

综 述

卫气营血的证候及治疗研究进展

重庆市中医研究所 黄 星 垣

卫气营血证候, 是明清以来的温病学家从诊治急性感染性疾病的临床实践中总结出来的辨证提纲, 它与“八纲辨证”、“六经辨证”和“脏腑辨证”同属于中医四大辨证论治的理论体系。建国以后, 各地对卫气营血的研究, 不仅从卫气营血证候的病理生理特点进行了探讨, 而且总结出来了一套既能体现中医理法特色, 又有时代新内容的成功治法经验, 致使中医和中西医结合在急性感染性疾病的治疗中, 显示出自己的优势。

一、证候研究

(一) 概念和范围

近年的研究分析认为, 卫气营血概念在中医的理论体系中分两大类: 其一为《内经》论述的卫气营血, 是属于生理功能范畴的概念; 其二为温病论述的卫气营血, 是属于临床病理的证候和辨证的提纲。《内经》中卫气营血所指的“卫”, 是附于“气”的; “营”, 是附于“血”的。“卫气”有卫护和调节机体抗病的功能和作用; “营血”有营养和补充机体物质的功能和作用。温病的卫气营血, 是论述温热病常见的四个病程阶段的病理生理特点。病在卫分和气分阶段, 是反映机体对外邪入侵, 处于正盛邪实的抗损害性病理反应阶段; 病入营分或血分, 是反映机体对外邪入侵, 已处于正衰邪实的损害性病理反应阶段^(1,2)。

至于卫气营血证候的范围, 据重庆市中医研究所从中医内科热病二千多例急性感染性疾病分析, 70%左右为急性细菌性感染性疾病, 其次为病毒感染性疾病及一般内科疾病并发各种急性感染。表现为典型的温病卫气营血证候者近80%, 其中气分证、卫分证占绝大多数⁽³⁾。

(二) 临床的特点

1. 发热主证: 发热贯穿全程, 临床观察提示, 温病的卫气营血四个阶段, 无论病在卫在气, 或是入营入血, 皆以发热为主证。卫分系热之浅者, 病位主要在肺卫, 特征为发热恶寒, 脉浮; 气分系热之盛者,

病位主要在肺、胃、胆、肠, 特征为高热不恶寒, 苔黄脉洪数; 营分乃热势渐深, 病位主要累及心包与心, 特征为发热夜甚, 舌绛心烦; 血分乃邪热内陷, 脏腑功能损伤的严重阶段, 特征是高热出血, 舌质紫绛⁽⁴⁾。若临床上呈现为高热并发疹、厥、闭、脱、出血等危急证候之一, 即可诊断为逆传。

2. 舌脉变异: 舌脉变化直接反映热势状态。临床观察还表明, 在卫气营血诸候中, 舌象及脉象的变异与热势之轻重和深浅均有直接关系。有的报道认为, 舌苔薄白或薄黄, 是反映邪在肺卫的舌象; 黄苔为病在气分的舌象, 苔愈黄而少津示热愈重; 病在卫分舌质为淡红, 随着病邪入里留于气分, 舌质则偏红或呈红绛舌质; 若邪热内陷营血, 伤津耗液, 则舌转为少津或无津, 舌质红绛加重^(5,6)。另有人分析认为, 在卫气营血诸候中, 体温在38℃以下, 临床呈现为黄腻苔和红绛舌质者, 分别占26%和57.29%; 但体温在38℃以上者, 临床呈现为黄腻苔和红绛舌质的比例, 则上升到48.2%和68.79%, 两组比较均有非常显著性差异⁽⁴⁾。脉象的表现, 在卫气营血诸候中, 均以数脉为多见, 卫分多见浮数脉, 气分多见洪数脉, 入营入血则多见细数脉, 符合传统温热病的脉象。

3. 病位不同, 兼症有别: 虽然发热为卫气营血诸证的共同主证, 但因病位不同, 则其累及的脏腑和出现的兼症亦随之而异。若热犯肺系, 则肺失宣肃, 必见咳嗽, 咳吐痰液, 热轻则痰稀薄, 热重则痰浓稠; 热犯胃肠, 则脾胃失和, 出现恶心呕吐, 腹痛泄泻; 热蕴肝胆, 则腹痛时作, 呕吐纳减; 热滞肠道, 则里急后重, 便带脓血; 若热袭膀胱及肾, 则腰痛尿频, 小便不利, 或见浮肿, 或见血尿, 或见癃闭⁽⁴⁾。

