

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2025.01.017

吴鞠通“诸痹独取太阴”之内涵与应用

孟亮¹, 康帅², 金泉¹, 魏千程³✉

1. 甘肃省定西市临洮蜀佑堂风湿骨病中医院, 甘肃省定西市临洮县洮阳镇东大街, 730500; 2. 北京中医药大学中医学院; 3. 甘肃省第三人民医院

[摘要] 《吴鞠通医案》提出“诸痹独取太阴”，基于此分析吴鞠通对痹证病因病机、辨证治法的认识，为痹证的临证诊治提供参考。通过对“诸痹独取太阴”训词释句，认为痹证成因多源自湿气，治疗时须着眼肺脾二脏。强调痹证成因有四（风、寒、湿、热），湿居其要，其病位首先在肺，外湿侵袭首先犯肺，内湿湮郁水之上源，均可壅遏肺气而使气不外宣，湿邪流注关节而成痹证。吴鞠通提出治痹之祖方为加减木防己汤，通过分析加减木防己汤与木防己汤的异同，从方药加减变换角度，以方药测证进一步佐证“诸痹独取太阴”的临证特色。

[关键词] 痹证；太阴；吴鞠通；加减木防己汤

痹证是以肢体筋骨、关节、肌肉等处疼痛、重着、酸楚、麻木，或关节屈伸不利、僵硬甚至肿大变形为主要临床表现的一种病症，风湿性关节炎、骨关节炎、痛风等疾病均可归属其范畴。中医对于痹证的认识肇始于《黄帝内经》，《素问》设《痹论》专篇论述痹证成因分类、治则治法，提出“风寒湿三气杂至，合而为痹”“荣卫之气，亦令人痹乎……逆其气则病，从其气则愈，不与风寒湿气合，故不为痹”。《金匱要略》中如《痉湿喝病脉证治》《中风历节病脉证治》等篇章详细论述了痹证的理法方药，如方中常有麻黄开宣肺气，肺之宣肃正常则腠理开达，风寒湿邪自去，为后世医家临证诊治痹证提供了理论基础。《吴鞠通医案》^[1]是由吴鞠通晚年搜集一生治验而成，其中收录痹证医案 17 则，充分展示了吴鞠通辨治痹证的临床思路，以加减木防己汤为治痹之祖方，并在医案诊治分析中多次提及“诸痹独取太阴”。基于此，本文拟从“诸痹独取太阴”为切入点，探析吴鞠通辨治痹证的特色，以丰富现代临床痹证辨治体系，为其临证诊治提供参考。

1 “诸痹独取太阴”训词释句

“诸痹独取太阴”出自《吴鞠通医案·痹》^{[1] 311, 314}，吴鞠通在杨氏案、赵氏案中明确提出此法。《素问·诊要经终论篇》言：“冬刺夏分，病不愈，气上，发为诸痹。”痹即气血痹阻不通之意。《中藏经·论痹》亦有记载：“痹者，闭也。五脏六腑感于邪气，乱于真气，闭而不仁，故曰痹。”亦有痹为闭塞经络，血气不行之意。老官山汉墓出土医简 343 简则言：“凡痹者，其为痛也”^[2]。痹证以疼痛为主要表现。《素问·痹论篇》提出：“风寒湿三气杂至，合而为痹。”《说文解字·广部》言：“痹，湿病也。”《荀子·解蔽》载：“故伤于湿而击鼓鼓痹，则必有敝鼓丧豚之费矣，而未有愈疾之福也”，指出痹证成因与风、寒、湿等外邪侵袭密切相关，尤以湿邪为重。吴鞠通所言“诸痹”意指风寒湿外邪侵袭，机体经络闭塞，血气不行，以疼痛为主要临床表现的一种病症。“独取”一词，首见于《素问·痿论篇》“治痿独取阳明”，其意均为“重取”而非“仅取”，意在言诸痹证之治疗，取太阴为大法，而非定法，不可拘泥于太阴一处，而忽视随证变化。

“太阴”一词，源自阴阳，《周易集解·周易系辞》“易有太极，是生两仪，两仪生四象”是阴阳

基金项目: 国家中医药管理局第六批全国老中医药专家学术经验传承项目; 甘肃省卫生健康行业科研计划项目(GSWSKY2020-43)

