

组织型纤溶酶原激活物(tPA)活性,抑制组织型纤溶酶原激活抑制物(PAI)活性,血浆脂质过氧化物(LPO)产生增加,可致动脉内皮细胞损伤剥落,形成血栓。此外,实验研究还发现,养阴方能有效促进体外培养的血管内皮细胞的增殖,降低培养液中自由基的浓度,提高 SOD 的含量,起到保护血管内皮细胞的作用。

滋养脏腑,调节血行:在外感热病后期尤易引起脏腑阴液亏损,还可导致脏腑组织器官实质结构的损害和功能失调,进而使人体气血的正常运行发生障碍,形成血瘀证候。热邪深入营血,耗气伤津,劫夺营阴,脏腑经络得不到气血的濡养,特别是影响到心、肝、脾、肺等重要脏器,则心不能主血脉,肝藏血的调节血量功能失司,脾统血无权,肺朝百脉失职,即会影响到血液的正常运行,使脏腑对血液的输布与统摄发生障碍,而成血瘀之变。

叶天士说:“温邪上受,首先犯肺”,故外感热病过程中,肺脏的阴津最易受损。一旦热邪久留不解,肺津损伤严重,则可影响肺朝百脉、主行气血的功能而导致血瘀。正如何廉臣所说:“肺津已受热伤,则气不流行,血必凝滞”。

养阴生津法可以增液生津,使津液充沛,则血液化生有源,血液充足,又可濡养脏腑,脏腑得以濡养,才可以发挥正常的生理功能。心血充沛,就可以正常发挥主血脉的功能;脾脏得到血液的温养,既可化生精微,以补充血液,又可统摄有权;肝血足,则疏泄如常,血液就可以正常运行;肺脏受血,则可以正常发挥朝百脉的功能;肾中精气足,又可化生阴血,濡养各脏,诸脏受到肾中精气的培养,就可以调节血液的运行,改变血液的运行状态,从而整体发挥祛除血瘀的作用。临床治疗具有血瘀证的心、脑血管疾病

时根据病情常在治疗方中选用麦冬、何首乌、女贞子、黄精、白芍、生地黄、石斛等,取得良效,亦证明了养阴生津药具有滋养脏腑、软化血管、通利血脉的作用^[3]。

针对病原,以补药之体为泻药之用:养阴生津方药除具有滋养阴液作用,并通过这一作用产生化瘀效果外,不少养阴药物,药性寒凉,又可以清解热毒以祛除致瘀之因。研究发现,养阴生津药物能调节和增强巨噬细胞的吞噬功能,增强血清抗体的产生,从而证实养阴生津药的清热解毒作用是通过抑制病原体、对抗中和内毒素以调节机体对病原体侵入产生的反应,提高机体免疫力,加速对毒素的清除,从而实现毒清热解、毒去瘀化、邪去正复的目的,即温病学中所说的养阴生津药物可以以补药之体为泻药之用。如玄参在试管内有明显的抗内毒素作用,麦冬对白色葡萄球菌、大肠杆菌、伤寒杆菌等有较广泛的抑菌作用。由增液汤研制而成的增液养阴注射液具有抗炎、解热作用。另有动物实验表明,养阴方药具有一定的降低热瘀模型家兔发热效应的作用。这也就是吴鞠通所说的“以补阴之品,为退热之用”的道理。

参考文献

- [1] 万海同,杨进.论养阴生津是治疗温病热瘀证的主要治法[J].中国中医基础医学杂志,1999,5(4):42-46.
- [2] 万海同,杨进.养阴生津对家兔热瘀模型血液流变学和凝血指标的影响[J].中国中医基础医学杂志,1997,3(3):46-48.
- [3] 万海同,王灿辉,杨进,等.养阴通瘀方对心脑血管病血瘀证及其血液流变学指标的影响[J].中国中医药信息杂志,2000,7(9):39-40.

