

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2015.10.001

学术探讨

痰瘀互结证治理论源流考

卢红蓉, 杜松, 胡镜清*

(中国中医科学院中医基础理论研究所, 北京市东直门内南小街 16 号, 100700)

摘要 痰瘀互结证治理论滥觞于《黄帝内经》, 其中虽没有提出痰瘀互结之名, 但有“汁沫与血相搏”等痰瘀互结的论述; 东汉张仲景首先提出了“痰饮”“瘀血”之名, 自此, 痰瘀互结证治理论进入新的发展期; 隋、唐、宋不同时期医家对痰瘀互结证治理论进行了补充与发展, 元代朱丹溪明确提出了“痰挟瘀血”, 标志着痰瘀互结证治理论的成熟。明清医家继承并发挥了朱丹溪痰瘀互结的思想, 将痰瘀互结证分为痰挟瘀血和瘀血挟痰两类, 并用痰瘀互结理论解释临床多种疾病。至清代痰瘀互结证治理论已渐臻完善, 成为中医理论的组成部分之一。目前“痰瘀互结证”已作为规范证候名使用于临床, 是临床各科疑难杂症的重要病机。为提高痰瘀互结证临床诊治水平, 今后尚需对痰瘀互结证病因病机、演变规律、辨证方法、生物学基础进行系统研究。

关键词 痰瘀互结证; 源流; 痰浊; 瘀血

痰瘀互结证指痰浊与瘀血相互搏结, 以局部肿块刺痛, 或肢体麻木、痿废, 胸闷多痰, 或痰中带紫暗血块, 舌紫暗或有斑点、苔腻, 脉滑或弦涩等为常见症的证候^[1]。目前痰瘀互结证已作为规范证候名使用^[2]。近年来, 痰瘀互结越来越受到关注, 相关的临床研究、实验研究均取得了较大进展, 痰瘀互结证可见于临床内、外、妇、儿各科, 是临床疑难杂症发展过程的重要病机。在治疗方面, 临床医者也认识到痰瘀互结证较单纯痰浊证或瘀血证更难治疗, 单纯活血或化痰已达不到理想疗效, 多需要痰瘀同治。从中医文献记载来看, 痰瘀互结证治理论古已有之, 本文对痰瘀互结证治理论发展源流作一梳理, 以展示痰瘀互结证治理论自发端至成熟的发展过程之概貌。

1 先秦两汉——痰瘀互结证治理论的萌芽期

痰瘀互结证治理论在先秦、两汉时期已现端倪, 此时期医学典籍中不仅有痰瘀同病证如“积”的记载, 并有痰瘀同治方的记载, 如《金匱要略》的痰瘀同治方至今仍有良好的临床疗效, 为后世痰瘀互结证治理论的发展奠定了基础。

1.1 痰瘀互结证的发端

《黄帝内经》中虽无痰、瘀之名, 但有痰、瘀相关描述, 如“积饮”“汁沫”^[3]“津液涩渗”“唾”“涕”等, 以及“凝血”“恶血”“留血”“菀陈”等。《灵枢·百病始生》论述了痰瘀互结成积的病因病机, 曰“湿气不行, 凝血蕴里而不散”; “卒然外中于寒, 若内伤于忧怒, 则气上逆, 气上逆则六输不通, 湿气不行, 凝血蕴里而不散, 津液涩渗, 着而不去, 而积皆成矣”; “肠外之络伤, 则血溢于肠外, 肠外有寒, 汁沫与血相搏, 则并合凝聚不得散, 而积成矣”^[4-5]。积的形成有两方面, 一方面是情志因素, 忧愤恼怒导致气机逆乱, 气机逆乱则津液运行不畅, 血行不畅, 凝血蕴阻于里, 更加阻碍津液运行, 津液涩渗成痰, 痰和凝血着而不去则形成积, 这是由湿致痰、致瘀的过程; 另一方面是血溢于肠外, 因寒则凝, 与汁沫相搏, 并合凝聚成积。

