

理 论 探 讨

鉴 古 观 今 论 厥 阴

万兰清* 指导:万友生

摘要 本文上溯《内经》厥阴病之源,下穷伤寒、温病厥阴病之流,综观当代对厥阴病的认识,从外感热病临床实际出发,就厥阴病的实质、主症、病机、治疗以及预后诸方面,提出一个比较明确的系统概念,有利于当今临床应用,提高疗效,促进厥阴病理论的进一步发展。

主题词 厥阴病

厥阴病研究,肇始于岐黄,形成于仲景,发展于后世伤寒、温病学家,但迄今未有一个明确而系统的概念,大多仍为面目不清的《伤寒论》厥阴病篇所局限,不利于热病临床实际之应用。为此,本文拟在总结前人所见的基础上,结合当今临床实际,提出一个较为明确而系统的概念。

1 《内经》多篇论及厥阴病,应以《素问·热论》篇为主。其言曰:“今夫热病者,皆伤寒之类也……六日厥阴受之,厥阴脉循阴器而络于肝,故烦满而囊缩……两感于寒者……三日则少阳与厥阴俱病,则耳聋囊缩而厥,水浆不入,不知人,六日死”。结合《素问·诊要经终论》篇所谓“厥阴终者……其则舌卷卵上缩而终矣”来看,显然,《素问》伤寒厥阴病的主症有二:一为昏厥,即上述“不知人”,二为痉厥,即上述“舌卷”“囊缩”;其病机则落实在足厥阴经脉及其所系之肝脏之上;治疗仅有针刺的汗、泄两法;预后多归于死亡。

2 《伤寒论》厥阴篇比较明确的概念有三:其一,厥阴病是外感热病的最后阶段。该篇放在六经之末,预后条文最多,立意十分明显。其二,厥阴病主症是厥。这从该篇论厥原文所占比重之大可以看出。其三,厥阴病阶段面临的是生死预

后,阳返则生,阳不返则死。这可从该篇 55 条原文中有 25 条是以厥与热的胜复来判断生死预后看出。

上述三点与《内经》的精神是一致的,但还留下了诸多疑窦与不足,主要有以下五点:其一,厥阴病特征性临床表现一昏厥与痉厥不明,《素问·热论》和《诊要经终论》所明言的“不知人”“囊缩而厥”“舌卷卵上缩”等主症,通篇未见提及,仅见肢体厥冷。其二,厥阴寒厥与少阴寒厥的鉴别点不明,更未提出治法。其三,厥阴热厥与阳明热厥的鉴别点不明,治法不够完备。其四,厥热胜复(厥与热数日交替而作)症候,后世无人得见,多从预后机理去理解,不无疑窦。其五,寒热错杂诸症与呕哕下利诸症,非外感热病最后阶段的厥阴病。这部分内容几占厥阴病篇的全部方证,虽多少可与厥阴肝或少阳胆的生理、病理挂钩,但并非为抢救热病最后阶段的危急重症而设,多属杂病范围。《金匮玉函经》且另列为专篇,置诸厥阴篇外。

据上,现存的《伤寒论》厥阴病篇显然未能在《内经·素问》的基础上取得更多的进展,对外感热病最后阶段的危急重症未能提出治法,只是静观其变。唯对其生死预后作了详于《内经》的观察而已。

3 以《温热论》和《温病条辨》为代表的温病学说,对厥阴病的理、法、方、药作了内容丰富的阐明和充实。如:

3.1 温病学家紧紧扣住厥阴心包和肝的生理病理,突出了厥阴病以昏、痉等闭窍、动风证为主要临床表现的特征。

3.2 指出阳明热厥与厥阴热厥的鉴别点在于昏、痉、瘈瘲的有无(厥阴有而阳明无)。并提出

* 江西中医学院,南昌市阳明路 20 号(330006)

收稿日期:1992-01-08

厥阴热厥的治法——开窍息风。同时,对由阳明热厥向厥阴热厥发展(“阳明太实,上冲心包”)的辨证与治法,亦作了创造性的阐述(如牛黄承气法等)

3.3 除阐明了上述中焦阳明热厥所致之厥阴热厥的诊断与治疗外,还发展了上焦肺卫分表邪逆传心包所致的厥阴热厥的辨证(舌蹇肢厥)与治法(牛黄丸、紫雪丹凉开)及下焦少阴热厥所致之厥阴热厥的辨证(痉厥神昏,舌短,烦躁)与治法(“先与牛黄、紫雪辈,开窍搜邪,再与复脉汤存阴,三甲潜阳”)。

