

学术探讨

温疫学说溯源

湖南中医学院 陈大舜

《说文》：“民皆疾也”曰疫。说明疫病的原始涵义，就有传染性、流行性。因疫病大多数属温热性质，故往往称疫病为温(瘟)疫。至于温疫与温病，在概念上是既有区别而又有联系，温病是泛指各种温热性质的外感热病，范围较广(但不包括风寒性质的外感热病)；温疫则是指温病之中具有强烈传染性和流行性的一类疾病，范围较狭。因此，温疫隶属于温病。温疫学说是温病学说的一个重要组成部分，探讨温病学说的形成和发展，继承其学术精华，无疑将大大地丰富温病学说的内容。本文着重探讨温病学说的源流，仅作引玉之砖。

一、温疫学说肇始于先秦时代

有关疫病的文献记载是相当早的，《左传·昭公元年》有“水旱疠疫之灾，于是乎崇之”的记载，说明当时人们还没有找到防治温疫的有效方法，于是只好靠禘灾之祭(“崇之”)来求助于神。《墨子·尚同篇》云：“若天降寒热不节，雪霜雨露不时，五谷不熟，六畜不遂，疾疢戾疫，飘风苦雨，荐臻而至者，此天之降罚也。”《礼记·月令》也有“孟春……行秋令，则其民大疫”，“季春……行夏令，则民多疾疫”，“仲夏……行秋令，……民殃于疫”之说。可见先秦时期常有温疫发生，并已认识到它与气候的反常有着密切的关系。这些记载虽不是专门的医学著作，但可说明在先秦时期，人们对温疫已有了初步的认识。

在专门的医学著作《黄帝内经》中，对温疫病有了进一步的认识。在《素问·本病论》及《刺法论》中已明确记载有“温疫”、“温疔”、“金疫”、“木疫”、“水疫”、“火疫”、“土疫”等病名。在其他许多篇章中，也有关于温疫的零星

记载。这些是研究温疫病最早的资料，对温疫的病因病理、临床表现、防治等问题，均作了较为全面的阐述。

在病因学上，《刺法论》认为，温疫的产生与自然界气候的反常变化直接相关。并认为运气的升降不前，气交有变，不迁正，不退位，刚柔失守，是造成气候异常的重要原因。运气的反常变化，必然会影响到万物的生化，容易造成温疫的流行。此外，还认为温疫传播的病源是“毒气”、“尸鬼”，为外界一种传染性极其强烈的病邪，其感染途径是从“天牝”而来。“天牝”指鼻，因呼吸天气，故谓“天牝”。在《内经》中就已知温疫之邪的感染途径是从口鼻而入，确属难能可贵。

在发病学上，《刺法论》着重强调“重虚”或“三虚”。所谓“重虚”指天运不及，人体正气内伤；所谓“三虚”指天运不及，人体正气内伤，复受虚邪侵袭。这就是说，即使是温疫病，疫邪也必须在人体正气虚的情况下才能致病。这种注重内因的思想，与《素问·评热病论》的“邪之所凑，其气必虚”是一致的。当然如疫邪太甚，超过人的防御能力时，也可发病。

在临床表现方面，金疫、木疫、水疫、火疫、土疫，各不相同。《刺法论》又指出：“五疫之至，皆相染易，无问大小，病状相似。”说明疫邪的传染性是极强的，可在人群中引起大流行，无论年龄大小，每一种疫病的症状表现是相似的。

在防治方面，《刺法论》强调要“全神养真”，“避其毒气”，预防第一。及至疫病已患，首先振作精神，不必恐惧，同时可根据五运六气的推演规律，主要以针刺为主，刺治相应经脉的

有关俞穴。另外,还可运用催吐法、药浴出汗、口服小金丹等各种手段进行预防。尽管对温疫病的治疗,局限于针刺法,没有提出有效方药,但从《内经》重视采用综合预防措施来对付温疫,这一点是可取的。

由于历史条件的限制,《内经》对温疫病的认识显然是极为粗略而朴素的,但它已对温疫病的病因、病理、症状、防治等方面作了系统的论述,其中某些观点和认识,至今仍具有一定的科学价值。

