

《温病条辨》“温病死证五大纲”探析

王 英, 盛增秀

(浙江省中医药研究院文献信息研究所, 浙江 杭州 310007)

摘 要: 对《温病条辨》提出的“温病死证五大纲”, 联系现代临床实际, 作了深入的探析, 阐述其对中医和中西医结合诊治急性传染病危重症仍有着重要的启发和借鉴作用, 现实意义未可低估。

关键词: 温病条辨; 温病死证五大纲; 探析

中图分类号: R228

文献标识码: A

文章编号: 1009-5276(2006)05-0918-02

温病和瘟疫往往发病急骤, 发展迅速, 变证百出, 险象丛生, 因此及时明确诊断, 特别是对凶险证候及其病机有清醒的认识, 把握和判断其转归和预后, 临床至关重要。清代医家吴鞠通在所著的《温病条辨》中, 明确提出了“温病死证五大纲”, 重温这段文献, 对今天诊治感染性疾病, 特别是包括传染性非典型肺炎、人禽流感等急性传染病, 仍有着重要的借鉴作用, 兹探析如下。

《温病条辨·上焦篇》第 11 条吴氏自注曰: “按温病死状百端, 大纲不越五条, 在上焦有二: 一曰肺之化源绝者死; 二曰心神内闭, 内闭外脱者死。在中焦亦有二: 一曰阳明太实, 土克水者死; 二曰脾郁发黄, 黄极则诸窍为闭, 秽浊塞窍者死。在下焦, 则无非热邪深入, 消烁津液, 涸尽而死也。”此“温病死证五大纲”, 是吴氏得自临床的卓越见解, 是对温病危重病证预后的高度概括, 在温病诊断和急救上均有重要意义。

盖上焦为心肺所居。肺主气, 司呼吸, 主肃降, 为水之上源, 治节一身。一般说来, 温邪犯肺, 出现肺卫症状, 多在温病的早期阶段, 病情较为轻浅, 但肺脏病变, 亦有极危重者, 如风温病证, 若痰热壅盛上焦, 肺窍阻塞, 以致宣发和肃降功能俱衰, 可出现呼吸窘迫, 鼻翼扇动, 口唇青紫等危候, 如不及时救治, 预后相当恶劣; 又如暑热上受, 肺金受灼, 甚者津气俱耗, 水之上源枯竭, 可出现口干舌燥, 汗出不止, 少气不足以息, 或呼吸节律不规则, 甚则呼吸暂停, 面色灰白, 精神萎靡, 神识昏迷, 脉象散大等濒危之证, 此等即吴氏所说的“肺之化源绝”, “乃温病第一死法也”。联系现代临床, 诸如大叶性肺炎、流行性乙型脑炎以及前几年暴发的流行的传染性非典型肺炎等, 病情危重者, 均可出现呼吸衰竭, 这与上述“肺之化源绝”, 颇相吻合。再者, 上焦温病, 有邪陷心包, 心神内闭者, 其证神昏谵语, 或昏愦不语, 已属极重极险之候, 若病势继续发展, 出现四肢厥逆, 冷汗淋漓, 脉微欲绝, 乃阳气散亡, 即吴氏所说的“内闭外脱”之死证, 近似现代医学所称的“心功能衰竭”或“循环衰竭”。

中焦为脾胃所居。温病传变至中焦阶段, 常见胃腑实热或湿热困脾等证。若阳明燥热太盛, 既耗胃津, 又夺肾液, 甚则导致胃津肾液消亡殆尽, 出现身热面赤, 腹满便秘, 咽燥唇裂, 神昏肢厥, 舌苔焦黑, 舌质干瘪, 脉象沉实或沉涩

等险恶症状, 若处理不当, 可危及生命, 故吴氏称“阳明太实, 土克水者死”。此等证, 按现代医学分析, 多为严重水盐代谢和电解质紊乱, 病情多属危重。至于“脾郁发黄, 黄极则诸窍内闭, 秽浊塞窍”, 乃黄疸病中的极重之证。《巢氏病源》尝云: “脾胃有热, 谷气郁蒸, 因为热毒所加, 故卒然发黄, 心满气急, 命在顷刻”, 即是此类病证, 古谓之“急黄”是也。患者大多发病急骤, 变化迅速, 症见高热烦躁, 全身深黄, 二便俱闭, 腹满气急, 恶心呕吐, 甚则昏迷谵妄, 或吐衄便血, 预后十分恶劣, 现代医学重症肝炎中的急性肝坏死或亚急性肝坏死, 每见这些症候; 又重度黄疸型肝炎, 若误治失治, 亦可发展为“黄极则诸窍内闭, 秽浊塞窍”的病理变化, 值得高度重视。

