

温病邪入血分之热瘀气脱证研究

南京中医学院温病学博士研究生 张文选*

指导老师：孟澍江 沈凤阁 王灿晖

现行血分证概念着重强调了热甚动血的基本病机及凉血散血的基本治法，而对该病机进一步发展所致的其他更为严重的病机证治未能作出具体的阐明。这就导致临床上易把邪入血分的各种出血均笼统归咎于血热迫血，使许多复杂的病机证候受这一理论的影响难以认识清楚，从而直接影响了邪入血分的临床疗效。有鉴于此，我们以当前温病临床的客观实际为主要依据，通过动物实验研究，系统地深入地探讨了部分重症温病邪入血分病机的动态变化过程，并重点探索了以热瘀气脱为基本病机的一个证候类型，冀使传统的温病血分证理论有所提高和发展。

一、热瘀气脱证的提出及其立论依据

(一) 热瘀气脱证是临床上客观存在的，目前，学术界普遍认为：温病邪入血分的基本病机是血热迫血妄行，邪入血分的基本治法是凉血散血。

但是，我们在临床上发现，许多重症温病（如流行性出血热、败血症），当病情发展至邪入血分之严重阶段，病人往往在急性广泛性严重出血（如注射部位渗血难止、皮下瘀斑进行性扩大、呕血、便血等）的同时，并见汗出不止、少气息促、肢体厥冷、神志异常等气脱表现。而且，出血与气脱见证密切相关，往往出血愈重，气脱愈甚，气脱愈甚，出血愈重。治疗上，这种类型的出血、发斑常常不为凉血散血而消减，甚至过用“凉散”反而会加重病情。这一临床事实，客观地向我们提出了一个值得探讨的问题：现行血分证概念仅仅强调了热甚迫血的病机，并未揭示出血与气脱并见的内在机理。因此，应当根据当前临床提出的实际问

题，建立能够反映出出血并见气脱病机的证候概念，为临床重症温病邪入血分急性严重出血的辨治，提供理论依据。

如果综合出血与气脱两方面见证进行认真分析，不难看出，这种出血的机理与热瘀损络，气不摄血有关。简言之，即由热瘀气脱所致。其理由为：（1）就前述病证而言，出血、发斑表现说明病变已深入血分，有热瘀损络的病机存在；汗出不止，少气息促等症提示已出现气脱。既然出血与气脱并见，那么，病机上就不可能没有联系。出血过多可以导致气随血脱，气脱不固，无力摄血则加重出血。两方面病机互为因果即构成了本证热瘀气脱的特殊病机。可见，把上述一组临床表现概括为热瘀气脱证，以揭示其病机的特殊性，是符合传统中医辨证的。（2）从现代医学临床来看，上述病证主要见于急性感染性疾病并发弥漫性血管内凝血（DIC）中晚期。不少文献均认为，急性感染并发DIC即温病深入血分期。这种认识不无道理，因为DIC突出的临床表现是急性广泛性出血，温病血分证的主要特征是出血和发斑。但是，仅此认识是远远不能满足临床需要的。众所周知，DIC渐趋严重而广泛的自发性出血主要发生在消耗性低凝及纤溶亢进期。此期血液呈低凝状态，甚或根本不凝固；同时，微循环衰竭进一步加重，甚至出现严重的不可逆性内脏器官功能障碍。凝血障碍与微循环衰竭往往互为因果，形成恶性循环，临床表现除广泛而严重的出血外，多并见口唇青紫、汗出不止、呼吸表浅急促、少尿无尿、脉搏细弱促