1.2 化痰、祛瘀方药的首载

化痰药、祛瘀药首见于《五十二病方》, 湖南长沙马王堆三号汉墓出土的《五十二病方》记载了半夏、服零(茯苓)、杏仁、蒲莢(即皂莢)、虵(贝母)等多种化痰药物以及川芎、茜草、郁金等祛瘀药, 这是目前最早的化痰、祛瘀思想的医

基金项目: 国家重点基础研究发展计划“973”计划(2014CB542903)

* 通讯作者: gep306@126.com, (010) 64014411 转 2552

学文献记录。东汉初年,则有了痰瘀同治方剂的记载。《武威汉简·治百病方》记载了“瘀方”,由当归、芎藭(川芎)、牡丹皮、漏芦、蜀椒、虻(贝母)、醇酒组成,方中当归、芎藭、牡丹皮、漏芦活血养血,贝母化痰散结,是典型的痰瘀同治方。

1.3 痰饮、瘀血的提出

东汉张仲景对痰瘀证的发展作出了很大贡献。首先,张仲景明确提出了“痰饮”之名,并列专篇论述。《金匮要略·咳嗽痰饮病脉证并治》曰:“夫饮有四,何谓也,师曰:有痰饮,有悬饮,……水走肠间,沥沥有声,谓之痰饮……”^[1]。张仲景认为,痰饮形成主要因阳虚阴盛,肺、脾、肾阳气不足,气化失司,以致水液停聚,其中脾虚不运为发病的关键因素。依此张仲景提出“病痰饮者,当以温药和之”的痰饮病治疗总则,以温运、温化之品如苓桂术甘汤之剂温阳化气以治其根本。虽然此处“痰饮”以“饮”为主,但总与痰相关^[2],其治疗思想可资借鉴。其次,张仲景明确提出了“瘀血”病名,并记载了瘀血内停的症状。《金匮要略·惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证治》曰“师曰:……胸满,唇痿舌青,口燥但欲漱水,不欲咽,无寒热,脉微大来迟,腹不满,其人言我满,为有瘀血。”再次,张仲景临证中注重痰瘀同治,《金匮要略》中用痰瘀同治之法治治疗多种疑难杂症。如用瓜蒌薤白酒汤方治胸痹证,方中用瓜蒌、薤白豁痰下气,白酒温通血脉。大黄廑虫丸治疗“五劳虚极羸瘦,腹满不能食,……内有干血,肌肤甲错,两目黯黑”,方中使用大量虫类药虻虫、水蛭、蛭蟥、土鳖虫等活血化瘀,并配伍杏仁、甘草化痰散结,大黄涤痰化瘀,全方痰瘀同治,津血同治。此外,痰瘀同治方还有鳖甲煎丸、旋覆花汤、当归芍药散、当归贝母苦参丸、土瓜根散等,分别治疗疟母、肝着、妇人腹中痞痛、妊娠小便难以及月经不调等^[3]。《金匮要略》中涉及痰瘀同病的病种几乎占 1/3 以上^[4]。

2 隋唐宋元——痰瘀互结证治理论的成熟期

痰瘀互结证治理论在隋、唐、宋、元时期得到了长足的发展,一些重要医学典籍中大量痰瘀同治方的记载表明痰瘀同治法在此时期得到了广泛应用。朱丹溪提出“痰挟瘀血,遂成窠囊”,成为痰瘀互结证治理论成熟的标志。

2.1 瘀可致痰

“痰”“饮”分论始见于隋朝。巢元方《诸病

源候论》中提出“痰饮病诸候”,其中又分立“诸痰候”“诸饮候”等,将“痰”与“饮”分论,并从脉象对“痰”与“饮”加以区别,曰“脉偏弦为痰,浮而滑为饮”,至此“痰”与“饮”成为两个具有不同内涵的名词。巢元方还首次提出瘀可致痰的观点。《诸病源候论》曰“诸痰者,此由血脉壅塞,饮水结聚不散,故成痰也。或冷或热,或结食,或食不消,或胸腹痞满,或短气好眠,……故云诸痰”^[5]。血脉壅塞,瘀血停滞,脉络不通,气不往来,津液不布,聚为痰涎,与瘀血相并,形成痰瘀同病。

