

中医“瘀热”病机理论证治·内伤杂病篇

——周仲瑛国医大师“瘀热”相关学术经验发微之三

唐蜀华 刘春玲

(南京中医药大学附属医院,江苏南京 210029)

摘要 周仲瑛教授认为瘀热为患不仅见于外感热病中,亦常发生于内伤杂病热郁血分,久病入络的严重阶段。其形成与内伤久病,气火亢盛,湿热痰瘀,壅塞血脉有关。临证当辨脏腑病位、相关子证、瘀热轻重,详察血热、血瘀分别存在的症候,准确把握特征性症状或体征,结合相关舌脉识辨。治以凉血与散瘀为大法,传统以犀角地黄汤为代表,自拟丹地合剂、地丹凉血注射液。临床常分为瘀热阻窍证、瘀热血溢证、络热血瘀证、瘀热痹阻证等,分别论治。

关键词 瘀热 内伤杂病 名医经验

中图分类号 R228

文献标识码 A

文章编号 1672-397X(2014)08-0001-04

“瘀热”所致病症多端,常为疾病发生、发展过程中某一阶段的主要病机,具有普遍的临床指导意义。历代医家对“瘀热”病机、证治已有相当认识,但多偏重于外感温热致病,而忽视内伤因素及其证治。国医大师周仲瑛教授对“瘀热”病机理论进行了系统阐释^[1]。因内伤久病、气火亢盛、湿热痰瘀、壅塞血脉所致的内伤瘀热证,临床常见于多种自身免疫性疾病、心脑血管疾病以及肿瘤等。

1 内伤瘀热的形成

在多种内伤杂病的病程中,有诸多因素可导致瘀血和(或)内热的产生。或由瘀致热,或由热致瘀,或瘀热并存,最终导致瘀热相搏,胶结为患。具体如下:

素体热盛,阳亢为病,气失平衡,火失潜藏,阳盛则内生火热,热炽则耗损营阴,以致血涩不畅,滞而为瘀,热搏血瘀。

长期情志不遂,可扰乱气机,以致情志之火内燔。一则肝失疏泄,气机不畅,木失条达,气滞血瘀。一则气郁日久化火,火热与瘀相结,进而阻塞气机,壅滞血络,火郁络瘀,热瘀相搏。

素体气实痰盛,或嗜食油腻肥甘,致使痰湿浊瘀内生,留滞体内,湿蕴蒸热,血涩络瘀,痰浊瘀滞,郁而化热,阻滞气机,壅塞血脉,脏腑蓄热,热郁血瘀。

大病不愈,病久入络,络瘀生热。大病、久病不愈,致气血阴津的慢性耗损,气虚则行血无力,津伤则无以载血周流,血虚则滞涩难行,进而络脉瘀

滞,积久化热,瘀热易生。且病久缠绵不愈,残毒余邪弥散经脉络窍,气血流行失畅,瘀郁生热,与血搏结。

瘀热在内伤杂病的表现因血热与瘀血的因果先后及主次轻重有异,但无论血瘀与血热何者为先,在疾病发展中又互为因果,所谓“热附血而愈觉缠绵,血得热而愈形胶固”,导致瘀热的不断发展,使病情恶化且复杂多变。

2 内伤瘀热的病机病证特点

瘀热为患多发生于内伤杂病病程中的严重阶段。以络瘀血涩,瘀郁化热,或火热内生,因热致瘀为主要病机,且多兼夹湿热痰浊;瘀热相搏,可致脏腑功能障碍,形质损害;其病程较长,病情复杂且易于反复,或易生他变,或久病急变,脏腑功能失用。

若瘀热夹痰,伏肺损络,则反复咯血(如支气管扩张);若湿热蕴结,邪郁化火,灼伤胃络,搏血为瘀,瘀热阻络,迫血妄行,血上溢则为吐血,血下溢则为便血(如上消化道出血);若瘀热入营血,热极生风或(及)耗血伤阴,热炽阴伤,可致肝风内动,出现抽搐、震颤;若瘀热相搏,血随气逆,上犯清窍,脑中蓄血,扰乱神明,可致昏迷(如脑血管意外);若瘀热互结,热壅血瘀,闭阻心脉,气血运行不畅,可致心胸猝然而痛,甚则心痛彻背,背痛彻心(如心绞痛);若瘀热阻于孙络,可发为脂浊(高脂血症)、肥胖、代谢综合征;瘀热阻于肢体经络,发为痛风、糖尿病足;若消渴日久,肺胃肾阴虚燥