✉ 通讯作者:wqch76@126.com

二分为太阳、少阳、太阴、少阴的最早记录。《淮南子·天文训》提到“太阴、小岁、星、日、辰五神皆合”，认为太阴是五神之一。《春秋繁露·天辨在人》论及“故少阳因木而起，助春之生也；太阳因火而起，助夏之养也；少阴因金而起，助秋之成也；太阴因水而起，助冬之藏也”，将太阴作为四时阴阳属性的一种。《黄帝内经》将“太阴”一词引入医学后，赋予了更为丰富的理论内涵。太阴从属于三阴三阳理论，《素问·至真要大论篇》曰：“阴阳之三也何谓？岐伯曰：气有多少，异用也”。太者，大也，太阴多指其阴气强大，随着中医学的不断发展完善，太阴含义亦逐渐趋于丰富。《素问·天元纪大论篇》云：“太阴之上，湿气主之”，《素问·五常政大论篇》亦言：“土曰备化……备化之纪……其令湿，其藏脾”“太阴司天，湿气下临”，说明六气属性中太阴之气为湿气，五运中土运之纪令湿，如此“太阴—湿气—土”便紧密联系在一起。在描述人体结构方面，“太阴”一词亦被赋予特殊含义，《素问·太阴阳明论篇》言：“太阴阳明为表里，脾胃脉也”“足太阴者三阴也，其脉贯胃，属脾”，均以太阴代指脾。《灵枢·终始》又言：“从腰以上者，手太阴阳明皆主之；从腰以下者，足太阴阳明皆主之。”手太阴之脉在《灵枢·经脉》记载为“起于中焦，下络大肠，还循胃口，上膈属肺”，在经络系统中，太阴亦代指肺。可见，“太阴”一词在中医学中指阴阳气有多少的前提下，其内涵主要有两个方面：其一指五运六气之属性，即太阴湿土；其二则为经络脏腑的代指，即肺手太阴之脉与脾足太阴之脉。吴鞠通“诸痹独取太阴”的理论内涵应为痹证之成因多源自湿气，治疗时多着眼于脾肺二脏。

2 “独取太阴”理论内涵

“诸痹独取太阴”高度概括了吴鞠通对于痹证病因病机、辨证治法的认识，基于其理论内涵，以“独取太阴”为出发点，从病因、病机两个方面阐释吴鞠通辨治痹证的理法。

2.1 湿本痹源，无湿不痹

《素问·痹论篇》对痹证的成因提出“风寒湿三气杂至，合而为痹”的提纲性条文。《素问·四时刺逆从论篇》言：“厥阴有余病阴痹，不足病生热痹”，提出热痹的概念。在《素问·痹论篇》中对于热痹解释为“其热者，阳气多，阴气少，阳遭阴，故为热痹”，《圣济总录·热痹》言：“盖脏腑

壅热，复遇风寒湿三气至，客搏经络，留而不行，阳遭其阴，故痹熯然而热闷也”，可见痹证病因多为风寒湿热四邪之扰。吴鞠通则在《温病条辨·中焦篇》第65条自注中提出“痹之因于寒者固多，痹之兼乎热者，亦复不少……大抵不越寒热两条，虚实异治”。然《说文解字》言痹为湿病，是以无论寒邪、热邪，必须与湿邪相合方可为痹^[3]，如《脉因证治·痹》所言：“湿本重滞，三气致痹之原，或外兼他患有之，若舍此而能痹，未有也”。湿为阴邪，其性黏滞重浊，叶桂在《临证指南医案》的《湿》《痹》两篇中谓其“为重浊有质之邪”“致湿痰浊血，流注凝涩而得之”，惟其有形，故为诸邪之窠臼。《辨证录·痹证门》亦云：“虽风寒湿合而为痹，其内最多者湿也。”因此痹因有四（风、寒、湿、热），而湿居其要，故言“痹必挟湿”“无湿不成痹”^[4]。痹证之湿，若非外袭，则由内生，吴鞠通《温病条辨·下焦篇》提出“湿之为物也，在天之阳时为雨露，阴时为霜雪，在山为泉，在川为水，包含于土中者为湿。其在人身也，上焦与肺合，中焦与脾合，其流于下焦也，与少阴癸水合”，是以外湿责之于天气、环境，如久居阴冷寒湿之处，或乘雾冒雨、汗出当风，内湿则多为脾虚生湿，湿困脾胃。《三因极一病证方论·叙中湿论》言：“夫湿者，在天为雨，在地为土，在人脏为脾，故湿喜归脾，脾虚喜中湿。故曰，湿流关节，中之多使人胀，四肢关节疼痛而烦。”湿邪内著，外邪复侵，内外相合，留滞经络，气血闭阻而痹也。湿邪缠绵日久，成痰瘀之渊藪，湿痰浊血凝滞筋脉、骨骼、关节，日久则可导致关节肿大变形、筋脉拘挛，甚则骨质破坏^[5]。

