

# “瘀热”病机理论的形成及临床意义

——周仲瑛国医大师“瘀热”相关学术经验发微之一

唐蜀华 蒋卫民

(南京中医药大学附属医院, 江苏南京 210029)

**摘要** “瘀热”是中医的一种重要病机概念,其形成分别与造成“瘀”和“热”的内、外因素有关,但有由热致瘀与由瘀致热之分。“瘀热”为病,可有发热、出血、斑疹、黄疸、昏迷、厥脱、癥积等多种临床表现,历代医家先后提出犀角地黄汤、抵当汤、下瘀血汤等代表方剂,清代叶天士提出“凉血散血”为其治疗大法。周仲瑛教授在继承、发扬传统“瘀”和“热”的理论及临床应用方面均有自己的特色和建树,总结外感“瘀热”有攻窜散漫、多症杂陈、易于深入损伤脏腑、腐败破坏导致实质性损害等病理特点,内伤“瘀热”往往标实本虚互见,病多迁延难已,涉及多脏,脏腑体用皆损,甚至不可逆等病理特点。周教授总结的“瘀热”病机理论具有广泛的临床意义,

**关键词** 瘀热 病因学 中医病机

中图分类号 R228

文献标识码 A

文章编号 1672-397X(2014)04-0001-04

“瘀热”是中医学关于病机(病理生理)的一种重要概念,指同时具有“瘀”和“热”的病机特点。根据临床观察,“瘀热”为病,范围广,且多属急重、疑难之类。在传统经典中有关理论迄今只有零星的阐述,尚无系统专论。国医大师周仲瑛教授在“瘀热”病机理论阐释及临床应用方面颇有建树,现结合其经验并复习文献,初步探讨“瘀热”病机理论的形成及临床意义,以期更好地指导临床实践。

## 1 “瘀”和“热”的概念

认识“瘀热”,首先要从认识“瘀”和“热”开始。

“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,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。在中医学传统理论中,对“瘀”大致有3种认识:(1)指血液瘀滞,循行不畅,以至局部脏器和组织“气血不至”。正常生理时,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,张景岳称其“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”。若感受风寒、风热(寒主收引、凝闭,热则煎熬津液),或情志怫郁,气滞痰阻,或气虚阳衰,无力鼓动运行

等,均足以导致血脉瘀滞。(2)认为是“污秽的、非生理性的有毒之血”,似指血液成分的病理性改变,如明代·王肯堂《证治准绳》“百病由污血者多”,《皇汉医学》“瘀即污秽之谓”。(3)即指瘀血的病理产物,如《素问·调经论》“孙络水溢,则经有留血”,《诸病源候论》“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,皆为瘀血”,唐容川《血证论》“离经之血为瘀血”等,皆是此意。由于血的功能“无所不及”,故瘀的临床表现也十分复杂,可以涉及多种脏器及组织。尽管如此,它也有许多常见和共同特点,如固定不移之疼痛、发热、皮肤黏膜红肿、青紫,瘀斑、瘀点、癥积、肿块,甚至反复或顽固出血等,舌、脉亦有其相应特点。

“热”在中医学说中涉及病因、病机、治则、药性等多方面内容,“热”的病因病机概念,传统经典所载约略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》等均载有“风、寒、暑、湿、燥、火”,作“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》:“风、寒、暑、湿、燥皆外因,惟火多属内因。”而《景岳室医稿杂存》认为火不是病邪,只是病机,故谓:“六淫之气,实只有五……而五者无不从火化,是以名为六淫。”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》“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，只是程度的区别。(2)“热”又有病因、病机的不同范畴。前之所述，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”的病理生理状态，故同一个“热”字，“热邪”是病因，“热证”是临床表现，化“热”是内在病机范畴。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、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)”则是演变的结果，理应属于病机的范畴。“热”虽是一种病理概念，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器，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“炼液成痰”、“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》所谓“阳盛则热”。

## 2 “瘀热”的概念及成因

“瘀热”理论是在分别认识“瘀”和“热”的基础上逐步深化的，如《内经》即有“血气相溢，络有留瘀”，“大热遍身……血而实者泻之”，但这些记载还只是类似“瘀热”的论述。首先提出“瘀热”一词及其证治的，当推张仲景，他在《伤寒论》128条中说：“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。”是指外邪循经入里，深入下焦，瘀热相搏，可致蓄血，血出则瘀热去，病情缓解；同时也提出了瘀热可以导致“发狂”的因果论述。《伤寒论》还说：“瘀热在里，身必发黄，茵陈蒿汤主之。”《巢氏病源·吐血候》则载有“热毒入深，结于五脏，内生瘀积，故吐血”，即瘀热可以导致出血。至晋《小品方》创芍药地黄汤，明确指出系“疗伤寒及温病应发汗而不发之，内瘀有蓄血者，及鼻衄，吐血不尽，内余瘀血，面黄，大便黑者，此主消化瘀血”，与唐·孙思邈《千金要方》犀角地黄汤的组成、功效及其主治均相同，嗣后被公认为是凉血散瘀的代表方。朱丹溪提出“血受湿热，久必凝浊”，乃是湿热也可致瘀热的观点，在病因方面还有明《瘟疫论》所说“邪热久羁，无由以泄，血为热搏，留于经络，败为紫血”，清《医林改错》“瘟毒在内烧炼其血，血受烧炼，其血必

