

学术探讨

温病伤阴的防治及其机理研讨

重庆市中医研究所 郭 铭 信

伤阴,是温病的基本病理变化之一。阴液耗伤程度的轻重,直接关系着温病的转归和预后。因此,防止阴液损伤,对伤阴进行正确治疗,是提高温病疗效的重要环节。兹对此探讨于次。

防治伤阴的基本原则

祛邪撤热和养阴增液是防治温病伤阴的两大基本原则。前者是为了消除伤阴的原因,后者是纠正伤阴的病变,彼此相辅相成,互补为用。

祛邪撤热 祛邪撤热之防止伤阴,乃是针对伤阴的病因病机而设。伤阴是温邪的特性,其机制主要与发热有关。温病无论病邪在卫在气,入营入血,或在上、中、下三焦的不同脏腑,多以发热为主症。热势的高低久暂,直接影响阴液耗伤的有无轻重。如能顿挫邪热,就可避免伤阴的发生,或减轻伤阴的严重程度。

欲撤其热,必须祛邪。吴又可《温疫论·下卷》说:“因邪而发热,但能治其邪,不治其热,而热自己。”祛邪即所以撤热,撤热即所以保津。祛邪撤热可以预防和终止阴液损伤,已伤的阴液通过养阴治疗和人体自我阴阳调节而得到恢复。

对已伤阴者来说,祛邪撤热还寓有病因治疗的重要作用。水谷摄入不足,阴液化生障碍和邪热对阴液的耗伤是造成温病伤阴的三个基本因素,而前二者都是邪热戕害机体正气,使脏腑功能紊乱的结果,故邪热是温病伤阴的主要矛盾方面。在伤阴发生时,祛邪撤热以除去伤阴的原始动因,是治疗伤阴的重要措施。除非邪热已退,祛邪撤热这一消除伤阴病因的基本原则,是应予以高度重视的。

养阴增液 养阴增液是对伤阴的治疗。它

是按照虚者补之的原则,运用甘润多液或滋腻重浊的药物和方剂,补充耗伤的阴液,增强人体抗御邪气和自我阴阳调节能力,改善和纠正伤阴引起的病理变化,使阴阳重归于平衡。在邪盛阶段,可防止病情恶化,有助于祛邪撤热方药更好地发挥保津作用,避免苦寒药物化燥伤津。对阴液亏损,邪少虚多者,可托邪外出。在病邪已退的恢复期,可加速脏腑功能的恢复,促使早日痊愈。同祛邪撤热寓有病因治疗作用相似,养阴增液也有一定的预防伤阴作用。

有必要指出,在应用祛邪撤热和养阴增液时,既要充分发挥其预防和治疗伤阴的双重作用,又要注意其攻邪扶正的泻与补的治疗作用具有一定的局限性。只有辩证地认识祛邪撤热与养阴增液的关系,区别其预防和治疗作用的主次,了解其各自的局限性和特殊的适应证,才能有效地防止伤阴,正确地治疗伤阴。

保津的主要方法和措施

祛邪撤热的防治伤阴作用叫做“保津”。保津除按卫气营血论治外,主要是通过解毒清热、通腑泄热等方法 and 措施来实现的。

解毒清热 是运用具有解毒作用的药物和方剂,以清解邪热。解毒之所以能清热,是因为它能消除致热的因素。最近,黄星垣提出了温病毒寓于邪,毒随邪入,热由毒生,毒不去则热不除、变必生等新的学术见解^{〔1〕}。按照这种观点,温病的发热既然是由寓于邪中之毒引起,那么,解毒以清除致热的因素,发热也自会消退。解毒是针对发热的直接原因,清热是解毒的结果。同时,解毒还能减轻邪毒对人体正气和脏腑组织的直接损害,避免津血渗于脉外等阴液内耗,有

