

· 理论探讨 ·

试论“左癥右瘕”理论的源流及其科学意义※

● 廖远生 高丽丽 吴成翰

摘 要 本文从“左癥右瘕”理论源流出发,探讨了该理论的科学意义。认为“左癥右瘕”的提出是根源于“阴升阳降”理论,受“左肝右肺”思想影响,并对“左血右气”进行的总结发挥,是朱丹溪从中风病诊治经验中总结出的理论成果。其理论为后世医家诊治中风、胁痛、乳癖等偏侧疾病提供了理论依据。

关键词 癥;瘕;左癥右瘕;理论源流;临床应用;朱丹溪

“左癥右瘕”理论是金元医家朱丹溪在关于中风病的论述中提出的,记载于《丹溪心法·中风》。朱丹溪认为癥和瘕是中风病的重要致病因素,“左癥右瘕”是其在“阴升阳降”“左肝右肺”“左血右气”等思想的基础上,结合对中风病诊治经验所总结出的理论成果。其不但丰富了中风病的诊治思路,也为后世医家诊治偏侧疾病提供了理论基础和临床指导。现分述如下。

1 “左癥右瘕”理论的源流

“左癥右瘕”最早见于《丹溪心法》^[1]中对中风病证的论述,其云:“半身不遂,大率多瘕,在左属死血瘀,在右属痰有热,并气虚。”《丹溪心法》是由朱丹溪的学生总结、撰写的,主要记载了朱丹溪的学术经验和平生所述观点,包括“阳常有余,阴常不足”的学术观点及杂病病因、证候以及治疗上的丰富经验和个人见解,其内容十分丰富^[2]。“左癥右瘕”理论的形成即根源于“阴升阳降”理论,受“左肝右肺”思想的影响,并在“左血右气”理论基础上总结发挥而成。

1.1 根源于“阴升阳降”理论 阴阳学说是中医学的哲学基础,阴阳升降理论是阴阳学说的重要组成部分

分。阴阳升降理论起源于《黄帝内经》。《素问·阴阳应象大论》指出“积阳为天,积阴为地……地气上为云,天气下为雨”,认为地气(阴)向上蒸腾化为云,天气(阳)向下凝结落为雨,故阴升而阳降。《易传·彖传上·咸》曰:“天地感,而万物化生。”乾纯阳刚健,象天,在上;坤纯阴浑厚,象地,在下。乾气(阳)下降,地气(阴)上升,交互结合,才为交泰之象。而朱丹溪则将“阴升阳降”的理论用于指导临床,认为“人之有生,心为火居上,肾为水居下,水能升而火能降,一升一降无有穷已,故生意存焉”,并据此提出了“滋阴降火”的治法。

1.2 受“左肝右肺”思想影响 “肝生于左,肺藏于右”之说始见于《黄帝内经》。《素问·刺禁论》载“藏有要害,不可不察,肝生于左,肺藏于右”,后人将其简称为“左肝右肺”。肝五行属木,其性升发,四季应春,春谓发陈,天地俱生,万物以荣,五方位东,东方居左,故曰“肝生于左”;肺五行属金,其性肃降,四季应秋,秋谓容平,天气以急,地气以明,五方位西,西方居右,故曰“肺藏于右”。“左肝右肺”是从四时五脏、阴阳五行观点出发对肝肺生理特性的描述。朱丹溪将“肝主升发”“肺主肃降”的生理特性与“阴升阳降”结合,发展为“肝升肺降”的理论。肝主疏泄,又主藏血,《血证论·脏腑病机论》认为“肝属木,木气冲和条达,不致遏郁,则血脉得畅”。若肝气郁结,疏泄失司,则血流不畅,久致血瘀。肺气宣降,可“熏肤、充身、泽毛,若雾露之溉”,气统于肺,脏腑经络之气皆赖肺气的宣布,

※基金项目 福建省卫生计生委员会青年科研基金项目(No.2016-1-80);福建省自然科学基金项目(No.2021J01876)

• 作者单位 福建中医药大学附属第二人民医院脑病科(福建福州 350001)

气能推动津液运行。若肺的宣降功能失常,导致津液布散失司,则成为痰饮。故中风患者左侧多由瘀致,右侧多为痰致^[3]。

1.3 对“左血右气”的总结发挥 自《黄帝内经》提出“左肝右肺”学说后,后代医家逐渐形成了“左右气血偏胜”论。肝生于左,肝为血海,主藏血,故病位在左,属血,多由血虚或血瘀所致;肺藏于右,肺为气之本,故病位在右,属气,多为气虚或气滞。气机不畅,津液失司,而聚为痰湿。《神灸经纶·中身证略》论胁痛亦云:“胁痛,有左右之分。左右者,阴阳之道路也。左为肝,肝主血,血留止滞,则左痛;右为肺,肺主气,肝邪入肺,气不流通,则右痛。”盖从表知里,司外揣内,因左属肝主血,右属肺主气也。

