

结合岑鹤龄温病思想谈卫气营血辨证当代临床应用

王进忠 钟世杰

【摘要】 卫气营血辨证揭示了温热病发展的普遍规律和病情严重程度,但长期以来诸多医家简单将其归为邪气病位的变易,对营分、血分的病机关系意见不一,且临床容易忽视疾病发展过程中的正邪相争。岭南名医岑鹤龄认为营、血之证均为病邪入血,病机相同,只是病情轻重程度有别。同时他结合正邪相争这一决定疾病发展、转归的决定性因素,提出“犯卫”“在气”“入血”“伤阴”“亡阳”的温热病辨证纲领。本文以此温病辨证纲领,结合现代医学研究,对卫气营血辨证的现代临床意义及应用进行分析。

【关键词】 卫气营血; 岑鹤龄; 正邪相争; 现代研究

【中图分类号】 R249 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2017.05.025

卫气营血辨证是清代温病大家叶天士提出的温热病辨证纲领,揭示了温热病传变过程中病机变化的普遍规律,对温热病诊治起到指导意义。但笔者发现诸多中医临床工作者认为“卫气营血”代表温热病发展的独立病位更易,且往往将血证视为疾病发展的最终阶段,忽略了疾病发展过程中的正邪相争和后期的正气虚损。基于以上两点,广东省中医院已故广东省名老中医岑鹤龄(1920~1995)基于新时代背景下温热病的发病特征,结合临床实践,提出“犯卫”“在气”“入血”“伤阴”“亡阳”的温病辨证纲领指导现代温热病诊治。

本院自 2014 年建立岭南岑氏杂病流派工作室,系统整理岑老温病学术思想,工作室研究团队以岑老温病辨证纲领为基础,结合近年来本院对登革热、流行性感冒以及流行性出血热的救治情况和现代研究进展,重新思考并完善卫气营血辨证理论,其成果分享如下。

1 营、血分证病机、治法相似,可归于“入血”,临证不可孤立对待

长期以来,诸多医者将卫气营血辨证中“卫、气、营、血”视为病邪侵犯机体疾病发展过程中的不同病位和阶段,彼此独立,鉴别分明。就其临床表现而言,病邪初犯肤表为卫分,及至病情进展,表邪不明显,而热势不退,肺、胸膈、肠腑等多脏器均可被扰,表现为气分。卫分、气分有较为明显的临床特征,临证容易鉴别,现代研究^[1-2]认为二者的共同致病特点

是导致人体功能障碍,而非脏腑实质性损害。相较卫、气、营分与血分证的临床表现多有重叠,部分学者分析传统卫气营血辨证局限性之一即为对二者病位深浅关系和涉及病变脏腑并不明确^[3-4]。岑老^[5]结合临床经验,以营分、血分证病机与治法相似,建议二者可统归为“入血”。分析如下。

1.1 营分、血分证病机相同,同为病邪入血

岑老认为营分、血分一为血中之气,一为血中之血,只是病邪入血后的程度不同而已。就临床表现而言,斑点隐隐则属营,斑疹显露则属血;心神不安,烦躁不寐属营,而神昏谵语则属血,这些均是程度的不同,而其病位关系可统属“入血”。现代医家对卫气营血之营、血之间关系的研究均反映了二者同属温病伤阴,血分受邪,导致病情进一步恶化,只是病情程度有别。如高权国等^[6]认为营分、血分病位相同,区别在于热邪对其损伤程度不同,营分热邪对营血及经脉的损伤较血分轻。杨进等^[7]认为,热瘀症状出现于营血阶段,根据伤阴程度不同,表现为不同的斑疹及出血现象,营、血证可看做“瘀血倾向”与“瘀血形成”两个阶段。实则营分为入血之初,或者入血之轻浅阶段^[8]。此外需要注意现代温病发展特点与文献记载有所不同,临床多见风热病邪夹湿,病情缠绵难愈,加之西药使用广泛,营、血证临床症状表现不典型,而其转变规律也有新特点。郭海^[9]分析目前血分证并不一定具有以往感染性疾病大量、急性出血的特点,随着现代止血药物的应用,出血症状可表现为多次、少量出血,甚至需要通过粪便常规检查提示潜血阳性才确定出血。

近年来开展卫气营血辨证理论指导病毒性疾病的诊治,从疾病临床表现和辨证特点分析,也多倾向于营、血同一病机的共识。例如曹洪欣等^[10]认为 SARS 的初期、极期及恢复期的病因病机和证候要素分别对应了卫分、气分及(营)血分三个阶段,提示营血辨证的重叠性。韩旭^[11]治疗甲型 H1N1 流感、冯玉奇^[12]治疗流行性乙型脑炎等均将营血作为同一病情发展阶段及辨证阶段而与卫分、气分区别对待,一

基金项目:广东省中医院岭南岑氏杂病流派传承工作室(E43602);广东省中医院青年中医人才项目(E45212)

作者单位:510120 广州中医药大学第二附属医院急诊科(王进忠),保健科(钟世杰)