下焦系肝、肾之领地。温邪深入下焦, 肾液被灼, 甚则真阴枯涸, 元气衰败, 症见精神萎靡, 或神识迷糊, 循衣摸床, 撮空理线, 肌肤干燥, 身形羸瘦, 咽干口燥, 舌质干枯而绛, 脉象沉细而数, 多为温病之晚期阶段, 呈现全身衰竭状态, 此即吴氏所称: “在下焦, 则无非热邪深入, 消烁津液, 涸尽而死”的证候。联系现代临床, 如流行性出血热少尿期肾功能衰竭和艾滋病晚期等, 可出现上述病理征象。

成书于二百多年前的《温病条辨》, 能归纳和总结出如此精辟的“温病死证五大纲”的确难能可贵, 令人叹为观止。当然, 从今天的医疗条件来看, 吴氏所说的“五大死证”, 未必皆属不治, 经过积极抢救, 大多患者是可以化险为夷、转危为安的。即就中医本身来说, 现代对外感热病急症和危重症的诊治, 已积累了不少新成果、新经验, 如救治呼吸和循环衰竭, 参麦注射液、参附注射液等新产品、新剂型的应用, 确能明显提高临床疗效。本院已故全国著名中医学家潘澄濂研究员在治疗乙型脑炎呼吸衰竭时, 曾倡用六神丸之宣闭, 辅以生脉散之益气敛阴, 确能使一些垂危患者转危为安^[1]。对“心神内闭”之危重病证, 近年采用醒脑静、清开灵注射液, 较传统的“三宝”(安宫牛黄丸、至宝丹、紫雪丹)有使用方便, 见效快, 疗效高等优点。对“脾郁发黄, 黄极则诸窍为闭, 秽浊塞窍”的危重病证, 近年在治疗重症肝炎特别是重度黄疸型肝炎中, 根据关幼波教授“治黄需活血, 血行黄易却”的经验, 重用活血化瘀药物如大黄、赤芍等, 疗效有明显改观。如简光富^[2]介绍用赤黄汤剂(赤芍 60g 大黄、金钱草各 30g 茵陈 15g 川朴、枳壳各 12g 当归、甘草各 9g)治疗重度黄疸型肝炎 61 例, 结果治愈 58 例, 占 95.1%; 显效 2 例, 占 3.3%; 无效 1 例, 占 1.6%, 总有效率为 98.4%。又有报道^[3]用赤桅黄煎剂(赤

七版教材《中医诊断学》瑕疵评析续(1)

赵新广, 刘丹卓

(河南中医学院, 河南 郑州 450003)

关键词: 中医诊断学; 教材; 评析

中图分类号: R241

文献标识码: A

文章编号: 1009-5276(2006)05-0919-02

在第一章问诊问寒热的内容里面有:“邪正俱盛, 寒热俱重, 邪盛正衰, 则恶寒重而发热轻。”此说法不妥。“邪正俱盛, 寒热俱重”尚可理解, 而“邪盛正衰, 多为恶寒重而发热轻”实难苟同。如邪热亢盛而正气衰减, 并非一定出现恶寒重而发热轻的临床表现。在问寒热的内容里面有:“邪气致病者, 由于寒为阴邪, 其性清冷, 故寒邪致病, 恶寒症状突出”。此说法不妥, 应该为“邪气致病者, 由于寒为阴邪, 其性清冷, 故寒邪致病, 多见恶寒症或畏寒症”。如寒邪客胃就不见恶寒症。这里有几个概念“恶寒”与“畏寒”、“恶热”与“畏热”必须弄清, 如果从中国文字学角度应当是无太大差别, 但是被中医学所运用, “恶寒”与“畏寒”就产生了一定的差别, 应当说“恶寒”被中医学所说的表证所专有, 故有“有一分恶寒便有一分表证”的说法。而畏寒自应属于里实寒证与里虚寒证的范畴, 所以但寒不热内容里面有“新病恶寒”, 应为“新病畏寒”方妥, 因为但寒不热是里寒证的寒热特征, 再者说但寒不热里面用“新病恶寒”, 恶寒是发热的前奏, 起初可以但恶寒不恶热, 但最终必恶寒与发热并见, 只有恶寒而无发热不符合教材中说:“寒热表现形式有恶寒发热、但寒不热、但热不寒、寒热往来”的内容, 显然“新病恶寒”之说与但寒不热存在矛盾之