(三) 病理及转变

1. 病理形态改变: 重庆、成都等地, 对流行性乙型脑炎、流行性脑脊髓膜炎、钩端螺旋体病和败血症等的卫气营血四个证候, 作了病理形态的观察分析, 结果认为^(7,8), 卫分阶段主要为机体内部各种防御功能呈现为代偿性活动, 尚未发生机能或代谢的明显障

碍,局部病变为充血水肿或轻度炎性变;气分阶段乃机体对致病因子呈亢进性反应,机体的代偿反应较旺盛,其所病脏器是充血水肿,炎性变为主,此时病变是可逆的,当病因消除后,可恢复正常;病入营分阶段,则脏器损害加重,且病及心脏、神经系统,正气渐衰;病至血分阶段,机体的防御功能遭到破坏,脏器损害更为严重,可致多系统如心、肝、肾、脑等功能的衰竭,弥漫性血管内凝血,水电解质、酸碱平衡严重紊乱,此属温病的晚期危重阶段。

2. 免疫功能改变:上海、重庆等地曾对急性感染性疾病的卫气营血各阶段的体液免疫和细胞免疫功能进行测定比较。体液免疫测定结果,乙型脑炎的卫气营血各阶段IgM均有明显增高,IgA则偏低,IgG变化不太大;而细胞免疫的测定结果,卫分、气分阶段的淋巴细胞转化率明显高于营分、血分阶段,提示在温病的卫分、气分阶段,正盛邪实,其细胞免疫功能呈亢进反应;邪陷营血,正衰邪实,则细胞免疫功能下降^(9,10)。

3. 血液流变和电解质:上海对乙型脑炎的观察分析认为,温病进入营血阶段,其血沉、血沉方程K值、红细胞电泳、纤维蛋白原均明显高于正常值;而病在卫气阶段,只有红细胞电泳一项增高,提示暑温(乙型脑炎)入营入血期,其血液流变指标的明显变异,与热灼营阴之间有一定内在联系⁽⁹⁾。还有人将温病入营入血阶段血中钠、钾、氯等进行了测定比较,发现热甚伤阴患者中,除有失水现象外,血中钠、氯降低者多见,且与高热伤阴的表现一致⁽⁸⁾。

4. 临床病情传变:卫气营血证候的病情传变是以热耗营阴为其病理基础的。其传变有两种形式:一为由卫分至气分不再传变的单纯型;另一为暴发性的逆传型,即在卫气阶段后,出现高热合并休克、抽搐、昏迷、出血等现象。统计表明,在整个温病病程中,单纯型占85.73%,逆传型占14.27%;在痊愈闭脱出血等逆传危症中,又以休克为常见,占83.5%⁽⁴⁾。但若及早投以解毒清热和救阴增液之剂,常可防止逆传变证的出现^(11,12)。

二、治法研究

卫气营血的治法研究,近年来除了发掘继承传统的经验和方药以外,主要是对抗感染的中医治法进行了横向联用的系列化探讨,以及如何扩大和提高群体病例的临床疗效,在这些方面都取得了一些新的发展。

(一) 截断扭转病势的探讨

截断扭转温病的病势,是姜春华于1978年首先提出的⁽¹³⁾。所谓“截断”,是指采取果断措施,选用具有特殊功效的方药,直捣病巢,迅速除去病因,杜绝疾病的自然发展和迁延,若不能急速祛除病因,也要断然救危截变,拦截病邪深入。所谓“扭转”,是指扭转病势,使之向好的方向发展。截断扭转的证治要点有三,其一,重用清热解毒;其二,早用苦寒攻下;其三,及时凉血化瘀⁽¹⁴⁾。其具体治法有七:汗散祛邪法,适用于流感高热,选用清透之剂;苦寒直折法,适用于温病急性重症早期,选用大剂清热解毒之剂;通腑攻下法,对热甚燥结急症,选药首推大黄;活血破瘀法,适用于瘀血痛证;降戢平逆法,对呃逆重用白芍、甘草、刀豆子,吐逆重用代赭石、旋复花,定喘选用合欢皮、佛手草,截咳选用南天竹、百部;醒脑开窍法,属热甚者早用“三宝”,属寒、痰、湿者选用苏合香丸;扶正固脱法,应及早选用生津固脱、益气固脱、回阳救逆等救其体克、衰竭等急危之症⁽¹⁵⁾。重庆的临床实践表明,把好气分关,以清热解毒治法方药贯穿全程,确能截断病势,杜其逆传,退烧天数明显缩短⁽¹⁶⁾。

