

略论咳血、咯血与水不归原

江苏省如皋县人民医院 仲 润 生

咳血、咯血是常见血证之一，其病位在肺，而病因每与肾有关。肾病而咳血、咯血者，多数医家认为是肾虚火炎、刑金灼肺所致，肾阴虚则水亏火旺，阴不敛阳而虚火上炎。《红炉点雪》云：“真阴既亏则火自偏胜，火既偏胜则上炎灼金，……燔灼薰炎，迫血上行，越出诸窍而为咳唾吐衄等候。”^{〔1〕}肾阳虚则阴盛于下，逼阳于上而“水冷火泛。”^{〔2〕}《景岳全书》云：“……阴盛格阳，则火不归元而泛溢于上，是皆动血之因也。”^{〔3〕}

赵献可在《医贯》一书中指出，肾阳不足而咳血、咯血，除“命门火衰，火不归元，水盛而逼其浮游之火于上”，故“凡肾经吐血者，俱是下寒上热，阴盛于下，逼阳于上之假证”^{〔4〕}之外，更有一种寒水上凌、肾病及肺的“水不归原”之证。《医贯·吐血论》云：“又有一等肾水泛上，上侵于肺，水冷金寒，故咳嗽。肺气受伤，血无所附，故亦吐血。……须用八味丸补命门火，以引水归原。”^{〔4〕}（按：前人因咳血、咯血、唾血、呕血等，其血均从口中吐出，故常概称吐血。这里赵氏所称的吐血，实指源出于肺的咳血或咯血）。

水不归原而咳血、 咯血的病理机制

赵献可氏虽有水不归原而咳血、咯血之论，但阐述较略。其病理机制为二：一是命门火衰，水冷金寒；一是肾水泛上，寒饮射肺。

肾者坎象，一阳居二阴之间，火生于水而还藏于水。“命门为元气之根，真火之宅，熏育之主”^{〔5〕}，故命门火衰则水脏虚寒。《石室秘录》云：“肾水非火不能生，无火则肾无温暖之气矣。”^{〔6〕}肾脉连肺，息息相通，水天一气。故

命门不足，阳不温煦，肺金亦寒，此即所谓“水冷金寒。”肾者主水，“肾气温和则水液运下，肾气虚寒则邪水溢上。”^{〔7〕}肺为娇脏，其质清虚，主诸气而朝百脉，其性畏火，亦畏寒。是以水冷金寒，邪水溢上，寒水之气并伤肺脏，“肺主气而血随气伤，则血无所主”^{〔7〕}，故微则为咳为嗽，甚则咳血、咯血。

综上所述，水不归原而咳血、咯血者，实质上是肾阳不足所产生的一系列病理变化。笔者认为，除上述病机外，尚有以下三个方面：

火衰土冷，血失统摄：命火不足，既不能自制阴寒，又不能温煖中土，故脾胃虚寒。《血证论》云：“脾体阴而用阳，不得命门之火以生土，则土寒而不化。……脾阳虚则不能统血。”^{〔2〕}阳能统阴，气能摄血。然气之根在肾，资生于脾，故脾肾既虚，而元气亦衰。《病机沙篆》云：“血之源头则在乎肾，盖水为天一之元，而人资之以为始者也；气之源头则在乎脾，盖土为万物之母，而人资之以为生者也。故曰二脏安和，百脉受调。”^{〔7〕}是以火衰土冷，脾虚气弱，故血失统摄而外溢。

阳虚金寒，肺络瘀阻：肾阳不足，水冷金寒，则肺络瘀阻。其因有三：其一是元气不足，血脉不行。气为火之用，故命门火衰，元气必虚。《医林改错》云：“元气既虚，必不能达于血管，血管无气，必停留而瘀。”^{〔8〕}元气为血脉运行的动力，虚则血脉不行。其二是寒水上逆，胸阳被阻。肾阳不足，气不化水，寒水浊阴之气上逆，凌心射肺，必伤胸阳。《印机草》云：“下焦之浊气上腾，则胸中之阳气不布。”^{〔7〕}心主血而肺朝百脉，心肺之阳气不布，必影响血脉的运行。其三是肺虚金寒，络脉瘀滞。《景岳全书》云：“血即精之属也，……生化

于脾，总统于心，藏受于肝，宣布于肺，施泄于肾。”⁽³⁾所谓宣布于肺者，以肺主气而血随气布，故“血随气行，气寒而行迟则血涩滞。”⁽⁹⁾是以气虚肺冷不布之血，遇金脏之寒则涩滞于肺络而为瘀。肺络瘀阻，血道不畅，则血不循经而外溢，故咳血、咯血之症乃作。

