

外感病蓄血证治源流及辨析

刘 兰 林

(安徽中医学院, 合肥 230038)

提要 通过考述《伤寒论》、《温疫论》、《温病条辨》等医著所论外感病之蓄血证, 表明伤寒蓄血证起源较早, 温病蓄血证是伤寒蓄血证的深化和发展, 两者共同构成外感病蓄血证。此证程度有轻重之别, 病势有缓急之分。临床辨治需抓住感受外邪、邪毒深入血分而致血热血瘀、瘀血渗入下焦或自下流而不走三条病因病机, 治法不外清热、逐瘀、攻下。

关键词 外感病 蓄血证 源流 辨证

蓄血证是外感病中出现的一种危重险恶病证。其证治的论述始见于东汉医家张仲景, 明清吴又可、吴鞠通、叶天士等温病学家补充发挥, 从而构成完整的外感病蓄血证。为较全面地反映其历史源流及临床如何辨治, 本文试作讨论如下:

蓄血证源流考析与证候讨论

1. 源流考析 蓄血证始出于东汉张仲景的《伤寒论》, 如辨太阳病脉证并治 106 条曰: “太阳病不解, 热结膀胱, 其人如狂, 血自下, 下者愈。其外不解者, 尚未可攻, 当先解其外。外解已, 但少腹急结者, 乃可攻之, 宜桃核承气汤。”(条文序号据《伤寒论选读》上海科技出版社 1996 年版, 下同)。124 条、126 条指出外感病蓄血证的论治。125 条则补述了蓄血的脉证, 并以小便利否来辨蓄血之有无, 237 条指出阴阳病蓄血证治。明清温病学家提出温病也有蓄血证, 如明代吴又可在《温疫论》中指出蓄血的病机为“邪热久羁, 无由以泄, 血为热搏, 留于经络, 败为紫血, 溢于肠胃, 腐为黑血”。其临床表现是“小腹硬满, 疑其小便不利, 今小便自利者, 责之蓄血也。”“胃实失下, 至夜发热者, 热留血分, 更加失下, 必致瘀血……昼日热减, 至夜独热者, 瘀血未行也。”治疗宜“桃仁承气汤。”清代吴鞠通《温病条辨》下焦篇 21 条曰: “少腹坚满, 小便自利, 夜热昼凉, 大便闭, 脉沉实者, 蓄血也。桃仁承气汤主之。”并自为注解: “少腹坚满, 法当小便不利, 今反自利, 则非膀胱气闭可知。夜热者, 阴热也; 昼凉者, 邪气隐伏阴分也。大便闭者, 血分结也。故以桃仁承气通血分之闭结也。若闭结太甚, 桃仁承气不得行, 则非抵当不可”。叶天士则提出: “夏月热久入血, 最多蓄血一证”。指明蓄血证的好发季节。这些认识和《伤寒论》的论述相得益彰, 使得外感病蓄血证辨证论治趋于完善。

2. 证候讨论 伤寒蓄血分太阳蓄血证和阳明蓄

血证, 两者分别出现在外感病的早期和热盛期。太阳蓄血又有轻重二证, 轻者表现为少腹急结, 神志如狂, 小便自利; 重者证见少腹硬满, 其人发狂, 小便自利, 脉沉结等。其病因病机皆为太阳受病后, 外邪随经陷入膀胱, 与血相结所致。而阳明蓄血是邪热与宿有的瘀血相结下焦, 故证候表现与太阳蓄血不同, 非神志如狂发狂, 而是健忘; 不是小便自利, 而是大便黑硬易解, 由于蓄血在少腹, 故皆见少腹急结或硬满。可见辨太阳蓄血是以少腹硬满, 小便自利为要点, 而辨阳明蓄血是以大便异常为关键。《温疫论》论温疫病蓄血继而有所发挥, 辨证除少腹硬满, 小便自利, 其人如狂等症外, 突出观察大便的“结粪”和“黑易”两种情况, 并表明其治疗和预后截然不同。胃实结粪者可用活血化瘀之法; 便色如漆反易者, 治疗则不宜再行攻瘀, 否则随时有气随血脱之危候出现。强调“便色如漆, 大便反易者, 是结粪得瘀而润下, 结粪虽行, 真元已败, 多至危殆”。吴氏这一提示极为重要, 是对《伤寒论》的发展, 但如何进行针对性的治疗尚未论及, 而若至真元已败再予温里固气, 恐为时已晚。故郑重光《温疫论补注》补充有: “急当温里以固气。”《温病条辨》则在《温疫论》的基础上不仅直接指明温病蓄血证的辨证要点为少腹坚满, 小便自利, 夜热昼凉, 大便闭, 脉沉实, 并就蓄血证的瘀血溢于肠间的大便黑易等症, 提出具体治疗方药, 弥补了吴又可的缺憾。伤寒蓄血和温病蓄血的证候发展表明, 前者是后者的基础和前提, 后者是前者的深化和补充, 两者前后相承, 共同构成完整的外感病蓄血证。

3. 病位认识 至于蓄血证的病位问题, 吴谦、钱天来、陈修园、唐容川等伤寒注家见解不一, 归纳主要有血蓄膀胱、回肠和血室三种认识。吴谦认为血蓄膀胱: “太阳病不解, 不传阳明, 邪热随经入里, 谓

