

百 家 园

试论污秽之血为瘀血

污秽之物与血相结则为污秽之血,污秽之血必然凝滞而为瘀血,是临床常见的一种瘀血。如《素问·针解篇》云:“菟陈则除之者,出恶血也”。《左传》解:“恶者,垢秽也”。现结合临床实践,对其病因病机、临床特点及治疗方法讨论如下。

1 病因病机

形成污秽之血的原因主要有外源性和内源性两种。其外源性者,系指外界污秽之邪侵入血分,而外界污秽之邪主要是疫毒之邪。如《温病条辨》云:“温疫者,厉气流行,多兼污浊……温毒者,诸温夹毒,秽浊大甚也”。《温热经纬》亦云:“因病致死,病气尸气,混合不正之气,种种恶秽,交结互蒸,人在其中,无隙可避,斯无人不病,是诚诸疫同然”。明示疫毒之邪均属污秽之邪。疫毒之邪或从口鼻、皮肤,或经输血、输液等途径深入血分,与血相结,既改变血液之成分,又改变血液之性质,使血流迟缓留滞,泣涩凝瘀。同时,疫毒之邪最易灼伤血络,并迫血妄行,使血离经而为瘀血。现已证明,致病微生物,如细菌、病毒、螺旋体、细菌内毒素等,可损伤血管内皮细胞,激活凝血因子XII,启动内源性凝血系统,还可相继激活纤溶、激肽和补体系统,从而引起弥漫性血管内凝血。

其内源性者,主要是指由于脏腑功能失调或衰竭而产生的诸如痰饮、湿浊、脂液、溺毒等污秽之物混入血分,与血搏结,使血流凝滞,或阻塞脉络而成瘀血。常见者如痰瘀互结、湿浊瘀阻、溺毒阻络等。现已研究证明,尿毒症患者各种胍类化合物、尿素、肌酐、尿酸增多,肝性脑病患者血氨升高,以及高脂血症、糖尿病等,均易使血液出现“高粘”、“血凝”状态或微循环障碍。此类血液即属“污秽之血”。

此外,体内当泻而不泻之污血,留滞不除,亦为污秽之血,如经闭不行、恶露不下、疮疡污血留积等。

2 临床特点

污秽之血瘀证除具有一般血瘀证之特征外,尚有以下几个特点:其一,在其病史中具有上述形成污秽之血的明确病因。其二,病程可暂可久,凡属外源性者病程多短,而内源性者病程较长。其三,血色紫黑,表现在

斑、疹、痘色紫黑,大便下血黑腻如漆,呕吐之血紫黑成块等。其四,其病证多具“毒性”,表现在外源性者多属急性热病,病势凶险,常伴高热、出血、发斑等,并具有传染性。内源性者病情亦多危重,如污秽之瘀血犯心脑则昏迷痉厥;乘肺则咳逆喘促,口目色黑;阻于肾络则为关格;侵于肝经则为腹胀。此类病证之病位多不局限于一脏一腑,而往往引起多脏器损害,甚至危及全身。

3 治疗方法

污秽之血作为一种瘀血,治之首当活血化瘀,瘀血被除则污秽之邪亦随之而清,新血亦随之而生。《医林改错》中用解毒活血汤治疗霍乱吐泻转筋,通经逐瘀汤治疗痘疮逆证,会厌逐瘀汤治疗痘疮饮水即呛等即属此意。清代吴存甫、罗芝园用王氏解毒活血汤治疗鼠疫获良效,现在用活血化瘀方药治疗弥漫性血管内凝血、严重感染多脏器功能衰竭、高脂血症、糖尿病等也获良效,尤其是单用具有活血化瘀,软坚散结功效而体外无杀菌或抑菌作用的金荞麦治疗肺脓肿(《中西医结合杂志》1989年第7期),莪术注射液和化瘀汤治疗呼吸道合胞病毒获肯定疗效(《中国中西医结合杂志》1992年第12期)。由此进一步证明,污秽之血即为瘀血,血污秽则血瘀,瘀血去则污秽除。

因污秽疫毒巢穴在血,欲清血中之污毒,必清血中之热,解血中之毒,故凉血活血解毒法也是治疗污秽之血瘀证的重要方法。叶天士多以犀角、生地、赤芍、丹皮、丹参、桃仁、琥珀治疗诸多邪入血分之外感热性病;余师愚创清瘟败毒饮治疗疫病,是因为其中不但有大量清热解毒之品,同时有犀角地黄汤凉血解毒。值得指出的是,大黄“能入血分,破一切瘀血”(《医学衷中参西录》),又善清热解毒,更可荡涤污秽浊邪,使污秽之邪去有出路,故为治疗污秽血瘀证之要药。近年来,运用含有大黄的凉血活血解毒方药治疗属于污秽之血瘀证的急、慢性肾功能衰竭、流行性出血热、重症肝炎、肝昏迷、败血症等病多获良效。

当然,治疗污秽之血瘀证,也必须遵循辨证论治原则,属痰瘀互结者,当痰瘀同治;湿浊内阻者,当利湿化浊;正气已虚者,必兼扶正固本。总之,污秽之邪与血相结必成瘀血,临床自有其特点,治之应在辨证论治基础上,重点活血化瘀,凉血解毒,毒邪清则瘀易化,瘀血消

