

《素问·举痛论》病因病机与诊治发微

孙悦¹ 丁成华¹ 丁明² 姚风云¹

(1 江西中医药大学, 南昌, 330004; 2 南昌市第一医院, 南昌, 330008)

摘要 疼痛是临床常见的自觉症状, 成因复杂, 部位广泛, 表现繁多。《素问·举痛论》专文论痛, 阐释精辟深邃, 为后世医家研究痛证奠定了坚实的理论基础。文章融汇原文经义, 结合后世医家见解及临床实践, 对疼痛病因病机及诊治加以阐发。

关键词 《素问·举痛论》; 痛证; 病因病机; 诊治

A Research on the Diagnosis and Treatment in Pain Syndrome in Plain conversation

Sun Yue¹, Ding Chenghua¹, Ding ming², Yao Fengyun¹

(1 Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine, Nanchang 330004, China;

2 The First Hospital of Nanchang, Nanchang 330008, China)

Abstract Pain is a common clinical symptom. It has complicated causes. The pain can break out in a wide range of body parts with different characteristics. The part of Pain syndrome in Plain conversation specifically discussed the pain through some brilliant arguments. It laid a solid theoretical foundation for the later doctors studying pain syndrome. In this article, the author learned to mix the original by the justice, combining with the insights of later doctors on expounded pain etiology and pathogenesis, diagnosis and treatment.

Key Words Plain conversation · Pain syndrome; Pain syndrome; Etiology and pathogenesis; Diagnosis and treatment

中图分类号: R241.4; R242; R441.1 文献标识码: A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2014.03.011

《黄帝内经》是我国第一部综合论述中医理论的经典著作, 更是中医学的奠基之作。其《素问·举痛论》对疼痛的病因病机、临床表现、辨证要点进行了详尽论述, 为后世医家研究痛证奠定了坚实的理论基础。本文通过研读《素问·举痛论》, 结合后世医家诊治痛证之经验与现代研究成果, 对《素问·举痛论》之精华加以阐发, 以期抛砖引玉。

1 病因病机

1.1 寒凝经脉, 血脉稽迟 《素问·举痛论》对疼痛病因的认识, 明确指出“寒气”是主要因素, 病机总要为“不通则痛”。“经脉流行不止, 环周不休, 寒气入经而稽迟, 泣而不行, 客于脉外则血少, 客于脉中则气不通, 故卒然而痛。”“寒气客于脉外则脉寒, 脉寒则缩, 缩则绌急, 则外引小络, 故卒然而痛。”“寒气客于肠胃之间, 膜原之下, 血不得散, 小络急引故痛。”正常人经脉能流行不止, 环周不休, 若“寒气”侵犯经脉, 气血滯涩, 经脉不通致痛; 同时血脉稽迟, 影响经脉自身的供血, 加剧脉络挛缩牵引致痛。

1.2 寒凝血瘀, 血气稽留 “寒气客于脉中, 则血泣脉急, 故胁肋与少腹相引痛矣。”“寒气客于小肠膜原之间, 络血之中, 血泣不得注于大经, 血气稽留不得行, 故宿昔而成积矣。”寒邪客于脉中, 使血气凝滞, 脉络瘀阻, 血气稽留, 日久成积(瘀血)。瘀血日久又成为致

病因素, 造成血气运行障碍而产生血瘀疼痛。《临证指南医案·诸痛》指出: “积伤入络, 气血皆瘀, 则流行失司, 所谓痛则不通也。”当人体受到创伤打击以及慢性劳损后, 血脉受伤, 则引起络破血溢, 血瘀气滞, 则经脉不通, 不通则痛。

1.3 寒邪入侵, 邪正相争 “寒气客于经脉之中, 与灵气相薄则脉满, 脉满则痛而不可按也。寒气稽留, 灵气从上, 则脉充大而血气乱, 故痛甚不可按也。”张介宾注: “阳气行于脉中而寒袭之, 则寒热相搏, 留而不行, 则邪实于径, 故脉满而疼……。”寒袭脉中与脉中阳气相搏, 使血脉充盈致气血塞滞胀满而疼痛拒按。