肾虚不纳，冲气上逆：冲脉属于奇经八脉之一，为人体之血海而隶于肝肾。肾司闭藏而主纳气，肾气不足则气失潜纳，故冲气不守而上冲。张锡纯云：“冲者奇经八脉之一，其脉在胞室之两旁，与任脉相连，为肾脏之辅弼，气化相通。是以肾虚之人，冲气多不能收敛，而有上冲之弊。”⁽¹⁰⁾唐容川指出冲气上逆是引起血从上溢的重要因素，“肾居冲脉之下，又为冲气之根，冲气安而血海宁，自不至于潮上矣。”“冲为血海，气逆血升，此血证之一大关键也。”⁽²⁾故肾虚而冲气上逆，血随气升，也是引起咳血、咯血的重要因素。

病案举例

沈××，男，56岁。1982年11月28日初诊：夙因积劳成疾，咳嗽延已二十余载。近二年咳嗽更剧，痰多，痰中常见血丝，间有咯血盈口。小有劳则气急喘促，时见面浮，身常畏寒，两足如冰。近三月来，痰血更多，虽经两次住院治疗，咳喘略减而痰血未净。曾服止咳化痰、敛肺止血中药，更增胸闷不舒，常觉气上冲胸，斯时则呼吸不畅而痰血如涌。刻诊面目浮肿，口唇微绀，语音低微，入夜喘息不能平卧，痰薄量多，咯吐无力，时时吐血盈口，淡紫不鲜。腰脊酸软，四肢冷麻，大便微溏。脉沉细无力，舌苔薄白、质淡紫。此肺肾阳虚，阴水上凌，肺络瘀阻，水不归原之证也。拟补命火、平冲气，佐以行气利水、活血化痰。俾肾阳复而水温金暖，冲气降而水血各归其位。

处方：熟附片10克，川桂枝10克，熟地黄15克，山药20克，山萸肉10克，茯苓15克，猪苓12克，泽泻8克，巴戟天12克，车前子12克(包)，泽兰叶10克，红花10克。4剂。

12月3日二诊：药后小便增多，面浮渐消，胸闷已减，气上冲胸未作，咳嗽依然，痰血略稀，脉苔同前。前法已知效机，原方再服3剂。

12月6日三诊：面浮全消，紫绀亦退，精神较振，夜间已能安卧，痰咳略减，痰中间见少量血丝。脉细有力，舌苔白、质淡红。原法进退。

处方：肉桂6克，熟附片10克，太子参20克，大熟地15克，茯苓15克，山药20克，山萸肉12克，巴戟天12克，杏仁8克，苡仁20克，土炒白术10克。5剂。

12月12日四诊：经治以来，咳喘十减六七，痰血已净，胸膈宽畅，食欲增加，精神爽健，四肢温暖，已能参加轻微家务劳动。脉细，苔白、舌质淡红。时届冬令，拟两培脾胃，佐以利肺法，膏方缓图，以善其后。

处方：肉桂50克，附片100克，鹿角片100克，太子参200克，山药300克，杏仁80克，苡仁200克，茯苓200克，山萸肉120克，淡苁蓉150克，巴戟天150克，焦白术120克，炙紫菀100克，款冬花100克，炙甘草50克，当归150克，坎炆30条，大枣60枚。以冰糖、白蜜收膏，早晚每服一匙。

本例西医诊断为慢性支气管炎、慢性阻塞性肺气肿、肺源性心脏病、右心功能不全Ⅱ°。本例去冬今春以来，未用其它药物，咳喘不剧，偶见痰中略有红丝，胸次舒畅，精神爽健，胜于往年。

体会

本文探讨了“医贯”之水不归原的含义及其所引起的咳血、咯血的病理机制。对于其症候表现，赵氏略而未载。按“医贯”所述推论，其症候主要有三：其一是肺肾虚寒的表现，如形寒怯冷、四肢不温、面色黧黑、口淡不渴、呼吸浅促等。其二是水饮上凌的表现，如胸闷心悸、咳嗽气急、呼吸不畅、小有劳则喘、甚则不能平卧等。三是咳嗽痰血的表现，咳嗽反复发作，痰多清稀，血色紫暗不鲜。临床观察，慢性心肺疾病的后期，一些病人常有