利于正气和脏腑组织功能的恢复,为正气战胜温邪创造了条件。

清热解毒的撤热作用非常显著,它适用温病范畴的多种传染病和感染性疾病⁽²⁾。六十年代以来,我所以清热解为基本治则,对不同病种拟用不同方药,先后治疗急性肾孟肾炎、肺炎、败血症等感染性疾病,均收到退热快、症状缓解和化验恢复正常迅速的良好效果⁽³⁾。从1979年开始,又重订处方,改进剂型,制成“清气解毒针”,静脉给药,治疗肺炎等6种感染性疾病的高热112例,其中3天内体温降至正常者76例(67.85%),有104例在1~2周内治愈,疗效并不逊于采用青、链霉素联合用药的相同病种的对照组⁽⁴⁾。

清热解的撤热保津作用在流行性出血热(以下简称“出血热”)治疗中也能够得到更好的说明。如在发热期及早应用清热解药,可以避免或减少阴液的耗伤,跳过低血压期与少尿期。武汉市螳螂菊协作组用螳螂菊注射液静脉点滴治疗52例,跳过低血压、少尿期者占73.58%,无一例死亡,与对照组比较有非常显著的差异。浙江出血热防治组用三叶青注射液治疗39例、江宁县人民医院等用清热解5号治疗64例、南京中医学院附属医院等用清热解4号治疗285例,均收到缩短热程,阻断病情发展,越期而过的撤热保津效果^(5,6)。

通腑泄热 即用泻下的方药以泄热,将邪毒直接排出体外,从而使由它们引起或加重的病理变化也随之得以改善。这便是通腑能够泄热保津的机理所在。通腑作为泄热保津的目的应用,宜遵吴又可“客邪贵乎早逐”,“逐邪勿拘结粪”和“勿拘于下不厌迟”(《温疫论·上卷》)的主张,不必只限于阳明腑实证。

李贵等报告,小儿大叶肺炎在发病早期有便秘、口渴、舌红、苔黄者,用通里攻下药,能起到迅速退热作用⁽⁷⁾。南充医学专科学校等对出血热少尿期肾阴伤而偏于气机阻滞,瘀热蕴结于胃肠的少尿、尿闭患者,用大承气汤加味进行“清下”存阴,促使了少尿期顺利渡过⁽⁸⁾。北京友谊医院采用通腑突击泄热的综合疗法治疗成人

急性肺炎,病初对每一病例无选择地采用通下的“泻热汤”,每日1~2剂,服用1~3天,同时配合清热解毒、活血化瘀等方药,在1977年取得疗效的基础上,为了重复验证,1978年又设抗菌素对照组,每组23例,结果说明,体温与白细胞恢复正常和肺部炎症吸收天数都以中药组为优⁽⁹⁾。前二者是根据腑实证用通腑以泄热存津的例子,后者则是把泻下用于腑实形成之前而收到泄热、缩短病程、预防伤阴的疗效。南京中医学院等用大剂量清热解药与大剂量清热解药加重剂大黄治疗麻疹肺炎患儿的不同疗效提示,通腑泄热与清热解并用,有协同作用⁽¹⁰⁾。

必须指出,在某些温病传变迅速的情况下,如采用一般按卫气营血辨证论治的方法,往往来不及用药,病情迅即向纵深发展。此时若在尚未出现下一层次证象前,即预先给下一层次药物(如在卫分加气分药,在气分加营分药等),往往可以收到阻止邪病深入,防止病情发展,保阴生津、祛邪退热的目的。目前临床对此法已屡显良效,如李传龙在诊治流行性乙型脑炎(以下简称“乙脑”)中观察到,此病常常卫分阶段极为短暂,发病后多很快进入气分,转为气营两燔,或迅即内陷营血。临床上有些初看起来是卫分、气分证的病人,每在要投药或刚服药时,就出现抽搐、神昏等营血证候,又须临时改药,使治疗处于被动地位。在汲取这个教训后,他们把乙脑分为卫气型、气营型和营血型辨证论治,各型处方都有熄风、豁痰、开窍醒脑药,并把这种预先加用治疗深层次病变药物的方法叫做“药先于病”,从而收到86例病人,临床治愈80例,占93%,遗留恢复期精神神经症状者6例,占7%,无一例死亡的疗效。其主要症状如发热、意识障碍、抽搐等都平均在3天内消失⁽¹¹⁾。欧阳锴在“脑膜炎”流行时,只要有高热、项强、喷射性呕吐等临床症状,即与预煎之加减小瘟败毒饮大剂频服,不少患者在“脑膜炎”确诊前病势已得到控制⁽¹²⁾。由于先治能有效地阻止邪热深入下焦,肝肾阴液因之免受戕伤。