综上所述,阴阳升降关系的失常,肝肺生理功能的紊乱,气血运行的受阻都可导致痰和瘀的形成。故朱丹溪认为中风“左属死血瘀……右属痰有热”,后代丹溪学派结合对中风病诊治经验上逐渐发展形成“左瘀右痰”理论。

2 “左瘀右痰”理论的科学意义

“左瘀右痰”理论虽是朱丹溪关于中风病的论述,但后世医家在临证中常借鉴此观点,并发挥扩展到头痛、胁痛、乳癖等疾病的治疗。故“左瘀右痰”理论不仅丰富了中风病的诊治思路,也为后世医家诊治偏侧疾病提供了理论基础和临床指导。

2.1 理论的继承与创新 虽然“左右者,阴阳之道路也”之说早在《黄帝内经》中就有记载,到后世亦逐渐形成了左右辨证法,期间也有关于痰瘀致病的论述,但朱丹溪是第一个将左右辨证与痰瘀致病相结合的医家。朱丹溪首先提出“左瘀右痰”,是在不断总结前人有关经验的同时,又不拘泥于前人治疗方法的基础上深化而来的。“左瘀右痰”之说旨在进一步强调病因的差别,其主张在辨证论治的过程中,应做到审证求因、审查病机,注意结合人体左右痰瘀之偏盛,而并不是一味强调左属瘀、右属痰。

2.2 临床应用 朱丹溪认为瘀和痰是中风病的重要致病因素,主张“痰夹瘀血,遂成窠囊”,对中风病的防治更是突破陈规,主张“治痰为先,次养血行血”。在

用药上,若遇左侧半身不遂者以行血补血为主,用四物汤加减;若右侧半身不遂者以化痰行气为主,以二陈汤化裁。朱丹溪的学术思想和主张为中风病的病因研究和临床辨治开创了新的路径,丰富了中风病的诊治思路。其主张“中风半身不遂,在左属死血瘀”的观点,是对中风病机的重大发现。这一认识对后代医家治疗中风的影响很大,如清代著名医家王清任治疗中风后遗症所创制的补阳还五汤就得益于此。

在“左瘀右痰”理论的指导下,后代医家在临证中也扩展到其它偏侧疾病的诊治。如《医宗必读·心腹诸痛》^[4]中认为左胁痛“多留血”,右胁痛“多痰气”。辨胁痛病机方面,《张仲景医通·胁痛》^[5]指出:“左胁多怒伤或留血作痛,右胁多痰积或气郁作痛。”廖丽^[6]基于“左瘀右痰”理论对 150 例乳癖患者进行中医体质分型调查,发现气郁瘀血体质患者乳癖发病偏于左侧,气郁痰湿质患者乳癖发病偏于右侧,并建议采取偏重化瘀或化痰等方法调治。

3 结语

重视“左瘀右痰”理论,并非妄断病在左惟瘀无痰,病在右惟痰无瘀,而是强调临证治疗发病具有偏向性的疾病,应注意把握人体“左瘀右痰”的偏盛规律,在治疗用药时有所侧重。医者在临床中应结合患者具体情况辨证论治,适当参考“左瘀右痰”理论,因人而异,灵活运用。

参考文献

- [1]朱丹溪. 丹溪心法[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:15.
- [2]关之凡,梁 晖,肖明耿.《丹溪心法》“痰证”理论及其在中风病的应用[J]. 吉林中医药,2019,39(4):424-427.
- [3]杨 喆,刘 琴,黎 亚,等.朱丹溪“左瘀右痰”论治中风浅析[J]. 湖南中医药大学学报,2016,36(9):33-35.
- [4]李中梓. 医宗必读[M]. 北京:中国中医药出版社,1998:58.
- [5]张 璐. 张仲景医通[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:232.
- [6]廖 丽,徐健众,奉家豪,等.基于“左瘀右痰”理论探讨偏侧乳癖患者中医体质分型差异[J]. 中国中医基础医学杂志,2020,26(9):1327-1329.

(收稿日期:2021-04-19)

(本文编辑:蒋艺芬)