

论“虽有表证实无表邪”(续)

江西医学院第一附属医院 匡 莘 璋

七、表而再表者非表

吴又可《温疫论》有“九传”之说，其中表而再表者即言表证经解表后证除，其后又再出现与前相类的表证，认为这是邪伏募原外溃于经的一种形式。其实表而再表的这种表证，其根源即在于内伏募原的那种杂气，确属“实无表邪”之例。只不过古人尚未找到“以物制气”之法，所以只能待其“内溃”“传经”之后，“随证治之”而已。所以这种表证的解而复作，实“乃里证浮越于外”的结果，解表法只能除其症状而不能清彻其根本。也有经过二、三候的不断“透发”之后病愈者，古人便以为是邪已“透尽”，其实只不过是待期而愈罢了。对于这种疾病过程，新感温病学家以“剥笋抽蕉”喻之，以为透发是唯一的手段，汲汲讲求种种透达之法。但从伏气温病学，特别是从“杂气”学说的角度来看，透发仅仅是一种被动调节的方法，而如何清彻在里之伏气、杂气才是值得深入讲求的。如果说透达疗法是中医之所长，那么在另一方面由于其理论掩盖了杂气内伏的本质，使前人不注重寻找清彻里邪的根本方法，其结果则是消极的。因此，只有明了表而再表者实非表邪，才能使辨证认识更深入本质，引导医者寻求清彻里邪拔其根本的治法与方药。

总之，在解表过程中，严密观察治疗反应，不强表，不责汗，不以屡表屡复为功，是提高医者对非表邪表证认识的重要一环。此外，还有一些“表证”只是古人概念上的借喻或误解，亦待辨明。

八、由里出表者非表

吴鞠通谓：“温病之邪，上行极而下，下行极而上，下后里气得通，欲作汗而未能，以脉浮验之，知不在里而在表，逐邪者随其性而宣

泄之，就其近而引导之，故主以银翘汤。”吴又可也说：“里证下后，脉浮而微数，身微热，神思或不爽，此邪热浮于肌表，里无壅滞也，虽无汗，宜白虎汤加人参，覆杯则汗解。”大抵古代医家都以为病邪可以在体内由表入里，又由里出表，因此在步步防其入里之时，又处处设法使病邪由里出表。其实，以由表入里标示病情的加重尚可据，而以由里出表来解释病势之由重转轻或向愈则纯系一种错觉。即以上引鞠通所论来分析，他以为“下后邪气还表之证”，其实并非邪之下后复还表，乃下之得法，邪去正复，人体正常之体温调节机制恢复作用，故能作汗或欲作汗，予银翘汤、白虎汤乃续清其余热，并不是象外感之初那样逐邪透汗而去。其能“上行极而下，下行极而上”者非致病之邪气，而是人体之正气。当病邪盛时正气之运行受到干扰阻隔，不能作汗，而当邪势衰后，正气之升降开阖始复其常，故表自透或微汗或大汗或自汗战汗而解，并非病邪返表复由汗孔排出。对于吴又可“气分汗解”论也应这样来认识。总之，由里出表是借喻而非实指，它本质上是里气一清表气自透的结果。

九、发斑发疹非表

吴又可对于温病向愈机理有“凡疫邪……留于血分，解以发斑”之说，何廉臣等又将发疹、发痧列为表证。因为这些症状见于皮肤肌腠等表浅部位，便以为是表浅轻证或向愈之机，这种认识在很大程度上是误解，甚至是臆测。其根源在于以病位标示病性的表里模式的不完善。相比之下吴鞠通对斑疹的认识尚较为客观：“夫善治温病者，原可不必出疹，即有邪郁二、三日或三、五日，既不得汗，有不得疹之热，亦可重者化轻，轻者化无。若一派

