

热却有一些相同之处,需要加以鉴别。两者都是患者自觉发热而体温不高、都是在夜间发热较明显、用清热消炎药都无疗效。

“阴虚发热”与人体的动静关系不明显,只是与患者白天活动过多或过劳时,晚上发热会更剧烈些;患者晚上发热剧烈时,起床活动不会减轻发热症状;晚上以脚心发热最显著,需将脚心贴于冰冷的鹅卵石或铁器上才能入睡;有的还会在白天出现下肢“骨蒸潮热”现象;患者脉多细数无力。舌质嫩红少苔;身体多消瘦、面色嫩红等等。“静息发热”最重要特征是下半夜发热剧烈,起床活动后发热会减轻;身体虽然瘦,但面色暗红,脉实有力,舌质苍老暗红,舌苔有多有少,无特别之处。

血栓闭塞性脉管炎的“静息痛”最剧烈。除晚上剧痛外,白天仍然疼痛,以往用保守治疗多无疗效,常用外科切肢治疗,使患者成为终身残疾人,甚至有偏远山区的贫困患者,无力承受高昂的医药费而丧生。

“血栓闭塞性脉管炎”应改成“血栓闭塞性肢端坏死病”。因为这个病在患处皮肤未破损前是不存在红、肿、热的炎症,其血象也不支持炎症的称谓。如果把它称之为“炎症”,会给医生们造成误导,在医治该病时会大量地使用消炎药。

“血栓闭塞性肢端坏死病”除具有静息痛的症状外,更为明显的是患处“畏寒”剧烈,炎热的夏天患肢仍要烤火或用水浸泡方可减轻疼痛。所以,该病的病根从表面看来是由“血栓”阻塞了末梢血管所致。

中医认为这个“血栓”是由“寒邪”导致局部血管的收缩,致使红血球在局部堆积起来,久而久之就形成了不能冲散而流走的“死血”——“血栓”。“热则膨胀,冷则收缩”,这是众所周知的自然规律,人的血管也不例外。尤其是末梢血管遇到寒冷刺激时,就会产生收缩,血管的管腔变小,红细胞自然不易通过,加上是远端的末梢血管,血液流动的冲刷力本身就较弱,这就更加促使了红细胞的堆积。若这种寒冷刺激持续过久,堆积的红细胞就成了凝结成块的“死血”——“血栓”。患这种病的人北方多于南方,是因为北方比南方气候更寒冷之故;偏远农村多于城市,中医“温阳散寒”和“活血祛瘀”的方药轮流服用就能比较迅速地治愈该病。这也证明了以上认识的正确性。因此“血栓闭塞性肢端坏死病”也可以归纳到“静息病”中来,因为它的“静息痛”的症状很明显。

3 辨证施治

“辨证施治”是中医的优势。它可以因人、因病和因证型的不同而进行辨别,然后进行相应的医治方法及用药,以达到“对症下药”,使之药症相投而收到最佳疗效的目的。所以,中

医治病往往同是一个病,因证型、患者体质、气候等不同而用不同的方药进行治疗。因此,绝大多数的疾病都不是用某一个固定的方药进行治疗的。比如感冒病,中医要分寒、热、虚、实、挟虚、挟湿等等,这都是中医的一般规律。然而,也有一部分疾病只有一种证型者,静息病就是其中一种。因为它表现为“人静则病增,人动则病减”,属于中医辨证中的“实证”,没有“虚证”,更无表里寒热之分。所以可以用“泻实”的方药医治,药方就是(血府逐瘀汤)。

辨证:气滞血瘀,治法:行气活血祛瘀,给予血府逐瘀汤(出自王清任《医林改错》):桃仁 10~30g,红花 10~30g,当归 10~30g,川芎 10~30g,赤芍 10~30g,生地黄 10g~30g,柴胡 10~30g,甘草 3~10g,桔梗 3~10g,枳壳 20~40g,牛膝 10~30g。