(二) 多种治法联用的探讨

1. 清下两法联用:这对治疗感染性高热、急腹症、急性呼吸窘迫综合征、急性弥漫性血管内凝血、急性肾衰和感染性休克等急症,收到了良好的疗效。如北京友谊医院治疗急性肺炎80例,全部采用“突击泻热法”,以大黄、芒硝、元参、甘草等通下与清解方药联用,治疗结果无论降热、炎变吸收,均较使用抗菌素者为优⁽¹⁷⁾。药理实验也提示,通下与清解方药合用,其解热、抗炎、免疫激活的作用和抗休克、抗感染的效果,比两法单用明显增强⁽¹⁸⁾。

2. 活血与清解联用:两法联用在温病进入气分及热陷营血的阶段已列为常规的治则。有人建议凡急性感染过程中,出现固定部位的胸痛、胁痛、腰痛、少腹痛、鼻衄、咳血、尿血、吐血、发斑、舌绛紫暗等,均属温热致瘀和动血的表现,也是清热解毒与活血化瘀两法联用的临床指征^(3,19)。

3. 清解与救阴联用:临床所见,不论卫气营血任何阶段,均由热毒所伤致病,热毒内扰,必伤津耗液,热毒愈甚则气阴耗伤愈重。这类病人之虚,均以邪热壅盛,阻遏气机,灼气耗津为其主要病机,故清热解毒与救阴增液联用是提高疗效的有效措施⁽²⁰⁾。1982年重庆还将古方增液汤,采用现代工艺改制成药大型输液剂增液针和养阴针,与清热解毒和益气固脱等方药联用,治疗热甚伤阴患者223例,收到良好

疗效⁽²¹⁾。

4. 固脱与解毒联用：抗休克的中医和中西医结合的治疗，近年来已由选用单一的立方造药治疗，逐步转向益气、回阳、救阴、活血、通腑、解毒、开窍等治法交叉联合运用，疗效较好⁽²²⁾。

5. 急救的治法联用：温病急危重症，采用单一的治法多难取效。近年内总结出来了急救的治法联用，效果较好。这种急救的治法联用，实际上就是中医的急救综合疗法，其主要内容是：辨证口服汤药；针刺合谷、曲池、大椎等穴，反复强刺激留针；推拿；辨证选方浓煎，保留灌肠给药；口服中成药；青蒿、柴胡注射液滴鼻以即刻降热；肌注中药解毒退烧针剂；药汤擦浴或外熨；穴位封闭等。湖北黄梅县内科急症组运用这种方法治疗107例，结果治愈95例⁽²³⁾。有人从878例急性感染性高热的比较中观察到，口服辨证汤药、肌注中药针剂，3天退烧者仅占35%、38.7%，但采用中药静脉注射并口服中药，3天退烧者可达67.85%⁽²⁴⁾。

(三) 中西药物联用的探讨

在温病的逆传急危重症的临床治疗中，中西药物联用仍然是当前临床上常用的有效治疗方法。不过近年这种联用，都有其较强的针对性和选择性，以达到疗效上的取长补短和协同的作用。如江苏采用化腐利湿的中药，与保肝的西药联用，治疗瘀胆型肝炎22例，结果均获显效，生化指标在1~3月恢复正常，退黄时间平均为54天⁽²⁵⁾；天津采用菌毒并治，清下并用，扶正驱邪兼顾的原则，抗休克选用改善微循环，维持有效循环，纠正酸碱平衡紊乱，预防处理好并发症等，治疗重症感染性休克105例，结果存活88例⁽²⁶⁾。中西药联用，对一些难治的感染性疾病的治疗，如流行性出血热、乙型肝炎、散发性脑炎、阿米巴痢疾、亚急性重症肝炎，也显示出较高的疗效。

(四) 传统治法系列化的探讨

近年对卫气营血传统治法的研究，开始趋向于向系列化和规范化方向发展。董建华等曾有这样的设想，将各类急性感染性疾病，统分为表证、半表半里证和里证三大期。其中表证和半表半里证则宗仲景之治法，里证则宗温病卫气营血之治法。其里证证候共概为14个系列分证，每一分证拟出了相应的治则。这14个系列分证的治法是：气分热炽证用清热生津法；热结胃腑证用泻下实热法；痰热壅肺证用清热化痰法；湿热困脾证用宣化湿热法；肝胆湿热证用疏肝利胆法；膀胱湿热证用清热利尿法；湿热下痢证用清热止痢法；气营两燔证选清气凉营法；邪热入营证用清营透热法，