2.2 痹首在肺，湿郁上源，卫不外宣

“太阴”在中医理论中一指运气属性，一指经络脏腑，当其意指手太阴肺时，“独取太阴”内涵有三：1) 虚邪中人，始于皮肤，痹证早期病位在肺；2) 吴鞠通《温病条辨·下焦篇》谓：“肺主太阴湿土之气，肺病湿则气不得化”，气不得化，水更易聚而成湿；3) 卫气“温分肉、充皮肤、肥腠理、司开阖”（《灵枢·本藏》）之功能赖肺气之宣发，肺气失宣则卫不外达，故营卫不和，外合风寒湿之气则为痹也。

2.2.1 痹证之始，首犯在肺

《灵枢·百病始生》言：“是故虚邪之中人也，始于皮肤，皮肤缓则腠理开，开则邪从毛发入，入则抵深，深则毛发立，毛发立则渐然，故皮肤痛……在络之时，痛于肌肉……

在输之时，六经不通四肢，则肢节痛，腰脊乃强，留而不去，传舍于伏冲之脉，在伏冲之时，体重身痛。”《金匮要略·痉湿喝病脉证治》提出“风湿，脉浮身重，汗出恶风者，防己黄芪汤主之”，叶桂《临证指南医案·痹》同样认为“卫阳疏，风邪入络而成痹”，可见，痹证早期，源自肺气虚损，外邪由皮毛而入，经皮肤-络脉-经-输-伏冲之脉，逐层深抵，而渐成筋脉拘挛、肢节烦疼、关节肿胀变形、骨质破坏之痹证^[5]。《金匮要略·痉湿喝病脉证治》提出“若治风湿者，发其汗，但微微似欲汗出者佳”，创制麻黄加术汤、麻杏苡甘汤、防己黄芪汤等治疗痹证，重在解表宣肺。

2.2.2 上源湮郁，壅滞经络 痹证病因有四，湿居其要，而痹证之湿若非外袭，则由内生，外袭之湿责之肺，肺居高位，又主一身之皮毛，湿邪乘肺虚而入，内湿之生亦多不离肺气宣降。《灵枢·经脉别论》曰：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水精四布，五经并行。”《素问·水热穴论篇》言：“其本在肾，其末在肺，皆积水也。”《素问·灵兰秘典论篇》言：“三焦者，决渎之官，水道出焉。”津液代谢输布与肺脾肾及三焦密切相关，吴鞠通在《温病条辨·上焦篇》三仁汤方后注中言：“盖肺主一身之气，气化则湿亦化也。”肺居上焦，为华盖之脏，主司一身之气化。若肺气自虚，一身之气化壅塞，三焦之水道涩滞，水液输布不畅，水聚为湿，湿邪又壅遏肺气，水之上源湮郁，更令湿成，弥漫于三焦，壅滞于经络，以致肢节烦疼、关节肿胀变形。

2.2.3 肺卫失宣，邪久留滞 《素问·痹论篇》言：“荣卫之气，逆其气则病，从其气则愈，不与风寒湿气合，故不为痹。”虽然“风寒湿三气杂至，合而为痹……其热者，阳气多，阴气少，阳遭阴，故为热痹”明确提出痹证病因为风寒湿热邪气外袭所致，但《素问·评热病论篇》提出“邪之所凑，其气必虚”，如《类证治裁·痹症》所言：“诸痹，风寒湿三气杂合……良由营卫先虚，腠理不密，风寒湿乘虚内侵，正气为邪所阻，不能宣行，因而留滞，气血凝滞，久而成痹”。其中，卫气宣发与肺气宣降密切相关，如《理虚元鉴·劳嗽症论》所言：“肺主皮毛，外行卫气，气薄而无以卫外，则六气外感，怯弱难御，动辄受损”。若外邪袭肺或肺气本虚，以致肺气失宣，则卫气闭郁不能外达，卫外不固，风寒湿热邪气客居筋骨关节，引起筋

骨、关节、肌肉等身体肢节疼痛，导致痹证发生。

2.3 湿邪弥漫，兼犯脾肾

《温病条辨·下焦篇》注言：“湿之为物也……中焦与脾合者，脾主湿土之质，为受湿之区。”《素问·太阴阳明论篇》言“脾病而四肢不用”，湿土本为一气，同气相求，最易相合，湿喜归脾，脾虚喜中湿，如《金匮要略·痉湿喝病脉证治》言“太阳病，关节疼痛而烦，脉沉而细者，此名中湿，亦曰湿痹”，即脾虚不能运化水湿，使湿邪浸淫筋脉，流注关节，发为痹痛，表现为肢体关节沉重酸痛、麻木不仁。《素问·逆调论篇》言：“肾者水脏，主津液。”一方面，肾气气化功能与体内津液输布代谢密切相关，维持体内津液代谢平衡，肾气虚衰则易生湿。另一方面，湿邪侵袭日久，内舍肝肾则“湿伤肾不养肝，肝自生风，遂成风湿，流注四肢筋骨，或入左肩髃，肌肉疼痛，渐入左指中”（《普济方·伤寒门》）。