二、汉至金元时代对温疫学说的补充和发展

汉代张仲景的《伤寒杂病论》没有专门论述温疫病。但汉末战乱频繁,温疫流行是肯定的。由于张仲景当时对温疫病没有深刻的认识,故把它混淆于广义的伤寒病之中。《伤寒论》原序中所述:“余宗族素多,向余二百,建安纪年以来,犹未十稔,其死亡者,三分有二,伤寒十居其七。”这其中亦应包括部分温疫病在内。

在晋·王叔和重新整理撰次的《伤寒论》中,已有这方面的阐发。他在《伤寒例》中云:“从春分以后,至秋分节前,天有暴寒者,皆为时行寒疫也。”“阳脉濡弱,阴脉弦紧者,更遇温气,变为温疫。”王氏已开始把疫病区分为“温疫”与“寒疫”的不同名称。并认为引起疫病的原因是“时行之气”或“时行疫气”,仍然局限于气候反常的因素。他说:“凡时行者,春时应暖而反大寒,夏时应热而反大凉,秋时应凉而反大热,冬时应寒而反大温,此非其时而有其气,是以一岁之中,长幼之病,多相似者,此则时行之气也。夫欲候知四时正气为病,及时行疫气之法,皆当按斗历占之。”王氏对温疫虽有所论及,但仍没有从广义伤寒中区分出来,既无专篇论著,又未提出不同于治疗伤寒的治疫效方,可见其认识是比较肤浅的。特别是对温疫与伤寒的概念,没有严格的划分,容易使人混淆不清。

隋唐时代,由于整个温病学说仍没有从伤寒学说中分化出来,所以温疫学说也未能自成

体系。尽管隋·巢元方在《诸病源候论》中列有《疫疠病诸候》三篇专论,对温疫的病源、病候有一些论述,但在理论上并无多少突破。同时,《诸病源候论》有论无方,《千金》、《外台》等方书中也没有专列温疫病方,可见隋唐时期,温疫学说没有得到医学界的足够重视,也没有重大的发展。

到了宋金元时代,因逐渐出现温病从伤寒体系中分化出来的趋势,对温疫的认识才有了新的发展。其中以庞安时的成就最为突出。他着意阐发温热病,并把温热病分为两大类:一类是一般温病,仍属伤寒的范畴,但四时均有发生,如风温、春温、暑湿等等;一类是时行温病,也就是温疫,则不属伤寒的范畴,与伤寒大异也。他认为这种时行温病的病因是感受了四时“乖候之气”所引起,有流行性,随着四时季节的不同,侵及的脏腑、经络的不同,可发生不同的温疫。他在《伤寒总病论》中,创定了五种温疫的病名,即青筋牵、赤脉攢、黄肉随、白气狸、黑骨温,各系之以主治之方。他所创定的五种温疫的病名,虽已被历史所淘汰,但他用四时五行与伤寒六经相配合,脏腑与经络相结合进行辨证的方法,还是有其独到之处。特别是在治疗上采用了犀、羚、石膏等大剂寒凉,对治疗温疫病已有所突破,对后世也产生了一定的影响。如清代温病学家余师愚治疗温病与温疫喜用大剂石膏,就是受了庞安时的启发。

河间学派的开山刘完素,创立了火热学说,制定了不少治疗温热病的新方,对中医温病学说的发展,起了奠基人的作用,但是在温疫学说方面,并无多大起色。只是认识到,温疫具有传染性,伤寒不具传染性,二者的主要区别在此。《伤寒标本》就专门立了《传染》一条说:“凡伤寒疫疠之病,何以别之?盖脉不浮者,传染也。”这一认识,对于后来的温疫理论,不无影响。