2.2 痰瘀同治

唐代同样重视痰瘀同治,此时期重要医学典籍中都有大量痰瘀同治方剂的记载。孙思邈《备急千金要方》千金苇茎汤治疗肺痈,桃仁活血,薏苡仁、冬瓜仁、苇茎化痰^[6];王焘《外台秘要》款冬花散治咳嗽、吐血,款冬花、贝母、杏仁化痰,当归、川芎活血;昆布丸治疗胸满上气,硝石、海藻、昆布、葶苈化痰,桃仁、大黄祛瘀通络^[7]。

宋代陈无择从痰饮与气血关系角度对痰瘀互结的形成有新的阐发。《三因极一病证方论》曰“人之有痰饮病者,由营卫不清,气血败浊,凝结而成也”^[8]。陈无择认为,营行脉中,卫行脉外,运行有序,如果营卫运行失其常道,气血逆乱壅塞停滞,则凝结为痰。此时期的大型方书亦记载了许多痰瘀同治方剂,如《圣济总录·胸痹门》四温散治疗胸痹,枳实化痰散结,蓬莪行血化瘀;当归散治心痛,当归、赤芍活血,桔梗、槟榔化痰;大黄散治心痛,大黄、赤芍、鬼箭羽、鬼臼除血结,桔梗、朴硝等化痰^[9]。《太平圣惠方》吴茱萸丸治卒心痛,干漆、当归活血,槟榔、白术、桔梗化痰等^[10]。

宋代许叔微最早提出湿痰、痰饮成癖囊说,并记载了用单味苍术治疗的经验。《普济本事方》中记载,许叔微因喜左侧伏案工作,喜深夜饮酒,兼喜左侧卧睡,日久出现肠中漉漉有声、胁痛、呕吐酸苦水等症,许叔微认为水饮内停,已成“癖囊”之疾,如潦水之窠臼,清者可行,浊者停蓄。遂采用燥脾以胜湿,崇土以填窠之法,摒弃常用补、利药物,单服一味苍术,经三月而愈^[11]。后世“窠囊”正是由“癖囊”发展而来^[12]。

2.3 痰瘀互结证的提出

元代是痰瘀互结证治理论形成的重要时期。《丹溪心法》曰“自郁成积,自积成痰,痰挟瘀血,遂成窠囊”^[13]。朱丹溪首次明确提出了痰挟瘀

血、痰瘀互结的观点,并对痰挟瘀血的形成进行了较深入的分析。《局方发挥》曰“夫气之初病也,其端甚微,或因些少饮食不谨,或外冒风雨,或内感七情,或食味过厚,偏助阳气,积成膈热,或资禀充实,表密无汗,或性急易怒,火炎上以致津液不行,清浊相干”;“自气成积,自积成痰,此为痰,为饮,为吞酸之由也”;“良工未遇,缪药又行,痰挟瘀血,遂成窠囊”^[19]。根据朱丹溪的论述,窠囊的产生由轻到重,是一个缓慢、渐进的病理过程。早期,因外感、内伤、饮食不节等因素,导致郁热内生,火性炎上影响气机升降,以致津液不行,清气不升,浊气不降,清浊相干,中焦脾胃升降枢纽失常,从而出现痞、吞酸等症状;后又被误以为寒邪所致,误投辛香燥热之品,虽可能得一时之快,诸症暂缓,但厚味叠进、七情反复,日积月累,气郁结成积,气郁化火,郁热炼液成痰,或气积阻碍津液运行,津聚成痰,因反复误治或延误治疗,病情反复发作蔓延,瘀血内生,痰瘀同病,进一步发展则成窠囊。