本方以桃仁为主药。桃仁的醇提取物有抗凝血作用及较弱的溶血作用。最适宜于“血瘀”所致病变的治疗(如果用溶血作用较强的“水蛭、虻虫”之类的药就攻伐太过,这些破血峻猛的药,只适宜于“瘀血”所引起的病变)。配伍红花及地、芍、归、芎就成了“桃红四物汤”,是医治血瘀和瘀血最基本的方药,它既活血行瘀而又不伤正,且有去瘀血、生新血的功效。配伍柴胡、枳壳疏肝理气,既促进肝的藏血之职,又有理气宽中作用,使之气能帅血以畅行,血能养气以豁达。桔梗引药力以上行,牛膝通导下达之血瘀。诸药合用而达到行气活血祛瘀之功,所以,本方为医治全身血瘀无处不到的血瘀病变之良方也。

4 讨论

在治静息发热 12 年的患者时,因患者曾服过 170 剂中药未愈,当给服血府逐瘀汤两剂后,复诊云:“药后病情丝毫不减轻,但也未增加”。再详细追问其病史时,自述其 12 年前,左手四根指头被扎伤致骨折,住院医治两月余康复,半年后才出现夜间发热的。这说明其患静息病无疑,因为病程较长,病已根深蒂固;再就是患者服药过多,已产生耐药性,用药剂量有“杯水车薪”之嫌。逐将药量加倍再服两剂。复诊时,自述病已减轻大半。如此再服四剂而痊。说明了只要诊断准确了的病,不要更易方,病重而根深蒂固者,用药量轻了会“鞭长莫及”。

静息病兼杂在其他疾病中时,要把其他病和静息病轮流治疗,以达到快速“各个击破”的目的。如在医治“血栓闭塞性肢端坏死病”时,患者除了静息疼痛明显外,还有指(趾)畏寒剧烈的症状,要服一剂“温阳散寒”的“金匮肾气丸”之后,再服一剂“行气活血”的“血府逐瘀汤”,如此轮流治疗,才会收到满意的疗效。

* 四川省石棉县滨河路四段 807 号(625400)

略论“问寒热”在外感病中的临床意义

陈滨柱*

1 恶寒发热

指患者恶寒的同时又有发热,发热的同时又感恶寒。多见于外感病的初发期,也是表证的主要症状。如伤寒之太阳病与少阳病,温病的卫分证和上焦证,均可见到。在外感表证中,恶寒是主症,是发热的前奏,常与发热俱现。所以,恶寒与发热并见是作为诊断外感表证的重要依据。

1.1 恶寒发热,同时并见

1.1.1 恶寒重、发热轻 即患者自感恶寒较重,并有轻微发热

的表现。每由外感寒邪所致,因寒为阴邪,寒邪袭表,卫阳受遏,肌腠失煦而恶寒;又因寒邪外束,卫阳失宣,则郁而出现微热之象,故属于表寒之证。本证若兼头身疼痛,口渴无汗,脉浮紧,舌淡苔白者,多属风寒束表;兼见无汗而喘,痰稀色白,脉浮紧,舌淡苔白滑者,多属风寒袭肺;兼见头微痛而无汗,唇干咽燥而痰稀,苔白而干者,多属凉燥之证。

1.1.2 发热重,恶寒轻 即患者有发热较重的表现,同时又有轻微怕冷的感觉。每由外感温邪所致,因温为阳邪,阳盛则热,

卫气抗邪于肌腠,邪正剧争则表热较甚。表热者多兼风邪,风热袭表,腠理开泄,则微恶风寒,故属于表热证。本证若兼见头痛无汗,咽痛咳嗽,口渴鼻干,苔薄黄,脉浮数者,多属风温表证;兼见头痛少汗,身重疼痛,口渴心烦,苔薄腻者,多属暑湿表证;兼见头痛咽痛,口渴唇燥,干咳痰黏,苔薄黄而少津者,多属温燥表证。

