

《金匱要略》(以下简称《金匱》)论及血证的条文有20余条,其种类有吐血、衄血、便血、尿血、漏下之分,散见于全书七篇之中,并以《惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证治》论述最详。《金匱》对血证的辨治,注重辨证,不尚涩止,审因论治,不避温热,与后世治疗血证相比独具特色,书中的泻心汤、黄土汤、胶艾汤等方剂,至今仍常用,疗效较好。现将笔者学习仲景有关对血证辨治体会浅述如下。

一、注重辨证

血证当止血,本无可非议,关键在于用何法止之。若不辨寒热虚实,一见出血即以收敛止血之品急予止之,未必尽当。观仲景治疗血证,并不崇尚收敛止血之法,而注重辨证,强调审因论治。从《金匱》治疗血证方药的运用,即可看出仲景这一特点。如属心火亢盛、迫血妄行之吐血、衄血,当清热泻火以止血,泻心汤为其代表方;系脾气虚寒、气不摄血之便血,当温脾摄血以止血,黄土汤为其代表方;因

同,故仲景治小便不利并无一定之法、之方,而是根据具体病情辨证施治。

小便不利作为中医学之术语,目前仍在使用。笔者认为,在描述病情时,若根据具体情况,分别以小便排出困难、尿痛、尿少、尿黄等代替笼统模糊的“小便不利”这一称谓,则较为确切,亦有利于临床诊治。

注:文中所引条文,均按1985年版全国统编教材《金匱要略讲义》所编序号,括号内中文数码为篇目序数,阿拉伯数码为条文序数。

(作者简介:宋建萍,女,34岁。1978年毕业于河南安阳卫校,1985年考入湖北中医学院金匱专业攻读硕士学位研究生,1988年毕业。现任河南中医学院讲师。)

《金匱》对血证的辨治特点及应用

632268 重庆江津造纸厂卫生所 张安富

主题词 《金匱要略方论》 血证

瘀病瘀血阻滞之漏下不止,宜化淤行血以止血,桂枝茯苓丸为其代表方;因冲任虚寒、阴血不守之妇人大下血,当补虚固经以止血,胶艾汤为其代表方;因阴阳两虚、寒热错杂之衄血,当甘温建中,使阴阳平调,小建中汤为其代表方,等等。数方所治之血证,皆不以收敛止血之品止之,而血皆止者,应审度其出血之因,热者泻其热,寒者散其寒,淤者化其淤,虚者补其虚,热既泻,寒且散,淤可化,虚则复,则血不再出。不以收涩强止其血,离经之血无以留聚,则淤血无以化生。然仲景非不用收涩之品也,只要辨证准确,收敛止血亦在所必用。如桃花汤之用于下利便脓血、久利不止,系中阳大伤、脏气虚寒、气血不固、滑脱不禁而成,非滞涩之品无以固敛其气,无以阻其滑脱,故以赤石脂温味甘性而质重,涩肠以固脱,亦止血之法也。可见,注重辨证,审因论治,治病求本,本去源清,其血自止。

值得说明的是,出血之证本属血液离经而妄行,当忌通破之品,活血行血亦宜慎用。但出血原因不止一端,无淤自不必专任行淤之品,若出血之因于淤血阻络者,非活血逐淤则血莫能止。如《金匱》曰:“妇人宿有瘀病,经断未及三月,而得漏下不止……桂枝茯苓丸主之”。此证之出血,即淤血所致。淤血内积,阻滞经隧,则不仅血液不循常道而外溢,且有碍新血之化生。此时照常规一味止血,则血愈凝、淤愈甚、血愈溢。因淤血不去,阻滞不

除,血不循经,血难止也。从而看出仲景治疗血证不拘常法、灵活变通之学术思想。

二、不避温热

出血之证临床最忌姜、附等温热、温燥之品,因此类药既有助阳益火之弊,又有耗血动血之虞,故临床止血每宁凉勿温。出血之证因于热者固多,而因于寒者亦不鲜见。特别是出血较久、血去过多、阳随血失而见阳虚之证,若投以寒凉,则益虚其阳,阳愈虚则血愈溢,且多有留淤之害。故出血因于阳不摄血者,温之则阳复寒去,血之统摄有权,不止血而血自止。如《金匱》曰“吐血不止者,柏叶汤主之”,“下血,先便后血,此远血也,黄土汤主之”。柏叶汤和黄土汤,究其因皆系脾胃阳虚,前者偏于胃气虚寒、血不归经而上逆,后者偏于脾气虚寒、血失统摄而下行,二者均为温阳止血之剂。不过为防止温燥动血,仲景制方极为精当,柏叶汤用干姜、艾叶温阳以守阴,使阳气振奋而能摄血;柏叶酸苦涩微寒能抑降止血,马通汁(后世多用童便代之)苦凉引血下行以止血。方中温凉清润并施,有温中止血之功,而无耗血动血之弊。黄土汤用灶心黄土温燥入脾、涩肠止血,配合白术、附子温中祛寒以复健脾气,阿胶、干地黄、甘草养血止血。但方中用辛温药,恐影响血分,故再用黄芩苦寒来防止温燥太过以作反佐,全方有燥有润、有动有静、温清并施、刚柔相济,正如《金匱心典》所曰“黄土温燥入脾,合白术、附

