

朱丹溪治疗内科急症特色微探

许冠恒¹, 陈小第¹, 韩玉强², 龚俊华¹

1. 义乌市中心医院中医科, 浙江 义乌 322000; 2. 连云港市第二人民医院中医科, 江苏 连云港 222000

[关键词] 朱丹溪; 内科急症; 气血痰郁

[中图分类号] R249 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2016) 03-0005-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.03.002

朱丹溪, 名震亨, 字彦修, 元婺州义乌人, 金元四大家之一, 其所著《格致余论》及后人整理的《金匱钩玄》、《丹溪心法》等诸多书籍中, 有着丰富的急症诊疗内容, 笔者拟从诸书所载文献, 对其治疗特色作初步探讨。

1 重诊断及鉴别

中医临证, 首重诊断。为了能够客观全面、仔细地准确地搜集诊断资料, 朱丹溪对《内经》望闻问切进行了具体发挥, 在诊断方法上首次提出了“治病先观形色然后察脉问证”^[1]; 并继承了《内经》“远者司外揣内, 近者司内揣外”思想, 进一步指出体内的各种病机变化必然会通过外在的症状形式表现出来, 此即“有诸内者必形诸外”^[1], 据此确立“欲知其内者, 当以观乎外, 诊于外者, 斯以知其内”^[1]等重要的诊断学原理, 从而临床诊病治疗就能做到万举万当。集齐四诊资料后, 需对疾病进行鉴别诊断, 《丹溪心法·审察病机无失气宜》确立此原则在于“别阴阳与疑似之间, 辨标本于隐微之际。有无之殊者, 求其有无之所以殊; 虚实之异者, 责其虚实之所以异”。

朱丹溪不仅注重对病名的明确, 而且慧眼独具, 识得一些病证的实质并能鉴别之。如水肿一证, 《内经》中称为“水”, 并分为风水、石水、涌水三类; 《金匱要略》称之为水气, 按病因脉证可分风水、皮水、正水、石水、黄汗五类, 又据五脏证候分心水、肺水、肝水、脾水、肾水; 而朱丹溪在《丹溪心法·水肿》, 将水肿分为阴水和阳水, “若遍身肿烦渴, 小便赤涩, 大便闭, 此属阳水……若遍身肿不烦渴,

大便溏, 小便少不涩赤, 此属阴水”, 此分法至今于临床辨证论治仍有重要意义。又如分析各类血证, “咳血者, 嗽出痰内有血者是。呕血者, 呕全血者是。咯血者, 每咯出皆是血疙瘩。衄血者, 鼻中出血也。溺血, 小便出血也。下血者, 大便出血也”^[1], 这些均为鉴别各种血证提供了精辟论述。另外, 明确指出恶心为胃的病证; 前人所谓心痛, 实指胃脘痛, 即《丹溪心法·心脾痛》首曰: “心痛即胃脘痛, 虽日数多不吃食, 不死”, 并认为其病以中焦脾胃病变为主, “脾病者, 食则呕吐, 腹胀善隐, 胃脘痛, 心下急”; “胃病者, 腹胀, 胃脘当心而痛, 上支两肋, 高咽不通, 食饮不下”。再如, 朱丹溪首先提出了喘证分虚、实两证的辨证大纲, 于《脉因证治·喘》曰: “实喘, 气实肺盛, 呼吸不利, 肺窍涌滞, 右寸脉沉实者是, 宜泻肺。虚喘, 由肾虚, 呼吸气短, 两肋胀满, 左寸脉大而虚者是, 宜补肾”; 张景岳对此褒扬有嘉, “气喘之为病, 最为危候, 治失其要, 鲜不误人, 欲辨之, 亦为二证而已。所谓二证者, 一曰实喘, 一曰虚喘也。此两证相反, 不可混也”^[2], 明确此分证对临床指导用药至关重要; 尤值一提的是, 于此病的发作期及缓解期, 朱丹溪亦立“未发, 宜扶正气为主, 已发以攻邪气为急”^[1]的治疗原则。朱丹溪不但能诊断鉴别疾病, 并对疾病的病机作进一步区分, 如《丹溪心法·惊悸怔忡》中对惊和悸的病机作了区分, 曰“惊者恐怖之谓, 悸者怔忡之谓。心虚而郁痰, 则耳闻大声, 目击异物, 遇险临危, 触事丧志, 心为之忤, 使人有惕惕之状, 是则为惊。心虚而停水, 则胸