1.1.3 发热较轻,恶风自汗 即患者有轻微发热、自汗的表现,并有遇风怕冷之感觉。每由正虚之人外感风邪所致,属于表虚证。因正气不足,抗邪无力,邪气不盛,正邪分争不剧则发热较轻;卫阳虚弱,肌腠不固,玄府开合失常,阴不内守则自汗出;风为阳邪,其性开泄,腠理疏松,则表虚自汗而恶风。本证常兼见头身疼痛、时寒时热、干呕不渴、苔薄白、脉浮缓。

1.1.4 恶寒较重,发热亦著 即患者自觉恶寒较重,并有发热较著的表现。每由阳盛之人外感风寒湿之邪所致,因寒湿之邪阻遏阳气,致使肌腠失煦而恶寒;里热内盛,阴邪外蔽,外寒里热,正盛邪实,邪正剧争而恶寒发热并重,故属于表寒里热之证。本证常兼见头项强痛,身痛无汗,口苦微渴,舌红苔白,脉浮紧。

1.2 恶寒发热,先后出现

1.2.1 初起寒战,继则高热 即患者起初自觉恶寒战栗,继则出现高热无汗。每由外感风寒之邪或疫毒时疔所致,属于邪盛正虚之证。前者多属寒邪束表,腠理闭塞,阳气为阴邪所遏,故战栗而兼见恶寒无汗,头身疼痛,继则高热,苔薄白,脉浮紧之症。后者如疟疾之发作,开始正不敌邪而恶寒战栗,营卫之气奋力驱邪,邪正剧争,故寒罢而壮热,继则汗出,热退身凉,并见烦渴乏力,小便短赤,大便秘结,舌红苔白,脉数而无力,也属于外寒内热之证。

1.2.2 寒热往来,交替出现 即患者发热时不恶寒,恶寒时无发热。因证以寒热往来为主要特征,故《伤寒论》有少阳病之称。少阳居于太阳与阳明之间,病邪既不在太阳之表,又未达阳明之里,故常谓为半表半里之证。根据寒热出现的时间和规律,临床常有以下两种类型:①发无定时:即指患者时冷时热,一日多次发作,而无时间规律,常见于少阳病,因外邪袭表,邪正相持于表里之间,邪胜则恶寒,正胜则发热,所以恶寒与发热交替发作,故属于半表半里之证。临床常兼见目眩,口苦咽干,心烦喜呕,胸胁苦满等寒郁化火之症。②发有定时:即指患者憎寒与发热交替出现,发有定时,或每日发作一次或二、三日发作一次,常见于疫疔之类,如疟疾、流感等病。每由疟邪侵入体内,伏藏于半表半里之间,入与阴争则寒,出与阳争则热,故寒热交替出现,休作有时,寒多热少,临床常兼见头痛,肢体酸楚,口不渴或喜热饮,胸胁痞闷,苔白而腻,脉弦紧等寒邪郁表之证。

2 但寒不热

指患者仅有怕冷的感觉,而无发热之表现。多见于外感病的早期,是外感表证的主症之一,故古语“有一分恶寒便有一分表证”之言。但也这不能绝对而言,临床也有恶寒不著而表证存在者,反之恶寒也可见于外感病之极期或末期,有伴发气虚或阳虚而恶寒,有证属虚寒而恶寒者,此等虚寒均为里证。

2.1 恶风

即患者自觉遇风自冷,避之常可缓解。每由风邪袭表,营卫失和所致,因风性开泄,风邪袭表,肌腠疏松,玄府开放,则恶风汗出,故属伤风之证。若兼见微热汗出,头身疼痛,干呕不渴,苔薄白,脉浮缓者,多属风寒表虚;兼见身热汗出,关

