede microvascular changes characteristic of diabetic retinopathy in diabetes mellitus [J]. P Natl Acad Sci USA, 2016, 113(19): 2655-2664.
- [7] 杨逸成, 吕泰标, 梁栋国, 等. 红景天苷干预疾病的实验研究进展[J]. 医学综述, 2018, 24(2): 371-377.
- [8] 张涵, 陈海琪, 赖世龙, 等. 红景天苷对实验性高血压大鼠血管功能的影响[J]. 中国中医基础医学杂志, 2017, 23(1): 71-74.
- [9] SHIH-YU LEE, FENG-YI LAI, LI-SHAN SHI, et al. Rhodiola crenulata extract suppresses hepatic gluconeogenesis via activation of the AMPK pathway [J]. Phytomedicine, 2015, 22(4): 477-486.
- [10] 鞠霖杰, 温小花, 舒雯. 红景天苷对胰岛β细胞保护作用研究及机制探讨[J]. 南京中医药大学学报, 2016, 32(5): 456-460.
- [11] TIEN T, ZHANG J, MUTO T, et al. High glucose induces mitochondrial dysfunction in retinal müller cells: implications for diabetic retinopathy [J]. Invest Ophthalmol Vis Sci, 2017, 58(7): 2915-2921.
- [12] GU R, DING X, TANG W, et al. A synthesized glucocorticoid-induced leucine zipper peptide inhibits retinal müller cell gliosis [J]. Front Pharmacol, 2018, 9(4): 331-341.
- [13] SHEN X, XIE B, CHENG Y, et al. Effect of Pigment Epithelium Derived Factor on the Expression of Glutamine Synthetase in Early Phase of Experimental Diabetic Retinopathy [J]. Ocul Immunol Inflamm, 2011, 19(4): 246-254.
- [14] QIU A W, BIAN Z, MAO P A, et al. IL-17A exacerbates diabetic retinopathy by impairing Müller cell function via Act1 signaling [J]. Exp Mol Med, 2016, 48(12): 280-290.
- [15] ZENG K, YANG N, WANG D, et al. Resveratrol Prevents Retinal Dysfunction by Regulating Glutamate Transporters, Glutamine Synthetase Expression and Activity in Diabetic Retina [J]. Neurochem Res, 2016, 41(5): 1050-1064.
- [16] WANG L, DENG Q Q, WU X H, et al. Upregulation of Glutamate-Aspartate Transporter by Glial Cell Line-Derived Neurotrophic Factor Ameliorates Cell Apoptosis in Neural Retina in Streptozotocin Induced Diabetic Rats [J]. Cns Neurosci Ther, 2013, 19(12): 945-953.

收稿日期: 2019-11-16

(上接第584页)

仁、红花微利瘀血。不但如此, 朱丹溪还擅于根据肢体疼痛部位加减化裁, 即《丹溪治法心要》提出的痹证分在上在下治疗。羌活、威灵仙、桂枝相配伍治疗上肢病患, 牛膝、防己、木通、黄柏等治疗下肢病患。《丹溪心法》云“薄桂味淡者, 独此能横行手臂, 领南星、苍术等药至痛。下行, 用炒黄柏引领胆南星、苍术等治。”^[16]朱丹溪圆机活法, 针对相似的症状、病因病机的不同而采用不同的治疗法则, 这对后世痹证诊疗具有指导价值。

3.5 针药结合 效如桴鼓

《格致余论·痛风论》记载鲍六先患血痢后患痛风疼痛异常, 诊断为恶血入经络之证, 给予四物汤加减化裁。又刺委中穴, 出三合黑血后病情得愈。朱丹溪以四物汤活血化瘀, 通行经脉, 委中为膀胱经合穴, 膀胱经气血汇合处, 通过刺委中引瘀血外出, 采用针药结合、内服外治收效甚好。郝明等^[17]通过针刺委中穴放血治疗膝骨关节炎66例, 发现委中穴针刺放血治疗膝骨关节炎具有良好的临床疗效。

4 养生调摄 痹之安生

《格致余论·痛风论》认为, 平素血热者涉水或久立湿地, 或扇风取凉、或卧而当风等容易导致寒凉外搏而发痹证。由此可见, 生活起居对于痹证的发生发展有很大的影响, 故服药时及病愈后患者应注意防寒保暖, 远离水湿之地, 切勿卧而当风、贪凉取冷。

朱丹溪在朱宅阖内案中描述患者食味甚浓, 性躁急, 患痛风, 这从侧面提出痹证的饮食禁忌。朱丹溪认为偏浓之味有致疾伐命之毒。在《格致余论·

茹淡论》提出了“茹淡”思想。另外所载东阳傅文案与朱宅阖内案分别叙述平素性急作劳和性躁急, 可见调畅情志的重要性。朱丹溪弟子虞抟其著作《医学正传·卷四痛风》中提及能慎口节欲可使病安^[18]。可见, 朱丹溪对痹证患者调摄要求为“起居有常”“茹淡”“畅情志”“节情欲”。

参考文献:

- [1] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 463.
- [2] 蒋明. 图解风湿病学[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2017: 3.
- [3] 施仁潮. 朱丹溪的痹痿分论[J]. 中国中医基础医学杂志, 2001, 7(9): 66.
- [4] 吴谦. 医宗金鉴[M]. 沈阳: 辽宁科技出版社, 1997: 386.
- [5] 程士德. 内经讲义[M]. 上海: 上海科技出版社, 1984: 120.
- [6] 田思胜. 朱丹溪医学全书[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2015: 471.
- [7] 浙江省中医药研究院文献研究室. 丹溪医集[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 19.
- [8] 路志正. 路志正风湿病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 78.
- [9] 朱丹溪. 金匱钩玄[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1980: 62.
- [10] 路志正. 朱丹溪论痛风[N]. 健康报, 2001-10-12(003).
- [11] 朱文锋. 中医诊断学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 167.
- [12] 姜泉. 痹病必挟瘀[J]. 北京中医药, 1994, 43(5): 12.
- [13] 朱丹溪. 局方发挥[M]. 天津: 天津科技出版社, 2003: 13.
- [14] 唐容川. 血证论[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 105.
- [15] 姜泉, 蒋红, 曹炜, 等. 475例类风湿关节炎患者中医临床证候分析[J]. 中医杂志, 2007, 48(3): 253-255.
- [16] 朱丹溪. 丹溪心法[M]. 上海: 上海科技出版社, 1959: 239.
- [17] 郝明, 杨金伟, 卢敏. 委中穴针刺放血治疗膝骨关节炎66例[J]. 湖南中医杂志, 2017, 33(5): 104.
- [18] 虞抟. 医学正传[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1965: 212.

收稿日期: 2019-10-11