痹证病因虽为风寒湿热，尤以湿邪为重，贯穿痹证发病过程，湿邪侵袭人体及传变过程与肺脾肾三脏紧密联系，其中与手太阴肺尤为密切。故吴鞠通在治疗痹证时谨守“治在肺经，有诸痹独取太阴之明训”^{[1] 317}。

3 “治痹祖方”体现治痹思路

纵览吴鞠通生平三本著作，《医医病书·痿痹论》云：“近医之病，见痿痹皆云血虚……若久用阴柔，与寒湿相搏，固结而不可解，其胃气必伤，土恶湿也，必溇泄而至于死。俗谓湿热归脾，若用汤药补气，固住湿热，必成湿痰流注而死”，批判痹证治疗滥用阴柔补剂之风。《温病条辨·中焦篇》中列有4条专论痹证治疗，创制宣痹汤、薏苡竹叶散、杏仁薏苡汤、加减木防己汤，均重宣气化湿、旁开支河之法，其中在加减木防己汤注文中明确指出“此治痹之祖方也”。《吴鞠通医案·痹》所载医案17则，遣方制药亦多以木防己汤为基础方，可见加减木防己汤在一定程度上反映了吴鞠通治疗痹证的思路方法。

3.1 远宗张仲景，近承叶桂

加减木防己汤首载于《温病条辨·中焦篇·湿温门》，云：“暑湿痹者，加减木防己汤主之”，吴鞠通自注“此治痹之祖方也……因不能备载全文，故以祖方加减如此，聊示门径而已”，可见加减木防己汤为吴鞠通治痹之主方，乃辛温辛凉复法，而非暑湿痹专方。从方名上分析，此方应为木防己汤

加减所得，而木防己汤首载于《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》，云：“膈间支饮，其人喘满，心下痞坚，面色黧黑，其脉沉紧，得之数十日，医吐下之不愈。木防己汤主之”。据原文脉证可以分析总结木防己汤原方主治病机为饮邪久留胸膈，阻碍人体气机升降出入^[6]，其配伍特点为辛苦并用，祛湿通阳散结，使三焦水道通畅，消散饮邪，可见木防己汤创制之初乃为胸膈支饮所设，并未涉及痹证。至叶桂率先将张仲景木防己汤法应用于痹证的治疗，《临证指南医案·痹》杜三三一案中提出“邪入经隧，虽汗不解，贵乎宣通”，选用桂枝、苦杏仁、滑石、石膏、萆薢、防己、薏苡仁、通草诸药已有加减木防己汤雏形，于汪案、毛案中更是明确提出“仿仲景木防己汤法”。吴鞠通远宗张仲景，近承叶桂，《温病条辨·中焦篇》明确提出“暑湿痹者，加减木防己汤主之”，《吴鞠通医案·痹》昆案中更是记载“议木防己汤两开表里之痹”^{[1] 304}，其在系统研究叶桂医案的基础上，已在《温病条辨》中将叶桂“仿仲景木防己汤法”以条文的形式呈现为具体方剂，形成痹证辨治的固定理法，即加减木防己汤，并将其称为治痹之祖方。

3.2 加减变换，理法自见

加减木防己汤由张仲景木防己汤加减而来，木防己汤原方为防己、石膏、桂枝、人参，吴鞠通在此方变化之中去壅补碍湿之人参，以免“用汤药补气，固住湿热，必成湿痰流注而死”（《医医病书·痿痹论》），复加苦杏仁、滑石、通草、薏苡仁四药以“启上闸、开支河”。然《温病条辨·中焦篇》加减木防己汤方后记载“若泛用治湿之药，而不知循经入络，则罔效矣”，指出治疗痹证若仅用治湿之药，其药力不达病所则痹证不除，因此加减木防己汤以防己为君药，取其急走经络祛湿之意，又可引诸药循经入络，直达病所。《名医别录》载防己“味苦，温，无毒。主治水肿，风肿，去膀胱热，伤寒，寒热邪气，中风，手脚挛急，止泄，散痈肿、恶结，诸蜗疥癣，虫疮，通腠理，利九窍”，与辛温之桂枝配伍，两药辛开苦降，共奏调理气机、祛除湿邪之功，又配以大寒之石膏清热逐饮，此为吴鞠通治疗痹证之核心药组。若为寒湿痹证，则易大寒之石膏为大热之乌头、川椒、附子之类，总不离防己、桂枝之配伍。吴鞠通于木防己汤基础之上所加苦杏仁、薏苡仁、滑石、通草为其治湿常用药物，《温病条辨》中如三仁汤、杏仁滑石汤、宣痹汤、三石汤等方剂均有应用，此四药同样

