

## 思路与方法

## 温病血瘀辨证的思路与方法

樊海<sup>1</sup> 孟澍江<sup>2</sup>

主题词 温病/诊断 血瘀/中医药疗法

温病血瘀的研究是一个既古老而又崭新的课题。随着凝血学、血液流变学等近现代理论方法向温病血瘀研究领域的移植渗透,给这一课题的研究注入了新的活力,从而开拓了温病血瘀新的认识层次,并对温病血瘀的临床辨证产生了深刻的影响,但与此同时也出现了一些值得注意的新问题。故对温病血瘀的辨证思路作如下探讨。

## 1 温病血瘀的传统宏观辨证思路与方法

整体宏观辨证是中医学临床诊断的主要方法。虽然宏观辨识难以完全揭示温病血瘀的实质所在,仍有效地指导着温病血瘀的临床治疗。兹从思路与方法的角度对温病血瘀辨识作一论述。

1.1 依据主要征象确立诊断:舌象在确立温病血瘀的诊断中有很高的临床价值。一般温病病程中出现舌质青紫、深绛或舌尖出现瘀点瘀斑为血瘀的重要标志。其中最重要的是舌绛紫暗。此外如某些伏气温病由里而发或卫气经过短暂快速传变,若出现瘀血病理时,由于舌苔尚未消退,舌面观察很难反映瘀血的病理,但舌下可有脉络色暗或有紫黑瘀点瘀丝。舌下脉络的这些变化也是血瘀的重要标志。

温病过程中病邪深入营血分常可致吐血、衄血、便血等出血病变。温病过程中的出血不仅与血热有关,与血瘀这一病理亦有密切关系。在理论的诠释上主要有两方面:一是邪热壅盛耗伤阴营,阴伤血滞,粘滞成瘀,阻塞脉道,进而使脉络损伤血溢脉外;二是血溢脉外不能及时消散可留而为瘀。至于出血呈何色方可断为瘀血,有的医家认为不论鲜红或紫暗皆是瘀血,但多数医家认为出血暗红、紫黑、或出血带块是确立血瘀病理存在的主要依据,我们认为当结合舌象等变化进行综合分析。

斑疹系邪热炽盛,侵入营血,迫血外窜血络或外渍肌肤所致。既是血液外窜留于血络或外溢浸渍留于肌肤,其亦与血瘀有关。纵观许多温病学家治疗温病斑疹之经验皆注意到了热毒和血瘀两个方面。一般而言可从斑疹的形色判断热瘀轻重及热瘀动态变化。若斑疹松浮、红活、荣润为热瘀较轻,若斑疹之形色紧束有根色暗紫黑则为热瘀较重;若斑点中心低凹坑烂表明热毒瘀结更深。

此外以下几点对温病血瘀的诊断也有一定意义。其一,察目。如唐容川谓“目珠红赤亦是血瘀”。其二,胸腹症。在温病过程中胸腹肋等硬满疼痛多与血脉瘀滞有关,而且通过胸腹症的辨察可以确定血瘀之主要病位所在。其三,神志改变。温病过程中之神昏、谵语、狂躁等神志改变固然与热闭心包有关,但叶天士《临证指南医案》认为:“清窍既为邪蒙,精华气血不肯流行”。可见神志改变与血脉运行不畅亦有一定关系。

1.2 依据疗效反馈进行推断:在温病过程中有时血瘀征象是明显的,有时病象对血瘀的反映不够充分、明显,所以,虽有血瘀存在而诊断难以确立。此时根据疗效反馈进行反证推断是一个值得重视的方法。温病学家在这方面也积累了不少经验。如王清任对瘟毒吐泻转筋的辨识过程。他认为病初起壮毒盛时用芩连等可取效,毒败人弱气衰时可用姜附等热药获功,然又有芩连姜附服之不效,而反有害者。这是从反的方面推断可能有其它病邪作祟,进而从以往针刺治愈此病这一正面的效验得出气结血瘀的诊断结论,并立解毒活血汤治疗。