1.4 寒滞脏腑, 经脉不畅 寒滞心脉: “寒气客于背俞之脉, 则脉泣, 脉泣则血虚, 血虚则痛。其俞注于心, 故相引而痛。”寒气客于血脉, 血气滯滞不畅, 引起血供不足, 则可致痛^[1]。后世据此则总结为“不荣则痛”理论。“不荣则痛”理论是由明代医家张介宾明确提出的^[2], 后世医家于临床得到验证。如《金匱翼·肾虚腰痛》曰: “精气不足, 则经脉虚而痛。”《临证指南医案·胃脘痛》亦曰“营气日虚, 脉络枯涩”“络虚则痛”。寒客胃肠: “寒气客于肠胃, 厥逆上出, 故痛而呕也。寒气客于小肠, 小肠不得成聚, 故后泄腹痛矣。”寒气上逆导致肠胃气机失调, 失于温运而致痛。寒客肝脉: “寒气客于厥阴之脉, 厥阴之脉者, 络阴器, 系于肝。寒气客

于脉中,则血泣脉急,故胁肋与少腹相引痛矣。厥气客于阴股,寒气上及少腹,血泣在下相引,故腹痛引阴股。”寒客肝经,血涩脉急致痛。寒客冲脉:“寒气客于冲脉,冲脉起于关元,随腹直上,寒气客则脉不通,脉不通则气因之,故喘动应手矣。”脉络挛缩,气血上逆牵引致痛。热结肠道:“热气留于小肠,肠中痛,瘕热焦渴,则坚干不得出,故痛而闭不通矣”寒郁化热,热结肠道,腑气不通致痛。

综上,《素问·举痛论》认为寒邪是引起疼痛的主要原因,因寒郁化热,热邪留止,或寒邪与阳气相搏,气机逆乱,局部壅满,也可引起疼痛。疼痛的病机“不通则痛”。“不通则痛”是由于实邪阻滞,经气不畅,气血不利所致;故《古今医鉴·胁痛》曰:“若因暴怒伤触,悲哀气结,饮食过度,冷热失调,跌仆伤形,或痰积流注于血,与血相搏,皆能为痛。”而“不荣则痛”是由于气血迟滞,供血不足,脏腑组织失养所致。正如张介宾所云:“凡人之气血犹泉源也,盛则流畅少则壅滞,故气血不虚则不滞,虚则无有不滞者。”滞者,不通之轻也,滞与不通只是程度上的差异;临床医家在研究疼痛基本病机中,指出“不通则痛”与“不荣则痛”二者互为因果^[3-5]。

随着医学的发展,当代学者对疼痛机制的探究不断深入,韩济生院士的诸多研究成果表明,针刺刺激神经细胞、神经递质,激发其电生理特性,针刺镇痛有着不容置疑的神经化学基础。通过针刺可引起内源性阿片肽等中枢性神经递质的释放,发挥镇痛效应。针刺的局部效应和全身效应可能是通过不同的机制介导的^[6-8];陈日新教授发明的开通经络灸疗法,用艾条灸患者体表的热敏化穴,激发患者的经络感传现象,促进经气运行,使气至病所,从而达到速效、高效、长效的治疗效果^[9]。有研究表明,神经肽和细胞因子是针刺镇痛的重要物质基础,针刺可对神经肽-细胞因子网络等神经-内分泌网络进行调节,发挥镇痛效应,另有研究表明,神经胶质细胞,尤其是中枢神经系统的小胶质细胞和星形胶质细胞在慢性疼痛的发生发展中起重要作用^[10-11]。在针刺镇痛机制研究领域,还有大量的基础研究工作要做,其中包括神经细枝、神经末梢与结缔组织的关系研究^[12-13]。现代对疼痛机制的研究探索^[14-15]给疼痛的诊治、预防带来新的策略和措施。

2 诊断治疗

《素问·举痛论》例举 14 种痛证,“其痛或卒然而止者,或痛甚不休者,或痛甚不可按者,或按之而痛止者,或按之无益者,或喘动应手者,或心与背相引而痛者,或胁肋与少腹相引而痛者,或腹痛引阴股者,或痛