卫气营血理论是建立在邪正相互作用所发

生的病理变化的基础上,按卫气营血治疗不是直接针对病因的温热邪毒,而是一种因势利导的顺应性调节,通过改善温邪引起的病理变化,帮助机体自稳调节能力的恢复^[13]。在实际应用时,往往与解毒清热、通腑泄热等并用,很难截然分开,所以,它的透热保津机理是综合性的。由于本法是对体内即将发生的或刚发生的病理变化在未显露于外之前就予以治疗,防微杜渐,因而能起到更好的撤热保津作用。应注意的是,本法必须在掌握具体疾病的传变特点,明确诊断或拟诊的前提下才能运用,否则就会尅伐无辜,引邪内入。在这种情况下,参考西医的辨病就显得必要。

伤阴的证治要点

从临床实用出发,伤阴的辨证论治大体可以归纳为如下五个要点:

掌握证候特点,判定伤阴有无 温病伤阴的临床证候特点,主要是由于机体阴液不足,欲增加水液摄入量,减少水液排出量的自我调节的病理生理反映,以及机体缺乏阴液的充润而出现的“燥”象。前者以症状为主,如口渴喜饮、尿量减少、大便燥结等;后者以皮肤及可视粘膜的体征为主要表现,如皮肤不润、唇齿干燥、舌上少津或生芒刺,甚则形容枯槁、舌体瘦小等。第三是阴液匮乏所致的阳亢和脏腑功能紊乱的症状,如发热、干咳声嘶、纳差、不寐,严重时可见抽搐、昏迷。脉象以细数为常见。

上述症状和体征,并非所有伤阴病人都全部出现,每随伤阴程度轻重和受损脏腑不同而异。其中,口渴、尿少、便秘、发热等在温病未伤阴时亦常见到,反映脏腑功能紊乱的症状,可在已知伤阴的前提下确定受损脏腑的病位。故伤阴诸种临床表现以“燥”象具有特异性,尤以舌象的变化最为敏感而重要。在通常的情况下,察苔之有无,辨舌之润燥荣枯,多可知阴津之盈亏,据以判定伤阴之有无。

在重点观察有无“燥”象的同时,还必须结合病史、体质和全身脉证进行综合分析。病史主要包括传染病史和流行病学情况以及患病时间

长短,热势的高低,病程中有无多汗、吐泻和误汗、误下、误用利尿,以及水谷瓜果摄入及补液等情况。体质应注意是否为阴虚之体。因素体阴虚者伤阴较易发生,程度也往往较重。

抓住胃腑肾脏,主用甘寒甘润 温病伤阴以耗伤胃腑肾脏的阴液为主。正如叶天士所说:“热邪不燥胃津,必耗肾液。”(《外感温热篇》)究其原因,乃与温邪的传变途径、损伤阴液的性质和脏腑之间的关系有关。