辛温刚燥,气受其灾而移热于血,岂非自造斑疹乎?再时医每于疹已发出,便称放心,不知邪热炽盛之时,正当谨慎,一有疏忽,为害不浅。”他正确地指出斑疹不可期、不可发、不可疏忽,可惜仍未从理论上纠正斑疹为表之非。就医理言,斑疹之发出皆为血分热毒炽盛,迫血外溢或血络瘀热的凶兆,岂有向愈达表之机?证之今日临床,诸如流行性出血热、钩端螺旋体病、流行性脑脊髓膜炎、亚急性变态反应性败血症、系统性红斑狼疮、恶性组织细胞病、白血病等等都是以发斑发疹为甚、为恶、为凶,“血分斑解”之例实未之见。近代名家治疗烂喉丹痧(猩红热)一味强调透发,以理推之也是一种待期疗法。当然痧疹中有如麻疹、风痧一类疾病,总以疹出顺畅为佳,但这是一种自然布发过程,治疗的目的在于解除影响其自然布发的种种不利因素,在此基础上仍着重清解在里之热毒,并不以其为表证。吴鞠通对太阴温病发疹者,用银翘散去豆豉加细生地、丹皮、大青叶倍玄参主之,凉血泻热不待卫之后而施,这种处理显然是正确的。所以只有根除发斑发疹为表的错误认识,才能正确鉴别取舍前人的经验。

临床上的表里关系是复杂的,柯韵伯说:“仲景治有表里证,有两解表里者,有只解表而里自和者,有只和里而表自解者,与此先救里后救表,先解表后攻里遂成五法”这五法中唯有“只解表而里自和”一种情况才称得上是真正的表证,其余四法都应以内为本表为标视之,明乎此始能知表里关系之全貌。

表证里证都是就病象言,但病象都是相对游移的,所以用证与证相比较的方法来定标本,往往难以得出一个清晰的标准。相对而言,病则是一个较证更为稳定的概念,虽然中医学的病仍然是以病象学为依据的,但由于病或者以某种特异的病象为中心(如天花、麻疹的特异皮损),或者以某些病象之外的因素为依据(如暑温、伏暑等依季节流行因素),所以常能在证候之外,另立一个较大或较特异的尺度,据此更易于界定证候的本质,于是可以提

出:

十、从辨病识证中求象与质的内在联系

在病的大坐标下,证的本质意义更易确认。所以杨栗山企图从伤寒与温病这两大病类来界定表证与表邪的关系:伤寒表证为表邪所致,温病则虽有表证实无表邪。然而其后的新感温病学派却认为,温病也有卫、气、营、血的表里次第,所以伤寒与温病都存在表解里和与里清表和两种可能,只不过温病中里清表和的情况更为多见而已。进一步局限到温病中的新感与伏气相比较,则伏气温病“表证皆里证浮越于外”是其普遍规律,里清表和应是伏气温病的根本治法(新感引动伏邪仅是一个短暂过程)。在这一大前提下对于春温、暑温、湿温、伏暑等疾病过程中的表里问题就会有一个正确认识,不致误以其中的“表证”为表邪。这种方法也同样适应于杂病,凡淋症、痢疾、肺痈、肠痈、痹证等疾病中可能出现的表证皆应注意从其本病治疗,否则就易于舍本逐末。例如笔者曾治一病例:

患者胡某某,女,52岁,住院号:151262,入院时间:1987年3月6日。

主诉:恶寒发热,左下腹胀痛,尿频二十日。

病史摘要:患者恶寒发热无汗,时而高热,时而低热已二十日,伴左下腹胀痛拒按,便秘三日一行,尿急尿痛。曾用青霉素等抗生素,体温略降。昨日左下腹胀痛加剧,寒热尤甚,呕吐黄水而入院。现证如前,舌红略暗,脉细弦数。查体:体温38.7℃,脉搏100次/分,呼吸20次/分,血压130/80 mmHg。发育正常,神清,皮肤巩膜无黄染及斑疹,心肺无异常发现,肝右肋下三指质中,左下腹压痛,无反跳痛,左肾区轻度叩击痛。门诊化验:血白细胞7800/mm³,尿常规:蛋白(+),白细胞3(+),红细胞2~3/Hp。诊断:内蕴湿热,外感风寒(慢性肾盂肾炎急性发作,尿路结石待排)。选方:麻黄连翘赤小豆汤加味。