反映出吴鞠通治湿之特色。吴鞠通善用苦杏仁开肺气之先以宣化湿邪，即如《医原·湿气论》言：“治法总以轻开肺气为主，肺主一身之气，气化则湿自化，即有兼邪，亦与之俱化”。滑石利窍而清热中之湿，又谓“治湿不利小便非其治也”，小便通利赖于膀胱气化，膀胱气化又责之于肺气宣通，通草直达膀胱，与苦杏仁配伍，宣展三焦气机，使湿随三焦气化从小便而去。《神农本草经》载薏苡仁“味甘，微寒，主筋急拘挛，不可屈伸，风湿痹，下气”，《名医别录》载其“除筋骨邪气不仁，利肠胃，消水肿，令人能食”，吴鞠通于加减木防己汤方后注为“薏苡淡渗而主挛痹”。苦杏仁、薏苡仁、滑石、通草淡渗利湿以清热，四药合用以开上郁、佐中运、利肠间，以宣通三焦，充分体现吴鞠通治湿“气化则湿亦化”的治疗大法^[7]。

《温病条辨·中焦篇》言：“风暑寒湿，杂感混淆，气不主宣”“外感初伤气分，惟贵宣通”。吴鞠通治痹之法总以宣气为主，郁则痹，宣则通，所谓宣者，即宣太阴肺气以化太阴湿土之气。

3.3 谨守祖方，病证结合

吴鞠通以加减木防己汤为治痹之祖方，其在自注中详列祖方之加减，“风胜相引，引者（吊痛掣痛之类，或上或下，四肢游走作痛，经谓行痹是也）加桂枝、桑叶，湿胜则肿，肿者（土曰敦阜）加滑石、萆薢、苍术，寒胜则痛，痛者加防己、桂枝、姜黄、海桐皮，面赤、口涎自出者（《灵枢》谓：胃热则廉泉开），重加石膏、知母，绝无汗者加羌活、苍术，汗多者加黄芪、炙甘草，兼痰饮者加半夏、厚朴、广皮”（《温病条辨·中焦篇》）。所谓一病必有一病之核心病机，必有相应核心方药。吴鞠通治疗痹证，紧抓痹证病因以湿为要，严守其首先犯肺、湿郁上源的核心病机，以加减木防己汤为核心方药，并根据临床症状所见、所兼之邪其寡甚，随证加减。如《吴鞠通医案·痹》中赵氏（四十七岁）案^{[1] 308}，其人太阳寒痹，脉弦，背心板着而痛，处方桂枝（五钱）、云苓皮（五钱）、防己（三钱）、川椒炭（三钱）、川乌头（三钱）、白通草（一钱）、生苡仁（五钱），因其为寒痹，故于加减木防己汤守防己一桂枝核心配伍及通草-薏苡仁利湿药组，去寒性之石膏、滑石，因病位在太阳，故去开太阴之杏仁而加温热之川椒、乌头。再如赵氏（三十六岁）案^{[1] 309}，症见痹症夹伏湿胀痛，可知其湿在中焦，故于加减木防己汤中去滑石、通草、薏苡仁淡渗利湿之品，而加半夏、陈

皮、厚朴等苦温燥湿之剂。通过数据挖掘分析^[8]发现,《吴鞠通医案》所收录 17 则痹证医案中,桂枝、防己为高频用药,高频药物组合有桂枝-防己、防己-苦杏仁、桂枝-苦杏仁,可以看出吴鞠通治疗痹证中的病证结合思想所在。

3.4 临床验证, 疗效显著

自叶桂仿仲景木防己汤法治疗痹证, 吴鞠通总结出加减木防己汤逐渐应用于痹证的治疗。随着临床实践的不断深入, 加减木防己汤逐渐展现其在治疗骨关节疾病方面的广泛适用性, 在现代临床中被用于诸如退行性关节炎、滑囊炎、滑膜炎、风湿性关节炎、类风湿关节炎、股骨头坏死等多种骨关节疾病的治疗, 如加减木防己汤可有效缓解类风湿关节炎的急性发作^[9], 尤其可减轻关节肿痛症状; 加减木防己汤可显著缓解痛风性关节炎患者临床症状, 且血尿酸、红细胞沉降率指标均有所改善^[10]。可见木防己汤对于缓解痹证急性发作期关节肿胀疼痛具有较好的疗效。

4 结语

痹证作为中医传统疾病, 病因多样、病机复杂、病情缠绵, 囊括了现代医学多种骨科疾病。所谓痹证, 依《黄帝内经》之明言不外风寒湿三气, 然痹乃“湿病也”, 又谓“闭而不通之谓也”, 即正气为邪气所阻, 湿邪又为重浊有质之邪, 为三气致痹之原, 是以致痹之因湿居其要。吴鞠通总结其辨治痹证经验, 从病因、病机、治则、治法等角度高度概括, 总结出“诸痹独取太阴”, 并远宗张仲景、