热,耗津灼液而成瘀,瘀热相搏,即可加重原有病证,又易变生他症(如糖尿病继发脑血管意外等);若热毒内蓄血分,瘀热阻于经络,燔灼阴血,肝肾多脏受损,可致阳毒发斑(如系统性红斑狼疮);若素体阳旺,血分伏热,搏血为瘀,瘀热壅盛,血不循经,溢于皮下肌肉,可致肌衄(如血小板减少性紫癜)。

综上所述,内伤瘀热多属素体阴虚阳旺,热郁血瘀,标实本虚往往互见。久病入络,络热血瘀,瘀热胶结,病多迁延难已。且病涉多脏,脏腑体用皆有损害,甚至呈现不可逆的局面。

3 内伤瘀热证的辨治原则

3.1 辨证依据 周教授指出,瘀热致病多端,临床表现亦每因病而同中有异。应准确把握特征性症状或体征,结合相关舌脉识辨。

3.1.1 血热征 内伤所致者往往并不均呈体温明显升高,可低热、潮热,亦可以自觉烘热、烦热、手足心热,面红目赤等为主,并见烦躁不宁,或谵语、神志昏蒙或昏迷。

3.1.2 血瘀征 除可表现局部固定疼痛,或见瘀点、瘀斑外,内伤所致者还可见腹内或皮下经络结聚有形之坚块、肿瘤,指、趾青紫,手掌红赤,皮肤甲错,肌肉变硬,爪甲增厚、变色,口渴,但漱水而不欲咽。

3.1.3 出血征 各个部位均可见出血征象^[2]。

3.1.4 舌苔、脉象 同外感所致瘀热者^[2],本篇不再赘述。

以上征象不必悉具,凡血热与血瘀参见,结合病史分析,具有因果关系者,即可断为“瘀热”。因其涉及脏腑各有不同,宜从脏腑功能障碍可能出现的特征定位,必同时兼有热或瘀的其他症状和体征。

3.2 辨治要点^[3]

3.2.1 辨脏腑病位 可分为脏腑瘀热、血脉瘀热、窍络瘀热等。临证应注意清散脏腑郁热,通经活络,并酌加搜剔入络之品。

3.2.2 辨相关子证 因疾病的不同,临床可表现为不同的子证。常见如瘀热阻窍证、瘀热血溢证、络热血瘀证、瘀热痹阻证、瘀热水结证、瘀热腑结证、瘀热酿痰证、瘀热伤阴证、瘀热动风证等。临证需观其脉证治之。

3.2.3 辨瘀、热轻重 热重于瘀者以凉血为主,化瘀为辅,伍以清热泻火(解毒)之品;瘀重于热者则应在活血化瘀的基础上,加用行血之品,必要时配用下法下其瘀热。

3.2.4 察兼证、变证 病程中易出现伤阴、动血、窍

闭、厥脱,当配合养阴、凉血、开窍、固脱之品。

3.3 内伤瘀热证的治疗大法和基本方药

3.3.1 治疗大法 根据异病同证同治的原则,采用凉血散瘀法治疗,既清血分之热,又散血中之瘀,解血分之毒,止妄行之血。

3.3.2 基本方药 传统以犀角地黄汤为代表,用于热重于瘀者。如瘀重于热,用抵当汤;热瘀相等,用桃仁承气汤。常用药有水牛角、生地、赤芍、丹皮、丹参、制大黄、桃仁、虻虫、廑虫等。

4 内伤瘀热证分型论治

根据周教授的经验举例如下:

4.1 瘀热外溢证 主症:鼻衄、咳血、吐血、尿血、便血、皮下出血等单独或兼并出现,血出夹有紫暗血块,或血色紫暗,或暗红,或瘀斑出血点密布,其色由红变紫,红、紫错落,或出血反复缠绵,伴其他血热、血瘀见证。舌脉:苔薄或薄黄,舌紫或红绛,舌上有瘀斑或斑点,舌下青筋紫暗显露,脉细或数。参考:(1)血液凝固性和纤溶活性改变,随着病情变化可表现为高凝、低凝纤维蛋白溶解亢进。(2)微循环广泛微血栓和微循环障碍。(3)血液成分改变,流变性异常。(4)血小板减少,聚集性增加,或释放功能亢进,病情严重时可表现为血小板聚集性下降。(5)TXA₂-PGI₂升高严重者PGI₂下降。(6)血流动力学障碍。治法:清热凉血,散瘀止血。方药:丹地合剂、地丹凉血注射液加减。药如水牛角片、制大黄、生地、丹皮、赤芍、山栀、人中白、白茅根、紫珠草、阿胶等。