此外,朱丹溪认为,痰瘀互结可导致多种疾病,《丹溪心法》曰“手足麻木者有湿痰死血”,积聚为“气不能作块,成聚块乃有形之物,痰与食积、死血”。肺胀因“痰挟瘀血碍气而病”(《金匱钩玄》)。痰瘀互结是手足麻木、积聚、肺胀等诸多疾病的重要病机,而且痰挟瘀血,痰瘀互结,治疗起来颇为顽固,“痰病久得涩脉,卒难得开,必费调理”,朱丹溪多选用苍术之类以化痰,或用滚痰丸荡涤老痰,或选用四物汤加减化痰药物来痰瘀同治。

3 明清——痰瘀互结证治理论的发展期

痰瘀互结理论在明、清时期得到了蓬勃发展,不仅理论上有新的阐发,而且更广泛地应用于临床各科常见病及疑难杂症中。

3.1 痰挟瘀血理论的发挥

明代罗赤诚将痰瘀互结分为痰挟瘀血和瘀血挟痰两种形式,曰“如先因伤血,血逆则气滞,气滞则生痰,与血相聚,名曰瘀血挟痰。……治宜导痰破血,先用导痰汤加苍术、香附、枳壳、白芥子开郁导痰;次用芎、归、桃仁、红花、苏木、丹皮、莪术以破其血。若素有郁痰,后因血滞,与痰相聚,名曰痰挟瘀血。……治宜先破其血,而后消痰;或消痰破血二者兼治”(《医述》引罗赤诚论)。先生痰后致瘀者,为痰挟瘀血;先生瘀后致

瘀者,为瘀血挟痰,二者病因病机、症状体征及治法用药上均有差异。治疗上瘀血挟痰先治痰后治血,痰挟瘀血则先治血而后消痰,也可消痰破血兼施,以先治本后治标为原则。

明代虞抟对朱丹溪“痰挟瘀血,遂成窠囊”之说也颇有心得。对于瘀血的生成,虞抟指出,因“痰火煎熬,血亦妄行”,从而导致痰血相杂,痰瘀互结。虞抟还从阴阳相滞的角度解释了痰瘀互结的形成机理。《医学正传》曰“盖气阳也,血阴也,血行脉内,气行脉外,相并周流,……气得邪而郁,津液稠黏,为痰为饮,积久渗入脉中,血为之浊,此阴滞于阳也。血得邪而郁,隧道阻隔,或溢或结,积久渗出脉外,气为之乱,此阳滞于阴也。百病皆由于此”^[20]。虞抟认为,临床多种疾病都因阴阳相滞而生,阴阳相滞是痰瘀互结的重要原因,阴滞于阳,因痰致瘀;阳滞于阴,因瘀生痰。

明代孙一奎同样对朱丹溪气、血、痰、瘀为患之论极为称道,指出“若血浊气滞,则凝聚为痰,痰乃津液之变,遍身上下,无处不到”。孙一奎认为,血瘀、气滞导致津液停滞,凝聚为痰,因而论治痰瘀互患之病,如中风、头痛等,应从气、血、水入手^[21]。

3.2 津液、血败化痰的阐发

明代张景岳阐发了瘀血化痰的观点。《景岳全书》曰“痰即人身之津液,无非水谷之所化,……但化得其正,则形体强,荣卫充,而痰皆本气血,若化失其正,则脏腑病,津液败,而气血即成痰涎。”又曰“精凝血败,皆化痰耳!岂以精血之外而别有所谓痰者耶”^[22]。张景岳认为,痰是人体内津液精血运行失常而生,不仅津液败,停聚成痰,血败亦可为痰,痰并非人体本身所有。