1.3 综合分析以期早期诊断:温病过程中若出现发热、舌紫、斑疹紫黑或出血带有血块,一般即可构成热瘀的诊断。根据显现毕露的特有征象确定证的属性并不困难,若没有这些毕现的热瘀特有征象或热瘀特有征象不足时,有的医家根据全身情况的综合分析而作出了热瘀的诊断。如清代俞根初认为,内斑外症中虽无明显瘀象,但在一派火热之象中有“手足指冷”、“神识昏迷”等症状,它揭示了火毒壅盛于内、气血不得宣通的病机。

1 第二炮兵西安中医多学科研究所,西安市西八路88号(710004)

2 南京中医学院

收稿日期:1993-09-29

温病营血分多有血脉瘀滞的病理。根据叶天士等医家的辨证经验及论述,在邪入营血的初期多是个别特殊征象(主要是舌象)和几个一般征象(如热型、神志改变等)相结合而出现并非营血分症状毕现才确立热入营血分的诊断。由于这一问题直接关系到活血化瘀法应用的时机,所以有必要对营血分的诊断问题作一分析。《温热论》指出:“其热传营,舌色必绛”,“营分受热则血液受劫,心神不安,夜甚无寐,或斑点隐隐”。可见舌绛是营分证的主要依据,而斑疹是或然症。舌绛这一特殊征象和心神不安,夜甚无寐这些一般征象结合出现时营分证的诊断一般即可确立。章虚谷《医门棒喝》曰:“若舌深绛,烦扰不寐,或夜有谵语,已入血分矣”。可谓道出了温病血分证的辨证关键。值得注意的是温病中的血分证与血症并非同意语,即血症出血是必然见症,而温病血分证未必见出血。

由上可见,温病过程中血瘀病理的早期诊断,一是要及时发现特有征象,二是应注意一般征象和全身情况,进行综合分析。

## 2 微观辨证对温病血瘀诊断的意义及评价

宏观辨识温病过程中之血瘀,在很大程度上可以有效地指导临床实践,然而要对血瘀的病理本质进行更深层次的揭示,宏观方法显然有许多缺憾之处。随着现代科学技术的日益发展,以现代医学手段从微观角度在更深层次上揭示温病血瘀的实质已成为可能。但是,温病血瘀的宏观辨证与现代微观辨证毕竟是基于不同的方法论,所以微观辨证在揭示温病血瘀病理变化时也有一定的局限性。如何认识两者的关系及两者的结合是亟待解决的一个问题。

2.1 微观辨证开拓了温病血瘀新的认识层次又有很大的局限性:近年来应用于温病血瘀的微观辨证手段和方法主要有凝血学、血液流变学、微循环、病理形态学、免疫学等。借助这些新手段、新方法,使温病血瘀的认识有了进一步的深入。如上海市传染病院<sup>[1]</sup>对35例乙脑患者进行了血液流变学测定,结果显示营血型(重型)乙脑患者的血沉、血沉方程K值、红细胞电泳时间、纤维蛋白原均明显高于正常值。还有人<sup>[1]</sup>对卫气营血各阶段微循环特点进行对比发现,营血分证时,视野底色暗红,毛细血管襻不清,有时显“毛边”、“渗血”,管襻区显示不规则“云片”,说明营分证的微循环瘀滞,毛细血管脆性破坏更为明显。提示营血分阶段是温病血瘀病理出现的主要阶段。我们的实验也证明,热瘀较重时血液学、血液流变学等某些指标可发生明显改变,脏器组织微血管可见广泛性微血栓形成。我们认为,温病过程中的血瘀在微观病理变化上具有多种形式,以