凝”，都表明热毒与血搏结是形成“瘀热”的病理基础。叶天士在《温热论》中指出：“温热之邪，入血就恐耗血动血，直须凉血散血。”即为瘀与热二者相互作用提供了论据，又确立了凉血散瘀的主要治疗大法。以上可见历代医家对“瘀热”的病机、证治已有相当认识。但综观各家所论，多偏重于外感热邪致病，而忽视内伤因素及其证治，当前对“瘀热”这一病机名词，虽已有学者将其列为“瘀热相搏”证，但因“瘀热”所致病症多端，与高热、血证、斑疹、昏迷、黄疸、癥积、厥脱等悉皆有关，如仅以一证统之，难免有外延过大、内涵不清之嫌。

对“瘀热”的概念，前人并未予严格界定，据现代《简明中医词典》释义：一指郁积在内的热，二指滞留的瘀血郁而化热的病理现象。周仲瑛教授认为，热郁在气分不在血分者，不应称“瘀”，“瘀热”应指同时存在血瘀及血热的病机，两者共同参与疾病的发展。再者，瘀与热不仅同时存在，还须具备因果关系方得称之“瘀热”。如宿有胸痹心痛者，有瘀在先，瘀在心脉；若继感风热，新病风温咳嗽，热在肺气，其瘀与热并未纠集一途，故即使并见瘀与热者，尚不能概称之为“瘀热”。

各种导致热病或瘀病的病因都可以是“瘀热”的始动病因。(1)六淫化火，疫毒入侵，热毒炽盛，搏血为瘀。六淫侵袭人体，皆可化为火热之邪，甚至酿毒，传里入血。若其人原有瘀血内伏，则尤易因外邪化火而触变。如属温热疫毒侵袭，火热炽盛，则为害尤烈。火热内燔，由气及血，血热内壅，遂致热与血搏，表现瘀热搏结的一系列证候。部分外感瘀热病证迁延日久也可转为内伤瘀热。(2)内伤久病，气火亢盛，湿热痰瘀，壅塞血脉。内伤杂病，气失平衡，火失潜藏，热郁血瘀，或郁火内生，火郁络瘀，或湿蕴蒸热，血滞络瘀，或痰瘀互结，郁而化热，或瘀郁酿热，血行不畅，均可导致瘀热搏结，闭塞经络隧道，脏腑蓄热，血脉壅滞为病。但内伤杂病因血热与瘀血的先后因果及轻重主次每又因病而异，与外感疾病多由因热致瘀者有别。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。

简言之，瘀热搏结之来当有由热致瘀及由瘀致热两类。试析由热致瘀之理，王清任、周学海已有“血受烧炼，其血必凝”，“津液为火灼竭，则血行愈滞”，“血受热则煎熬成块”等精当论述，惟由瘀致热者，仅有“郁”、“化”、“酿”等虚词之托，所谓“日久”也失之含糊。笔者以为尚有可续者，盖血瘀不独与血液且与血脉有关，如血脉非因先感热而弛张，或

脉络破损血液离经而未排出体外,其气随血至,气血壅集,阳气偏盛应乃血瘀化热之机。

### 3 “瘀热”的病理特点和临床意义

根据临床观察,周仲瑛教授总结瘀热有以下病机特点:(1)外感瘀热。一是攻窜散漫,随血流行,无处不到,往往多症杂陈;二是聚结壅塞,热毒燔灼气血,经络凝塞不通,易于深入,损伤脏腑的功能,出现定位病变;三是热毒腐败破坏,气血凝滞,络脉损伤,导致脏腑的实质性损害;四是往往传变迅速,却胶结不易解。(2)内伤瘀热。一是多属素体阴虚阳旺,热郁血瘀,标实本虚往往互见;二是久病入络,络热血瘀,瘀热胶结,病多迁延难已;三是病涉多脏,脏腑体用皆有损害,甚至呈现不可逆的局面。总之,无论外感、内伤,至瘀热搏结,均对脏腑经络损伤具有广泛性。热蕴营血,煎熬熏蒸,可致血液稠浊,血涩不畅,加重血瘀;血瘀又可蕴积化热,而致血热愈炽,两者互为因果,促使病势不断演变。