宿昔而成积者,或卒然痛死不知人有少间复生者,或痛而呕者,或腹痛而后泄者,或痛而闭不通者;凡此诸痛,各不同形”。《素问·举痛论》对痛证临床表现的特征性描述,佐证了作者对痛证观察细致详尽,临证应详加鉴别。《素问·举痛论》对痛证诊断与鉴别诊断言简意赅:“寒气客于脉外……得灵痛立止。”由于血得热则行,血运通利,通则不痛。临床对寒气致痛采用灸疗,效果立竿见影是最好见证。灸疗有温通经脉,调和气血,增强抵抗力,以防治疾病的功能。《素问·举痛论》还告诫通过触诊辨疼痛虚实,“客于脉中”痛时拒按;“客于肠胃之间,膜原之下……按之痛止”痛时喜按;“客于挟脊之脉”按之无益;“客于冲脉”痛时喘动应手;“客于背俞之脉”易相引而痛;“客于五藏”痛时不省人事;“客于小肠”后泄而腹痛;“热气留于小肠”痛时闭而不通;由于疼痛发病的情况不同,临床表现特征各异,故有痛时喜按拒按,按之疼痛缓解,按之无益,按之触动应手,相引而痛之别。临床对疼痛的诊断在很大程度上依靠患者的主诉及医生诊法合参。疼痛的位置常提示病灶所在,而疼痛的性质、程度、加重缓解因素则间接说明病理过程的类型。医生诊法合参,运用视觉与触觉诊察患者的表情、痛态、喜按拒按及舌象、肤色等变化有利于对病因病机及病情演变与预后做出判断^[16]。笔者在临床实践中尤其重视运用舌诊对疼痛性疾病加以诊断与鉴别,如患者舌淡苔白湿润者,多为寒邪凝滞,血行减缓;舌淡舌体胖嫩者,多为阳气不足,水饮内停;舌淡舌体瘦小者,多为气血两虚,血虚失荣;舌质淡紫、青紫、紫暗或有瘀斑瘀点者,多为寒凝经脉,瘀血阻滞;舌苔白腻或黄腻者,多为痰饮或湿热内阻;舌苔厚腻或腐浊者,多为痰浊或饮食积滞。临床动态审视舌象,一般舌色由淡红→淡白→淡青→淡紫、青紫、紫暗、瘀斑瘀点,说明血液运行功能减退,脏腑组织供血不足,瘀血逐渐加重;反之则血液运行得到改善,气血运行恢复正常。舌诊有助于明确诊断,判断病情轻重及病情进退,从而给予合理治疗。

《素问·举痛论》尚未阐述治疗各种痛证的方法,后世多有发挥补充。张仲景在《伤寒论》对痛证治疗以其完备的理法方药融于辨证论治体系。《金匱要略》论述了各种内伤杂病疼痛。其中对胸痹心痛一证,以阳微阴弦立论,用括瓜蒌薤白白酒剂治疗。又有诸多治疗名方传世,如厚朴七物汤治疗身痛而大便不通者;大黄牡丹皮汤治肠痈痛;建中汤、理中汤、三物厚朴汤、厚朴温中汤等以补为通,治胃肠腹痛;吴茱萸汤、四逆汤治寒邪腹痛;芍药甘草汤、甘麦大枣汤治虚证腹痛;下瘀血汤治瘀血腹痛;乌梅丸治蛔厥腹痛;胶艾汤、

温经汤治痛经等等^[2]。疼痛是《伤寒论》所述疾病的主要症状之一,《伤寒论》治疗痛证,方法诸多,详察病机,因证遣方,辨证施治;仲景治痛诸法,值得潜心领悟,临床循而用之。总结出张仲景对各种疼痛证治疗方剂近 70 首^[17-18]。后世医家在临床实践中对疼痛的治疗颇有心得,如《医学真传·心腹痛门》曰:“所痛之部,有气血阴阳之不同,若概以行气消导为治,漫云通者不通,夫通者不痛,理也;但通之之法,各有不同。调血以和气,通也;上逆者使之下行,中结者使之旁达,亦通也;虚者助之使通,寒者温之使通,无非通之之法也。”诸多“通法”,皆以调畅气血,缓解疼痛为旨归。张介宾在《质疑录·论诸痛不宜补气》指出:“夫实者,固不宜补,岂有虚者而亦不宜补乎?故凡痛而胀闭者多实,不胀不闭者多虚;痛而喜寒者多实热,喜热者多虚寒;饱而甚者多实,饥则甚者多虚;脉实气粗者多实,脉虚气少者多虚;新病壮年者多实,愈攻愈剧者多虚。痛在经者脉弦大,痛在脏者脉沉微,兼脉症以参之,而虚实自辨。是以治表虚痛者,阳不足也,非温经不可;里虚痛者,阴不足也,非养荣不可;上虚而痛者,心脾受伤也,非补中不可;下虚而痛者,脱泄亡阴也,非速救脾肾温补命门不可。凡属诸痛之虚者,不可以不补也。”张介宾对痛证的诊治原则作了全面的阐述,具有重要的临床指导意义。启迪后学在临证时应悉心诊治、因证而治、因人而治、灵活辨治。现代有学者认为李东垣的主要学术思想是“脾胃学说”,在脘腹痛辨证治疗时,也非常重视脾胃内伤,多从调补脾胃入手,并注意祛除导致脾胃内伤的根本原因,善用芍药、甘草缓解疼痛,并强调应因时治宜^[19]。还有学者认为气血运行不畅是发生疼痛的病理基础,心肝两脏生理功能与气血关系最为密切,提出了痛证应从心肝辨证论治;对慢性疼痛的评估及缓解对策进行了研究^[20-21]。