之犯本,犯本者,谓犯膀胱之腑也……热入而犯血分,血蓄不行,热与血结者,桃核承气汤证也。”钱天来指出血蓄回肠:“历见蓄血必从大便而出,未见有伤寒蓄血而出于小便者,若果出于小便,因何反用桃仁承气汤及抵当通其大便乎?恐有识者,必不以为然也。”唐容川则谓血蓄血室:“热结膀胱,则小便不通,今小便自利,知不在膀胱,乃在血室中,当攻下其结血,使从大肠浊道而出,乃愈。”^[1]而温病学家对蓄血证病位的认识,多以吴又可血蓄肠胃的观点为代表(前已述及)。笔者认为,以上四种认识,可以血蓄下焦作为总称,因为下焦包括了肠、膀胱、血室等部位,辨别时可据临床表现作具体分析。无论伤寒、温病蓄血皆有小便自利,大便异常。如大便色黑而小便自利,其病不在膀胱而在大肠;如大便正常而小便赤涩,则其结不在大肠而可能在膀胱;若妇女月经忽止而少腹胀痛,则结在血室。由于这些脏腑、器官都处于下焦,病理都属于热与血结,所以可总称外感病蓄血证位于下焦^[2]。

蓄血证方剂演化与辨治要点

1. 方剂演化 伤寒蓄血证,其程度有轻重之别,病势有缓急之异。蓄血尚轻,其人如狂者,宜桃核承气汤(桃仁、桂枝、大黄、芒硝、甘草)活血化瘀,通下瘀热;病重且急,其人发狂者,抵当汤(水蛭、虻虫、桃仁、大黄)破血逐瘀。若蓄血虽重,而病势较缓者,宜抵当丸,以峻药而缓图之。可见仲景治蓄血,用药分轻重,制剂有缓急,步步依证立法,有的放矢。桃核承气汤是由调胃承气汤加桃仁、桂枝组成。方取桃仁活血化瘀为主药,辅以桂枝宣阳行气,通经活血,复以大黄、芒硝攻下瘀热,甘草调和诸药,且防伤正。温病蓄血证所用的治疗方剂,继承了伤寒蓄血证并有所发展。《温疫论》桃仁承气汤是《伤寒论》桃核承气汤去桂枝、甘草加当归、芍药、丹皮而成;《温病条辨》直接采用《温疫论》原方,药物未变而剂量稍改,是因温病下焦蓄血证的病机是热邪深入下焦血分,血热瘀结肠道而致,故仍用桃仁活血化瘀,但瘀由血热亢盛迫血妄行,积留下焦而致,若仅活血化瘀而不清热凉血,实难达到治疗目的,一味桃仁显然难以胜任,因此增用赤芍、丹皮以助之。再予当归养血活血,并行血中之气,令气帅血行,消中有补,照顾周全。大黄、芒硝功可泄热软坚,攻逐瘀结,在所必用。全方相合,使热邪、瘀血、结粪得以祛除。之所以删桂枝者,是因其本意在于取桂枝辛温之性以助桃仁活血化瘀,但本证则需忌温,以防出血。甘草虽可调和诸药,但亦能缓解攻逐之力,不取之由即在于此。

2. 辨治要点 通过前述剖析,笔者认为,蓄血证

是由瘀血与热互结所产生的病证。一般具有三条病因病机:①感受外邪;②邪毒深入血分而致血热血瘀;③瘀血渗入下焦,或自下留而不走,以至腹急结或硬满、便秘。历代治疗其法不外清热、逐瘀、攻下;选方不外桃核、仁承气汤和抵当汤、丸。需要提出重视的是:在辨治蓄血证时,除注意辨少腹、神志等症状外,应观察大便颜色、性状等情况。若便黄秘结,桃仁承气汤攻下在所必用;若大便色黑,无论干结或易解,皆系便血的表现,原则上应禁用攻下,否则由是而引起出血不止,医者实难辞其咎。但瘀热结于下焦,单纯活血化瘀之治见效甚缓,借通下为出路,实为快捷之法,故又有当用之理。因此,攻下法是否使用及如何运用,尚需作深入探讨。笔者认为:在下焦蓄血证基本具备的前提下,可就大便异常的不同,确定具体治法和方药。其要点是:①大便色黑易解,且量次均较多,既表明出血较为严重,也显示外出之途通畅,不必更不应使用通下攻瘀,非只抵当汤、丸决不可施,连桃仁承气汤亦属禁忌,宜据吴鞠通所述,以凉血止血、活血化瘀为务,用犀角地黄汤为主加减。②大便色黑干结难解,示有出血而量不多,此时治疗可选施通下,藉以逐邪泄热,排解瘀结。但抵当汤、丸峻烈之剂亦可不用,以防损伤正气,导致大出血,而以吴氏桃仁承气汤为佳。还要配合凉血止血,活血化瘀,方为治本之策,选加止血而不留瘀的药物,如三七、阿胶珠、蒲黄、地锦草、茜草根、地榆等。即使如此,亦要密切观察病情,严防大出血的发生。③在蓄血证候演变过程中,一旦见有体温速降,面色晄白,四肢厥逆,冷汗不止,舌淡无华,脉象细弱无力等症,即吴又可所述“真元已败”的气随血脱重证,随时有阴阳离决之虞,必须立即采取有效的治疗措施,一般采取中西医结合,多用西药抗休克,中药救厥脱,为治疗之重要关键。尽快内服独参汤、参附汤、参附龙牡汤等,最好使用人参、参附、生脉等注射剂,温壮元阳,益气敛阴,以期气复血摄而固脱,挽回患者生命^[3]。总之,针对证候不同的病机特点,拟定不同治疗原则而选方用药,使蓄血证的治疗更具有针对性和有效性。

参 考 文 献

- 1 万友生. 寒温统一论. 上海:上海科技出版社, 1988:206
- 2 孟澍江等. 高等中医院校教学参考丛书·温病学. 北京:人民卫生出版社, 1990:2
- 3 刘兰林. 《温病学》蓄血证大便异常应用桃仁承气汤的商榷. 安徽中医学院学报 1996;15(4):7

(收稿日期 2001年5月20日)