瘀热为病又可有多种临床表现,因热入营血,故身热夜甚;血热离经外溢,血瘀不能循经,均可致热瘀血溢产生多部位出血;热瘀营血,热极生风或(及)耗血伤阴,热炽阴伤,亦可致肝风内动,出现抽搐、震颤,或头摇直视、循衣摸床、撮空理线;血热炽盛,耗气伤津(阴),血液黏稠涩滞,阻遏脏腑气机,阴阳之气不相顺接或气血不至,清阳不用,又可发生眩晕或厥脱;瘀热阻于脑府,可见头痛,或烦躁不宁、昏迷;若瘀热里结,血蓄阳明或下焦,可见如狂、发狂等症;瘀热在里,熏蒸肝胆,发为黄疸或使黄疸加深,此即张仲景所云“伤寒瘀热在里,身必发黄”。瘀热入络临床又可分有形与无形或实或虚见症,无形者因瘀热胶稠之性,壅滞气血,使其运行不利;有形者,则积久浸淫损伤血脉,聚附而成斑块,令脉道狭窄甚或不通。实则“不通则痛”,虚则“气血不至”,令脏腑废用,变证多端。

“瘀热”这一病机理论的形成是建立在古人对瘀热证相关病症的认识不断发展、变化基础上的,周仲瑛教授总结的“瘀热”病机理论在内伤杂病辨治中具有广泛的临床意义,而作为血瘀、血热之“瘀热相搏”病机理论的扩展,我们进一步认识到“血瘀”、“肝热”之胶结为患在心血管病辨治中则更具有其重要价值,如高血压胰岛素抵抗患者临床肝热表现非常明显,此类患者多有头痛、烦躁易怒、面红目赤、口干口苦、舌红苔黄、脉弦数等证候,而其合并的代偿性高胰岛素血症、高脂血症,这种血液成分病理性改变即污秽之血之“血瘀”,同时高血压胰岛素抵抗作为消渴(糖尿病)的潜在阶段<sup>[1]</sup>,也存在着血瘀致渴的病理特点。唐容川在《血证论》一书中

指出:“瘀血在里则口渴。所以然者,血与气本不相离,内有瘀血,故气不得通,不能载水津上行,是以发渴,名曰血渴,瘀去则不渴矣。”这种肝热、血瘀交互为患的病机特点在我们的临床研究中也得到证实,高血压与胰岛素抵抗的相互促进、相互影响也易导致临床心血管事件的显著增加<sup>[2]</sup>。冠心病特别是不稳定性心绞痛患者也表现出显著的“瘀热”病机特点,除冠心病心绞痛临床表现多有瘀血阻滞的标实之外,其冠状动脉中的粥样斑块及血脂、血黏度等的增高无疑是污秽、非生理性的有毒之血,亦即是“瘀”。而炎症反应在冠心病发生、发展及造成斑块不稳定引发急性心血管事件中扮演了重要的角色,一般认为炎症反应与中医“热(毒)”的认识不谋而合<sup>[3]</sup>。其次,引起冠心病的常见危险因素高血压、高脂血症、糖尿病、吸烟等相关疾病无不存在着“热(毒)”致病的病机方面。如糖尿病(消渴)之“肝热”为患,郑钦安在《医学真传·三消病起于何因》中云:“消症生于厥阴风木之气,盖以厥阴下水而上火,风火相煽,故生消渴诸证。”《临证指南医案》指出:“心境愁郁,内火自燃,乃消症大病”,肝火在导致“消渴”的病机渐变及最终演变成“消渴”病的过程中起着重要作用<sup>[4]</sup>。“瘀热”在冠心病发病中的作用已被大量研究所证实,我们研制的具清热化瘀之功效的芦黄颗粒被证实可以显著降低动脉粥样硬化家兔C反应蛋白和白细胞介素-6等炎症因子水平增高等瘀热征象<sup>[5]</sup>。

### 4 小结

“瘀热”是中医的一种重要病机概念,“瘀热”的名词及其证治首先由张仲景提出,历代医家也多有论述,其形成分别与造成“瘀”和“热”的内、外因素有关,但有由热致瘀与由瘀致热之分,而外感瘀热多属由热致瘀。“瘀热”为病,可有发热、出血、斑疹、黄疸、昏迷、厥脱、癥积等多种临床表现,历代医家先后提出犀角地黄汤、抵挡汤、下瘀血汤等代表方剂,至清代叶天士又提出“凉血散血”为其治疗大法。但有关内伤瘀热证的病理实质及治疗原理相对薄弱,周仲瑛教授在继承、发扬传统“瘀”和“热”的理论及临床应用方面,均有自己的特色和建树。周教授总结外感“瘀热”有攻窜散漫、多症杂陈、易于深入损伤脏腑、腐败破坏导致实质性损害等病理特点;内伤“瘀热”往往标实本虚互见,病多迁延难已,涉及多脏,脏腑体用皆损,甚至不可逆等病理特点。在临床辨治上,提出要详察血热、血瘀分别存在的证候,还要通过深入证候特点的分析,必要时也可参考有关检查指标,来掌握瘀热的整体存在。凉血散瘀为“瘀热”的治疗大法,具有清血分之热、散血