* 现在北京中医学院温病教研室工作。

疾、神志异常、血压下降等。此时明显的气脱表现和脏腑功能衰竭见证使我们由充分理由考虑,出血的原因除热瘀损络之外,更与气脱无力摄血有关。

(二) 凉血散血、益气固脱的疗效,是确立热瘀气脱证的治疗学依据:综述有关资料可以看出,许多临床工作者在辨治感染并发DIC时,已不同程度注重了凉血化瘀、益气固脱并举法的应用。如有人观察感染并发DIC 18例,辨证分为三型,其中两型用益气固脱活血化瘀法治疗,结果治愈16例,好转1例⁽¹⁾。邓氏认为DIC是流行性出血热病程中一个主要的病理基础,当患者出现气脱症状与出血发斑俱突出时,病机的关键为气脱无力统血,治疗用生地、丹皮、赤芍、当归、丹参、白茅根合生脉散⁽²⁾。毕氏指出,感染性休克并发DIC以活血化瘀、清热解毒、益气扶正为基本原则。对于邪陷血分,瘀血虽存,但气阴将竭者,认为必须以益气固脱为主,佐以解毒化瘀,共观察3例,全部治愈⁽³⁾。对于流行性脑脊髓膜炎并发DIC,罗氏体验以犀角地黄汤合生脉散救治有效⁽⁴⁾。在这些资料中,虽然尚未从理论上系统阐明热瘀气脱的病机,但是,临床医家毕竟已注意到某些温病出血与气脱并见的的事实,重视了凉血化瘀、益气固脱的重要作用。这些经验材料及其可观的临床疗效,有力地说明了温病邪入血分存在热瘀气脱的病机。

(三) 温病学有关邪入血分的传统认识,是建立热瘀气脱证的理论基础:明清以来的温病学家就出血与气脱的关系,从不同角度亦作过论述。

发斑与气脱:发斑是温病邪入血分的特征性表现,也是出血的见证之一。陆子贤认为发斑与气脱有内在联系:斑疹舌黑昏谵,斑紫或黑,手足振颤,此血热已极,内闭外脱,宜用固本汤(人参、麦冬、天冬、生地、熟地)加犀角、玄参、紫草、人中黄、至宝丹等,若非益气养阴扶正,凉血化斑,则危在顷刻;并认为斑色紫黑,亦要分别虚实,黑而边红鲜润乃血热邪火郁结,黑而边散枯晦为津涸元气已败。

吴坤安《伤寒指掌》也曾指出:若发斑属血热毒壅、血脉瘀滞者,宜凉血解毒化斑;如见面白目青、汗出津津,示元气已泄,万不可投前凉血化斑剂。可见,发斑有虚实之别,实证发生在虚证之前,虚证由实证发展而来。据此可以认为,重证温病邪入血分发斑的病机有浅深两个层次,一为早期之血热壅盛,脉络瘀滞;二为后期之热瘀津伤气脱。就病情的严重程度而言,确立后一病机的证概念,对于提高血分证的诊治水平,具有更为重要的意义。

出血与气脱:何廉臣《重订广温热论》指出:邪入血分,邪盛而见出血者,为邪盛迫血,以急清其伏邪为要;如卒然出血且脱血太甚而气欲绝者,必用人参、麦、味以固中气。说明严重出血可致气随血脱。何秀山认为:邪入血分,无论去血多少,但见声微气怯、面白神馁、心悸肢软者,即为气不摄血,血从外脱。说明气脱可以加重出血。以上所述从不同方面阐明了出血与气脱的因果关系,从而提示,邪入血分,只要发生广泛性严重出血,就不能忽视气脱病机的存在。

二、热瘀气脱证的形成及其病机演变的基本规律

热瘀气脱病机形成演变过程可以由浅入深地分为三个层次:一是热毒导致血热炽盛,脉络瘀滞,此为邪入血分的初期,病机重心以血热为主;二是热瘀互结,络伤出血,此期血热迫血,瘀阻络伤,可以发生明显的出血;三是热盛、瘀阻、动血导致气脱,以及由气脱进而引起的严重病变,此期病机实中有虚,虚实夹杂,以严重出血、气脱、脏腑功能衰竭为特点。这三个层次的内在联系体现了部分重证温病邪入血分后,病机证候浅深、轻重变化的动态过程,概括了血热、出血、血瘀、气脱等病理变化的内在关系。阐明这三个层次的变化规律,有着重要的实践价值。其一可为邪入血分诊断过程的预见提供重要的理论依据,也就是说,临床上一旦出现血热脉络瘀滞的病理表现,就要充分估计到热瘀气脱的发生,早期、及时、果断地采取有效措施,防止病变向深重

发展。其二,揭示了部分重证温病邪入血分阶段病机变化的动态过程。传统的血分证理论只强调血热动血的基本病机,没有阐述邪入血分后复杂的病机演变过程以及邪、正双方的态势,因而在指导临床辨治方面,有着一定的局限性。这三个层次的阐明,在一定程度上创新了传统的血分证理论,弥补了指导临床方面的这一局限性。