3 结语

《素问·举痛论》对疼痛的论述,病因在于“寒”;病机为“不通则痛”。后世医家在此基础上多有阐发,从临床实践而论,痛证的发生成因复杂,或因寒,或因热,或因情志内伤,或因劳伤太过,或因跌扑闪挫等,均可导致气血运行的缓慢或阻滞而出现不通、不荣之痛证。舌象变化与机体的生理和病理过程密切相关,能客观反映人体气血盛衰及运行状态。《伤寒论本旨》曰:“观舌本,可验其阴阳虚实,审苔垢,即知其邪之寒热深浅也。”舌诊有助于明确诊断;临床详审病机,治疗主要解决“通”和“荣”的关键问题;采用针灸、药物等手段,疏通经络,行气活血,益气补血,达到“通则不痛,

荣则不痛”的效果;促使机体恢复“经脉流行不止,环周不休”的正常生理状态。让我们更深入地学习古代先贤和现代学者诊治痛证的丰富临床经验与精湛深刻的理论诠释,在临床实践中继承发扬、拓展创新。

参考文献

- [1] 滕扬,刘峻.《内经》对疼痛机制的认识[J].中国临床康复,2005,9(24):191-192.
- [2] 孟庆云.中医痛证理论发展之历程[J].上海中医药杂志,1999,33(3):4-6.
- [3] 龚子夫.略论痛证的病理[J].陕西中医,1984,5(12):16-18.
- [4] 张莲,王中男.中医痛证病理理论刍议[J].吉林中医药,2008,28(6):397-398.
- [5] 李敏.《伤寒论》中痛证的分类及病因病机[J].国医论坛,2008,23(5):7-8.
- [6] 韩济生.疼痛机制研究对疼痛治疗的推动作用[J].中国康复医学杂志,2001,17(1):8-9.
- [7] 韩济生.我国疼痛治疗新进展[J].医学研究杂志,2010,39(1):1-3.
- [8] 韩济生.针刺镇痛共识与质疑[J].中国疼痛医学杂志,2011,17(1):9-14.
- [9] 陈日新,康明非.膻穴热敏化艾灸新疗法[M].北京:人民卫生出版社,2007,4.
- [10] 李辉,李晓泓,张露芬,等.电针对佐剂性关节炎大鼠下丘脑 CRH、IL-2、 β -EP 含量的影响[J].中国针灸,2005,25(11):793-796.
- [11] 高永静,纪如荣.星形胶质细胞调节慢性疼痛的分子机制[J].中国疼痛医学杂志,2013,19(9):545-552.
- [12] 范刚启,钱俐俐,赵杨,等.针刺镇痛机制的多样性及问题分析[J].中国针灸,2013,33(1):92-96.
- [13] 冯岭,黄福开,赵学萍.筋膜学理论与外科疑难病研究[J].世界中医药,2013,8(1):31-33.
- [14] 谢静,邹枝玲.对实验室疼痛测量的研究[J].西南师范大学学报:自然科学版,2013,38(2):61-66.
- [15] 陈莹,方敏杰,周欣星.人体疼痛检测仪设计研究进展[J].中国现代医学杂志,2013,23(17):54-59.
- [16] 丁成华,齐南,王莉,等.中医藏象理论在色诊中的应用[J].中国中医基础医学杂志,2006,12(4):241-243.
- [17] 丁世幸.《伤寒论》痛证治法述要[J].中华中医药杂志,2009(S1):165-166.
- [18] 彭坚.疼痛辨治的经方思路[J].湖南中医药大学学报,2013,33(5):3-10.
- [19] 王礼凤.李东垣关于脘腹痛诊治思想研究[J].世界中医药,2013,8(4):390-391.
- [20] 吴兵,陈利国.痛证从心肝论治[J].四川中医,2009,27(2):39-40.
- [21] 罗红,郑依力,王静.慢性疼痛的评估及缓解对策[J].现代预防医学,2012,39(5):1182-1185.