节疼痛,屈伸不利,苔白腻,脉濡者,多属风湿表证;兼见发热,头痛汗出,口干咽痛,舌尖红、苔薄黄,脉浮数者,多属风温表证;兼见皮肤斑疹丘疹,发热瘙痒,纳呆倦怠者,多属风疹表证;兼见面浮目肿,小便不利,咽痛咳嗽者,多属风水表证。

2.2 恶寒

即患者自觉身寒怕冷,虽加衣近火仍不能缓解。每由寒湿之邪侵袭所致,因寒湿俱为阴邪,其性收引凝滞,阳气每为阴邪所遏,气血郁阻,腠理失于温煦则恶寒。本证若兼发热无汗,头身疼痛,鼻塞流涕,咳嗽气喘,舌苔薄白,脉浮紧者,多属风寒束表;兼见身热无汗,咽干鼻燥,干咳少痰,舌苔薄白而少津,脉浮濡者,多属凉燥之证;兼见发热较重,头项强痛,身痛无汗,咽痛口渴,舌红苔白,脉浮紧者,多属表寒里热;若时在夏日,兼见发热,头痛身重,肢节酸楚,无汗或微汗,口干不渴,舌红苔薄腻,脉浮滑者,多属暑湿伤表;若寒多热少,休作有时,身痛肢倦,胸闷脘痞,舌苔白厚浊腻,或白如积粉,脉缓者,多属邪伏膜原;若恶寒而无热,或体温反低,无汗肢冷,体倦声低,面色苍白,舌淡苔白,脉沉而无力者,多属阳虚外感或寒邪直中之阴证。

2.3 寒战

即患者自感恶寒而战栗,表现为怕冷的同时全身不自主地颤抖。每由外感阴邪疫疔所致,因寒疫之类其性多阴凝秽浊,邪郁经络,气血不通,腠理闭塞,阳气不足以温煦则寒战,多属邪盛正虚,或外寒内热之证。若外感初起,寒战而兼见无汗,头身疼痛,继则高热,苔薄白,脉浮紧者,多属寒邪外束;若寒战而兼见高热,头痛无汗,周身疼痛,咽痛咳嗽,口渴鼻燥,苔薄黄,脉浮数者,多属表寒里热;若突起寒战,休作有时,寒罢则热,继而汗出,并见烦渴乏力,潮热便秘,舌红苔白,脉数而无力者,多属疟疾寒战;若在外感病程中,突然出现恶寒战栗,甚则肢冷脉伏,几经痛苦挣扎之后,继而身热汗出,称为战汗之寒战。临床战汗的出现就是邪盛正虚,邪正剧争的反映,也是卫气抗邪,或脏气抗毒的体现。一般来说,正气尚盛者,多阳复而战,一汗邪解;正气虚衰者,多正不胜邪,阴阳外脱。若寒战之后,汗出热退,脉静身凉者,常为正胜邪退,病渐趋愈之象;若寒战之后,有汗而热不解,躁扰不宁,口渴脉疾,舌红苔燥者,多属热毒亢盛,津竭阳亡;寒战之后,不发热,甚至体温下降,四肢厥逆,面色#白,脉微欲绝者,常为邪盛正虚,气脱阳亡。

2.4 畏寒

即患者虽觉身寒怕冷,但加衣近火可以缓解。正如《医碥·问证》所描述的“外感恶寒,虽近烈火不除,必表解乃已。内伤恶寒,得就温暖即解。”临床这种不伴表证之恶寒,实是寒邪内伤之畏寒。畏寒之症多见于里实寒和里虚寒。前者多属新病之畏寒,因于脏气不足,寒邪直中脏腑或经脉,阳气为阴邪所遏,形体失于温煦,故患者突感畏寒,肢冷拘挛,胸腹冷痛,痛处拒按,得温痛减;或腹痛呕吐,肠鸣泄泻;或咳嗽喘促,痰鸣气逆等,皆属邪气入里之实寒证。后者多为久病之畏寒,因于素体阳气虚衰,形体失于温煦所致。患者有自觉畏寒,伴面色苍白,蜷卧肢冷,少气乏力,舌质淡,脉沉迟无力等特征,多属正气不足之虚寒证。