处, 故此推断但寒不热里面只能用“新病畏寒”。关于“恶热”与“畏热”, 由于没有“有一分恶热便有一分表证”的说法, 故应当说没有太大的差别。在但热不寒的内容里面“但热不寒可分为壮热、潮热、微热三种类型。”此分法不妥, 令许多学生认为不是壮热、微热的发热, 就肯定是潮热, 或当介于 38℃~39℃的发热, 习医者不知如何归类。壮热、微热、潮热并非是按同一性质对其进行分类的, 因而不适合并列在一起。此外, 教材还把潮热按日晡潮热、午后及夜间潮热、身热夜甚进行分类, 此分法亦略有不妥。日晡潮热即下午 3~5 时发热明显或热势更甚, 因而也可以算是午后发热, 三类分法时间有交错, 故依本人之拙见, 潮热如按发热致病特点进行归类为阳明潮热、湿温潮热、阴虚潮热、营分潮热四种, 想必更显得脉络清晰一些。在问微热的内容里面有:“时有低热, 兼面白、头晕、舌淡、脉细等症者, 多属血虚发热。”此说不妥, 这里显然有几个概念没有弄清, 即血虚、津液不足与阴虚的区别, 当血虚与津液不足没有产生发热之前, 永远称作血虚与津液不足, 一旦发热则为阴虚, 故血虚发热, 面不应白而应潮红, 舌不应是淡, 而应是舌红, 脉不应是细, 而应是脉细数, 这样也才符合临床实际特征。

芍 90g 栀子 30g 大黄 9g)、化瘀解毒汤^[4](赤芍 30~60g 泽兰 15g 大黄 10~30g 郁金 12g 板蓝根 30g 车前子 15g)等方治疗重度黄疸型肝炎, 均收到满意效果。至于吴氏所说的“在下焦, 则无非热邪深入, 消耗津液, 涸尽而死”, 联系现代临床, 如流行性出血热少尿期肾功能衰竭, 中医认为多系热毒深入下焦, 消耗肾液, 真阴枯涸, 肾元无以化气生津, 尿源竭绝使然, 故不少医家主张早用、重用益气养阴滋肾法, 挽救了不少危重病人。如宋鸿元^[5]以生地、鲜芦根各 30g 知母、黄柏、麦冬各 10g 丹参、丹皮各 12g 玄参 15g 为基本方, 配服清热解毒散, 治疗流行性出血热少尿期 104 例, 结果治愈 99 例, 死亡 5 例, 死亡率为 4.2%, 较以前单用西药治疗死亡率(20%)有明显下降。更值得指出的是, 现代采用中西医结合的方法治疗急症和危重病症, 取中西医两者之长, 优势互补, 疗效相得益彰, 使不少本属吴氏所说的“温病死证五大纲”范围的病人, 得以挽狂澜于既倒, 获得新生。由此可见, 随着现代医疗条件的改善和技术水平

的提高, 吴氏当时认为的“死证”, 有的也就理所当然地变为“活证”了。因此, 对于吴氏上述观点, 既要充分肯定其重要学术价值和实践意义, 又要联系现代临床实际, 辨证地、灵活地去看, 这才是正确的解读。

最后需要说明的是, 吴氏提出的“温病死证五大纲”, 即使在今天, 仍是属于危重病症的范畴, 临床治疗颇为棘手, 预后不容乐观, 因此如何进一步提高临床疗效, 降低病死率, 这是摆在广大中西医务人员面前的迫切任务, 吴氏上述论点的现实意义即在于此, 未可低估。

参考文献:

- [1] 盛增秀, 潘毓仁, 施仁潮, 等. 中国百年百名中医临床家丛书·潘澹潜[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2001: 52
- [2] 简光富, 郭佳士. 赤黄汤治疗高度黄疸型肝炎 61 例[J]. 福建中医药, 1989, 20(2): 29
- [3] 徐江海, 苏同宝, 王玉中. 赤梔黄煎剂治疗病毒性肝炎重度黄疸 60 例[J]. 河南中医药学报, 1999, 14(3): 32
- [4] 方立成. 化瘀解毒汤治疗高黄疸肝炎 12 例[J]. 湖南中医学院学报, 1988, 8(1): 14
- [5] 宋鸿元. 中药治疗流行性出血热少尿期的临床观察[J]. 陕西中医, 1988, 9(11): 501

收稿日期: 2005-11-05

作者简介: 赵新广(1969-), 男, 河南郑州人, 副教授, 硕士研究生导师, 博士, 主要从事中医诊断学的临床、教学、科研工作。