三、热瘀气脱证的基本辨治法则

(一) 热瘀气脱证的辨察要点: (1) 审察出血的具体情况。出血是本证的必有见症,以部位广泛,急性突然发生,出血难止或根本不凝固为特点。(2) 动态观察发斑的色泽形态。此证发斑多为皮肤、粘膜瘀点或瘀斑,其斑可随病情发展而进行性扩大,甚至发展为大片广泛的皮下紫斑;严重者,斑之中心皮肤粘膜栓塞坏死成疮,即发为“斑夹豆疮”。(3) 密切注视神志变化。神志异常是热瘀气脱的主症之一,轻则表情淡漠,反应迟钝,继则躁动谵妄,重则昏迷。(4) 辨察气脱产生的征兆。叶天士《温热论》认为:“若脉急疾,躁扰不卧,肤冷汗出,便为气脱之证”。我们体会,动态观察发热、汗出、面色、神情、气息、脉象等变化是其着眼点,如见体温骤降过低、面色苍白、神情萎靡、汗出不止、气短息促、四肢不温、脉象急促等即可诊为气脱。

(二) 热瘀气脱证的治疗大法: 根据热瘀气脱证的病机,我们拟凉血化瘀、益气养阴固脱为该证的基本治法,选犀角地黄汤合生脉散组成基础方: 红参 10 克,麦冬 10 克,五味子 6 克,犀角 3 克,生地 15 克,丹皮 10 克,赤芍 10 克,玄参 10 克。

四、实验研究

为了探讨凉血化瘀、益气养阴固脱法及其基础方对热瘀气脱证的疗效,从动物实验角度阐明热瘀气脱证的病变机理,我们用美国产精制大肠杆菌内毒素两次静脉注射法初步成功地复制了家兔模拟温病邪入血分之热瘀气脱证动物模型,并选血液学、病理形态学、血液流变学等指标进行了对照观察。结果表明,模拟热

瘀气脱证动物的病理实质为急性 DIC 消耗性低凝;血液流变学指标变化显示了低粘度血症、低凝状态、血细胞聚集三大特点。这与既往报道温病血分证血液粘度增高、凝固性增强的结果完全不同,从而从微观角度揭示,热瘀气脱证有其特殊的病变机理,是热入血分的一个特殊证型,施治应与一般的血分证有所不同。

在建立动物模型,阐明病变实质的基础上,我们采用 2×2 析因实验设计,设单纯犀角地黄注射液(自制)、单纯生脉注射液、犀角地黄合生脉注射液、生理盐水四组,对照观察不同药剂对热瘀气脱证模型的疗效。结果表明:在改善出血、体温过低等临床症状和体征以及抑制凝血功能障碍、减轻脏器组织病理损害诸方面,犀角地黄合生脉注射液组均优于其他组,从而从治疗学角度反证了邪入血分之热瘀气脱证既不同于犀角地黄汤所主之血热动血证,也不同于单纯生脉散所主之气阴两脱证,而是具有自身病机特点的一个证候。

实验同时观察了四组药物对热瘀气脱证模型血液流变学指标的影响。结果表明:在防止血液粘度降低、抑制低凝方面,单纯生脉注射液组优于单纯犀角地黄注射液组;在解除血细胞聚集方面,单纯犀角地黄注射液组略优于单纯生脉注射液组;而犀角地黄合生脉注射液组各方面指标改善均优于其他组。从而提示:热瘀气脱证在病机上既有气阴两脱、气不摄血的一面;又有细胞聚集、血脉瘀滞的一面;忽视两者并存、关联的特征,单纯使用凉血散血或单纯使用益气养阴固脱都是不恰当的,凉血散血和益气固脱并举才是治疗热瘀气脱证的有效方法。

为了阐明凉血散血、益气养阴固脱法的疗效机理,我们进一步作了犀角地黄合生脉注射液对小鼠巨噬细胞吞噬功能的影响,以及清除血中内毒素的实验研究。巨噬细胞吞噬功能的实验结果表明:生脉注射液、犀角地黄合生脉注射液均有促进小鼠巨噬细胞吞噬功能的作用,但后者明显优于前者。从而提示犀角地黄