3 但热不寒

指患者只感到发热,不觉得怕冷,或反有恶热的现象。外感病若从恶寒发热转为但热不寒的表现,是六淫之邪由表入里,

且从热而化的重要标志,多属阳盛阴虚的里热证。

3.1 壮热

即患者出现高热,体温多达 39℃ 以上,持续不退,不恶寒反恶热。六淫之邪由表入里,邪正交争,阳热亢盛,里热蒸腾所致。常见于外感热病的峰期或极期。如伤寒的阳明证与温热病类的气分、营分、血分之证,以及湿热病类的中焦证。其中壮热而见于峰期者,多为中焦、气分证;壮热而见于极期者,多属营分、血分之证。本证若兼见汗多,渴喜冷饮,便秘溺赤,舌质红,苔黄燥,脉洪大而有力者,多属胃热炽盛;兼见咳嗽气粗,胸闷胸痛,痰黄而稠,汗出口干,舌红苔黄,脉滑数者,多属邪热壅肺;兼见神昏谵语,或昏愦不语,舌謇肢厥,舌质红绛,脉象细数者,多属热闭心包;兼见手足躁扰,甚则狂乱,两眼上视,昏不识人,颈项强直,角弓反张,舌红苔黄,脉象弦数者,多属热盛动风;兼见躁扰不安,昏狂谵妄,斑疹密布,吐血、衄血、便血、尿血,舌质深绛者,多属热盛动血;兼见头痛,大汗口渴,烦躁不安,或见吐衄、发斑,舌绛紫,脉洪数者,多属气血两燔。若发于夏暑之季,兼见烦渴,汗多,胸闷气短,脘痞身重,尿少而赤,舌红苔黄腻而燥者,多属气分湿热,困阻中焦;若发于夏秋季节,兼有下利脓血,里急后重,肛门灼热,腹中疼痛,舌红苔黄腻者,多属湿热毒痢。兼见关节红肿热痛,活动受阻,全身不适,口渴烦躁,舌红苔白腻,脉洪而数者,多属风湿热痹。

3.2 潮热

即患者发热如潮汐之定时,每日 1 次,时至而热盛,时过

而热衰。常见于外感热病的中、后期阶段。若一日体温波动数次,发无定时者(如不规则热等),皆不属于潮热之范围。然疟疾之发热,虽休作有时,或日发一次,但症见寒热往来交替出现与潮热之但热不寒者不难区别。由于病因有不同,病证有虚实,故热有高低之别与朝夕之异。若日晡之时(即申时),发热尤高,兼见大便秘结或泻下稀水,腹部胀满,痛而拒按,烦躁谵语,舌苔黄厚而燥,脉沉而有力,多属腑实潮热;若午后身热不扬,汗出热退,继又复热,兼见头身困重,胸脘痞闷,腹胀便溏,口淡纳呆,小便短赤,舌苔黄腻,脉濡数,多属湿温潮热;若身热夜间尤甚,兼见烦躁不安,神昏谵语,口不甚渴,斑疹隐现,或见多种出血之症,舌质紫绛而少津,脉细数,多属营血潮热;若壮热已降,余邪未清,晨轻暮重,手足心热甚于手足背,兼见神疲体倦,心烦口渴,舌红少苔,脉细数,多属阴虚潮热。

3.3 微热

即患者发热不高,体温一般不超过 38℃,或仅自觉发热而体温正常。多见于外感热病的后期阶段,常为脏腑已虚,余邪未尽之证。如峰期已过,低热不退,常伴干咳少痰,咽干声嘶,口燥而渴,消瘦纳差,便秘溺赤,舌红苔薄而欠润,多属肺胃阴虚;如高热虽退,但身热不已,常伴精神疲惫,心烦气短,汗出口渴,尿少而黄,舌红而干,脉虚而无力,多属热伤气津;如身热不甚,日久不退,或手足心热,常伴两颧潮红,眩晕耳鸣,多梦乏力,口燥咽干,舌红少苔或无苔而乏津,脉细数,多属肝肾阴虚也。