金匱要略

子以复健行之气，阿胶、地黄、甘草以益脱竭之血。而又虑辛温之品，转为血病之分，故又以黄芩之苦寒，防其太过，所谓有制之师也”。因本方无刚燥动血之害，故可用于脾阳虚之多种出血证，如陈修园所说“黄土汤不独粪后下血方也，凡吐血、衄血、大便血、妇人崩漏及血痢久不止，可以统治之”。

可见，仲景止血，不避温热，温之则阳能摄阴，不止血而血止。不过上述诸方所主之出血，必伴面色苍白或萎黄少华、口和不渴、唇白舌淡、苔白、脉微弱或虚数等症，否则忌用。

笔者根据《金匱》治疗血证的特点，在注重辨证的基础上，不避温热，以黄土汤加大黄，寒温并用，治疗脾胃虚寒之便血，效果良好。方中大黄配黄芩，可取其泻心汤之意，其人黄打粉吞服治疗胃出血，效果较佳。兹举一例。

陈×，男，30岁。1987年5月28日初诊。

患胃脘痛多年，经X线钡餐透视诊为“溃疡病”，曾服中西药多剂效微。半月来病情加重，胃脘剧痛，大便次数增多而色黑，且面色萎黄，神疲乏力，四肢不温，舌淡，苔白，脉细弱无力。

此为脾胃虚寒，不能摄血所致，治当温脾摄血以止血，方用黄土汤加大黄。

药用：干地黄、阿胶（烔化服）各15克，附片（先煎）10克，白术12克，黄芩、甘草各6克。以灶心黄土30克煎水滤汁，再煎上药，将大黄9克打粉吞汤药，每次3克。

共服6剂而愈，随访至今未见复发。

（作者简介：张安富，男，26岁，四川省合川县人。1987年毕业于成都中医学院函授大学，现任重庆江津造纸厂卫生所中医师。）

温病昏谵“辨证关键”刍议

450003 河南中医学院 郭选贤 王新志

主题词 温病 辨证

昏谵是神昏谵语的简称。准确判定引起昏谵的不同原因，对于及时有效地救治病人至关重要。本文拟就热入心包、阳明腑实（略称“心包腑实”）和单纯阳明腑实（略称“单纯腑实”）所致昏谵的鉴别略述管见。

心包腑实者，既有痰热阻窍，又见腑实熏扰，以昏谵、便秘为其特征。单纯腑实者，除燥结于肠外，因胃热乘心，亦可出现昏谵。何以鉴别？全国高等医药院校《温病学》函授教材（以下简称《函授教材》）在风温篇中指出：“单纯阳明腑实，因里热炽盛，亦可出现神昏谵语，……但单纯的阳明腑实证不致舌蹇而言语不利，此为辨证的关键。”高等医药院校《温病学》五版教材亦在该篇云：“神昏，肢厥，在阳明腑实证亦可出现，但单纯的阳明腑实证，不致舌蹇而言语不利，此为辨证的关键。”二者均把“舌蹇而言语不利”作为“辨证的关键”。

何谓舌蹇，两种教材均未明释。笔者查考其义，大致有二：一曰舌体卷缩，如《温病条辨》中其义即为“舌卷”、“舌短”，《温病述评》（以下简称《述评》）亦作此释云“指舌体卷缩，或强硬而转动不灵”；二曰语言不清，如《中医字典》云“蹇……引申为语言不清”，此义同两种教材所云之“言语不利”不无相似之处，《温病的理论与临床》作解为“舌蹇……指舌体转动不灵，语言不清”。

验之临床实践，重温名著经典，拙见以为，“舌蹇而言语不利”作

为心包腑实和单纯腑实所致昏谵的“辨证关键”是不允妥的，甚至不能“辨证”，更何谈“关键”。其理由如下：

1、以“舌体卷缩”论。轻证患者仅表现为神志不清、胡言乱语，并无“舌体卷缩”之象。《述评》云，热入心包“突出的表现是神昏、谵语，严重时则舌蹇肢厥”。其不严重时当无舌蹇肢厥，这是符合临床实际的。因此，以之作为“辨证关键”，就失去了先决条件。即使是重证患者，亦有不见“舌体卷缩”者。《温病纵横》云：“热陷心包……昏愤不语，或见手足瘳痲，舌蹇短缩。”《述评》云：“甚至昏迷不醒……或伴有舌蹇。”二者均将“舌蹇”列为热陷心包的“或然证”而非“必然证”。既然轻证患者无“舌蹇”，重证患者属“或然”，所以“舌蹇”作为“辨证关键”是极不全面的。

2、以语言不清、言语不利解语言之生，由乎心神。昏谵之人，心神业已失常，故无论何因所致之昏谵，若认为其语言是清楚的，言语是流利的，均难以为人所接受。如前所述，无论是心包腑实抑或是单纯腑实，其神志异常之轻者，可仅表现为胡言乱语、语无伦次，是谓谵语。谵语之“语”“清”否，谵语之“言”“利”否，如何予以判定呢？此问题不解决，二者的鉴别岂不成空谈。至若重度神昏、意识丧失、不语如尸、愤不知人，此等危重之候，又焉知其“语言”清否，“言语”利否？不语之人，却

温病学