

·名老中医精华·

# 论瘀热

周仲瑛 (南京中医药大学, 江苏 南京 210046)

**摘要:**瘀与热是瘀热形成的病理基础。瘀包括血瘀和瘀血,临床表现为疼痛、发热、皮肤、黏膜的异常、积、肿块、出血;热为六淫病邪之一,临床表现为自觉或他觉的发热。在急性外感热病及某些内伤杂病(尤其是疑难病症)发展的一定阶段,许多患者同时表现血热与血瘀并见;而瘀热相搏证是指在急性外感热病或内伤杂病病变发展的一定阶段,火热毒邪或兼夹痰湿壅于血分,搏血为瘀,致血热、血瘀两种病理因素互为搏结、相合为患而形成的一种证型。

**关键词:**瘀;热;瘀热;瘀热相搏证

**中图分类号:**R 249.7      **文献标识码:**A      **文章编号:**1000—5005(2006)05—0273—05

由于瘀与热是瘀热形成的病理基础,因此要认识瘀热,势必要从瘀和热的有关问题开始。

## 1 瘀

### 1.1 瘀的概念

瘀包括血瘀和瘀血。前者指血液的循行迟缓,血流不畅及局部的不通,是一种病理生理状态;而瘀血则是一种病理产物,但二者可以互为因果:血瘀之甚可以在局部造成瘀血,一旦瘀血形成,阻滞于脉络内外,又可成为加重局部血瘀之因。

关于瘀在中医传统理论中,大致有 3 种认识:①较主要的是指血液瘀滞、循行不畅,以至局部脏器和组织‘气血不至’。正常生理状态,血在脉中,赖心阳、心气的推动,津液的运载,使血液‘如水之流’,营周不休,如环无端,灌溉一身,无所不及。故凡为七窍之灵,为四肢之用,为筋骨之和柔,为肌肉之丰盛,以至滋脏腑、安魂魄、润颜色、充营卫、津液得以通利,二阴得以调畅,凡形质所在,无非血之用也(张景岳)。若感受风寒、风热(寒主收引、凝闭,热则煎熬津液);情志怫郁,气滞痰阻;气虚阳衰,无力鼓动血行等,均足以导致血脉瘀滞。如《素问·调经论》云:“血气者……寒则泣不能流”<sup>[1]</sup>《素问·举痛论》:“卧出而风吹之,血凝于肤者为痹,凝于脉者为泣”<sup>[1]</sup>《素问·生气通天论》

云:“大怒则形气绝而血菀于上”<sup>[1]</sup>;以及《读医随笔》气虚不足以推血,则血必有瘀等等即是此意。②认为是污秽的、非生理性的有毒之血,似指血液成份的病理性改变,如明代王肯堂《证治准绳》说:“百病由污血者多”<sup>[2]</sup>。《皇汉医学》:“瘀即污秽之谓”<sup>[3]</sup>。日本学者比较注意这一观点。但有关成因、后果的特征性论述尚欠详尽。③即指瘀血的病理产物。如《素问·调经论》云:“孙络外溢,则经有留血”<sup>[1]</sup>《诸病源候论》曰:“堕落损伤,即血行失度,随损伤之处即停积,若流入腹内,亦积聚不散,皆成瘀血”<sup>[4]</sup>。中医从临床观察,抓住‘脉络(血管)破损’与‘未排出体外而留滞体内’来认识瘀血的存在。如外伤跌仆闪挫,体表可见青斑、瘀紫者属此,而有上述病史出现各种疼痛、胀满等症状亦属此。更有由此及彼者,如妇女有月经闭塞不通或产后余秽淋漓不尽;或各种内伤出血,咳、吐、衄血不尽;或早用、过用寒凉、收涩之药,均有可能导致离经之血排出不畅或吸收不尽,这是又一类“瘀”的病症。王清任《医林改错》指出久病入络即瘀血。叶天士在《临证指南医案》中对多种迁延或慢性病症的治疗倡‘通络’之说,分析其缘由,可引《读医随笔》中一节为注,叶天士谓久病必治络,其说谓病久气血推行不利,血络之中必有瘀凝。故实际与前述意义相仿,仍不越三类认识之藩篱。