(收稿日期:2010-12-03;修回日期:2011-06-07)

[编辑:李巍]

慢性肾病的血热病机探讨

王暴魁* 刘美奇 张敬峰 任可 盛海忠 付玉娜

北京中医药大学东方医院,北京市丰台区方庄芳星园一区6号,100078)

* 通讯作者:nanweishui4@163.com,13691510733

[摘要] 在回顾和总结中医对血热认识基础上,从患者临床表现及舌脉、临床辅助检查、中西医肾脏生理病理表现等方面探讨了慢性肾病的血热病机,提出了慢性肾病中广泛存在着血热病机。

[关键词] 慢性肾病;病机;血热

慢性肾病(chronic kidney diseases,CKD)是指各种程度的慢性肾脏结构和功能障碍(肾脏损伤病史>3~6个月),包括肾小球滤过率(GFR)正常和

不正常的病理损伤、血液或尿液成分异常,或影像学检查异常,或不明原因的GFR下降(GFR<60ml/min)超过3个月^[1]。中医治疗慢性肾病历史悠久,

历代医家对肾病的认识和治疗实践为进一步认识和治疗提供了宝贵经验,但目前对慢性肾病的病因病机认识尚未一致。我们在查阅古今文献基础上,结合多年的临床经验,认为慢性肾病中广泛存在血热病机,初步探讨如下。

1 对“血热”的认识

“血热”在《中医药大辞典》中解释为:“亦称血分热,指热之在血分者,证见吐衄咳咯溺血,午后发热,女子月事先期而来,脉弦而数,法当凉血(《证治汇补》)”^[2],据此“血热”,一是指病位在于血分,相对于气分而言;一是指病性为热,相对于寒而言,故其基本含义指血分有热。

在《黄帝内经》、《伤寒论》、《金匱要略》中都没有“血热”一词,但有相关论述。如《素问·气厥论》云:“胞移热于膀胱,则癃溺血。”《伤寒论》有“热入血室”之证,《金匱要略》有“热在下焦者,则尿血,亦令淋秘不通”之论。在后世医家论述中,诸凡出血之证(称“血证”),如呕血、吐血、尿血等,多认为与血热相关,如《万病回春》云:“一切血症,皆属于热,药用清凉”^[3],但很少直接提到血热。

《中医药大辞典》中关于血热的注释出自清代李用粹《证治汇补》,云:“血热者,其症吐衄咳咯溺血,午后发热,女子月事先期而来,脉弦而数,法宜凉之。……治以四物为主,加麦冬、生地”^[4],但明代孙一奎《医旨绪余》中引元代滑伯仁:“诸见血非寒证,皆以为血热迫,遂致妄行,然皆复有所挟也。或挟风,或挟湿,或挟气,又有因药石而发者,其本皆然”^[5],滑伯仁较明确提到“为血热迫,遂致妄行”,类似于现在所说的“热迫血妄行”。明代缪希雍在《神农本草经疏》中亦论述:“血热宜清之凉之。热则为痈疮疔,为鼻衄,为齿衄,为牙龈肿,为舌上出血,为舌肿,为血崩,为赤淋,为月事先期,为热入血室,为赤游丹,为眼暴赤痛。”^[6]只是《证治汇补》明确认为血热是一种病证,并对其临床表现、治则治法论述较明确。

清代温病学派,从“卫气营血”对温病进行论治,认为温热之邪由表而里,进入营血分,出现营分证、血分证,如叶天士提出:“营分受热,则血液受劫,心神不安,夜甚无寐,或斑点隐隐”;“入血就恐耗血动血”。现代医家总结其病理特点为:营分证,营分热盛,热损营伤,心神被扰;血分证,热甚迫血,热瘀交结。营血分证虽不等于血热,但热入营血,以及因此而出现的病理改变是关键。

王新华主编的《中医基础理论》基本代表了现代

对血热的认识,认为“血热是指血内有热,使血液运行加速,脉道扩张,或使血液妄行而出血的病理状态”^[7]。既有热象,又有动血、出血。

另外,亦有对血热进行与现代医学相关性研究的,如陈增潭等^[8]通过应用清热凉血法治疗肝炎血热证,并检测治疗前后肝炎循环免疫复合物(CIC),结果表明CIC与肝炎血热证有密切相关性。程滨珠^[9]采用ELISA法检测了60例银屑病患者血清sIL-2R及TNF α 水平,并探讨其与中医辨证分型的关系,结果提示sIL-2R及TNF α 与本病中医血热、血虚风燥的病理本质有一定关系。