凝血学及血液流变学变化而言,有高凝高粘的情况,也有低凝低粘等多种情况。

微观辨证虽已广泛用于温病血瘀的研究,特别是血液流变学方法、凝血学方法应用最为普遍。但是目前仍然找不到一个微观指标或某些微观指标与温病血瘀证的真正契合点,即温病学宏观辨识到的热瘀证在微观辨证上还找不到一种特异性很强的指标。温病血瘀病理变化是多层次的,在每一层次上的表现会有所不同,单一的微观层次不可能反映温病血瘀的全貌。所以现阶段要用某种生理生化指标作为确认温病血瘀内在依据还难以完全做到。当然这并不排斥微观层次上所揭示出的变化可作为温病血瘀辨证的重要参考。

再者,在温病血瘀证的诊断过程中,某些微观指标的改变不一定比传统四诊方法所收集到的指标更为敏感。如流脑、流行性出血热发展到一定阶段可伴发DIC,往往在伴有明显出血、实验室指标出现明显改变时方能确立诊断,并采取抗凝等方法治疗。而根据叶天士等温病学家的论述及经验,在温病发展过程中若出现舌红绛或舌深绛再结合神志等一般征象的变化,营血分的诊断即可确立,治疗时即可在清营凉血的同时加入一些活血化瘀之品如丹参、赤芍、丹皮等。

2.2 温病血瘀微观辨证应注意的几个问题:首先应尊重温病学自身的辨证理论及辨证规范,在此基础上揭示温病血瘀征象在深层次上的微观变化,特别应注意温病过程中不同类型血瘀表现的微观变化特点,从而弥补宏观辨证所不及之处。

其次,不能简单地将“高粘综合症”等同于温病血瘀病理,不能根据某些温病过程中卫气营血各阶段皆可出现微循环障碍和血液粘度增高,就得出温病卫气营血全过程皆有血瘀存在的结论。温病在卫分气分阶段也可因邪热损伤津液或脏腑功能失调而出现血液粘度的增高。如有人对邪热壅肺证的血液流变学进行了观察,结果显示全血粘度、血浆粘度显著升高,但经用麻杏石甘汤原方治疗后全血粘度、血浆粘度明显改善,其它症状也得以解除<sup>[2]</sup>。我们在临床中体会到:若属一般新感温病的卫、气分证用清解卫气邪热的方药即可取效。由于临床辨证的主要宗旨在于有效地指导临床治疗,所以从治疗学角度深入研究温病常用治法对微观指标的影响可以反证辨证中的某些问题。我们的实验表明,银花、连翘、黄连、黄芩及玄参、生地、麦冬等也有明显的抑制体外血栓形成的作用,而且对凝血学指标及血液流变学等指标的异常变化可起到良好的改善作用。这一结果提示了两个重要问题:一是凝血、血液流变学指标等的异常未必一定要用活血化瘀方药进行

治疗;二是从治疗学角度反证了一般温病卫气分邪热津伤等因素所致的血液粘度增高可不从血瘀论治。

第三,温病血瘀的微观改变在凝血学和血液流变学方面虽然在一定程度上可以用凝血学和血液流变学异常等词句进行概括,但并不一定必然辅助宏观辨证,也未必可以有效地指导治法的研究和临床实践。根据我们的研究及其它类似的温病血瘀研究报道,同是热瘀证但凝血学及血液流变学改变可有截然不同的两极现象,即高凝高粘状态或低凝低粘状态,也有介于两者之间的更为复杂的情况。一般来说初期多以高粘高凝为主,但当病情进一步发展则可出现高凝低粘、低凝低粘等多种情况。应充分认识温病血瘀证在凝血学及血液流变学方面的微观变化也有一个动态变化的过程。不同病种血瘀证的演进过程有所不同,并且即使同一病种的血瘀证,随着病程的发展其微观变化也呈现出动态的变化过程。如流行性脑脊髓膜炎、流行性出血热等合并DIC时,其初期由于病原微生物通过损伤血管内皮等途径启动内源性和外源性凝血系统,血液以高