3.4 肯定下焦厥阴热厥也是由少阴发展而来的(“手少阴证未罢”)。

当然,温病学家的理论也不是毫无瑕疵的。譬如吴鞠通说:“伤寒之厥,足厥阴病也。温热之厥,手厥阴病也。舌卷囊缩,虽同系厥阴现症,要之舌属手,囊属足也……断不可以阴阳二厥混而为一”。他对热厥的发展其功甚伟,但以手足厥阴分属阳(热)厥与阴(寒)厥,并作为鉴别点大加强调,则有失机械,且不符合临床实际。因为寒厥证由少阴进入厥阴阶段时也是既厥且昏且痉的。尽管吴氏热厥证中未提囊缩一症,但肝风痉厥癎厥则比比皆是,他自己就没有把足厥阴证排斥在热厥之外。然而,这一寒、热分属足、手的机械之说,却出其意外地为寒温对立门户增添了一块基石。

4 厥阴病的实质是什么?其主要病症、病机是什么?临床如何治疗?

“七五”期间,我们对流行性出血热这一急性传染病进行了临床研究,共观察治疗四百余例,其中10%以上出现痉厥神昏的厥阴病证,中医组病死率仅3.66%,西医组为10.71%($P < 0.01$)。对厥阴病有一些感性认识,取得了一些第一手的临床资料。现仅以此为例,就上述问题提出以下看法,供同道参考。

4.1 厥阴病的实质是外感热病的最后阶段,是手足厥阴经脉及其所系脏腑的病理变化。对此,古今研究看法大体一致。

4.2 厥阴病的主症是神昏痉厥。吴鞠通在自注《温病条辨》下焦篇18条时指出:“痉厥神昏,舌

蹇烦躁,统而言之,曰厥阴证。”临床实践也完全证实:外感热病最终阶段总是陷入昏迷状态的。病在少阴,神志尚清,陷入神昏,就进入厥阴了,而一旦进入厥阴,往往救治为难。因此,我们在出血热的临床工作中,特别强调注意“先兆厥阴证”,即观察患者的神志与体征。只要患者烦躁甚,或语言不便,舌体欠灵,或白日嗜睡、错语(如答非所问),或夜间多梦呓、谵语,或偶见无意识动作,等等,均应看作疫邪将要进入厥阴的先兆,必须及时开闭驱邪,扶正固脱,阻断其向厥阴发展。这一措施,有效地防止了病情的恶化,使许多病人避免了进入厥阴阶段。

4.3 厥阴病的病机是阴盛阳竭或阳盛阴竭或阴竭阳脱。吴鞠通在自注上焦篇17条“邪入心包,舌蹇肢厥”时指出:“厥者,尽也,阴阳极造其偏,皆能致厥。”译成白话就是说:“厥阴是三阴之尽,阴盛阳竭固可为寒厥,阳盛阴竭亦可为热厥。”至其来路,寒厥证可由少阴寒厥发展而来;热厥证如《温病条辨》所述有三焦之分:上焦由温邪“逆传心包”所致,中焦由“阳明太实,上冲心包”而成,下焦由手少阴证“日久邪杀阴亏”所致,阴竭阳脱证则多由热厥转为寒厥而成。在出血热的临床中,上述各证均可见到,如休克期有疫邪直中少阴的阴盛格阳证,若救治不及,一、二日即由淡漠→烦躁→恍惚→躁扰→神昏而陷入厥阴寒厥死亡;有起病二、三日即疫邪逆传心包,出现高热、昏迷、谵语、躁扰、出血、尿少的厥阴热厥证(发热与休克、少尿三期重迭),若入院太迟,厥阴证悉具,亦多归于死亡;亦有病至七八日(少尿期),邪热与瘀血、水湿内结阳明胃肠,二便不通,势成关格,延至二、三日,瘀热内闭心窍,出现谵语、躁扰、神昏的厥阴证者,若能积极地通瘀泄热逐水以解阳明之结,开厥阴之闭,扶正驱邪以宣畅三焦气机,尚有希望挽救,否则亦难免一死;还有病至十余日,尿毒症不解(少尿期或多尿前期),瘀热水内结,阴液大量耗伤,正气日见亏竭,渐至极度衰竭,体温不升,演成阴竭阳脱证而亡者。