邪热入心证用清心开窍法；热极生风证用凉肝熄风法；阴虚动风证用滋阴养血法；血热发斑证用凉血解毒化瘀法；阴竭阳脱证用益气滋阴回阳固脱法⁽²⁰⁾。

三、实验研究

近年来对温病卫气营血的实验研究，重点是探讨有效方药中如清热解毒、通腑攻下、活血化瘀和益气养阴等复方的综合生物效应，以及研制治疗重症感染的系列新制剂，这两方面都取得了一定进展。

(一) 有效方药的生物效应研究

1. 清热解毒方药：临床提示，许多无抗生作用的方药，确有良好的临床效果，这一现象表明，清热解毒有效方药的综合作用效应是与现代医学完全不同的非抗生效应。实验结果证实，清热解毒有效方药的抗感染原理，主要在于增强机体的非特异性抗感染能力和机体对感染的反应性调整。这些作用包括：(1) 增强多形核白细胞及巨噬细胞吞噬能力，提高血清或分泌液中溶菌酶水平，增强补体活性，增强细胞免疫，促进抗体生成等^(27,28)；(2) 近年发现有些清热解毒方药，在体内还有明显的抗毒作用，或能对抗病原微生物毒素的效应，或能使毒素直接灭活，或能加速毒素体内的廓清^(29~32)，这在抗感染的治疗上有重要的临床意义；(3) 清热解毒方药还具有明显的解热、抗过敏、促进肾上腺皮质功能、改善微循环、抑制血小板功能，以及抗休克、保肝、利胆、镇静、抗痉等广泛的作用^(3,33)。

2. 通腑攻下方药：由于下可去积，下可去热，尤以胆道感染、腹腔及肠道感染、肺部感染、流行性出血热等，常有一下而解热，病情随之转危为安的效果。通腑攻下方药的生物效应主要是具有明显的抗炎解热作用、增强肝胆分泌、改善肠道血运、促进肠道的排泄功能等，特别是对于阳明腑实、矢气不通、高热不解的患者，多因肠道异常发酵加剧、肠道粘膜缺血而致通透性增加，大量肠源性内毒素毒性物吸收入血，致使单核细胞功能抑制。此时运用通下方药，荡涤积滞，抑制过度发酵，排出细菌及毒素，解除肠道缺血缺氧状态，恢复肠粘膜毛细管通透性和单核巨细胞吞噬功能，有效地避免肠源内毒素的吸收，从而取得良好的治疗效果^(34,35)。

3. 活血化瘀方药：就其抗感染的生物效应而言，由于这类药物本身具有明显的抗病原体、抗炎、解热作用和促进肾上腺皮质功能，增强抗感染免疫和抑制变态反应等功能，特别是对血流动力学和微循环有良好的影响，从而不利于病原微生物的生长、繁殖，有

利于机体抗感染免疫功能的发挥。因此, 选用活血化瘀方药与清热解毒、通腑攻下和益气扶正方药联用, 治疗感染性高热、休克、呼吸困难、急性弥漫性血管内凝血、出血、疼痛等, 均有优良效果^(38~39)。

4. 益气养阴方药: 近年的实验表明, 益气养阴方药的生物效应, 主要在于能全面调动、增强机体抗感染免疫功能, 增强机体对感染危重症的耐受力, 增强机体的非特异性抗感染能力, 增强机体对感染的适应、代偿和修复能力等。这类药物虽无特殊抗病原体的效应, 但不论对细菌、病毒、真菌、钩端螺旋体和其他微生物病原体感染所致的毒害反应, 均有较好非特异性抗毒害损害的效应。尤其对重症感染机体的代偿、修复功能遭到损害或衰竭, 施用高敏感和大剂量的抗生物药难于奏效时, 及早加用益气养阴之剂常可收到意想不到的效果^(40~44)。

此外, 近年的实验研究还发现上述有效方药, 不少具有诱生干扰素和含有多种机体需要的微量元素, 这为增强上述有效方药的生物效应, 增添了新的内容^(45~47)。

参 考 文 献

- (1) 田令群等, 河南中医 (2):49, 1982。
- (2) 黄星垣, 大众中医药 (1):1, 1986。
- (3) 黄星垣等, 中西医结合杂志 (9):520, 1985。
- (4) 郑新等, 重庆医药 (6):8, 1980。
- (5) 何建树等, 成都中医学院学报 (5):54, 1980。
- (6) 栾炯, 江苏中医杂志 (4):25, 1980。
- (7) 重庆医学院新医病理研究小组, 新医药学杂志 (6):16, 1974。
- (8) 曾祥国, 温病研究学术资料汇编。内部资料, 1979。
- (9) 孟宪益, 上海中医药杂志 (6):18, 1980。