近承叶桂, 创制加减木防己汤为治痹之祖方, 为痹证的临证诊治提供参考。

参考文献

- [1] 吴瑭. 吴鞠通医案[M]. 王绪, 点校. 北京: 人民卫生出版社, 1985.
- [2] 梁繁荣, 王毅, 李继明. 揭秘敝昔遗书与漆人老官山汉墓医学文献初识[M]. 成都: 四川科学技术出版社, 2016: 191.
- [3] 苏艳仙, 黄清春, 陈秀敏. 湿邪在痹证发病中的作用[J]. 中国中医急症, 2010, 19(9): 1542, 1580.
- [4] 骆文青, 李志宇, 段巧, 等. 从微生态失衡角度阐释“无湿不成痹”理论: 以类风湿关节炎为例[J]. 浙江中医药大学学报, 2020, 44(2): 125-128, 158.
- [5] 叶冠成, 张春艳, 张泽涵, 等. 基于痹证探究叶天士对仲景思想的继承与创新[J]. 吉林中医药, 2022, 42(4): 381-384.
- [6] 许琳, 陈烨文, 龚一萍. 论木防己汤方证特点和发展[J]. 北京中医药大学学报, 2014, 37(11): 729-731.
- [7] 莫小英, 阮威君, 郑锋玲, 等. 基于“气化则湿亦化”论治湿滞三焦[J]. 广州中医药大学学报, 2024, 41(4): 1048-1052.
- [8] 刘思娣, 黄传兵, 石周珍, 等. 基于数据挖掘分析《吴鞠通医案》治疗痹证的用药规律[J]. 陕西中医药大学学报, 2019, 42(1): 60-63.
- [9] 王宝娟, 付滨. 木防己汤治疗湿热痹的研究进展[J]. 光明中医, 2023, 38(21): 4277-4279.
- [10] 王语嫣, 王玲. 加减木防己汤治疗急性痛风性关节炎湿热蕴结证的临床观察[J]. 实用中医内科杂志, 2020, 34(5): 55-57.

Connotation and Application of WU Jutong's Theory of "Treating All Bi (痹) Diseases through Taiyin"

MENG Liang¹, KANG Shuai², JIN Quan¹, WEI Qiancheng³

1. Lintao Shujitang Rheumatism and Osteopathy Traditional Chinese Medicine Hospital, Dingxi, Gansu Province, 730500; 2. School of Traditional Chinese Medicine, Beijing University of Chinese Medicine; 3. The Third People's Hospital of Gansu Province

ABSTRACT The *Medical Cases of WU Jutong* (《吴鞠通医案》) proposes the principle of "treating all Bi (痹) diseases through taiyin", which forms the basis for analyzing WU Jutong's understanding of the causes, mechanisms, and treatments of Bi (痹) diseases, providing a reference for clinical diagnosis and treatment. Through an interpretation of the phrase "treating all Bi (痹) diseases through taiyin", it is suggested that Bi (痹) diseases is primarily caused by dampness, necessitating a focus on spleen and lung in treatment. WU emphasized four main causes of Bi (痹) diseases (wind, cold, dampness, and heat), with dampness being the predominant factor. The disease location is initially in lung, for which external dampness invades lung first, and internal dampness obstructs the source of water metabolism, impeding lung qi and qi failing to disperse, then dampness further accumulates in the joints, leading to Bi (痹) diseases. WU Jutong proposed the modified *Mufangji Decoction* (木防己汤) as the foundational prescription for treating Bi (痹) diseases. By comparing the similarities and differences between the modified and original *Mufangji Decoction*, and analyzing the adjustments in herbal prescriptions, the clinical characteristic of "treating all Bi (痹) diseases through taiyin" is further substantiated.

Keywords Bi (痹) diseases; taiyin; WU Jutong; modified *Mufangji Decoction* (木防己汤)

(收稿日期: 2024-07-19; 修回日期: 2024-10-12)

[编辑: 侯建春]

《中医杂志》稿约

(2025 年 1 月修订)

《中医杂志》(ISSN 1001-1668, CN 11-2166/R) 是由国家中医药管理局主管, 中华中医药学会、中国中医科学院主办的国家级综合性中医药学术期刊。办刊宗旨是发扬中医特色, 以中医学术为本, 促进中医现代化和中西医结合事业的发展, 提高为主, 兼顾普及, 面向临床, 兼重基础理论, 努力促进中医药和中西医结合学术的交流与发展。本刊为半月刊, 每月 2 日、17 日出版, 国内外公开发行人。