综上所述,我们认为,血热是指血分有热,其病因可为外热入血,亦可为内热入血,表现为热性,血得热而出现的血流加快,脉道扩张,热伤血络,以及热扰心神等。其中热伤血络而出现迫血妄行的出血,是传统判断血热的重要征象。

同时结合现代医学理论和疾病微观表现,强调以下几点:①血热未必出现出血,虽然热迫血行是血热特征性的表现,但是在表现为出血之前,血热引起的血流加快、脉道扩张而出现的皮肤、黏膜、舌等部位发红发热,以及微观的血管扩张、器官的充血、代偿性增大等也是其表现,故在临床中无论微观还是宏观,出现血流加快、脉道扩张即是血热;②现代学者的研究表明,在疾病中血液中某些成分的改变也是血热的表现;③心主血而藏神,且属火,血热往往会出现热扰心神,心与血热关系密切,这也是血热的特点。并认为心神动则血动,心神静则血宁,清心宁心之法对于血热有良好疗效。

2 慢性肾病的血热病机认识

我们在查阅古今慢性肾病病机相关文献后发现,医家尚少认识到慢性肾病的“血热”病机,而对于慢性肾病中“血热”病机作系统论述者更少。现结合对血热的认识,探讨慢性肾病的血热病机。①临床症状及舌脉:肾病患者往往可见口干、心率加快、面色发红、手足心热、心烦急躁、夜寐多梦、小便赤、疲乏无力等症状,这些都是血分热盛,热扰心神,脉道扩张,脉络充血以及热伤阴血等的表现。患者出现舌绛干、舌红而干、舌尖绛、舌尖红,脉洪、数、滑、弦、沉、细等。舌红绛干为热入营血、舌中脉络扩张及热伤营阴的表现;舌尖属心,心主血,舌尖红绛是为心经血热之象;脉洪、数、滑、弦、沉、细等都是热入血分、热盛成毒以及热伤阴血的表现。②临床辅助检查:主要是尿常规和肾功能异常。尿常规的异常是

血尿、蛋白尿,几乎所有的肾病都会出现。蛋白是血液中的成分,与血尿一样,二者均可看作是热入血分,迫血妄行的表现。各种肾病最终都可能出现肾功能衰竭,从而出现肌酐和尿素氮的升高,以及其他毒素的蓄积,这些都是血液中的成分,当理解成血中热毒,可对人体各个器官造成损伤。而各种肾病在未出现肾功能衰竭之前,亦当是有血热,最终热聚成毒,出现肾功能的损害。③中医肾脏生理病理:中医认为肾为水脏,为阴中之阴,所以当病邪伤及肾脏时,其病位较深,从阴阳而言当是阴分,从气血而言当是血分,如温病中即认为热邪深入营血即是伤及肝肾。故邪入肾脏,即可认为邪入阴血之分。④现代医学肾脏生理病理:肾的血液供应丰富,正常成人安静时每分钟有 1200ml 血液流过两侧肾,相当于心输出量的 1/5~1/4 左右,肾小球由毛细血管球和肾小囊组成,毛细血管球由细小动脉伸入球囊后,分支为 5~8 个毛细血管小叶而构成^[10]。表明肾病与血密切相关,肾病影响了肾小球肾小管即疾病发展深入了血分。肾病中常出现肾小球内高压、高灌注、高滤过等血流动力学改变,以及肾小球内免疫复合物的沉积,前者有血管扩张表现,后者可理解成血中热毒伤及肾。以下举几种常见慢性肾病作具体讨论。