合生脉注射液的疗效可能与促进巨噬细胞吞噬功能,使活性凝血因子、纤维蛋白凝块、内毒素等及时被吞噬、灭活机理有关。内毒素清除实验结果表明:等量攻击内毒素2小时,犀角地黄合生脉注射液组小鼠血浆内毒素含量明显低于对照组,提示该药的疗效可能与降解内毒素或促进机体对内毒素清除、解毒机理有关。

五、结语

总之,热瘀气脱证的提出和建立,为临床应用凉血化瘀、益气固脱法治疗邪入血分严重出血提供了重要的理论依据。部分重症温病邪入血分病机由浅入深演变的三个层次的揭示,

为根据病机发展过程不同阶段的特征,建立具体的证候概念,提供了新的研究思路。同时,热瘀损络、气不摄血病机的阐明,也就相应地提出了必须重新讨论现行血分证概念等重大问题(现行血分证概念未能包括邪入血分具体证候的建立及气脱与热瘀的内在联系),这有待今后进一步研究。

参 考 文 献

- (1) 天津市第一中心医院,天津医药 1977; (4):164.
- (2) 邓世发,辽宁中医杂志 1982; (6):23.
- (3) 毕维德,等,中医杂志 1982; (12):23.
- (4) 罗道,浙江中医杂志 1982; (5):45.

三蛇汤治疗乳糜尿60例小结

江苏淮阴县乳糜尿专科医院 王兆凯 王兆军

笔者在长期从事辨证治疗乳糜尿工作中,也注意观察单味药和小方剂对乳糜尿的临床疗效。兹介绍自拟方“三蛇汤”治疗乳糜尿60例与萆薢分清饮的对照观察如下,供参考。

一、一般资料

本治疗将60例患者分为一蛇汤组、二蛇汤组、三蛇汤组,每组各为20例。另设萆薢分清饮对照组20例。每组选择男女各10例;年龄均在30~60岁之间;均为1985年6、7月份首次发病患者。尿检乳糜试验均为阳性。

二、治疗方法

1. 一蛇汤:主治乳糜尿(白浊),药用蛇床子60克,六月雪30克,冬葵子15克,刘寄奴15克。加水500毫升,煎取300毫升,日服3次。

2. 二蛇汤:主治乳糜血尿(赤浊),药用蛇床子60克,蛇葡萄50克,六月雪30克,冬葵子15克,刘寄奴15克。加水500毫升,煎取300毫升,日服3次。

3. 三蛇汤:主治乳糜血尿(赤白浊),药用蛇床子60克,蛇舌草20克,蛇葡萄50克,六月雪30克,冬葵子15克,刘寄奴15克。加水600毫升,煎取400毫升,日服3次。

4. 萆薢分清饮,按常规用量,煎水日服2次。

每组均以连服7天为一疗程,一般不超过3个疗程。

三、治疗结果

1. 治疗标准:痊愈:肉眼观察尿清,并经尿检乳糜试验阴性,尿常规正常者无不适感为临床痊愈。好转:肉眼观察尿清,但尿检乳糜试验阳性,或乳糜试验阴性,尿常规不正常仍有少量血细胞、尿蛋白为好转。无效:接受治疗三疗程无改变者为无效。

2. 疗效统计:一蛇汤组痊愈11例,好转7例,无效2例;二蛇汤组分别为12例,5例,3例;三蛇汤组分别为13例,6例,1例;合计治愈36例,好转18例,无效6例。对照组痊愈3例,好转7例,无效10例。经统计学处理, $P < 0.01$ ($\chi^2 = 23.90$),有显著性差异。

四、体会

乳糜尿的发病是丝虫寄生淋巴结造成淋巴管或淋巴结增生的结果。丝虫长期寄生在淋巴组织必然造成其代谢产物的大量积蓄,淋巴组织产生炎性病变,以蛇床子的杀虫,蛇葡萄、蛇舌草的清热解毒利尿,三药的相互配合加六月雪清热治浊,冬葵子利二便、治五淋,刘寄奴和血通络、改善淋巴管的阻塞并促进建立侧枝循环达到治疗目的,故取得良好的治疗效果。对照组所用的萆薢分清饮,对乳糜尿虽有效,但并非理想方剂,萆薢分清饮所治的尿浊,包括现代的磷酸盐尿等。笔者认为三蛇汤治疗乳糜尿的三种不同病型均是有效的,可以临床试用。单味药到小方剂运用治疗乳糜尿是可取的。