- (10) 全国中医内科急症治疗学术交流论文集。内部资料, 1979。
- (11) 黄星垣, 上海中医药杂志 (1):13, 1983。
- (12) 田令群等, 上海中医药杂志 (9):12, 1983。
- (13) 姜春华, 新医药学杂志 (12):611, 1978。
- (14) 贝润浦等, 上海中医药杂志 (1):16, 1983。
- (15) 贝润浦, 山东中医学院学报 (1):17, 1983。
- (16) 黄星垣等, 新医药学杂志 (10):485, 1978。
- (17) 罗来时, 江西中医药 (6):7, 1983。
- (18) 邓文龙, 中药通报 (2):37, 1985。
- (19) 张学文, 上海中医药杂志 (5):10, 1982。
- (20) 黄星垣, 上海中医药杂志 (2):9, 1983。
- (21) 田令群等, 中西医结合杂志 (3):153, 1982。
- (22) 黄星垣等, 中医杂志 (11):58, 1984。
- (23) 黄梅县中医院, 湖北中医杂志 (6):19, 1984。
- (24) 朱元来, 江苏中医杂志 (1):22, 1984。
- (25) 王今达, 中西医结合杂志 (1):21, 1983。
- (26) 董建华等, 中医杂志 (1):62, 1985。
- (27) 高海谦, 中成药研究 (7):28, 1981。
- (28) 马德恩等, 山西医药杂志 (2):67, 1983。
- (29) 王道生等, 中成药研究 (10):31, 1982。
- (30) 黄宗清等, 广东医学 (4):31, 1983。
- (31) 许冰等, 云南医药 (1):5, 1984。
- (32) 蒋振国, 山东中医学院学报 (2):66, 1984。
- (33) 时钧华, 药学通报 (11):32, 1983。
- (34) 周才一等, 上海中医药杂志 (3):48, 1983。
- (35) 孙爱贞等, 中西医结合杂志 (11):689, 1984。
- (36) 陈祥银等, 中医杂志 (10):70, 1982。
- (37) 翁维良, 中医杂志 (2):69, 1984。
- (38) 翁维良, 中西医结合杂志 (9):555, 1984。
- (39) 乐兆升, 中药通报 (1):44, 1985。
- (40) 邹丽琰等, 北京中医学院学报 (1):37, 1985。
- (41) 邓文龙, 四川医学 (2):113, 1982。
- (42) 宋崇顺等, 辽宁中医杂志 (12):36, 1984。
- (43) 钱家骏等, 北京中医学院学报 (6):26, 1984。
- (44) 邓文龙等, 中医杂志 (7):66, 1983。
- (45) 孟宪益, 中西医结合杂志 (6):374, 1983。
- (46) 吴炳辅等, 北京中医学院学报 (1):58, 1984。
- (47) 沈海保等, 江苏中医杂志 (4):47, 1984。

薏苡仁治疗坐骨结节滑囊炎 25 例介绍

山西省稷山县中医院 黄 继 斗

1975 年以来, 笔者采用生薏苡仁治疗老年缠足妇女之坐骨结节滑囊炎 25 例, 疗效尚好, 现介绍如下:

一、临床资料: 25 例患者年龄 56~80 岁, 均系缠足小脚妇女, 发病时间 2~10 年。坐骨结节部位的囊肿最大 8×8 厘米, 最小 4×4 厘米, 质软, 囊肿边缘清楚, 局部有胀痛感, 皮肤色泽正常。

二、治疗方法及结果: 取生薏苡仁 60 克, 加水

300 毫升, 煎至 200 毫升, 分 2 次口服。本组服药最短 26 天, 最长 45 天。25 例局部囊肿均完全吸收, 症状消失。笔者对本组病例作了 3~10 年随访, 无一例复发。

三、体会: 本病多由慢性损伤引起。主要是由于行动不便, 长时间采取坐位姿势, 反复和力量稍大的摩擦或压迫引起的。笔者用生薏苡仁治疗本病获较好疗效。特介绍供同道验证。