4.4 厥阴病的治疗:从目前临床水平来看,厥阴证悉具时,即使集中、西医学之长,亦难以救

治,因而,加强对前述“先兆厥阴证”的预防性治疗(也可说是“截断疗法”)是救治成功的关键。要做到及时治疗“先兆厥阴证”,除对厥阴证的先兆临床表现要有细致的观察、高度的警惕性外,还要对厥阴的病机发展趋势有足够的了解。“先兆厥阴证”的治疗原则有二:辨证论治与中西医结合。具体运用如下:

先兆厥阴热厥证:除上焦热病逆传心包的先兆不甚明了,往往措手不及外,中、下二焦阳明、少阴热厥转来者,均有一个渐进过程,先兆症状完全可以把握。治疗原则是救阴津、开热闭、息阳风。首重驱邪开窍。应在当用方药中,因闭窍之邪的不同加用不同的开窍息风药。如热闭选用清开灵针(北京中医学院附属实验药厂产)或牛黄醒脑静针(上海产)加入当用液体中静滴或推注,能口服者可用“三宝”;瘀热闭选用神农 33 号针(天津危重急症研究所制)静注或犀珀至宝丹微丸(江西中医学院制)等;湿闭选用玉枢丹或苏合香丸口服。在中药增液针、养阴针(重庆中医研究所制)等大输液尚未投产之前,西药大输液亦有救阴之功,应结合使用(临床实际已普遍使用)。若有气阴两亏证,宜用参麦针(四川雅安制药厂产)加入液体中静滴,益气养阴救脱之力甚强,邪实而正虚甚者用之,有扶正固脱以利上述祛邪药发挥作用之功,而无助热恋邪之弊。

先兆厥阴寒厥证:常由少阴寒厥恶化而来。在阴盛格阳或戴阳时往往伴见神志恍惚或无意识扰动等厥阴先兆症状。治疗原则是回阳救逆,开寒闭、息阴风。首重破阴回阳。可选用参附针(四川雅安制药厂产)、参附青针(上海中医学院附属曙光医院制)加入液体中静注,或合用大剂通脉四逆汤加猪胆汁人尿葱白等。据我们的有限经验,上述方药犹有不逮,建议启用生附子制剂,如北京中医学院研制的“心脉灵”针(通脉四逆汤的新剂型),静脉给药,或可担此重任(此药惜未能获生产)。

先兆阴竭阳脱证:比之前两证,更有一个渐进过程,可行未雨绸缪之计,将上述二证治法综合辨证运用。

4.5 厥阴病的预后两句话:“阳复则生,阳绝则死”,“留得一分津液,便有一分生机。”前者是对寒厥而言,后者是对热厥而言。后世把《伤寒论》厥阴病篇诸多厥热胜复原文理解为厥阴阴尽阳生,阴阳进退之机。即一阳得生则厥少热多而愈,阴尽而阳不生则厥多热少、一蹶不振而亡。证之临床,病至厥阴,心、脑、肝、肾,阴、阳、气、血、津、液皆病,救治为难,死多生少,不死即生。而始终不死的原因,有赖于阴阳相系一线,未致离决。

或谓阴尽阳生即指病至厥阴则一阳生,肝胆相火转旺,故于阴盛虚寒证中生出实热来,因而形成寒热错杂(或曰上热下寒)之证。这实际上是把厥阴生理的阴尽阳生混为厥阴病理,于是,阴寒极盛时自然会生出阳热来,且其热为肝胆实热(甚至会令虚寒证自然转化成为实热),于是,“上热下寒”的乌梅丸证就顺理成章地成为厥阴病主证。若果如是,则厥阴病非外感热病最后阶段,而是由阴转阳之机,于是,厥阴无死证矣!无怪乎厥阴病篇所列方证均非危重证矣!