三、明清时期温疫学说逐渐形成比较完整的理论体系

明代医家缪仲淳在《先醒斋医学广笔记》中

有论治温疫的内容,但仍将温疫与伤寒混合讨论,治疗亦不出伤寒六经之窠臼。到了明末,山东浙江,南北直隶,温疫流行,世医以伤寒法治之不效,吴又可独辨其为温疫,按疫施治,大获奇效。于是他就对温疫病之所感之气,所入之门,所受之处,及其传变之体,详加探究,并结合自己治疫的有效方法,加以整理发挥,编著了我国医学发展史上第一部温疫学专著——《温疫论》。吴氏突破了外感病传统的四时六淫病因说,创立了新的病因理论。他在《温疫论》的自序里,开首即言:“夫温疫之为病,非风非寒,非暑非湿,乃天地间别有一种异气所感。”他把这种不同于六淫的异气,叫做“杂气”,并设立《杂气论》、《原病》等专篇,详加论述。他认为这种杂气(又称疫气、疠气、戾气)是一种肉眼看不见,鼻子嗅不着,耳朵听不到的微小物质。“夫物者气之化也,气者物之变也。”气即是物,物即是气,各种时行疫气皆由杂气会聚而成,即所谓“杂气所钟”。虽然在当时的历史条件下,吴又可不可能观察到细菌、病毒等病原微生物,但他断定杂气是物质,这是难能可贵的。吴氏还指出,这种杂气能从人的口鼻而入,具有传染性、流行性,还具有特异性(某种杂气只引起某种温疫)、“特适”性(某种杂气专入某一脏腑或经络)、“偏中”性(某种杂气偏中于某一物种)。吴又可的“杂气论”不但丰富了祖国医学病因学说的内容,而且在世界传染病学史上,也应占有一定的地位。

吴氏不但对温疫病因的认识,在理论上有明显的突破,而且在临床的辨证论治方面,也有重大建树。他首先辨明伤寒与温疫是两类截然不同的疾病,不应当用治伤寒的传统方法来治疗温疫,因此他创立了新的治疗温疫的辨证论治理论,并能够自成体系,指导临床。他认为温疫之邪侵入人体,伏于半表半里之募原,然后向表里传变,因此在辨证论治时以表里为大纲,提出了九传与九治。并强调这是治疗温疫的紧要关节。由于感邪有轻重,伏匿有深浅,体质有强弱,所以其传变的方式亦颇不一致。九种传变大体可归纳为三大类型:第一类是向

表传变,包括但表不里,表而再表;第二类是向里传变,包括但里不表,里而再里;第三类是同时向表里传变,包括表里分传,表里分传再分传,表胜于里、里胜于表,先表后里,先里后表。九种传变,均可见到不同的症候表现,而治以不同的方药。他所创立的达原饮、三消饮、举斑汤等名方,至今为医者所习用。

在吴又可《温疫论》的影响下,继之而起研究温疫者,层出不穷。如清代戴天章的《广温疫论》,即是在《温疫论》的基础上,对温疫的辨证施治,广为发挥,特别在辨气、辨色、辨舌、辨脉、辨神,辨温疫兼证与夹证等方面,尤有心得,并立汗、下、清、和、补五法施治。

清代余师愚的《疫疹一得》,不仅是一部论治疫疹的重要专著,而且对温疫学说的充实和发展,也有一定的影响和贡献。他对疫疹的病机、形色和治疗等方面均进行了详细的阐述。指出:“火为疹之根,疹为火之苗”,火毒迫于血分,外发肌肤,形成疫疹。治宜清热解毒、凉血滋阴为法。不可见数脉而误用表散与攻下,主张重用大剂石膏以清胃火,创制清瘟败毒饮等名方,为温疫病的治疗开拓了新的境地。

晚清杨栗山的《伤寒温疫条辨》,对温疫之病因证治,全面继承了吴又可的温疫学说,并有所发挥。如在论述“杂气”时,除继承了吴氏的观点外,更阐明了空气和水的污染是导致温疫流行的重要环节。杂气感则一时不觉,可先时蕴蓄、潜伏体内,发病之初一般邪微病微,邪毒日益鸱张而致病益甚。并认为外感无名暴病顷刻即亡者,皆为温疫所致。这些记载与现代对传染病的认识有许多相似之处。杨氏对温疫的证治也有不少独特见解,归纳起来,大致有如下几点:其一,辛凉宣透是治疗温疫初起的重要大法,制订增损三黄石膏汤、增损双解散、升降散等方,僵蚕、蝉衣为习用之药。其二,温疫急以逐秽为第一要义。除辛凉宣透外,既重视攻下逐秽,亦重视清热解毒,而且两者常结合使用,有时三者结合使用,各类承

气汤是攻下逐秽之主方,大黄、黄连为解毒逐秽之主药。其三,温疫救逆,创清营解毒、宣散蓄热之大复苏饮,其方用犀角地黄汤合黄连解毒汤、六一散、生脉散加味,为温疫热入营血、津液耗伤的有效之方。其四,论及清补兼施、攻下兼补以及滋阴扶阳等重要法则。