[收稿日期] 2015-09-09

[作者简介] 许冠恒 (1979-), 男, 主治医师, 主要从事中医内科临床研究。

中渗漉，虚气流动，水既上乘，心火恶之，心不自安，使人有怏怏之状，是则为悸”，提出“悸”之本为心虚；病理因素则在惊为痰，在悸为饮。

2 立气血痰郁之病机辨治

朱丹溪在继承前贤急症辨证基础上，认为急症的病机多和“气血痰郁”相关。如癰闭一症，若不加控制则有关格之变，历来属于难治急重病证之一；朱丹溪对其认识，较之隋唐医家立论更深，辨证有“气虚”“血虚”“痰”等；并具体阐述了辨治之法，“气虚，用参、黄芪、升麻等先服，后吐，或参芪药中探吐之。血虚，四物汤先服，后吐，芎归汤吐亦可。痰多，二陈汤先服，后吐。若痰气闭塞，二陈汤加木通、香附探吐”^[1]。又如抽搐一症，《素问》有云：“诸暴强直，皆属于风；诸痉项强，皆属于湿”，而朱丹溪认为本病并非外来之风所致，乃本气自虚，“气虚有火，兼有痰”^[1]，因此治疗上不可作“风”来治，而宜用人参竹沥之类。

朱丹溪非常注重痰邪致病，“凡痰之为患，为喘为咳，为呕为利，为眩为晕，心嘈杂，怔忡、惊悸，为寒热痛肿，为痞隔，为壅塞……皆痰邪所致”^[1]，此条所言大多属于内科急症之内容，或为病名，或为急性证候。就具体疾病而言，如“哮喘专主于痰”，明确指出哮喘的病理因素以痰为主，为后世医家共识之。又如肺胀一病，易于发展为急重症，《丹溪心法·咳嗽》指出其与痰瘀互结有关：“肺胀而嗽，或左或右，不得眠，此痰挟瘀血碍气而病，宜养血以流动乎气，降火疏肝以清痰”。因此在治疗上，提出痰挟瘀血者，宜四物汤加桃仁诃子青皮竹沥姜汁之类；无外邪而内虚者，用诃子海浮石香附瓜蒌仁青黛杏仁姜汁为末，蜜调噙化之，以敛肺化痰。又如中风病，曾云：“大率主血虚有痰，治痰为先”^[1]，立论于湿生痰，痰生热，热生风之说，是治疗中风病之一大创举。又论癫狂，在《丹溪心法·癫狂》提出了发病因素与“痰”有关，“大率多因痰结于心胸间”，痰迷心窍，治当“镇心神，开痰结……如心经蓄热，当清心除热，如痰迷心窍，当下痰宁心”。又如《丹溪心法·头眩》认为“无痰不作眩”，并指出“头眩，痰挟气虚并火，治痰为先，挟补气药及降火药”，此论亦着眼于痰浊阻遏清阳，上犯巅顶，以致气血逆乱，经脉闭阻而发病。