对于胃阴伤和肾阴伤的鉴别,应根据临床症状,结合病程、病位、病情演变经过,以及辨舌、验齿和脉象等进行综合分析判断。胃阴伤者,表现为食物受纳等功能障碍,如食少不饥、脘腹胀满、大便燥结等;多发生在病程中期,邪在气分,或病程终止于气分,或邪虽入营血但转出气分而解者;病变脏腑只涉及胃与肺、肠;舌苔光剥或舌红少津,脉细或数。肾阴伤者,有精血亏耗的表现,如形体消瘦、神疲欲眠、耳聋目瞑,以及低热、颧红、手足心较手足背热等虚阳亢奋病象;发生在疾病后期,病邪侵入下焦,一般病程较长,常在2周以后出现;病变范围涉及肾与肝、心等;舌绛而干,或舌体枯萎、强硬,齿干齿黑,或齿如枯骨,脉象虚细等。

治疗胃、肾阴伤的方剂,分别具有甘寒生津、甘凉濡润和甘润滋填的作用。甘寒生津的代表方剂有五汁饮、雪梨羹,宜于高热烦渴,津液损伤者,可按“滋阴不厌频频(繁)”的原则,大剂频服,作为汤药的辅助治疗。甘凉濡润的代表方剂有益胃汤、养胃汤,用于邪去胃阴未复者。甘润滋填的代表方剂为加减复脉汤,用治温邪久羁,深入下焦,肾精受劫,邪少虚多者。

权衡邪正盛衰,斟酌清养主次 伤阴多发生在温病病程的中期邪入气分以后,若素体阴虚者在病程早期的卫分阶段也可出现。这就是说,除温病末期邪热已尽阴液未复者外,伤阴每与邪热同时存在。由于病种不同,病程阶段不同,阴液耗伤的快慢和水谷摄入量的多少不同,以及治疗是否及时、正确等因素的影响,伤阴程度的轻重和邪热盛衰的情况也因之而有差异。在诊治时,必须权衡邪正盛衰,斟酌清解邪热与

养阴增液的主次。

对于邪热炽盛,伤阴不甚者,应以撤热为主,佐以养阴,如加减葳蕤汤证、白虎加地黄汤证、清营汤证、犀角地黄汤证与羚羊钩藤汤证等。邪热未衰,阴伤较著者,宜撤热、养阴并重,如玉女煎去牛膝、熟地加细生地、玄参汤证、青蒿鳖甲汤证及黄连阿胶鸡子黄汤证等。也可在撤热的同时,另用五汁饮、雪梨羹、西瓜汁等甘寒生津之品,大剂频服沃之。阴伤严重,或邪热已去阴液未复者,则应以滋阴为主,或迺以养阴之法为治,如加减复脉汤证、益胃汤证等。

邪热的盛衰进退和伤阴的发生时间及其程度的轻重,往往与病程、病位有一定关系,是指导应用撤热与养阴先后主次的重要参考。如吴鞠通《温病条辨·下焦篇》说:“在上焦以清邪为主,清邪之后,必继以存阴。在下焦以存阴为主,存阴之先,若邪尚有余,必先以搜邪。”就温病的全过程而言,发病早期,热势初起,脏腑功能无明显异常,少有发生伤阴,有者亦较轻微。中期邪热炽盛,脏腑活动呈亢奋状态,阴液消耗增多,摄入化生减少,于是发生伤阴。后期邪势已衰,阴液多未恢复;若邪热久羁者,伤阴尤为严重。故病程早期,邪在卫分或初入气分,应全力祛邪撤热;中期邪在气分和邪入营血阶段,应以祛邪撤热为主,辅以养阴;后期恢复阶段,则应着重于养阴。这种方法已被用于中西医结合辨病辨证分型和辨病分期治疗的大组病例的临床观察研究,如刘寿年等治疗流行性脑脊髓膜炎^[14]、周世钧等治疗出血热^[15],都是应用这种方法。

改革剂型,把养阴方药制成静脉注射剂,使养阴与撤热可以分别同时进行,较之汤药更为方便,处理及时。近年来我所以增液汤为基础,制成中药大型输液剂“增液针”和“养阴针”,通过324例的临床治疗、对照和实验研究,初步看来,除有西医输液生理盐水和等渗葡萄糖液相同的作用外,似还具有调节体内异常生化代谢的作用,后者可能就是中医养阴增液的部分内容^[16]。临床中还观察到,增液针、养阴针对温病伤阴者可较快纠正,对高热患者在伤阴前应用,