收稿日期:2006—07—03;修稿日期:2006—08—08

基金项目:国家科技部 973 计划中医理论专项(2006CB504807)

作者简介:周仲瑛(1928—),男,江苏如东人,南京中医药大学教授,博士生导师。

## 1.2 瘀的临床表现

由于血的功能无所不及,故瘀的临床表现也十分复杂,可以涉及各个脏腑及多个部位。尽管知此,它还是有许多常见和共同特点。

(1) 疼痛:其所在部位常有疼痛,固定不移,呈刺痛或刀割样疼痛,拒按,一般遇寒加重,得暖则舒。疼痛可轻可重,每与瘀滞程度有关。中医认为通则不痛,不通则痛,由于血流瘀滞不通故痛。

(2) 发热:血瘀日久可以化热。局部发热每与外伤血肿、炎症等部位一致,可同时见红、肿、痛等症状。全身发热程度可高可低,有自觉或他觉,热型也不一。有人根据《金匱要略》:“病人如热状、烦满,口干燥而渴,其脉反无热,此为阴状,是瘀血也”<sup>[3]</sup>,认为“脉证不相一致”是瘀血发热的特点之一,值得进一步临床留心观察总结。

(3) 皮肤、黏膜的异常:如外伤及疫病每多皮肤、黏膜出现红肿、青紫、瘀斑、瘀点、赤丝缕纹等;心病心阳不足、气血瘀滞时面部失去红润,面颧、口唇紫黯、鼻尖色青;肢节疼痛兼见红斑结节;眼病的目睛血丝紫赤;皮肤的粗糙、甲错、增厚;肝病鼓胀的腹部青筋显露、面部赤丝缕纹,皮肤蜘蛛痣;脉痹的四末指、趾青紫受寒加重等等。

(4) 积、肿块:王清任说:“气无形不能结块,结块者必有形之血也”<sup>[9]</sup>。皮下结块或内脏肿瘤,其特点是肿块较硬,推之不移,或有固定按痛。

(5) 出血:瘀血不去,血不归经。此类出血往往是反复迁延不愈,包括多种部位,如咯、吐血,鼻、齿衄,便、尿血,月经淋漓不净等。其特点为血色紫黯,常夹有血块。

(6) 舌、脉:因心主血、血合脉,心开窍于舌。可见舌质紫气、紫黯,或瘀斑、瘀点,有的舌底尚可见青筋怒张、舌下瘀点、血丝。脉之典型者可为沉、涩,结脉等。

一般说,以上诸症不必悉具,只要把握住特征性的症状或体征之一二,再参考有无外伤、出血、月经、胎产失调病史;或屡经多种其它方法治疗少效;或病情反复、病程较长时,即可考虑“瘀”之存在。中医传统对“瘀”的直接症状论述较为丰富,而因血瘀经脉,气血不至造成的间接病理后果尚欠深入,如头昏、眩晕、晕厥、健忘、失眠、爪甲、皮肤增厚等相关病例与此有关。在诊断上,如尚未出现以上特点时,也可结合辨病考虑。

总之,瘀血是中医学特有的病理学说。瘀血

的形成可由多种内外致病因素,如忧思郁怒、感受(寒、热)外邪、出血、外伤等,影响血液的正常循经运行,壅塞阻滞于脉道之中,或离经溢出于脉道之外,停积留着为瘀,以致血液的形质和作用发生了根本性的改变,成为一种有害的物质。它既是某些病因所形成的病理产物,又是导致多种病证的病理因素,在临床上涉及的范围甚为广泛,不论任何疾病,或是在病的某一阶段,凡是反映瘀血这一共同的病理特征,或兼有瘀血症状,如瘀痛,青紫瘀斑,癥积肿块,舌有青紫斑点,脉涩、结、沉、迟,或出血,精神神志和感觉、运动异常而有瘀象者,都可按照异病同治的原则,采用(或佐用)活血祛瘀法。

## 2 热

### 2.1 热的概念

“热”在中医学说中涉及病因、病机、治则、药性等多方面内容。限于篇幅和本文的重点,主要围绕病因、病机的有关问题进行讨论。

传统经典所载“热”的概念可以归纳为以下几点:

(1) 文字记载有“火”与“热”之分。作为六淫病邪之一《素问·至真要大论》《景岳全书》等均记载有:风、寒、暑、湿、燥、火,有“火”而无热,但宋·陈言《三因极一病证方论》及后世《医碥》《察病指南》等则将六淫之邪作“热”而无火。由此而产生了一些不同见解。如《类证治裁》说:“风、寒、暑、湿、燥皆外因,惟火多属内因”<sup>[7]</sup>。而《景室医稿杂存》认为火不是病邪,只是病机。及至清代医家,如《外感温热论》又将热邪称为“温邪”;《重庆堂随笔》认为温邪即热邪;还有不少医家则主张“温为热之渐,火为热之极”,说明三者性质相类,只有程度的区别。也有称“热属气分,火属血分”(何廉臣),实际也只是程度深浅之分。及至现代的一些经典注解及有关教科书均认为“火”与“热”(包括“温”)是同一属性,可以混称,至多是区别程度的意义。不过在內伤疾病中,习惯不称“温”只称“热”或“火”罢了。

(2) 热有病因、病机的不同范畴。前文所述,外感六淫“风、寒、暑、湿、燥、热”之“热”,显属病因范畴。但病因作用于机体,一般当时是无法预知和捉摸的,只有正气奋起御邪,邪正交争,在临床表现出“热证”时,人们才推测出病因是“热邪”,而机体则处于一种“热”的病理状态,故同一个“热”

字,“热邪”是病因,“热证”是临床表现,化“热”是内在病理过程。中医认为外感病不仅“热”邪可以造成“热证”,其余“五气皆能化火”。在内伤疾病中,情志过极,“气郁化火”;食积、虫积、痰湿、水饮、瘀血等病理产物,停滞郁结日久也可化火。称“邪郁化火”。所谓“化火”(热)显然是一种病理演变过程,而“火”(热)则是病理演变的结果,理应属于病机的范畴。但应补充说明的是,热虽是一种病机病证概念,但它又是一种病理因素,又称“继发病因”,在一定条件下,又能作用于某些脏腑,导致新的病理变化,或形成新的病理产物,从而产生继发病证。如“热能伤阴耗津”,也能“炼液为痰”、“热极生风”……,故病因与病机的范畴也不是一成不变的。

(3)“热”的病机关键是阳盛。《素问·阴阳应象大论》说:“阳盛则热”,除了包含阳邪亢盛可以致“热”的意义以外,外因必须通过内因而起作用,人体的正气,即阳气充沛能够奋起与邪抗争,才能发生“热”的病理状态。故“热”也是临床最常见既反映疾病的存在,而又具有一定积极意义的病机。临床在一般正常情况下,“热”的程度反映病邪的轻重,“两阳相争”则“热”势必盛。但也每有虚寒久病老弱重笃者,确实感受了阳邪却无“热”的反应;而体壮阳盛者,感受阴邪也容易“化热”。

(4)“热”有内与外、虚与实、真与假、局部与全身之别。在中医文献中,由外感六淫主要是“热”邪所致之“热”,称为“外热”,起病急、传变快、多兼邪;而由内脏气血、阴阳失调所形成的火热内盛的病理变化,称之“内热”或“内生之火”,病势迁延,病程较长,多发生在内伤杂病。又有根据八纲属性将“热”区分为实热与虚热者,如外热、情志过极“气郁化火”的“志火”,食积、虫积以及痰湿、水饮、血瘀等停滞日久“邪郁化火”,这些称之“实热”;而阴虚火旺之火,少数阳虚火不归元之火,则为“虚火”(或“发热”);在虚热实热之间还可发生转化、兼夹,如实火日久伤阴,导致阴虚火旺,产生虚火等等。临床还有因阳盛格阴,而见外表手足冰冷,内则灼热烦渴、口臭、下利纯水但夹燥粪或矢气极臭,小便黄赤等阳证似阴的证候,其病机称之真热假寒;也有因里寒格阳于外,虽见身大热但喜衣被,口渴而不多饮,手足躁扰但神志安静,苔黑而润,脉洪大而无有力等阴证似阳的证候,其病机称之真寒假热。