朱丹溪认为“人身诸病，多生于郁”^[1]，提出六

郁，即气、湿、痰、热、血与食郁，并罗列各郁之专用方药。其之所论六郁于具体各种疾病之病机辨证虽少，但亦有散落辨治可窥其斑。如“一妇人体肥气郁，舌麻眩晕，手足麻，气塞有痰，便结”^[1]，但其用“凉膈散加南星、香附、台芎开之”^[1]，而非六郁之方简单罗列之，因此师其法而不泥其方才符合朱丹溪之临证真谛。其门人戴思恭于六郁立有具体脉症，“气郁者，胸胁疼痛，脉沉而涩；湿郁者，周身走痛，或关节疼痛，遇阴寒则发，脉沉细；痰郁者，动则即喘，寸口脉沉滑；热郁者，瞽，小便赤，脉沉数；血郁者，四肢无力，能食，便红，脉沉；食郁者，噎酸，腹饱不能食，人迎脉平和，气口脉紧盛者是也”，从其所论亦可知六郁可致诸多急症或病或症。朱丹溪所倡立六郁于后世颇有影响，如当代医家认为急性肝病发病的过程中，含有“六郁相因”的病机演变^[2]；赵含森等^[4]根据朱丹溪之六郁，提出冠心病不稳定型心绞痛的中医六郁相关学说，并认为可以应用于中医对本病的辨证论治体系。

对于气血痰郁之联系，朱丹溪亦有一定的阐发，如痰与气的运行有密切关系，其认为治疗痰饮“顺气为先，分导次之”^[1]，“所治痰者不治痰而治气，气顺则一身之津液亦随气而顺”^[1]；再如窠囊之疾，“自气成积，自积成痰，痰挟瘀血，遂成窠囊”^[1]，因此必须采用化痰行瘀的治法来治疗。

3 创新法制新方

朱丹溪根据其辨治内容，立多种心法于临床。如由内伤引起各种出血之证，多从阴虚火旺着眼，立滋阴降火法，与其主张“阴不足而阳有余”如出一辙；于《金匱钩玄·血属阴难成易亏论》有释之：“知阴气一亏伤，所变之证，妄行于上则吐衄；衰涸于外则虚劳，妄返于下则便红”；具体而论，“吐血，阳盛阴虚，故血不得下行，因火炎之势而上出”^[1]，“衄血，火升、痰盛、身热，多是血虚”^[1]，“呕血，火载血上，错经妄行”^[1]，总之要以“补阴抑火，使复其位”作为治疗原则。又如其立提壶揭盖法治疗小便不通，其原理“譬如滴水之器，必上窍通而后下窍之水出焉。乃以药大吐之，吐已病如失”^[1]，即通过宣肺利水，以达通利小便之效。再如治疗鼓胀病，《丹溪心法·鼓胀》云其病机演变：“脾土之阴受伤，传输之官失职，胃虽受谷，不能传化……清浊相混，隧道壅塞，气化浊血瘀郁而为热，热留而久，气化成

湿，湿热相生，遂成胀满，《经》曰鼓胀是也”，因此朱丹溪主张健脾行水，即其所云“大补中气，行湿”，后世绝大多数医家也循此之法。

朱丹溪临证用方遵从经典之旨，取诸家之说，结合临证实践，或将经方化裁，或将时方加减或将经方时方合并，创制出许多行之有效的良方，广治杂病，“仲景诸方，实万世医门之规矩准绳也，后之欲为方圆平直者，必于是而取则焉”^[1]；又云：“操古方以治今病，其势不能以尽合”^[1]。如《丹溪心法》对某些急症的治疗做了较为详细的记载，并罗列了急救诸方；枚举其治眩晕之病为例，“眩晕不可当者，以大黄酒浸……气实人有痰，或头重，或眩晕，皆治之。壮实人热痛甚，大便燥结，大承气汤主之”^[1]，此即为单方与经方并用之典范。朱丹溪敢于从实用出发，结合自己的临证实践，对古方进行加减变化，善于用“古方治病”，并“药随证变”“证随药愈”，有很大的发展和创新性；如治疗吐血、呕血，属虚者用小建中汤；将五苓散化裁为四苓散、胃苓散；据十枣汤之意化裁为舟车丸；把小陷胸汤化裁为黄连瓜蒌丸等。朱丹溪对其他方亦灵活化裁，以更符合临床应用；如用四物汤治阴虚，挟痰者加枳壳半夏竹沥姜汁；发热加黄柏黄芩龟板；火旺加黄芩山栀童便，甚至加大承气汤；热毒加黄连黄芩大力子甘草。朱丹溪自制方亦颇多，如治疗呕血之保命生地黄散，方中熟地黄、天冬、枸杞子、白芍滋阴养血，生地黄、黄芩、地骨皮清热降火，亦体现了其滋阴降火的学术特点。再如通关散用皂角、细辛等制成，临证时吹鼻取嚏，急救昏厥不醒的休克患者，至今在临床上仍有使用的意义。