能起到较好的保津作用,避免了伤阴的发生。

重视合并伤阳,养阴不忘益气 临床实践表明,温病不但戕伤阴液,还可损伤阳气。伤阴与伤阳,是温邪伤正的两个方面。它们可以在病程的不同阶段分别发生,也可同时并见。鉴于伤阴伤阳同时并见者大多病情较重,故应予重视。

温病的脱证是阴津与阳气俱伤之最重者,多由热厥发展而来。脱证的病理基础,主要是津气急剧耗伤,影响心主血脉的功能,气血运行严重障碍,脏腑组织缺乏气血津液的温煦濡养,功能活动极端低下,气化作用异常紊乱,以致阴阳不能相互维系,阴失其守,阳不能固。临床表现为皮肤苍白,四肢厥冷,汗出不止,尿少或无,心悸气促,脉象细微,伴有烦躁、神志淡漠、迟钝,甚至昏迷等证象,设不及时救治,迅致阴阳离决。若见口渴喜冷饮,烦躁不安,面色潮红,脉象细数,舌红而干者为阴脱;精神委顿或昏迷,面色苍白,肢端青紫,脉微欲绝,舌淡多津者为阳脱。临床以阴脱多见,阳脱见于脱证后期,也有阴脱阳脱证象兼见者。由于阴难骤生,单纯滋阴,缓不济急;而阳气亡在顷刻,所当急固,故治疗应以固脱为急。阴脱者,益气敛阴固脱,主用生脉散。阳脱者,回阳益气固脱,可用参附汤。阴脱阳脱并见者,回阳益气敛阴固脱,宜生脉散合四逆汤。温病的脱证与现代医学的感染性休克相似,按照中医理论用上述方药治疗,取得了良好的效果。其中,以生脉散的运用最为普遍,已成为抗休克常用的药物之一^[17~20]。以人参、麦冬制成之参麦针疗效亦佳^[21]。

在温病后期恢复阶段,气阴两伤的情况亦多同时存在,只不过气虚一般常较轻微,只在养阴药中稍佐益气健脾之品,如养胃汤之用扁豆、甘草;或选用养阴兼有益气作用的药物如沙参、玉竹等。若气伤较著,则应养阴益气并重,可酌情选用薛氏参麦汤、三才汤等。

注意继发病证,治本治标兼顾 阴液是人的重要成分,是脏腑活动的物质基础之一,与气血有密切关系。伤阴可以引起脏腑功能和气血运行障碍,出现某些继发病证,如虚风内动、关门不利、血行瘀滞等。治疗应根据伤阴与继发

病证的关系和邪正盛衰情况,标本兼顾。

虚风内动是肾精亏损,肝体失养,木失柔和之性,而呈现的拘急、动摇之象。其临床表现与热盛生风不同,除有手足蠕动或痲、口角颤抖、眩晕等“风”象外,必伴有前述之肾精亏耗征象,且抽搐之势不剧,无壮热等实热证候。治疗应在滋填阴精的前提下,辅以熄风潜阳之品。前者可选用二甲、三甲复脉与大定风珠,后者宜阿胶鸡子黄汤。

关门不利是因肾阴受损,使肾主水司开阖的功能障碍而发生的尿少、尿闭,以及由之而出现的其它病变。单纯的津液不足所致的小便不利不在此范围。本证以舌光红少津、脉细数无力、腰痛等肾阴受损与尿少、尿闭的关门不利证候并见为特征。由于湿浊水毒不能由小便排出,干扰肠胃,侵犯神明,惹动肝风,可致恶心呕吐,昏谵,抽搐。论治当在育阴滋肾的同时,佐以通关,分利湿毒,方为合拍。