凝状态为主,继则因凝血因子、血小板大量消耗,血液可呈消耗性低凝状态,若进一步发展可发生继发性纤溶亢进,从而呈现出明显的出血倾向。

第四,在温病过程中低凝低粘低聚的变化并不意味着血流的通畅。如杨氏以大肠杆菌内毒素复制的家兔实验性弥漫性血管内凝血模型在血液学及血液流变学方面以低凝低粘为特点,而脏器组织病理切片光镜与电镜观察可见微血管广泛瘀血和微血栓<sup>[3]</sup>。我们在临床中以凉血活血之犀角地黄汤为主,治疗急性感染性DIC具有低粘低凝低聚现象的患者,取得了较好的临床效果,从治疗角度提示了温病过程中的低粘低凝低聚现象并非完全没有血瘀病理的存在。

### 3 参考文献

- 1 孟宪益,等.从血液流变学探讨流行性乙型脑炎卫气营血辨证的机理.上海中医药杂志,1980;(6):18.
- 2 刘国强等.温病卫气营血证候动物实验研究.第1版,陕西人民教育出版社,1992:43.
- 3 杨进.养阴方对家兔实验性DIC防治作用的观察.中医杂志1990;(9):50.

## 开胃气炒治疗小儿厌食症

龙宽斌\* 马义德\* 宋志宏\*

小儿厌食症是儿科常见病症之一。笔者随孔建新老先生临证多年,每见其用自创开胃气炒治之颇验。余师其法,用诸临床,屡试屡效。现介绍如下,以飨读者。

### 1 配制方法

药物组成:白术10g,枳实10g,山药30g,扁豆10g,芡实30g,薏苡仁30g,莲子肉15g,白豆蔻10g,鸡内金10g。气虚明显者加党参、黄芪各10g;舌苔厚腻,脘腹痞胀者去白术,加二丑10g;绕脐腹痛者加使君子10g;舌苔光剥少津者去白术,加麦冬、玉竹各10g。先将中药碾细过筛制成药面(亦可用参苓白术散代之),取面粉1000g,药面100g左右,加花椒粉少许,鸡蛋2枚,香油、苏打适量,喜咸食者加精盐少许,喜甜食者加白糖适量,加水 and 成面团揉匀,制成1cm<sup>2</sup>的小面块。取白粘土捣碎过筛,置炒锅内,上火烧热,放入小面块,以土没过小面块,稍候,待面块定壳,然后用铁铲反复翻炒,直至小面块内外酥脆起锅即成。一般患儿随意食用即可。但每日不少于50粒为宜。

### 2 讨论

小儿厌食症除小儿脏腑娇嫩,脾胃薄弱的生理基础外,饮食不调,损伤脾胃,导致脾胃不和,脾运不健,胃纳呆滞为主要病机。开胃气炒所用枳实、白术相伍含枳术丸之意,善能健脾消积;山药甘平,不热不燥,补而不滞,既补脾气,又益胃阴;扁豆补脾而不滋腻,化湿又不燥烈;芡实、莲子肉性平补脾,又能涩肠止泻,于腹泻者相宜;鸡内金运脾消积能化食滞;白豆蔻芳香行气、醒脾开胃。综观全方能健脾益胃,消积化滞,开胃增食,药性平和,久服无碍,宜于小儿长期服用。

“气炒”原是山西上党地区乡村中流行的一种面食,常作为外出携带的干粮。其特点是香酥可口,老少皆宜,土炒健脾,携带方便,可随时随地食用。孔师熟谙其理,巧妙地借用气炒的特点,以之为引,送服健脾开胃之中药,使药与食有机地结合起来,创制开胃气炒,实为妙用之举。开胃气炒有如下优点:其一,健脾药和面粉与土同炒,共同增强健脾之功;其二,借气炒香酥可口的特点,发挥诱导开胃之功;其三,隐药于食,药食同进,避免小儿畏药拒药,使治疗得以顺利进行;其四,制作简单,服用方便,效果可靠。

\* 山西省平顺县人民医院(047400)

收稿日期:1993-10-20