4 针灸并施

针灸为中医急诊常用有效疗法之一。朱丹溪不仅精于方药，而且针灸学上也颇有造诣。在《丹溪心法》首详列十二经见证，经脉理论较前贤所论多有增补，其所增补之证候内有诸多急症内容，如在足太阳膀胱经见证中增补便脓血、肌痿、小腹胀痛、按之欲小便不得等；又如足少阴肾经见证中增补脐左腋下背肩髀间痛、大便难、腹大颈肿、小腹急痛泄。此外，朱丹溪总罗诸经病症，细加分类归纳，总结出33种诸经合生见证中也有急症相关的病或症；如“喘、手阳明、足少阴、手太阴”，即认为喘证为肺、大肠、肾三经“合生见证”。总之朱丹溪所增补之内容，较

为全面扩充了十二经见证的涵盖面及针灸治疗各经病症的临证范围，且大多对后世辨经施治产生了重要影响，对指导中医急诊临床诊疗有一定的价值。

《丹溪心法·拾遗杂论》中提出“针法浑是泻而无补，妙在押死其血气不通，故下针随处皆可”。临床上朱丹溪将针刺泻法与“阳常有余，阴常不足”的观点结合，对热证、急症多取三棱针刺络放血，疏通经络，以泻其实。如《格致余论》记载治鲍某案，刺委中出黑血近三合治湿热瘀阻经络所致的痛风。《脉因证治》中用三棱针刺气冲出血治吐血，亦为攻邪泄热的治疗方法；并载有以攻邪为主的五种心痛的针刺取穴。《丹溪心法》中用三棱针刺委中治厉风；腰曲不能伸者，针人中以解痉通脉。

朱丹溪运用艾灸治疗急症亦多，如《丹溪心法·中风》“灸，可灸风池、百会、曲池、合谷、风市、绝骨、环跳、肩髃、三里等穴，皆灸之以凿窍疏风”。尤其艾灸治疗热证方面，朱丹溪不墨守热证忌灸这一观点，提出灸法有补火泻火之分，此即针对虚实热证而立，“若补火，艾炷至肉。若泻火，不要至肉，便扫除之，用口吹风主散”^[1]。对于实热证的治疗，通过以热引热从其气而达之，乃从治之法；如治嗽有痰用灸法，天突、肺俞二穴灸之，能泄火热，大泻肺气。而虚热证的治疗则通过灸法助阳，从而达到阳生阴长的目的，最终能清虚热，正如《丹溪心法·瘟疫》所云：“大病虚脱，本是阴虚，用灸丹田者，所以补阳，阳生阴长故也”。

综上所述，朱丹溪对内科急症的诊疗均具有丰富的经验，形成了独特的理论内容，需要进一步全面的挖掘整理，从而丰富中医急诊学内容。

[参考文献]

- [1] 朱震亨. 丹溪医集[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1999: 14-649.
- [2] 李志庸. 张景岳[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1999: 1115.
- [3] 蔡虹, 康素琼, 康俊杰. 郁证理论与肝病病因病机[J]. 中医药通报, 2009, 8(5): 22.
- [4] 赵含森, 郭玲. 冠心病不稳定型心绞痛的中医六郁相关学说[J]. 中国中医药信息杂志, 2007, 14(4): 5.

(责任编辑: 骆欢欢)