案1.阴斑,尿血(紫癜性肾炎),肾虚阴伤、瘀热血溢证。

秦某,女,15岁,学生,门诊病人。1992年2月20日初诊。

9岁时曾患血小板减少性紫癜,去年9月突发血尿,下肢发紫斑,住“八一”医院检查,诊断为紫癜性肾炎。应用激素等治疗后控制,最近血尿又发。两下肢紫癜密集,腰部酸痛,小便赤红,口干,纳差,神疲,面黄欠华,舌苔黄,舌质红,脉细。今尿检红细胞(+++),蛋白(++).

辨治经过:肾虚阴伤,络热血瘀,瘀热动血,血不归经。治予滋肾养阴,凉血化瘀止血。仿六味阿胶饮合犀角地黄汤意立方。处方:

大生地 12g,丹皮、白芍、山萸肉、怀山药、旱莲草、阿胶珠、茯苓、泽泻各 10g,炙龟版、水牛角片各 15g(先煎),煅人中白 6g,白茅根 20g。每日 1 剂,水煎服。

半月后复诊,两下肢紫癜基本消退,尿黄不红,诸证改善。尿检蛋白(+),红细胞少。守原法继服,病

情稳定,多次在当地医院尿检,晨起小便(-),劳累后尿蛋白(微量~+),红细胞(少~+),下肢紫癜不再新生。此后诊治俱守原议,略事出入,间断配用雷公藤 10g,最后加入黄芪 15g,有时尿检偶有蛋白少量。先后服药近 5 月,临床痊愈。

案 2.尿浊、尿血(乳糜血尿),脾肾两亏、瘀热血溢证。

唐某某,女,58 岁,工人,门诊病人。1993 年 2 月 6 日初诊。

患乳糜尿 30 余年,反复发作,2 年前转成乳糜血尿,尿下鲜红,混夹乳糜或血块,反复发作,持续不愈,曾住院 2 次,遍用中西止血药及输液、输血,终未见效。2 年来尿血几无宁日,尿色鲜红,混夹乳糜或血块,甚至阻塞,腰背酸楚以左侧为著,疲劳乏力,厌食纳差,肌肤如有蚁行,口干口苦。苔薄黄腻,舌红暗紫。面色萎黄虚浮,明显贫血貌,脉细。左肾区有叩痛。今于本院尿检:乳糜试验阳性,红细胞(++++)。

辨治经过:脾肾两亏,气虚不固,湿热下注,阴络暗伤,缘血出不止,气阴日耗;离经之血,蓄而郁热,瘀热灼络,络损血溢,故尿血顽固不愈。急则治其标,先以凉血化瘀止血为主,酌顾气阴。处方:

大黄炭 10g,大生地 15g,大小蓟(各)15g,失笑散 10g,血余炭 12g,苕麻根 30g,炙乌贼骨、桃树胶、紫珠草、地锦草各 15g,水蜈蚣 20g,煅人中白 10g。每日 1 剂,水煎服。并忌油腻、辛辣,注意休息。

1 周后复诊,诉血尿曾隐 1 天,但多数尿下仍有多量血块,面色萎黄,神气虚怯,肌肤犹有蚁行,厌食,苔薄黄,舌淡红映紫,脉细。虽有肾虚不固、气阴耗伤之虚象,但仍当急治其标,加重凉血散瘀、和络止血之味。乃改用丹地合剂扩充。处方:

水牛角片 15g,赤芍、丹皮、大黄炭(后改制大黄)、血余炭、煅人中白、炒阿胶珠、苕麻根、白及(各)10g,紫珠草、炙乌贼骨(各)15g,生黄芪 20g。

诊毕,因患者胸闷、头昏欲仆,急查血红细胞 $2.2 \times 10^{12}/L$ 、血红蛋白 60g/L,又予输血 200mL。后一周尿血控制,尿检(-),精神改善。因左侧腰痛,加金毛脊 10g,原法巩固。

共服药 42 剂,临床痊愈。随访 18 个月未发。

按:(1)尿血属肾,一例标本同治,一例重在治标,均从瘀热灼伤肾络,予凉血化瘀止血,得收全功。(2)周教授指导的课题组以丹地合剂、地丹凉血注射液从流行性出血热开始扩大应用于其他外感和内伤疾病引起的“瘀热”型血证,共治疗 115 例。