作者在投稿前应仔细阅读本刊稿约, 之后的投稿行为即视为对以下所述原则的认可。

1 主要栏目

《中医杂志》主要栏目有: 学术探讨、当代名医、思路与方法、循证中医药、临床研究、实验研究、文献研究、临证心得、综述、百家园、标准与规范、病例报告等。请阅读以往出版的《中医杂志》了解各栏目刊出文章的内容范围和体例格式。

2 关于投稿

1) 本刊不接受打印稿, 所有稿件均通过本刊采编平台投送电子版。作者投稿唯一官方网址: <http://www.jtcm.net.cn>。本刊未与任何机构合作开展征集稿件事宜, 一切声称与本刊合作征稿的行为均为侵权行为, 本刊将通过法律途径维护合法权益。

2) 本刊不接受一稿两投及重复发表稿件, 并对全部来稿进行查重。投稿时须注明该文稿是否已在公开发行的刊物上发表, 或在学术会议交流过。如已用其他文种发表, 应同时提供征得首发期刊同意在我刊再次发表的书面授权文件。

3) 所投稿件应为作者基于最新学术研究成果撰写的学术论文。稿件内容应具有科学性、创新性和实用性, 数据准确, 论点明确, 文字精炼, 层次清楚。稿件内容应确保真实, 不得存在数据伪造及虚假信息, 不得涉及抄袭、剽窃等侵犯他人知识产权的行为。

4) 建议投稿时以附件形式上传作者所在单位介绍信及基金项目任务书首页扫描件。

5) 根据《中华人民共和国著作权法》并结合本刊实际情况, 凡稿件投本刊 3 个月内未接到处理通知者, 系仍在审阅中。作者如欲投他刊, 请先与本刊联系从投稿系统中撤稿。

6) 依照有关规定, 编辑部可对来稿做文字修改、删节, 凡有涉及原意的修改, 则提请作者考虑。

3 关于作者

作者是指对论文作出了实质性贡献的自然人、法

人或组织。作者署名次序原则上以贡献大小决定排序, 由论文全体署名作者在投稿前共同商定, 投稿后原则上不得变更。确需变更时应向编辑部说明变更原因并必须提交全部作者亲笔签名同意变更的书面文件。署名作者在 2 人以上 (含 2 人) 及以集体作者署名时, 应标注通讯作者。通讯作者应由全体署名作者在投稿前自行确定, 按照国际惯例, 未标注通讯作者的论文第一作者即为通讯作者。作者须在投稿时按照本刊提供的模板格式提交作者贡献声明, 说明每位作者对论文的贡献。

4 关于稿件评审

本刊实行编辑评审与同行专家评审相结合的审稿制度。同行评审专家均为相关学科具有较强影响力且较为活跃的学者, 每篇稿件根据需要选择 1~3 名同行专家进行评审, 并根据稿件内容选择单盲或双盲方法进行评审。审稿过程中编辑部及审稿专家对作者稿件的内容保密。对稿件处理有不同意见者, 作者有权申请复议, 并提出申诉的文字说明。

5 关于伦理审查与受试者保护

依据中华人民共和国国家卫生健康委员会公布的《涉及人的生命科学和医学研究伦理审查办法》, 报告涉及人的生命科学和医学研究时, 需说明所采用的试验程序是否经过国家的或所在机构设立的伦理审查委员会的评估与批准, 并注明批准文号。涉及人的生命科学和医学研究包括以下活动: 1) 采用物理学、化学、生物学、中医药学等方法对人的生殖、生长、发育、衰老等进行研究的活动; 2) 采用物理学、化学、生物学、中医药学、心理学等方法对人的生理、心理行为、病理现象、疾病病因和发病机制, 以及疾病的预防、诊断、治疗和康复等进行研究的活动; 3) 采用新技术或者新产品在人体上进行试验研究的活动; 4) 采用流行病学、社会学、心理学等方法收集、记录、使用、报告或者储存有关人的涉及生命科学和医学问题的生物样本、信息数据 (包括健康记录、行为等) 等科学研究资料的活动。

临床研究报告应说明受试者保护情况。在没有获得知情同意的情况下, 可辨认身份的信息, 包括患者姓名和其首字母缩写, 或住院号, 都不应在书面描述、照片或遗传谱系中公开, 以保护患者的隐私权。

研究对象为实验动物时, 应说明是否经过相关伦理委员会审查, 或说明是否遵循了国家或机构的有关实验动物管理和使用的规定。

6 利益冲突声明

作者投稿时需告知与该研究有关的潜在利益冲突,说明可能导致其研究结果和论文撰写产生偏倚的经济关系和私人关系,并对所提供的利益冲突公开声明的真实性负责。同行审稿专家应向编辑部公开任何可能使其对稿件评价产生偏倚的利益冲突,必要时应主动回避对稿件的审阅。