作者简介:王进忠(1982-),硕士,主治医师。研究方向:中西医结合急诊及岭南中医名家经验传承。E-mail:wjz2082@163.com

定程度反映了营、血病机同一性的特点。

1.2 营分、血分证治法相近,均以清热凉血为则

对于温病营分、血分证的治疗方法,叶天士曾言“入营尤可透热转气,如犀角、玄参、羚羊角等物,入血就恐耗血动血,直须凉血散血,如生地、丹皮、阿胶、赤芍等物”,透热转气所采用的犀角、玄参、羚羊角等除入气分之外,也入血分,提示与入血所用“凉血散血”之“生地、丹皮、阿胶、赤芍”等均具有清热凉血的功效。实际上可以判定入营、入血均需同样采用清热凉血的法则。叶天士认为在营则可“透热转气”,并非单靠药物将在血之邪引入气分而清之,实则选取药性轻灵之品以清热解毒凉血,清中有透。临床医家注意到这一点,与曹洪欣等^[10]对于 SARS 中医诊治观点相同,王驎权等^[13]在卫气营血辨证应对 SARS 的治疗中,将营、血二证统归为热入营血,而统一采用凉血解毒的治疗方法,只是针对不同病情药物轻重程度有所差别。

综上所述,现代卫气营血辨证中,卫分证、气分证临床表现分明,而营分、血分往往有所重叠,营、血病机相同,均为病入血分,脏器器质性损害,只是入血之浅深、病情之轻重不同,二者可同归为“入血”,其治法以清热凉血为则,用药轻重重视病情而定。

2 温病演变及临证治疗不能忽略后期正虚之证,需尽早防治

正邪相争是影响疾病发生发展的重要因素,决定病情转变及预后。岑老认为卫气营血辨证主要反映温邪的肆虐与进展而未能述及正气受损的表现。部分学者^[3,4,14]也认识到这一局限性,认为血分证不是温病发展的最后阶段,传统的卫气营血辨证没有反映温病后期脏腑阴虚及正虚邪恋的证候,单以卫气营血 4 个阶段不能清楚完整的概括温病的发展变化规律。实际上,长期以来诸多医家都有关注温病耗伤阴液的特点,以致形成“伤寒伤阳,温病伤阴”的定论。然而岑老认为在温病后期,伤阳并不鲜见,反而成为主要表现。一则温病治疗过程中用过寒凉之品导致阳气受伤,二则汗出过多或者疾病后期阴损及阳,阴液耗损,孤阳上越,均可导致亡阳之证。因此温病治疗,重视“伤阴”,也要关注“亡阳”的病证变化,这样才能顾及温病发展的全程,增强疗效,这一思想也得到当代病毒性疾病发展过程中病机变化特点的验证。如彭胜权等^[15]在探讨中医对传染性非典型肺炎的中医认识中,结合临床实践,特别强调后期出现的阳气暴脱、气阴两伤之证。刘兰林等^[16]探讨外感热病辨证体系,将其分为卫分期、气分期、营血期、正衰期与恢复期等 5 个阶段,其中即包含了正气虚衰的证候特点。这种辨证分型方式,基本体现了温热病发展的完整阶段,较单独卫气营血辨证分型更符合临床实际,一定程度上与岑老的温病思想相契合。

3 病案举隅

3.1 登革热轻症显示卫、气各异,而营、血可同归于“入血”

患者,男,45 岁,于 2014 年 9 月 25 日以“发热 4 天”为主

诉入院。患者 9 月 22 日上午开始出现发热,热峰 39.0℃,伴恶寒,头晕、乏力,当日至本院急诊,查血常规正常,胸片未见肺部感染。给予喜炎平静滴及对症退热治疗后 4 天来发热仍有反复,遂收入院进一步诊治。入院患者神清,倦怠乏力,头晕,低热,恶寒,周身酸痛,口干口苦,纳眠差,大便多。舌红,苔黄腻,脉结。复查血常规:白细胞:2.92×10⁹/L,中性粒细胞:2.06×10⁹/L,血小板:68×10⁹/L。中医考虑患者属“外感发热”范畴,外感湿热,卫气同病。以清热化湿解表为法,方选银翘散加减,处方如下:金银花 15 g、连翘 15 g、淡竹叶 15 g、荆芥 15 g、淡豆豉 10 g、薄荷^{后下} 10 g、苍术 15 g、芦根 15 g、炙甘草 10 g、白茅根 15 g,三剂,水煎服。西医考虑病毒性发热,进一步完善传染病学检查。