结果表明:临床愈显率为 90.43%,总有效率为 97.39%,优于常规西药治疗组(愈显率 74.55%,总有效率 87.27%, $P<0.05$);平均止血时间优于常规西药治疗组($P<0.01$);血液流变学、DIC 平均复常时间亦均优于常规西药治疗组($P<0.05$)。对外感及内伤所致瘀热血证均有良好效果。(3)古人直观未能发觉的瘀热血证,有时也可应用凉血散瘀(破瘀)止血之法。如脑出血,历属“中风-中脏”,现多认为其原因系“血之与气,并走于上”,“离经之血瘀阻脑府”,病理往往是风痰瘀热(火)相互为患,尤其“瘀热”壅闭是导致阴阳离决的关键。本院急诊科于 1991~1992 年间,以中风 I 号方(制大黄,桃仁,水蛭,南星,郁金)配合西药脱水、支持等常规治疗,观察 100 例出血性脑血管意外,基本痊愈 50 例,总有效率达 94.00%。兴化市中医院内科于 1991~1993 年间以大黄、水蛭研粉末装胶囊,治疗出血性中风 17 例,基本痊愈 4 例,总有效率 88.24%。上两方药简剂重,是经方抵挡汤之变法,虽兼寓通腑泄浊、釜底抽薪之意,但仍不失凉血散瘀(破瘀)止血的大法,其效如此,值得借鉴。

4.2 瘀热蓄结孙络证 主症:面部及(或)肢体肤色红赤,出血或抽血检查时见血液暗红、浓稠、浑浊、易凝,或有烦热、易汗,胸痛、胸闷等。舌脉:苔黄,舌色红紫,舌底或有瘀点,脉细数。参考:血液流变学异常,血脂或红细胞或血小板明显增高,血液黏稠度增高等。治法:清泄络热,凉血散瘀。方药:升降散、犀角地黄汤加减。药如白僵蚕、蝉衣、姜黄、制大黄、水牛角片、生地、赤芍、丹皮、丹参、桃仁、茺蔚子、海藻、泽泻等。

案 3.血浊(高脂血症),络热血瘀证^[4]

王某,男,63 岁。2002 年 7 月 30 日初诊。

素喜饮酒,入夏以来困倦欲睡,头昏如蒙,巅顶压重,颈僵不和,后脑发麻,两目有火热感,心烦不宁,肝区不痛,腹部有不适感,二便正常,舌质黯红,苔中后部黄腻,脉小滑。查生化示:谷丙转氨酶 114IU/L,谷草转氨酶 67IU/L, γ -谷氨酰转肽酶 128IU/L,胆固醇 5.94mmol/L,甘油三酯 7.48mmol/L。

辨治经过:肝肾不足,痰瘀阻络,上蒙清窍。治以滋养肝肾,熄风化痰,活血通络。处方:

甘杞子 10g,川石斛 10g,广郁金 10g,生山楂肉 15g,牡丹皮 10g,丹参 10g,赤芍 10g,泽兰 15g,泽泻 15g,夏枯草 10g,葛根 15g,黑山栀 10g,炙鸡内金 10g,鬼箭羽 15g,片姜黄 10g,柴胡 5g,茵陈 15g。7 剂,常法煎服。

服上药后自觉腹部轻松,但头脑仍有昏蒙压重,视物模糊有火热感,大便正常,纳谷一般,舌苔

薄黄腻,脉小弦滑。原方加川芎 10g、石菖蒲 10g、炙僵蚕 10g、炙水蛭 5g。14 剂。

药后头昏如蒙显著好转,颈僵亦减,但两目仍有火热感,舌苔薄黄腻,脉小弦滑。以 7 月 30 日方加龙胆草 5g、野菊花 10g、垂盆草 30g。继服 60 剂,诸证基本消失,头清目爽,颈和不僵,舌质黯有裂纹,苔薄黄,脉细。复查肝功能及血脂全部在正常范围。

按:(1)周师指导的研究生在一组 23 例“瘀热蓄结孙络”证中,以温病名方升降散(僵蚕,蝉衣,姜黄,大黄)胶囊治疗 45d,血清甘油三酯浓度平均下降 176.76mg,下降率达 48.1%,HDL-C、ApoA-1 趋向上升,而 ApoB100 趋向下降。而尤以并发心肝火旺者,治疗后血清甘油三酯浓度下降幅度为大,并发肺脾气虚、湿困脾土、肾气亏虚者,下降较少。提示结合其他病机辨证用药可能更好。(2)真性红细胞增多及血小板增多症据其表现亦多属“瘀热蓄结孙络”证,周师及笔者均有用犀角(水牛角)地黄汤获效的个案,同行郭士魁等也有以清肝凉血、活血化瘀治疗真性红细胞增多症取得满意疗效的报道。故笔者体会,以凉血化瘀、清泄络热法治疗该病可能是一条有效途径,值得进一步总结。