原发性肾小球疾病:目前认为原发性肾小球疾病为免疫介导疾病,其特点是肾小球内免疫球蛋白和补体成分的沉积,以及由此而造成的损伤。在病理上可以表现为肾小球脏层上皮细胞病变、肾小球毛细血管基底膜增厚等^[1]。免疫球蛋白、补体成分的沉积,并出现肾小球毛细血管基底膜增生,都可认为是阳热的表现,且这些都是血中成分,结合前文已论及肝炎中血热病机与循环免疫复合物呈相关性等,可认为本病存在血热。另外,原发性肾小球疾病部分患者发生于感冒之后,或于感冒之后加重,出现血尿、蛋白尿增加。从临床上看,患者感冒多是风热,或风寒化热,或挟湿,故认为原发性肾小球疾病是热邪深入下焦肾脏阴血之分,从而发病或病情加重。热邪深入血分是关键病机。其中肾病综合征患者因有大量蛋白尿、水肿,临床上多表现为脾肾亏虚之证,但患者服用激素后,蛋白尿转阴、水肿消失,并出现面红、面部及身上痤疮、舌红、口干、心烦、失眠等,激素为阳热之品,激发人体正气使蛋白尿转阴、水肿消失,脾肾亏虚之证消失,长期使用激素,阳热成毒,深入阴血之分,故而出现血热证及伤阴等

变证。

糖尿病肾病:糖尿病肾病是糖尿病的主要微血管病变。其发病机制目前认为在持续高血糖作用下,肾脏一些内源性激素或活性物质及细胞因子表达或活性增强,通过复杂的作用使肾小球内血流动力学改变(高血压、高灌注及高滤过)和基膜增厚、系膜细胞增生肥大及 ECM 增多,最后导致肾小球硬化。根据 Mogensen 分期糖尿病肾病 I 期、II 期出现肾脏体积增大、GFR 增高^[1]。糖尿病属于中医学“消渴”范畴,目前认为是其病机阴虚为本、燥热为标;气阴两虚,阴阳俱衰;正气不足,瘀血内生。糖尿病的燥热,可深入血分,形成血热,因血热而出现瘀血。血热使肾小球毛细血管扩张,出现肾小球内高血压、高灌注及高滤过,这导致肾脏体积增大、GFR 增高,血热迫血妄行从而出现蛋白尿。但糖尿病肾病后期因蛋白丢失过多,以及瘀血形成,因此正虚及瘀血表现得较重,而属于邪实的血热表现得不突出。

慢性肾功能衰竭:慢性肾功能衰竭(慢性肾衰)是指慢性肾病引起的肾小球滤过率下降($GFR < 90ml/min$)和肾脏其他功能损害,以及由此产生的代谢紊乱和临床症状组成的综合征。本病存在血热病机。首先,慢性肾衰是由各种慢性肾病发展而来,原发性及继发性肾小球疾病广泛存在血热病机,当疾病缓慢进展,最后发展为慢性肾衰时,其血热病机并未改变,而成为慢性肾衰发病进展的重要因素。其次,慢性肾衰患者往往出现口干、心烦多梦、小便赤等,这是血热伤阴、热扰心神等的表现。最后,当慢性肾衰发生时,肾实质发生破坏,部分肾小球硬化失去功能,残余肾单位肾小球出现高灌注和高滤过状态,从而促进系膜细胞增殖和基质的增加,导致微动脉瘤的形成、内皮细胞损伤及炎性细胞浸润等,最终出现肾单位损伤进一步加重。同时肾小管亦会出现高代谢,高代谢反过来又加重肾小管-间质的损伤^[1]。这里从慢性肾衰时肾脏微观的改变中可以看出,肾脏内出现了肾小球高灌注、高滤过,肾小管高代谢,结合中医理论我们认为这些都是血热的表现。

另外,过敏性紫癜性肾炎、系统性红斑狼疮性肾炎、原发性小血管炎肾损害、高血压肾损害等多种慢性肾病,也存在血热病机。

参考文献

- [1] 叶任高,李幼姬,刘冠贤.临床肾脏病学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2007:530.
- [2] 李经纬,余瀛鳌,蔡景峰,等.中医药大辞典[M].2版.北

- 京:人民卫生出版社,2005:659.
- [3] 龚廷贤. 万病回春[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:128.
- [4] 李用粹. 证治汇补[M]. 北京:中国中医药出版社,2005:52-53.
- [5] 孙一奎. 医旨绪余[M]. 南京:江苏科学技术出版社,1983:57.
- [6] 缪希雍. 神农本草经疏[M]. 北京:中医古籍出版社,2002:27-28.
- [7] 王新华. 中医基础理论[M]. 北京:人民卫生出版社,2001:552.
- [8] 陈增潭,赵伯智,张和燕,等. 肝炎血热证与循环免疫复合物之关系[J]. 北京中医,1984,(3):16-18.
- [9] 程滨珠. 银屑病 sIL-2R 和 TNF α 变化与中医证型的关系[J]. 中国中西医结合外科杂志,1999,5(4):237-238.
- [10] 姚泰. 生理学[M]. 5 版. 北京:人民卫生出版社,2003:226-228.
- (收稿日期:2010-01-30;修回日期:2011-02-24)
- [编辑:李 巍]