咳血或咯血症状,其中不少病例呈现一派虚寒见证,如面色灰滞、口唇紫绀、面目浮肿、胸闷心悸、形寒畏冷、重衣不温、四肢如冰、痰液清稀、咯血紫暗、脉沉细而弱、舌质淡紫等,与赵献可所述水不归原之吐血证相类。赵氏对水不归原而吐血之证的治疗分为二步,先补命火,次温脾土。“须用八味丸补命门火,以引水归原;次用理中汤补脾胃,以补肺之母,使土能克水,则肾水归原,而血复其位矣。”⁽⁴⁾笔者之治法,亦常先宗八味丸法温补元阳,更益以行气利水之品,以驱水下行,“水为血之倡,水行则血行”⁽²⁾,治水即治血也。若见口唇紫绀、痰血紫暗者,多配以活血通瘀之剂;若见气上冲胸而胸闷气急者,则伍以平冲降逆之味。对水肿较甚者,则用真武汤合苓桂术甘汤加减;待水肿消退,紫绀消失,喘咳渐平,痰血减少后,则以两培脾肾,兼利肺气法以巩固

疗效,常收到较好的效果。

参 考 文 献

- (1) 龚居中:红炉点雪。卷一,2页,上海科学技术出版社,1982。
- (2) 唐容川:血证论。卷一,15、10页;卷二,24、25页;卷四,81页,上海人民出版社,1977。
- (3) 张景岳:景岳全书。卷三十,514页,上海科学技术出版社,1960。
- (4) 赵献可:医贯。卷三,43页;卷四,63页。人民卫生出版社,1982。
- (5) 徐洄溪:徐灵胎医学全书。后集·杂病源·命门,上海六艺书局,光绪丁未年。
- (6) 陈梦雷等:古今图书集成医部·脏腑门。432册,29页,中华书局影印。
- (7) 丹波元坚:杂病广要。164、390、114、551页,人民卫生出版社,1965。
- (8) 陕西省中医研究所:《医林改错》评注。下卷,119页,人民卫生出版社,1976。
- (9) 何梦瑶:医碕。卷一,27页,上海科学技术出版社,1982。
- (10) 张锡纯:医学衷中参西录·医论。576页,河北人民出版社,1977。

保元汤加减治疗再生障碍性贫血合并妊娠1例

中医研究院西苑医院血液病研究室 周霭祥 王天恩

熊××,女性,29岁,工人,病历号13781。患者1975年7月因头晕、乏力、心悸、皮下散在出血,在本市×医院经血象、骨髓象等检查,诊断为再生障碍性贫血。曾2次住我院治疗,病情好转。第二次于1977年4月23日出院后,血红蛋白维持在9~10克%之间,并上班工作。1981年结婚,翌年7月怀孕,于妊娠3个月时,血红蛋白下降至3克%左右,前述症状明显,于1982年12月9日住入我院。

体查:重度贫血貌,睑结合膜苍白,巩膜无黄染,肺(一),心率116次/分,心尖区可闻II级收缩期吹风样杂音,肝脾未及,子宫底平脐,胎心120次/分,下肢无可凹性水肿。血象:血红蛋白2.8克%,红细胞131万/立方毫米,白细胞2200/立方毫米,中性48%,淋巴52%,血小板2万/立方毫米,网织红细胞0.2%。入院前查酸溶血试验阴性,骨髓细胞增生活跃,粒系增生低下,红系中晚幼红比例偏高,淋巴细胞比例增高,巨核细胞未见,血小板少见。根据以上检查,诊断为再生障碍性贫血合并妊娠。

中医所见,血虚7年,怀孕5个月,现症头晕,乏力,心悸,气短,腰痠,夜尿每晚2次,面色萎黄,舌质淡,苔白,脉滑数。证属气血不足,肾气亦虚,法宜益气养血补肾为治。方宗保元汤加减:黄芪、党参各50克,甘草10克,当归、补骨脂、仙茅、仙灵脾各20克,水煎服,每日一剂,从未间断。配合输血,每周200~400毫升,未用西药。治疗过程中病情逐渐好转,至1983年2月20日以后,血红蛋白7~8克%,白细胞2000~3800/立方毫米,网织红细胞0.2~1.2%。患者于1983年5月1日转×院产科生产一男孩,健康,体重6.8斤,分娩时输血400毫升,分娩过程中出血量不多,产后未再输血,已回家休养,婴儿用牛奶喂养。患者于今年6月2日来我院复查,血红蛋白8.3克%,白细胞3500/立方毫米,血小板3万/立方毫米,一般状况尚佳。7月20日再次复查,血红蛋白9.7克%,白细胞4200/立方毫米,血小板5.5万/立方毫米,一般情况良好,已上全班,婴儿亦健在。