此外,热的病机及临床表现可以是局部的也可以是全身的。如外感之热多为全身的,但有卫、气、营、血深浅的不同;而疮毒等邪则每表现为局部之热。在内伤杂病中往往比较复杂,有全身也有局部,如上热下寒、内热外寒、胃热脾寒、肠热胃寒、肝热肺寒……,也有仅限于部分脏腑、经络、关节之热,但在一定情况下,局部与全身之热也可互相转化,临床应注意鉴别。

## 2.2 热的临床表现

判断机体“热”的病理存在,主要是自觉或他觉的发热,不伴有或只有很轻很短时间的恶寒。通常认为有以下一些“热证”表现。

(1)一般症状:外感之热多见高热、恶热、烦渴、汗出,小便短赤,舌红苔黄,脉洪数等。由于外感之热有卫、气、营、血的深浅,常从有无恶风、怯寒,汗的多少,热的不同特点,如恶寒发热、寒热往来、身热不扬、但热不寒、壮热、日晡潮热、身热夜甚等,以及相关伴有症状,并结合脉象、舌苔等进行鉴别。内生之热常有面红目赤,口渴咽痛,自觉烦热或发热,大便干结,小便短赤,脉数,苔黄舌红等,内生之热涉及脏腑各有不同,宜从脏腑病变功能障碍可能出现的特征去进行定位,而痰热(火)、瘀热等,则必同时兼有痰或瘀的其它症状和体征。至于虚火则可见潮热或低热,盗汗,脉细,苔少或剥、或光等阴虚的证候。

(2)有关特点:热之为病一曰升腾上炎。火性炎上,故头面五官热象尤著。二曰易伤阴津。火热之性升散,易于迫津外泄或内灼阴液,每与燥证兼挟。三曰热极易于动风、动血,扰乱神明,故以外感及内伤中伴有高热者为多。此外,外感热病还具有发病急、传变快,多兼邪(如风、暑、燥、湿)为患等特点。根据以上表现和特点,一般不难作出诊断。但有时缺乏典型表现时,也可投以清热方药试治,从疗效再行反证。

## 3 瘀热

(1)瘀热相搏证的提出。在临床实践中,我们观察到在急性外感热病及某些内伤杂病(尤其是疑难病症)发展的一定阶段,许多患者同时表现血热与血瘀并见,单纯运用清热凉血法或活血化瘀法治疗,往往疗效欠佳。为探求其内在规律,我们通过复习有关文献,推求病理,并经实验研究和临床验证,首先较为系统的提出“瘀热相搏证”这一临床重要证候及其主要内涵,充实和发展了中医

辨证论治理论和治疗学内容。

所谓瘀热相搏证,是指在急性外感热病或内伤杂病变发展的一定阶段,火热毒邪或兼夹痰湿壅于血分,搏血为瘀,致血热、血瘀两种病理因素互为搏结、相合为患而形成的一种证型。其病因为火热毒邪;病位深在营血、脉络;病理变化为瘀热搏结,脏腑受损;治疗大法为凉血化瘀。临床实践证明,用此理论指导处方用药,治疗多种疾病中的瘀热相搏证,如流行性出血热、急性肾功能衰竭、支气管扩张、出血性疾病、系统性红斑狼疮、重症肝炎、慢性乙型肝炎等,临床疗效能获显著提高。从而也反证了瘀热相搏证的客观存在及其理论的实用性。