3.3 窠囊之说的发挥

清代何梦瑶对窠囊之说另有发挥,提出食积、痰积、血积与邪结为窠囊之说。《医碥》曰“有形之积,阻碍正气,故痛也。而亦有不痛者,日久则正气另辟行径,不复与邪相争,或邪另结窠囊,不碍气血隧道之故。此为难治,以药不易到也。”何梦瑶认为,积为有形之邪,可因食、因痰、因血等积滞而成,食积、痰积、血积成块后可阻碍正气,也可不阻碍正气,而与邪另结为窠囊,如果食积、痰积、血积与邪结为窠囊则难治。

3.4 诸病血瘀的辨治

清代医家对于血证理论贡献大者当数王清任和唐容川。王清任促进了血瘀理论的发展。首先,他

非常重视气血在发病中的重要性,《医林改错》曰“治病之要诀,在明白气血。无论外感内伤,要知初病伤人何物,……所伤者无非气血”^[23]。他主张辨治血瘀证时必须“审气血之荣枯,辨经络之通滞”,从而采用活血化瘀之法。王清任还提出“诸病之因,皆由血瘀”的观点,认为久病、怪症、他药无效者均可辨为血瘀,拓宽了中医活血化瘀辨证思路。王清任重视血瘀的论治被后人所熟知,其著作中虽没有明确提到“痰”,但他同样重视“痰”的论治,可从其治疗癫狂的方剂用药中窥见一斑。癫狂梦醒汤方中桃仁、木通、赤芍活血逐瘀,陈皮、桑皮、半夏、紫苏子、大腹皮燥湿化痰、降气开结,同时配伍疏肝理气之品,全方逐瘀、化痰、行气三者兼顾,从气、血、痰三方面入手治疗癫病以获效^[24]。

唐容川撰血证专著《血证论》,详述各种血证的因、机、证、治,对痰瘀互结理论亦多有发挥。他指出“血瘀既久,亦能化为痰水”,“瘀血流注,亦发肿胀者,乃血变成水之证”,“盖失血之家,所以有痰,皆血分之火,所结而成。然使无瘀血,则痰气有消容之地”^[25]。论述了瘀血久留化痰、瘀血内阻致津液停滞成痰以及血分虚火炼液为痰等不同血证致痰的过程。

3.5 痰瘀阻络的阐发

清代医家中对痰瘀理论贡献大者还有叶天士。叶天士曰“百日久恙,血络必伤”;“初为气结在经,久则血伤入络,辄仗蠕动之物松透病根”;“风、寒、湿三气合而为痹,经年累月,外邪留著,气血俱伤,化为败瘀凝痰,混处经络,须用虫类搜剔,以动药使血无凝著,气可宣通”^[26]。叶天士创立了“久病入络”学说,认为久病者必入络,败瘀凝痰,相互胶结,阻滞经络,众多疑难、幽深、久耽之疾均可称为络病。他主张用虻虫、鳖甲、地龙、蜂房、牡蛎、蛭螂虫、水蛭等虫类动物药,用其血肉之质,动跃攻冲之性,搜经剔络,荡涤固结之痰瘀。叶天士将痰瘀同治法广泛地用于痛证、郁证、痹证、积聚、癥瘕、噎膈以及妇科病证的治疗中。

清代吴鞠通则在叶天士的基础上强调气机在痰瘀阻络形成中的作用。他认为,肝主疏泄,为藏血之脏,性喜条达,凡水谷精微之敷布、气血津液之运行,与肝气之疏泄无不相关。若肝气郁结而失于疏泄,久则或津液不布变为痰饮,或血行不畅留而为瘀,曰“肝气久郁,痰瘀阻络”^[27]。

3.6 痰瘀互结证的临床应用

明清时期痰瘀互结证广泛用于临床也是此时期痰瘀互结理论发展的特点之一。明代戴思恭师承朱丹溪,指出噎膈因瘀血碍气升降,津液停聚而为痰饮,痰瘀互阻所致,用二陈汤加香附、韭汁、莱菔子治疗^[28]。明代龚廷贤《万病回春》《寿世保元》对痰瘀互结、血从痰化者,也常常治痰而兼活血行血。对于麻木,他认为是湿痰死血,用二陈汤合桃红四物汤加白芥子,并入竹沥、姜汁同服。对于瘰疬,言“气血凝滞”所致,创制消瘤五海散以化痰软坚、破血祛瘀。