此外,伤阴还可导致血流瘀滞。阴津作为血液的组成成分,有助于血液的流畅,水津充沛,血始能行,津亏不足以载血,则血行瘀滞。温病瘀血的发生,除热灼营阴,煎熬血液外,伤阴亦为原因之一。在清营凉血活血方中加入生地、麦冬等养阴之品,有助于瘀血的消除。前述之阴津阳气俱伤的脱证也有血瘀情况存在,采用有效途径,即时补充血中津液以改善血液运行,是提高脱证疗效的有效方法。

参 考 文 献

(1) 黄星垣:毒与感染性休克辨证施治的关系。内部资料,

1981。

- (2) 邓文龙:清热解毒中草药治疗急性感染性疾病临床疗效研究的进展。未发表资料,1978。
- (3) 重庆市中医研究所:关于中医内科急症治疗研究的情况和讨论。全国中医内科急症治疗学术交流会议论文集,1页,内部资料,1979。
- (4) 杜树明等:改革中医药治疗感染性高热的初步探讨——附191例治疗比较和实验观察。内部资料,1981。
- (5) 朱起贵:中医对流行性出血热的认识与治疗。同(3),193页。
- (6) 南京中医学院附属医院、江苏省中医研究所出血热研究小组:以清热解毒4号为主中西医结合治疗流行性出血热的疗效观察。同(3),143页。
- (7) 李贵等:中西医结合治疗小儿大叶肺炎。中医杂志(12):33,1979。
- (8) 四川省南充医学专科学校、营山县医院流行性出血热协作组:从中医角度谈流行性出血热的几个问题。同(3),186页。
- (9) 北京友谊医院内科、检验科:中西医结合治疗急性感染小组:成人急性肺炎的中西医结合诊断与治疗。同(3),122页。
- (10) 朱良春:“通利疗法”在温热病中的应用。同(3),343页。
- (11) 李传龙:中西医结合治疗流行性乙型脑炎86例临床分析。中医杂志(8):45,1979。
- (12) 欧阳琦:关于对叶天士温病卫气营血学说的评价问题。湖南医药杂志(1):42,1979。
- (13) 张之文:温病学说探讨——兼评温病治疗之“截断”论。中医杂志21(10):13,1980。
- (14) 刘寿年等:133例流行性脑脊髓膜炎分型和治疗。新中医(6):32,1975。
- (15) 周世钧等:以活血化瘀、通里攻下、清热解毒法为主治疗流行性出血热52例报告。新医药学杂志(7):39,1978。
- (16) 田令群等:中药大型输液剂增液针、养阴针的临床和实验初步观察。内部资料,1981。
- (17) 周永莹:感染性休克的中医药治疗(综述)。同(3),362页。
- (18) 全国中医内科急症治疗学术交流会会议纪要。同(3),代序。
- (19) 周约伯:生脉散在临床的应用与理论探讨。天津医药(2):64,1978。
- (20) 李忠和:中西医结合抢救感染性休克的体会。辽宁中医(4):20,1979。
- (21) 郑新等:参麦针抗内毒素和治疗感染性休克的初步探讨。内部资料,1981。

· 简 讯 ·

中华全国中医学会常务理事扩大会议在京召开

中华全国中医学会常务理事扩大会议,于1982年2月26日至3月2日在北京召开。出席会议的常务理事30人,还有全国性分科学会和各省市自治区分会的秘书长44人、卫生部部长钱信忠,卫生部副部长、中医学会会长崔月犁,中国科协学会部部长谢东来在会上做了讲话。卫生部中医局局长、学会副会长兼秘书

长吕炳奎做了学会工作报告。卫生部副部长王伟出席了会议。常务理事会议讨论通过了学会试行章程和1982年学会工作计划。会议期间,各分会交流了学会工作的经验。最后,中医学会副会长任应秋教授在闭幕式上做了总结。

(王永炎)