# 浅析恽铁樵论黄苔主积在肠

于志峰

(天津中医药大学,天津 300193)

**摘要** 民国名医恽铁樵在其著作《病理杂谈》中提出“有积必有黄苔,积在肠而不在胃”的观点。恽氏认为舌苔与胃肠紧密衔接,胃肠的病变必然会在舌苔上有所体现。舌上无薄苔,味蕾粒粒起耸,为胃停积过多;舌苔厚且黄,有积在肠。苔黄可攻,苔不黄不可攻。即积在肠可攻,积在胃不可攻。

**关键词** 恽铁樵 黄苔 积在肠

**中图分类号** R241.25

**文献标识码** A

**文章编号** 1672-397X(2014)04-0004-02

恽铁樵为民国著名中医家,倡导“勤求古训,结合新知”,为近代中西汇通代表之一。其著作多以西医学知识阐释中医理论,在诸多悬而未决、释而未清的问题上给人以耳目一新、豁然开朗之感。近读其所著《病理杂谈》“论舌苔与病候”一文,觉其“有积必有黄苔,积在肠而不在胃”的观点对临证颇有裨益,现试析如下。

## 1 舌与胃、舌苔与胃气密切相关

恽氏认为舌面上的味蕾不仅仅是为了人的食欲而设,更重要的是可以辨味,是胃的第一道防线。食物入口,是否有害于身体,一般需经过三方面的审查,即舌的味觉、眼睛的视觉和鼻的嗅觉,三者具

有连带关系,缺一不可,而三者之中又以舌的味觉最为关键。如果味道不合,那么入口即吐。所以舌面的味蕾是首道防线。食物本用来养生,但许多疾病的发生又都与“病从口入”相关,恽氏分析与味蕾受欺,舌的味觉失于防范,致使不洁之食乘虚而入有关。因此,舌与胃关系密切。

恽氏对舌苔的观察非常细致,指出“舌面粒粒耸起者,为味蕾。味蕾之下,蒙有一层甚薄之白色垢腻物,其厚度刚能填满味蕾相接处之微凹,使舌面显平滑状。此一层薄垢,即通常所谓舌苔”。他认为无病之人必有薄苔一层,这是胃肠间新陈代谢的过程,是胃肠消化工作强弱与正常反常的标志。从这

基金项目:天津市自然科学基金(10JCZDJC20000)

中之瘀、解血分之毒、止妄行之血的作用。在传统方药的基础上,周仲瑛教授结合自己的临床经验,创制了丹地合剂、地丹凉血注射液作为代表方,但临床应根据瘀、热主次先后,脏腑病位,主症、兼症、变证等变化随证加减。

目前对“瘀热”的研究,临床上已逐渐由重于外感转而重于内伤杂病等方面,但在瘀热理论方面特别是内伤理论方面的研究还非常薄弱,由于实验方法的不一致、缺乏相应的动物模型等原因,“瘀热”理论的深入机制探讨还存在相当的困难。瘀热为患面广,且多属急重、疑难之症,研究“瘀热”理论,使之进一步系统化,将有利于提高疑难重症的临床治疗水平。周仲瑛教授的卓见和实践,为推动“瘀热”的研究作出了贡献,但仍有许多空白有待填补。

## 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] 蒋卫民,唐蜀华,陈晓虎,等.高血压胰岛素抵抗患者瘀热证候的表现.四川中医,2008,26(2):25

[3] 徐浩,曲丹,郑峰,等.冠心病稳定期“瘀毒”临床表征的研究.中国中西医结合杂志,2010,30(2):125

[4] 蒋卫民.“瘀热”病机理论在心血管病辨治中的应用.时珍国医国药,2011,22(6):1495

[5] 刘春玲,唐蜀华,孙云霞.芦黄颗粒对实验性动脉粥样硬化家兔C反应蛋白和白细胞介素-6水平的影响.中国中西医结合急救杂志,2005,12(6):366

第一作者:唐蜀华(1941-),男,主任医师,教授,博士生导师,享受政府特殊津贴,江苏省名中医。长期从事中医内科医疗、教学、科研、管理工作。擅长中医内科急诊、心脑血管疾病的诊治,继承中医传统理论之要旨,悉心钻研现代医学知识,具有丰富的临床经验和独到之处。jwm0410@163.com

收稿日期:2013-11-24

编辑:王沁凯