7 稿件撤销

经证实存在以下行为者,按相关规定及流程对已发表的论文予以撤销并在本刊印刷版及网络版刊登撤销声明:1) 论文存在学术剽窃、数据伪造和篡改等学术不端行为;2) 所报道的学术研究违背医学伦理规范;3) 重复发表;4) 审稿过程中存在出版伦理问题;5) 由于作者主观故意或非主观故意的错误导致该论文所报道的发现和结果不可信;6) 存在违反法律、法规的问题。

8 论文著作权

来稿一经接受,由全体作者亲笔签署《著作权转让声明》,论文的专有使用权归中医杂志社所有,中医杂志社有权以电子期刊、光盘版、移动终端等其他方式出版所刊登的论文,未经中医杂志社同意,该论文的任何部分不得转载他处。如有不同意见请在投稿时说明。

9 稿件具体要求

1) 文题

文题应简明扼要,重点突出。一般以 20 个汉字以内为宜,尽量不用缩略语。

2) 基金项目

稿件属于基金论文的,应注明基金项目来源及编号。项目来源应按国家有关部门规定的正式名称书写,并须提供基金项目任务书及其他相关证明材料。

3) 作者

作者姓名在文题下按序排列,排序应在投稿时确定。投稿时应注明作者职称、主要研究方向、所属单位全称、所在科室及详细地址、邮政编码、联系电话;1 个以上作者时请注明通讯作者姓名及联系方式(电子信箱、电话号码)。

4) 摘要

稿件须附中英文摘要。论文的摘要应具有独立性和自明性,即不阅读全文,就能获得必要的信息。其中临床研究、实验研究论著应按照目的、方法、结果、结论的结构编写摘要,其他稿件应附指示性摘要。摘要字数一般以 200~300 个汉字为宜。中文摘要一般使用第三人称撰写,不列图、表,不引用文献,不加评论和解释。摘要中首次出现的缩略语、代号须注明全称或加以说明。英文摘要一般与中文摘要内容相对应。

5) 关键词

关键词是指论文中最能反映主题信息的特征词或

词组。关键词标引原则是以主题词为主,若无相对应的主题词可直接选用规范学术名词作为自由词进行标引。关键词应使用全称,不用非公知公认的缩写。一般每篇论文标注 3~8 个关键词,应标注与中文关键词对应的英文关键词。

6) 数字与计量单位

数字用法执行《出版物上数字用法》(GB/T 15835-2011)。物理量量值必须用阿拉伯数字,并正确使用法定计量单位,如:150 km、600 mg、39 °C 等。计量单位执行中华人民共和国国家标准《国际单位制及其应用》(GB 3100-1993)。

7) 统计学符号

按《统计学名词及符号》(GB 3358-82)的有关规定书写,常用符号举例如下:样本的算术平均数用英文小写 m (中位数用 M);标准差用英文小写 s ;标准误用英文大写 SE ; t 检验用英文小写 t ; F 检验用英文大写 F ;卡方检验用希文小写 χ^2 ;相关系数用英文小写 r ;自由度用希文小写 ν ;概率用英文大写 P (P 值前应给出具体检验值,如 t 值、 χ^2 值、 q 值等)。以上符号均用斜体。

8) 图表

表格一般采用三横线表格式。论文中使用的图片应另附单独的图片文件,并且分辨率不低于 300 dpi。每幅图(表)应有独立、完整的图(表)题并有序号。图表中涉及数量值的应标明数值的计量单位。其他说明性的文字应置于图(表)下方注释中,并在注释中标明图表中使用的全部非公知公用的缩写。

9) 参考文献

作者引用已发表的文章中的内容须按规定正确标注参考文献。每篇稿件参考文献数量一般应不少于 5 条。参考文献采用顺序编码制。著录格式参考《信息与文献 参考文献著录规则》(GB/T 7714-2015)。文中参考文献角码依照其出现的先后顺序用阿拉伯数字加方括号在正文右上角标出。同一文献作者不超过 3 人全部著录,超过 3 人只著录前 3 人,后加“等”。中文期刊用全称,外文期刊名称缩写以 Index Medicus 格式为准。

10 其他说明

1) 本刊不指定个人接受与业务工作相关的汇款,涉及财务事项请认准本社对公账号。

2) 稿件刊登后将寄赠第一作者当期杂志 1 册。

3) 编辑部联系方式

地址:北京市东直门南小街 16 号

邮政编码:100700,电子信箱:jtcmen@188.com

联系电话:(010)64089195, (010)64035632

官方网址: <http://www.jtcm.net.cn>