治疗经过:患者初用前方四剂不应,体温每日高达39℃以上,先寒后热,热多寒少,

右胁胀痛,口干口苦思热饮,左下腹压痛经用大黄粉通便后减轻,舌红,苔黄薄腻,脉浮细弦数。证见太阳少阳合病,以少阳湿热内蕴为主,改用蒿芩清胆汤,三剂仍不效。加用庆大霉素、氨苄青霉素后体温略降而外证如前,其间经检查排除疟疾、肠伤寒、盆腔感染、败血症等疾病,多次尿检均未见异常,发热原因不明。至3月12日查体见左肾区叩痛明显,即查A超示左肾盂积水2cm,方意其为尿路阻滞,积液感染,续经腹部平片证实“左肾区及左输尿管上端各有一约0.5×1cm大小的分层状椭圆形密度高且不均匀影,左输尿管下端近膀胱开口处有一内斜倒三角形密度增高影。”即改用八正散合石韦散利尿排石。至3月18日患者随尿排出一圆锥形尿石,与平片示输尿管膀胱开口处三角形密影相符,次日复排出泥砂样结石两小团,体温随即降至正常,恶寒发热等外证始除,而尿检反见白细胞3(+),红细胞2~8/HP,显系原梗阻感染之脓尿随结石排出之故。持续清利至4月7日复查腹部平片原结石影消失,痊愈出院。

石淋原是中医早已认识之疾病,但由于四诊手段之局限,只见其外难见其内,此患者由尿石阻滞引发积水感染致病,外证表现为湿热内蕴风寒外加,太少合病。然虽有表证实无表邪,故屡投解表利湿和解少阳不应,加用抗生素亦不应,借助现代科学手段认识其为石淋之后,改投清利即收排石之功,不治其表而表自已,以表证皆里证浮越于外也。

由此可见,象与质的矛盾是非常复杂的,这就使辨证论治这种以象求质的方法暴露出很大的局限性。不但表证未必由表邪所致,即在里证中热淋与石淋又有极大的差异,更勿论其他更多更复杂的疾病了。研究“虽有表证实无表邪”这一命题从方法论上提示我们:借助现代科学的知识背景与手段,对证候这一病象学概念作出更深入、更细致、更客观的分类,揭示其象与质之间更本质、更必然的联系,促进辨证论治概念体系的深化发展,应是当前中医学学术发展的一条可取途径。期望本文的讨论能引起同道专家的兴趣,共同促进这一工作的开展。(续完)

清热化瘀法治疗崩漏验案一则

吉林省安图县中医医院 刘丽洁 高广君

患者张××,女,39岁。1986年8月6日初诊。自1986年6月10日行经,血量多,持续10余天,去×医院妇科检查,诊为“功血”。口服安络血,肌注止血敏6天血止。于7月21日经血复来,6天未止,量仍多,色暗红,腹痛,口渴喜饮。经外院中医诊治,服清热凉血药10剂,血量如故,口渴喜饮减轻,于1986年8月6日来我科就诊。患者除行经量多有血块,色暗红,口渴,腹痛外,还有烦躁易怒,面红,大便秘结,小便黄。舌质暗红,苔薄黄,脉弦涩。既往月经正常。

处方:生地30克,白果10克,丹皮15克,大小蓟各15克,海螵蛸30克,续断20克,杜仲炭20克,益母草20克,茜草20克,柴胡15克,红花5克。水煎分二次服。三剂。

服一剂后,当夜血量较服药前增多,随之而下大

小不等血块约250克,随即痛减。二剂后血量大减,烦躁易怒、口渴、腹痛减轻,大便调,小便黄,舌质红,脉弦。上方再服四剂,血止。又服五剂,诸证痊愈。原方去红花、茜草、益母草,加黄芪、党参各30克、当归15克。继服五剂,随访三个月未再复发。

患者就医前曾服清热凉血之剂,但未能奏效。其原因是只知其热迫血妄行,不知其热灼炼血凝。正如《千金方》说:“瘀血占据血室,而致血不归经,淋漓不断。”必须适当加入活血祛瘀药,才能使瘀血去,而血得归经。本例用生地、丹参清热凉血,大小蓟凉血止血,续断、杜仲炭补肾止血,海螵蛸收敛止血,白果为冲任二脉引经之药;茜草、益母草、红花凉血止血,活血逐瘀;柴胡舒肝解郁。诸药配伍则达清热化瘀止血之目的。血止后,以清热凉血,补气养血之复旧培本之法以巩固疗效。