4.3 瘀热内燥证 主症:眼干,口干,咽干,鼻干,唇燥,渴饮量多。病程较长,与季节无关。舌脉:苔薄或薄黄、糙,少津,舌红或紫红,脉细或细数。参考:部分可有血糖、尿糖增高,或 t 球蛋白增高,有关免疫球蛋白(IgG、IgM 等)、类风湿因子、抗核抗体阳性,以及有关唾液腺、泪腺测定或活检等有阳性发现。治法:化瘀清热,滋阴润燥。方药:犀角地黄汤合沙参麦冬汤、六味地黄丸等加减,药物从略。

案 4.内燥(口唇脱皮),肺胃阴虚、瘀热内郁证

魏某某,女,43 岁,干部。1993 年 7 月 3 日初诊。

患者因反复性口唇干裂、结痂脱皮 3 年来诊。前年夏季患“大叶性肺炎”,病后长期口唇干裂、疼痛,并见结痂、脱皮,渴欲饮水,经潮量多色暗红、苔黄中腻,舌紫,脉细。1980 年起患“甲亢”,长期服药维持,一般尚平稳。查:面部皮肤偏黑,口唇燥裂,多处结痂起皮。

辨治经过:按肺胃阴虚、瘀热内郁、气不布津论治,按滋养肺胃、化瘀清热、生津润燥组方。处方:

太子参 10g,北沙参 10g,天麦冬各 10g,天花粉 12g,川石斛 10g,芦根 15g,肥知母 10g,生甘草 3g,炙桑皮 12g,制僵蚕 10g,丹皮 10g,泽兰 6g。

嘱忌食辛辣助火生燥之品,多食新鲜果汁、西瓜等,以后又去桑皮,加赤芍、丹参、桃仁等出入,共 4 周,症状递减。至 10 月 31 日复诊,口唇干裂半月来发,脱皮明显减轻(仅有 1 处甚微),口渴已除,苔黄中腻、舌红瘀斑,继以原方调理。

按:(1)口唇干裂以外燥居多,秋冬好发。此例与季节无关,且病延 3 年,至于干裂疼痛,兼结痂脱皮者又属少见。既往患“甲亢”,新起于“肺炎”之后,均提示有阴虚之本,然舌质紫暗红有瘀斑,经潮量多,色暗红,口渴欲饮等又为瘀热之征,故内燥之症乃兼有瘀热作祟,除予滋养生津,又配以凉血化瘀,使热清瘀化,津液自生焉。(2)在糖尿病、干燥综合征中兼见“瘀热”为患者不乏其例,其口渴津伤长期用滋阴润燥清热法不效,改投或兼配凉血化瘀法者确实有效。

限于篇幅,内伤瘀热个案不能一一列举。周师运用自拟丹地合剂对内伤瘀热病证进行了广泛的实践,为推动瘀热研究作出了贡献。结果证明,凉血化瘀法对高黏血症、高脂血症、冠心病、心肌梗死、慢性肝炎、肝硬化、慢性肾炎、乳糜血尿,乃至类风湿性关节炎等风湿性疾病或自身免疫性疾病,高血压病、糖尿病、复发性口疮、血液病、肿瘤、精神神经系统疾病等也有一定疗效,值得重视。凉血散瘀剂能动态调节 TXA₂-PGI₂ 系统,可使低凝促凝、高凝抗凝,消除瘀血和出血状态,体现了中医的特点和整体优势。

5 参考文献

- [1] 周仲瑛.论瘀热.南京中医药大学学报,2006,22(5):273
- [2] 唐蜀华,严冬.中医“瘀热”病机理论证治·外感篇.江苏中医药,2014,46(6):1
- [3] 周仲瑛,吴勉华,周学平.瘀热相搏证中医辨治指南.中华中医药杂志,2010,25(9):1412
- [4] 周仲瑛,周学平.从瘀热论治内科难治病.北京:人民卫生出版社,2010:393

第一作者:唐蜀华(1941-),男,主任医师,教授,博士生导师,江苏省名中医,享受政府特殊津贴,擅长中医内科急症和心脑血管疾病的诊治。

通讯作者:刘春玲,njluchunling@163.com

收稿日期:2014-06-05

编辑:王沁凯

人类健康需要传统医药