上述逻辑推理导致错误结论的根源就在于把“阴尽阳生”的生理套到厥阴病理上。试想,病理状态下(尤其是严重病理状态下),生理功能如何得以正常进行?证之临床,由少阴阴盛阳衰证发展而来的厥阴寒厥,即使用大剂回阳救逆药亦难挽回,怎能设想它会自然而然地生出肝胆相火来而转成寒热错杂证甚至实热证?更非乌梅丸所能胜任。唯阴寒极盛之证,当子夜、黎明外界阴尽阳生之时,体内阳衰已极,阴寒特盛,一阳难出以应,常在此时死亡,却是已为许多研究所证实的临床事实。同样,由上、中、下三焦热厥转来的厥阴热厥,热炽阴伤,亦无寒热错杂之可能,即使末期阴损及阳,阴竭阳脱,寒热互见,亦绝非乌梅丸所能主治。

至于《伤寒论》厥阴病篇诸多呕啰下利原文,姜春华教授认为,有的可属阳明或太阴;有的可属杂病,仍归入《金匱要略》中;而诸多辨厥的条文,原已见于他篇者(如太阳水厥的茯苓甘草汤证,阳明热厥的白虎汤证,少阴寒厥的四逆汤证等),仍可划归各篇。堪称实事求是之论。

ABSTRACTS OF ORIGINAL ARTICLES

Viewing the Problem of Jueyin from a Historical Perspective

Wan Lanqing

This paper deals with the contemporary recognition of the nature, pathogenesis, treatment and prognosis of Jueyin disease in a rather systematic way by tracing its history from Neijing to those dealt with in Shanghan and seasonal febrile diseases through a clinical and practical approach on exogenous febrile diseases.

Author's Address: Jiangxi College of TCM, Nanchang, 330006.

Key Words: Jueyin Disease

My Personal Opinion on the Opening Point of Najia Method (Day — prescription of acupoint) in Ziuliuzhou

Cao Yiming Guo Zongren

Adjustments are made on the Opening Point of Najia method in chronological flowing of Qi in selection of acupoint in acupuncture therapy, the overlapping and repetition of such points. It clarifies the days, times and heavenly stems and earthly branches for passing through the Shu—and Yuan points.

Author's Address: Department of Acu — moxibustion, Tianjin College of TCM, 300193

Key Words: Ziuliuzhu (chronological flowing of Qi in the selection of acupoint in acupuncture therapy)

Clinical Observation on 235 Cases of Hemorrhagic Apoplexy Treated Mainly by TCM

Xie Daozhen Yang Weibin Dou Shurong, et al.

By adopting the combination of dividing stages with differentiation of syndromes for the treatment of 235 cases of the disease, 40.85% were basically cured with a total effective rate of 94.89%. Such method of treatment increases the efficacy and lowers the mortality and rate of disability.

Author's Address: Xiyuan Hospital, China Academy of TCM, Beijing, 100091

Key Words: Cerebral hemorrhage/TCM therapy Apoplexy (TCM)/TCM therapy

Clinical Observation on Prevention of Neonatal Hyper

—bilirubinemia with Chinese Materia Medica

Zhou Anshan Luo Liling Chen Changchun, et al.

30 cases of neonatal hyper — bilirubinemia were treated and prevented by *Herba Artemisia Scopariae*, *Fructus Gardeniae*, *Radix Scutellariae*, *Processed Radix et Rhizoma Rhei*. Results revealed that the peak values of serum total bilirubin and incidence of hyper — bilirubinemia were lower than that of the control group.

Author's Address: Department of Pediatrics, Second Affiliated Hospital, Chinese Medical University, Shenyang, 110003

Key Words: Erythroblastosis, fetus prevention and control @ Neonatal hyper — bilirubinemia

Reciprocity Between the Indices of Hemorheology and Blood Stasis Syndrome. A Test on the In Vitro Thrombosis and Rate of Platelet Adhesiveness

Yuan Jingshan

It is unreliable to diagnose blood stasis solely on the basis of in vitro thrombosis and rate of platelet adhesiveness. Though the positive rate reached as high as 93.33%, the negative rate also amounted to 87.27%. Changes of these two indices and differences among diseases was far higher than that among syndromes, suggesting, when studying syndrome, the necessity of excluding the specificity of syndrome from diseases.

Author's Address: First Affiliated Hospital, Jiangxi College of TCM, Nanchang, 330006

Key Words: Blood stasis/blood, hemorheology

Analysis on the Lingual Picture of 127 Cases of Chronic Primary Glomerulo — nephropathy

Cheng Xiaoxia

Analysis of these pictures (texture of the tongue) found that the lingual pictures were different in different types of nephrosis in TCM syndrome differentiation and stages of kidney functions. Certain regularities can be followed as a measure for the diagnosis and recognition of pathogenesis.

Author's Address: Hangzhou Hospital of TCM, Zhejiang, 310006

Key Words: Nephropathy diagnosis Lingual pictures glomerulus of kidney