(2) 历代医家关于瘀热互结为患的认识。古代医家对瘀热互结为病已有一定的认识。《灵枢·刺节真邪论》曰:“大热遍身,狂而妄见、妄闻、妄言,视足阳明及大络取之……,血而实者泻之”<sup>[9]</sup>。即为阳明热盛,搏血为瘀,瘀热上菴,心神被扰,而见狂症,治之用泻血实法。张仲景在《伤寒论·太阳病篇》云:“太阳病六、七日,表证仍在,脉微而沉,反不结胸,其人发狂者,以热在下焦,少腹当硬满,小便自利者,下血乃愈,所以然者,以太阳随经,瘀热在里故也,抵当汤主之”<sup>[9]</sup>,首先提出瘀热一词,并指出瘀热为病其病位在里而不在表。外邪随经入里,瘀热搏结,可致“下焦蓄血”,治法以抵当汤活血逐瘀,荡涤瘀热。张仲景另提出“瘀热在里,身必发黄”,意在热瘀血分可致“黄疸”。巢元方《诸病源候论》明确提出热毒内侵五脏,可致瘀热搏结发为“血证”。唐代孙思邈认为伤寒及温病,邪在卫表,应发汗而不汗之,邪热失于外散,内迫营血,可导致鼻衄、吐血,热与血结可形成“蓄血”、“瘀血”,主张以犀角地黄汤治之,开凉血化瘀治法之先河。《丹溪心法》云:“呕吐血出于胃也,实者犀角地黄汤主之……衄血,凉血行血为主”<sup>[10]</sup>,指出瘀热出血的治法应为凉血行血。朱丹溪另提出“血受湿热,久必凝浊”,又为热性病湿热致瘀的理论奠定了基础。吴又可《温疫论·蓄血》云:“邪热久羁,无由以泄,血为热搏,留于经络,败为紫血”,“热不更泄,搏血为瘀……热不干血分,不致蓄血”<sup>[11]</sup>。首次明确提出了“热搏血为瘀”的论点,可谓对温疫病瘀血的形成机制作出了

精辟的论述。叶天士对温病热入血分提出了“入血就恐耗血动血,直须凉血散血”的治疗大法。其凉血与散血的复法应用,为我们治疗瘀热相搏证提供了明确的治疗思路。

综上所述,古代医家对瘀热为病的形成原因、病理机制、所致病症、治疗原则及用药,都有了初步的认识,为我们今天研究瘀热相搏证提供了一定的理论依据。另外,前人对瘀热为病的认识多偏重于外感热病,尚少论及内伤久病,这正是我们需要探讨的一个重要方面。

(3) 瘀热互结为患可见于临床多种疾病。我们根据中医理论和多年的临床实践,认为瘀热搏结是许多急、难、重症的主要病机之一,提出瘀热相搏证候不仅见于外感热病,而且亦存在于许多内伤杂病的发展过程中。如瘀热型血证,既可发生在流行性出血热、流行性脑炎、伤寒等外感热病,也可见于内伤杂病血证,如肺结核或支气管扩张的咯血、消化性溃疡或胃炎的吐血。再如,经临床及实验研究证实,湿热瘀毒互结证是重症肝炎、慢性乙型肝炎常见的临床证型;肺系疾病因肺热内蕴,痰瘀交蒸;肾系疾病因水毒瘀热互结,浊邪上犯;中风病血随气逆,瘀热上冲,均可表现“瘀热”病理特点。另外,我们在临床实践中还发现许多疾病,如:高脂血症、某些血液病、糖尿病、恶性肿瘤、系统性红斑狼疮等,亦常见瘀热证候。

近年来,国内有关学者对不同病种的瘀热相搏证候进行了初步的探讨,李琳氏对中医治疗变应性亚败血症 47 例的文献综合分析<sup>[12]</sup>,认为营血分瘀热证是本病的一个重要证型。张曼华氏报道了 122 例红斑狼疮治疗病例,其中热毒炽盛、肝郁血热在该病证型中占有一定比重<sup>[13]</sup>。阎田玉氏等对病毒性肺炎、肺心病合并感染、急性肺脓疡等病患者进行有关临床研究后,也认为肺系感染性疾病同样也存在着热瘀证候<sup>[14]</sup>。

如上所述,瘀热相搏证候在现代临床急性传染性、感染性、自身免疫性疾病以及部分内科疾病中是客观存在的,研究和探讨这些疾病瘀热相搏证候的发生发展、变化规律及基本治法方药的作用机理,对进一步提高现代临床治疗本病,将具有非常重要的意义。

(下转 331 页)

表 3 2 组药流者阴道出血量比较 例

组别	n	多于月经量	月经量	少于月经量
观察组	60	29 **	21	10
对照组	60	43	9	8

注:2 组间比较,  $\chi^2=7.75$ , \* \*  $P<0.01$ 。

2 组月经恢复时间比较无显著差异(  $P>0.05$ ), 观察组月经恢复时间平均(  $29.47 \pm 5.23$ )d, 对照组月经恢复时间平均(  $31.10 \pm 4.98$ )d。