此外,清代有关温疫的著作还有朱兰台的《疫证治例》,余伯陶的《疫证集说》,陈耕道的《疫痧草》,周扬俊的《温热暑疫全书》,熊立品的《温疫传症汇编》,陈虬的《瘟疫霍乱答问》,邵登瀛的《温毒病论》,杨尧章的《温疫论辨义》,唐毓厚的《温疫析疑》,刘松峰的《瘟疫论类编》、《松峰说疫》等,对温疫学说的理论和临床,均有不同程度的发挥。

从上可见,温疫学说肇始于《内经》,经历代的补充和发展,至明清时期吴又可的《温疫论》问世以后,研究温疫学说者蜂起,学术空气十分浓厚,并已形成了比较完整的理论体系。但由于受历史条件的限制,吴又可等所创立并逐渐完善的温疫理论,没有与近代自然科学相结合,因而没有发展到更加成熟的地步。后来叶天士、吴鞠通等温病大家创立了卫气营血辨证与三焦辨证的新理论,对一般温热病和温疫病均具临床指导意义,久而久之,温疫学说就被概括于温病学说之中,从而失去了它的独立性。因此,今天有必要挖掘和整理其中的精华,重整其术,不但可进一步丰富温病学说的内容,而且可望建立一门独立的中医疫病学。

正容汤治疗面神经麻痹 130 例疗效观察

陕西省澄城县医院 黄鹤岭

一、临床资料:本组 130 例患者,男 87 例,女 43 例;年龄 7~74 岁,以 30~50 岁者为多;病程 2 天~33 年,2 个月以内者 55 例,3 个月~1 年者 42 例,1 年以上者 33 例;发病前多有受风受凉史,部分患者伴过度疲劳、精神紧张、心情抑郁等情况,多数患者于发病前 2~3 天或发病初 2~3 天伴有耳上或耳后疼痛;本组除 1 例患者外均为单侧面肌瘫痪,均有患侧额纹消失、眼睑不能闭合、鼻唇沟变浅、漱口时口角漏水等症状及体征。

二、治疗方法:本组病例均为门诊治疗,其中 70 例曾在它院经用西药、针灸及中药治疗无效后转至我院。130 例患者中服用正容汤(羌活 4.5 克,防风 4.5 克,白附子 4.5 克,茯神木或用黄松节 3 克,半夏 4.5 克,甘草 3 克,胆南星 3 克,木瓜 3 克,秦艽 6 克,僵蚕 9 克,黄酒 30 克分兑。上药加水 400 毫升,煮沸 10 分钟后,去渣,兑入黄酒服用)者 72 例,服用正容丸(将上方各药量加大 10 倍,松节煎煮 10 分钟,余药共研细末,用松节水水泛为丸。日服 3 次,每次 6 克,温开水兑黄酒送服)者 58 例,少数患者同时服用维生素类药物或配合针灸治疗。

三、治疗结果:痊愈:自觉症状消失,患侧表情

肌运动自如,与健侧对称,共 73 例(占 56%);好转:自觉症状减轻,患侧表情肌活动功能部分恢复,共 52 例(占 40%);无效:自觉症状及表情肌活动障碍无明显改善,共 5 例(占 4%);总有效率达 96%。总的来说,年龄越大病程越长则疗效越差。

四、典型病例:安××,女,25 岁,工人,1980 年 4 月 30 日初诊。口眼歪斜 24 天。发病前有明显受凉及精神刺激史,并有耳后乳突疼痛。发病当天即在当地医院就诊,曾用针刺、西药、中药牵正散以及单方治疗,均无明显效果。检查:左侧额纹消失,不能皱眉闭目,左侧鼻唇沟变浅,口角下垂,偏向右侧歪斜,鼓腮漏气,说话口型不正,发音不准。诊断:左侧周围性面神经麻痹。治疗:正容汤(药味及用量如前所述)15 剂带回服用。后患者来信告知:服 5 剂后显效,10 剂后恢复大半,服完 15 剂以后痊愈,未留任何后遗症。

五、小结:面神经麻痹属祖国医学中“风病”的中络证。正容汤出自明·傅仁宇《审视瑶函》,全方 10 味药具有辛散温通、化痰祛风、舒筋活络之功效,对于治疗面神经麻痹颇为适宜。笔者临床运用此方治疗面神经麻痹 370 例,随访 130 例,疗效颇为满意。