《循经考穴编》浅评

李 焕 芹

首都医科大学附属北京中医医院针灸中心,北京市东城区美术馆后街 23 号,100010

基金项目:国家中医药管理局全国名老中医药专家传承工作室建设项目

★ 通讯作者:hqin_li@163.com,(010)52176644

[摘 要] 《循经考穴编》是一部关于经脉流注、经穴考证的针灸学专著。从书的内容构成、作者、版本考据及腧穴考证、刺法特点等方面进行评述,并浅议该书中描述的透针刺法、刺络放血及沿皮刺法等对临床的指导意义。

[关键词] 《循经考穴编》;浅评;刺法

1 《循经考穴编》概述

《循经考穴编》重点论述了经脉流注和经穴考证,全书共二册。首论“十二经阴阳传注”,次述“内景赋”,再叙“考穴编”;按十二经脉气血流注次序,依次阐述脏腑经脉的分布、循行、功能和病候,并随经插叙各经所属腧穴,考证注释其定位、针灸方法及主治病症;其后介绍了任督二脉及奇经八脉的循行及所属腧穴。书末附有人体脏腑图(包括五脏正面及背面图、脏腑内景图、气海隔膜图、阑门水谷泌别图、欧希范五脏图、肺右侧图、右肾命门图、五脏总系于心图等九幅)、骨度尺寸及部位图(四幅)、背部及膺腹部部穴图。

范行准认为其体与《十四经发挥》体例相似,但其内容与构成却远较滑伯仁之书复杂^[1]。

原书作者及成书年代不详,现存本为清初手抄本,原为范行准先生栖芬室藏书^[2],现藏于中国中医科学院图书馆。该抄本未署撰者姓名,亦无序跋。黄龙祥认为成书年代在清康熙年间^[3]。范行准及黄龙祥均认为该书作者可能是严振,根据“本书引用的书至明万历而止”,而“姑定它是明季作品”^[3]。

2 《循经考穴编》特色

2.1 引征文献丰富,保存已佚医籍

该书主要取材于《针灸集书》《针灸聚英》《针灸大成》《奇经八脉考》及《灵枢经》。除卷首二篇绪

论“十二经传注”、“内景赋”直接抄自《针灸集书》、《类经图翼》外,其余各篇均系综合诸家文献,参以己见,编辑而成。其中十二经各经前的脏腑总论录自《针灸聚英》;十二经之提纲原文,多本之《针灸甲乙经》;任督二经的提纲文字,多取自《难经》,而兼参《针灸甲乙经》;奇经八脉则多参考《奇经八脉考》和《黄帝内经素问灵枢经合类》等^[1]。

该书引征历代医学典籍颇多,尤其是针灸医籍,如《针灸甲乙经》和《铜人腧穴针灸图经》等数十种,其中不少文献早已失传。如书中引录了明代著名针灸医家凌云已佚遗书原文共 18 条,其中引针法 10 条,引《经神集》8 条。书中“一法”的刺灸法内容及不见于《针灸大成》和《针灸聚英》的腧穴主治症均多于《针方六集》一书所引“灵氏”之文,从而较为全面地保存了《灵氏针法》的内容。^[3]

2.2 循经考穴,精准详尽

该书以经脉循行为纲,条分缕析,详考历代针灸古籍中经络腧穴相关论述,先论十二经所属脏腑的生理特点、病理状态及预后判断,再考人体十四经脉、奇经八脉的循行路线、流注次序、气血特点、经络交会关系及经穴定位、功效、主治症、刺灸宜忌、穴位总数等,考证精准,文献翔实。在取穴方面,不但重视骨度尺寸,还重视自然标志和活动标志。如“足三里穴”条下有“穴在膝眼下三寸,胫骨外大筋内宛宛