4 讨论

米非司酮是一种抗孕激素药物, 加用米索前列醇后促进子宫收缩, 使绒毛球和蜕膜组织排出体外, 是较理想的抗早孕药物。然而, 由于存在许多影响子宫收缩的因素, 使得部分残存绒毛及蜕膜排出不全, 子宫复旧受到影响, 导致出血时间延长, 出血量增加<sup>[1]</sup>。另外, 由于宫内残留物的反复感染又会造成子宫内膜炎<sup>[2]</sup>、输卵管炎、盆腔炎等。生化汤方源自南宋末年的《女科秘要》, 该方由当归、川芎、桃仁、炮姜、炙甘草等组成, 具有活血化瘀、温经止痛的功效。川芎、当归、桃仁去旧

生新; 炮姜引<sup>3</sup>药入肝经; 炙甘草调和诸药, 急中有缓。现代药理实验研究表明<sup>[3]</sup>生化汤提取物具有止血、镇痛、抗炎和收缩子宫的药理作用。笔者采用生化汤的活血化瘀、温经止血、增强宫缩、抗菌消炎等作用, 明显缩短了药流后阴道出血时间, 无任何副作用, 使药物流产更具有优越性, 值得进一步推广应用。

参考文献:

[1] 韩向阳, 孙敬霞, 韩燕燕. 药物流产并发症的种类处理和预防[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2000, 16(10): 590.  
[2] 边超英, 丁萍, 卢明文, 等. 药物流产后血流过长 58 例子宫内膜病理学观察[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2002, 18(9): 542.  
[3] 洪敏, 余黎, 马骋, 等. 生化汤提取物对离体及产后子宫活动的影响[J]. 南京中医药大学学报, 2004, 19(3): 155.

(编辑: 周建英)

(上接 276 页)

参考文献:

[1] 南京中医学院医经教研组. 黄帝内经素问译释. 第 2 版[M]. 上海: 科学技术出版社, 1983. 442, 22, 439.  
[2] 王肯堂辑. 证治准绳·上册. 第 2 版[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001. 131.  
[3] 周子叙译. 皇汉医学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1956. 21.  
[4] 巢元方. 诸病源候论[M]. 北京: 中医古籍出版社, 1992. 1377.  
[5] 张仲景. 金匱要略[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 1996. 135.  
[6] 陕西省中医研究所革委会. 医林改错译注[M]. 四川: 人民卫生出版社, 1976. 84.  
[7] 林珮琴著, 刘蓁文主校. 类证治裁[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1988. 53.

[8] 刘衡如校. 灵枢经校勘本[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1964. 243.  
[9] 陈亦人. 伤寒论译释·上册. 第 3 版[M]. 上海: 科学技术出版社, 1992. 606.  
[10] 朱震亨. 丹溪心法[M]. 北京: 中国书店, 1986. 118.  
[11] 曹炳章. 中国医学大成(三)[M]. 湖南: 岳麓书社, 1990. 830.  
[12] 李琳. 变应性亚败血症的中医治疗——47 例文献综合分析[J]. 浙江中医杂志, 1988, (4): 185.  
[13] 张曼华. 中西医结合治疗系统性红斑性狼疮 71 例临床报告[J]. 广州中医学院学报, 1987, (1): 24.  
[14] 阎田玉. 病毒性肺炎与血瘀证[J]. 中医杂志, 1991, (4): 48.

(编辑: 范欣生)

On Stagnated Heat

ZHOU Zhong ying( Nanjing University of Traditional Chinese Medicine , Nanjing , Jiangsu , 210029, China)

ABSTRACT :Blood stasis and heat are the pathological basis for the formation of stagnated heat . Blood stasis is clinically manifested by pains , fever , skin and mucosa abnormality , stagnation , lumps and hemorrhage ; heat , as one of the six exopathogens , is manifested by fever felt either by the patient or others . At certain stages of the development of acute exogenous febrile diseases and some internal diseases (especially difficult cases) , blood heat and blood stasis may be present at the same time in many patients . The syndrome of interactivity of blood stasis and heat refers to the syndrome in which heat , sometimes with phlegm dampness , is accumulated in the blood system and interacts with blood , leading to blood heat and blood stasis , at certain stages of the development of acute exogenous febrile diseases and some internal diseases .

KEY WORDS :blood stasis ; heat ; stagnated heat ; syndrome of interactivity of blood stasis and heat