* 广东省潮安人民医院中医内科(515644)

试论中医“治未病”思想的学术贡献

秦华珍* 邓家刚* 梁艳君*

“治未病”思想起源于秦汉时期,《素问》所谓“不治已病治未病”堪称开中医治未病思想之先河。张仲景《伤寒杂病论》中的“肝病实脾”等见解发展了治未病思想。其后,历代医家对“治未病”思想颇多论述,迨至清代,“治未病”思想趋于完善。两千多年来,“治未病”思想一直是中医学防病治病的原则。时至今日,在疾病医学逐渐出现向健康医学转变的趋势下,“治未病”思想再一次彰显出巨大的历史贡献与时代价值。归纳起来,“治未病”思想对医学的发展具有以下贡献。

1 从医学角度对养生作出了精辟的诠释

养生一词最早见于《庄子》内篇,在道教书籍中不乏记载。众所周知,古代的养生学家,不仅仅出自医家。儒家学说的奠基人孔子,春秋末期著名的思想家、道家学派的创始人老子,战国中期的道家庄子,南宋著名理学家朱熹等皆为养生大家。《内经》全面系统地阐述了中医学的学术理论,同时对养生作了大量的论述。《素问·上古天真论》为《内经》首篇,主要论述养生的积极意义,说明养生是却病延年的有效措施。《素问·四气调神大论》为第二篇,具体叙述了一年四季中适应气候变化的摄生法则,告诫适应气候变化,是养生方法中的关键。在本篇中,首次提出“治未病”思想——“从阴阳则生,逆之则死;从之则治,逆之则乱。反顺为逆,是谓内格。是故圣人不治已病治未病,不治已乱治未乱,此之谓也。夫病已成而后药之,乱已成而后治之,譬犹渴而穿井,斗而铸锥,不亦晚乎!”这段论述,既说明了顺应四时阴阳则能生存,违背四时阴阳则会死

亡;同时指出了事先预防的积极意义。这就从医学角度把养生与预防疾病有机地联系起来,养生也是一种医疗活动,这种医疗活动的目的是为了预防疾病,即“治未病”。

2 建立了中医预防、治疗、康复一体化的医学思想

《黄帝内经》中谈及“治未病”的篇文共有三处:《素问·四气调神大论》中所言的“治未病”是指预防疾病;《素问·刺热》、《灵枢·顺逆》所言的“治未病”等皆是指有病早治。而《难经·七十七难》、《金匮要略·脏腑经络先后病脉证篇》等所言的“治未病”,以及清代叶天士的“务必先安未受邪之地”,则指既病防传防变。《伤寒论》于六经病篇之后,设有《辨阴阳易差后劳复病脉证并治》,对瘥后调养、防病复作了专门论述,实为“治未病”内容的延伸,也应属于“治未病”的范畴。这些论述涵盖了中医预防、治疗、康复的各个环节,由此可见,“治未病”建立了中医预防、治疗、康复一体化的医学思想。

3 建立了一套防病治病、防传防复的实用体系与具体办法

自《黄帝内经》提出“治未病”学说之后,后世医家对其作了全面、具体的阐发。以《伤寒杂病论》为代表,张仲景继承“治未病”思想,从未病先防、有病早治、既病防传、病盛防危防逆、病愈防复等方面对“治未病”作出了具体详细的阐述。在《伤寒杂病论》中,仲景提出“养慎,不令邪风干忤经络”、“无犯手法、禽兽灾伤,房室勿令竭乏,服食节其冷、热、苦、酸、辛、甘,不遣形体有衰”等预防疾病的办法。而“四肢才觉重滞,即导引、吐纳、针灸、膏摩,勿令九窍闭塞。”既