明代万密斋认为,肥胖女子月经不调、不孕因“脂痰凝涩”,“痰涎壅滞,血海之波不流”,痰瘀互阻于胞宫所致^[29]。清代何梦瑶提出气、血、水三者相因为病可致水肿^[30]。清代唐容川认为,心系、肺系疾病,膀胱及妇科经、带、胎、产诸病痰瘀同病者居多,并结合具体病证提出诸多治疗法则和治疗用药。对于“瘀血作咳”一证,唐容川认为“由瘀血使然,但去瘀血,则痰水自消,宜代抵当丸加云茯苓、法半夏,轻则用血府逐瘀汤加葶苈、苏子”。对于痰挟瘀血肺胀,则用“四物汤加桃仁、诃子、青皮、竹沥、姜汁治之”。对于痈脓,他提出“消瘀则脓自不生,逐水则脓自排去”的治疗法则。由此可见,唐容川主张痰瘀同治宜先活血消瘀,认为瘀血去则痰自消。

总之,痰瘀互结理论源远流长,内容丰富,它滥觞于《黄帝内经》,经汉、隋、唐、宋、元、明、清两千多年,在病因、病机、诊断、治则治法、遣方用药等各个方面都代有阐发,其中以张仲景、朱丹溪、叶天士、唐容川、王清任等医学巨匠的贡献尤为彰著。现代不少临床医者结合现代疾病,提出痰瘀互结是内、外、妇、儿、外等临床各科疑难疾病的重要病机,并对痰瘀互结证的病因病机、辨证、治疗以及痰瘀互结证的生物学基础等方面都作了积极探讨。由于现代疾病种类繁多、病情复杂,以往的研究多侧重某一方面,缺少对痰瘀互结证病因病机、临床发展变化规律、辨证方法以及生物学基础的系统研究,从而制约了痰瘀互结证证治理论的临床应用,所以积极探索痰瘀互结证的临床演变规律,创立执简驭繁的辨证方法,发现特异的生物学指标以及行之有效的治疗方药是今后痰瘀互结证研究的重点和难点。

参考文献

[1] 李经纬,余瀛鳌,区永欣,等. 中医大辞典 [M]. 北京:

- 人民卫生出版社, 2006: 1866.
- [2] 全国科学技术名词审定委员会. 中医药学名词 2004 [M]. 北京: 科学出版社, 2005: 251.
- [3] 张丽萍. 《内经》痰瘀相关理论初探 [J]. 陕西中医函授, 1996(1): 4-6.
- [4] 灵枢经 [M]. 田代华, 刘更生, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2005.
- [5] 陈丽婷, 陈豪, 朱焱. “痰瘀互结证”辨治浅析 [J]. 现代中医药, 2012, 32(4): 57-58.
- [6] 张仲景. 金匱要略 [M]. 于志贤, 张智基, 点校. 北京: 中医古籍出版社, 1997: 30.
- [7] 王东坡, 王琦. “痰”道源流论 [J]. 中华中医药杂志, 2007, 22(4): 195-197.
- [8] 董汉良. 《金匱要略》痰瘀方证的探讨 [J]. 云南中医杂志, 1982(1): 11.
- [9] 郭蓉娟, 王椿野, 赵振武, 等. 痰瘀致病的新认识 [J]. 环球中医药, 2013, 6(2): 114-116.
- [10] 巢元方. 诸病源候论 [M]. 黄作阵, 点校. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 1997: 102.
- [11] 孙思邈. 备急千金要方 [M]. 鲁兆麟, 主校. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 1997: 265.
- [12] 王焘. 外台秘要集要 [M]. 余瀛鳌, 林菁, 田思胜, 等, 编选. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 2007: 147.
- [13] 陈言. 三因极一病证方论 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1957: 174.
- [14] 圣济总录纂要 [M]. 程林, 删定. 合肥: 安徽科学技术出版社, 1992: 284.
- [15] 王怀隐. 太平圣惠方 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1958: 1291.
- [16] 许叔微. 普济本事方 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1959: 39.
- [17] 朱良春. 国医大师朱良春 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2011: 116.
- [18] 朱震亨. 丹溪心法 [M]. 北京: 中国书店, 1986: 84.
- [19] 朱震亨. 局方发挥 [M]. 胡春雨, 马潞, 点校. 天津: 天津科学技术出版社, 2003: 13.
- [20] 虞抟. 医学正传 [M]. 郭瑞华, 点校. 北京: 中医古籍出版社, 2002: 350.
- [21] 孙一奎. 赤水玄珠全集 [M]. 凌天翼, 点校. 北京: 人民卫生出版社, 1986: 49.
- [22] 张景岳. 景岳全书 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 1994: 364.
- [23] 王清任. 医林改错 [M]. 李占永, 岳雪莲, 校注. 北京: 中国中医药出版社, 1995: 16.
- [24] 张玲, 毛娅, 李官红. 王清任论治癫狂病初探 [J]. 四川中医, 2009, 27(11): 51-52.
- [25] 唐宗海. 血证论 [M]. 魏武英, 曹健生, 点校. 北京: 人民卫生出版社, 1990.
- [26] 叶天士. 叶天士临证医案 [M]. 华岫云, 编订. 北京: 华夏出版社, 1995: 428.
- [27] 吴塘. 吴鞠通医案 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1960: 158.
- [28] 戴思恭. 推求师意 [M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 1984: 27.
- [29] 万全. 万氏妇人科 [M]. 罗田县卫生局, 校注. 武汉: 湖北人民出版社, 1983: 4.
- [30] 何梦瑶. 医碥 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1982: 337.

Literature Review in Origin and Development of Syndrome and Treatment Theory of Phlegm and Stasis

LU Hongrong, DU Song, HU Jingqing

(Institute of Basic Theory for Chinese Medicine, China Academy of Chinese Medicine Science, Beijing 100700, China)

ABSTRACT Syndrome and treatment theory of phlegm and stasis originated from Huangdi Nei Jing, which did not put forward the name of phlegm and stasis but discussed “interactivity of juice foam and blood” about phlegm and stasis. In Eastern Han dynasty, Zhang Zhongjing firstly put forward the names of “phlegm and retained fluid” and “blood stasis”. Since then, syndrome and treatment theory of phlegm and stasis was into a new development period. At different times, during Sui Dynasty, Tang Dynasty and Song Dynasty, ancient doctors supplemented and developed syndrome and treatment theory of phlegm and stasis. In Yuan dynasty, Zhu Danxi clearly put forward the “phlegm pinches blood stasis”, marked syndrome and treatment theory of phlegm and stasis becoming mature. In Ming and Qing dynasties, doctors inherited and developed Zhu Danxi’s thoughts of phlegm and stasis and divided phlegm and stasis syndrome into two types, phlegm adhering to blood stasis and blood stasis adhering to phlegm, with phlegm and stasis theory to explain the clinical diseases. Since Qing dynasty, syndrome and treatment theory of phlegm and stasis has gradually become perfect, and become a part of the theory of Chinese medicine. At present, the “phlegm and stasis syndrome” has been as a standard syndrome name used in clinic, and is an important pathogenesis of intractable diseases in clinical departments. To improve level of clinical diagnosis and treatment of the phlegm and stasis syndrome, the future remains to systematically study etiology and pathogenesis, phlegm and stasis transformation rules, syndrome-differentiation method, and biological basis about phlegm and stasis syndrome.

Keywords phlegm and stasis syndrome; origin and development; turbid phlegm; blood stasis

(收稿日期: 2015-01-19; 修回日期: 2015-02-27)

编辑: 黄 健