则污秽除。

山西省临汾市第一人民医院(041000) 蒋 森

山西中医学院(030024) 蒋芳莉

疔瘰与心痹

疔瘰与类风湿性关节炎、痛风、大骨节病、化脓性关节炎、结核性关节炎等类似。但主要指类风湿性关节炎,属于中医痹证的范围。《内经》云:“风寒湿三气杂至,合而为痹”,是言痹证的病因,这种因素对机体的侵袭,固然有着重要意义,但它能否引起发病、致何部病变,不但取决于正气的强弱,而且还与四季五脏所主之时和脏腑经络之气是否相合有关。五脏之气合于四时五行,且各以其时而受病,相合才能为痹。在一般情况下,逆其气则病,从其气则愈。失治、误治则可导致五脏之痹。

近几年,在诊治疔瘰的过程中,发现有的女性病人,除关节肿痛外,还伴有心悸、气短、心前区疼痛等。这是疔瘰合并心痹。此种心痹,不同于冠心病之“心绞痛”,特点是痛有规律,多在夏季发作,天气越热,发作越频繁,当阴天下雨时,关节痛反而减轻,心前区疼痛也随之而缓解或消失,心前区呈隐隐绵绵,似痛非痛,劳累或食香燥之后,其痛可因之触发或加重,待到冬来时,现状逐渐好转。有的还随月经周期及产后而改变。如此反复,继而可出现腰酸肢软、耳鸣、目睛干涩、面颊潮红、心烦失眠等证。舌体瘦红,脉细弦数或细数。化验检查:血脂不高;血压正常;血沉 30~40mm/h 或正常;类风湿因子阳性。X 线检查:符合类风湿改变。心电图示:ST 段下移;T 波低平或双向等。

如治冯某某,女性,32 岁,农民。患者四肢关节肿痛反复发作 10 余年,左心前区痛 4 年,加重 1 月。曾服西药阿斯匹林、强的松等并长期用温经、祛寒、除湿中药。伴耳鸣、目睛干涩、腰酸肢软、夜寐盗汗。近 3 年出现左胸隐隐作痛,当吃香燥或劳累后加重,每年夏季发病,入冬后诸症基本消失。舌体瘦红,脉细弦数。血压 14.5/9.3kPa,心率 98 次/分,律齐,各听诊区未闻器质性杂音;双手掌指关节微肿,第二指间关节呈梭形改变,双膝双踝关节肿胀,表面不红,局部皮肤温度较正常稍高,部分关节活动受限。X 线:双手、双膝关节相符合类风湿改变。

化验:血清胆固醇、甘油三酯、 β -脂蛋白均在正常范围之内;血沉 40mm/h;抗“O”1:200;类风湿因子阳性。心电图示:II、III、aVF 导联 ST 段下移。

病由产后气血大亏,又贪凉感受风寒,热被寒包,因症轻未及时治疗,邪气留伏。2 年后夏暑收麦淋雨,湿

热交蒸,新邪与伏邪互结,流注于关节,潜伏于血脉,致使气血运行不畅,不通则痛,故四肢关节疼痛。本属热痹,虽经治疗,但未能彻底驱邪。又改服温经、祛寒、除湿之剂,更伤其阴精。由于热痹用热药,久则连脏,最先伤及心肝肾,则肝血肾精进一步亏乏,血脉不充,故心悸、气短、心前区痛、耳鸣、目睛干涩、腰酸肢软,心烦失眠等症出现。

西医诊断:类风湿性关节炎,心绞痛。中医诊为:疔瘰、心痹。综观脉症,属肝肾阴虚,心经郁热,治宜滋养肝肾、清心泻火、佐以活血通络。

方用:陶氏导赤各半汤加减(《医部全录》)。生熟地各 15g,麦冬 12g,木通 6g,山梔 10g,水牛角 10g,炒黄柏 6g,枸杞子 15g,山萸肉 15g,当归 10g,川芎 10g,赤芍药各 15g,丹参 15g,威灵仙 12g,土鳖虫 10g,木瓜 10g。

上方连服 2 个多月,关节痛及心前区痛均日渐好转,心电图也相应改善,血沉恢复正常。随访 2 年,关节症状夏季稍有不适,但心前区痛却未再发。

北京中医药大学东直门医院(100700) 李恒敏

浅谈温药治疮疡

自有清以降,温病之学渐盛,中医外科学也深受影响,临证秉叶、吴治温之旨移治疮疡者不绝如缕,初感用辛凉解表,疮成以清热解聚,走黄法凉营开窍,活人无数。但如唯取凉药一途,则有违辨证论治原则,流弊亦不鲜见。

1 先贤后贤,疗疮未废温药

温药治疗疮疡,在祖国医学中早有记载,我国现存最早的《五十二病方》中已有“肉疽倍黄芪”之语。

明清两代是中医外科发展的鼎盛时期,这个时期的疮疡治疗,寒凉药仍未一统天下。陈实功善用托法,主张“凡初时即高起者,此属阳症……便宜托里以速其脓”“其初起不高不赤平塌散漫者,此乃阴症,元气本虚,急宜投托里温中健脾之药,催托毒气在外”。如托里消毒散、透脓散、神功内托散、托里温中汤、排脓内托散,都是甘温补气补血之品为主,辅以穿山甲、皂角刺、桔梗等通透药。王洪绪,擅疗阴症,强调“阳和通腠,温补气血”,反对“清火解毒”,以阳和汤治疗阴疽。甚至阳症疮疡亦推崇以辛温活血之乳香,没药的醒消丸治疗。融温病治法于疡科的高秉钧,在所著《疡科心得集》亦未尽废温药,如其治流注分别阴阳,阴证亦主阳和。

2 辛温甘温,用之意在达邪

痈疽的成因,一为六淫外袭,《灵枢·痈疽》:“夫血脉营卫,周流不休,……寒邪客于经络之中则血泣,血