入院第二天,患者仍有发热,烦躁,无周身酸痛,但全身出现散在皮疹,伴瘙痒,双下肢皮肤散在针尖样出血点,口干,口苦,纳眠差,大便干。舌红,苔黄腻,脉结。复查血常规:白细胞:2.48×10⁹/L,中性粒细胞:1.25×10⁹/L,血小板:61×10⁹/L。登革热核酸检测提示阳性。考虑登革热诊断明确。此时辨证湿热壅盛,病入营血,治法上原方加用玄参 10 g、牡丹皮 10 g 等清热解毒凉血之品。治疗 3 日后患者皮疹逐渐消退,至 9 月 28 日患者精神改善,热退,皮疹消失,周身皮肤未见出血点。复查血常规:白细胞:3.3×10⁹/L,中性粒细胞:1.88×10⁹/L,血小板:39×10⁹/L。此后多次复查血常规提示白细胞、血小板逐渐回升,患者痊愈出院。

本病属于登革热轻症,病初外感症状明显,四诊合参,考虑外感湿热,卫气同病,以银翘散加减清热祛湿解表。后患者迅速出现皮疹及皮下出血,营分、血分表现同在,并非按照营分、血分渐次转变,营血证并不完全分明,治疗上均可加用清热解毒活血药。临证过程中不可呆板认为卫气营血为固定病位,营、血证易见重叠,其治疗重点集中在血分。

3.2 登革热及流行性出血热重症患者后期邪退正衰,需培补正气,扭转病机

案 1:患者,男,56 岁,因“发热 5 天,少尿伴肢肿 3 天”于 2014 年 1 月 1 日入院。患者 2013 年 12 月 27 日开始出现发热,热峰 39.0℃,恶寒,鼻塞、流清涕,头痛,周身肌肉酸痛,咳嗽,痰白黏,量少难咯,无皮疹。曾至街道卫生所就诊,发热不退,遂于 12 月 30 日至本院急诊就诊,血常规白细胞:8.23×10⁹/L,中性粒细胞比率:65.6%,血红蛋白:176 g/L,血小板:11×10⁹/L。尿常规:尿潜血 3+,尿蛋白质 2+。粪便常规潜血实验阳性 4+。肾功血清肌酐:279 μmol/L。凝血功能血浆凝血酶原时间:13.4 秒,凝血酶原活动度:63.3%,活化部分凝血酶时间:63.1 秒。流感病毒抗原监测阴性。胸片提示右下肺阴影,考虑右下肺盘状肺不张。腹部 CT 胸腔、腹腔、盆腔积液,未除外双肾周炎症。考虑患者病情危重,遂收入本院监护病房。

入院患者神清,精神疲倦,双眼眶周黧黑,双眼充血,头痛,周身肌肉酸痛,鼻塞流涕,胸闷、气促,咳嗽,少痰,双上肢肿胀,小便黄,量偏少。舌红,苔黄腻,脉滑数。西医诊断考虑多脏器功能障碍综合征。中医四诊合参辨证考虑邪气犯

卫,肺卫失宣,外感湿热,风水相搏。以疏风清热解表为主,方选银翘散加减,处方如下:金银花 15 g、连翘 15 g、荆芥 15 g、鱼腥草 15 g、淡竹叶 15 g、防风 15 g、茯苓 15 g、芦根 15 g、炙甘草 10 g、威灵仙 10 g,三剂,水煎服。2 日后患者仍有发热,双眼眶黧黑,右上肢前臂背侧可见片状密集针尖样出血,右侧臀部可见片状瘀血、瘀斑,双上肢浮肿较前消退,小便量一般。舌黯红,苔黄腻,脉滑。辅助检查提示流行性出血热抗体阳性。中药辨证属湿热瘀滞,邪入营血。以清热化湿、宣畅气机为法,方选藿朴夏苓汤加减。

此后经过中西医治疗患者病情逐步稳定,1 月 4 日转入肾内科普通病房继续治疗。1 月 6 日患者无发热,多尿,口干多饮,恶心呕吐,舌干红、苔黄腻,脉弦。考虑阴虚湿热,以清热化湿,兼以养阴为法,方选藿朴夏苓汤合增液汤加减。1 月 10 日患者尿多,仍处于肾衰竭恢复期,复查血常规、凝血功能均正常,肾功能改善,无发热,口干多饮,舌红,少苔,脉弦。考虑热病后期气阴两虚,中医予以竹叶石膏汤加减。患者血肌酐稳定,情况尚可,后出院维持门诊治疗。

案 2:患者,男,65 岁,于 2014 年 9 月 26 日因“反复恶心呕吐 1 周,发热伴皮疹 2 天”入院。患者入院 1 周前出现恶心呕吐,2 天前发热,热峰 38.0℃,躯干出现散在皮疹,暗红,瘙痒,后至本院急诊就诊,血常规白细胞:3.17×10⁹/L,中性粒细胞比率:33.8%,血小板:122×10⁹/L。生化血清肌酐:169 μmol/L。考虑不排除病毒性发热,收入病房进一步治疗。入院患者神清,疲倦,乏力,恶心欲呕,颈部、躯干及四肢散在皮疹,色暗红,无肌肉酸痛,纳差,二便调。舌黯红,苔白腻微黄,脉沉细。西医考虑发热查因(病毒性发热待排),肾功能不全。中医病机考虑湿浊瘀阻,热毒炽盛,入营动血,以藿朴夏苓汤加减。

入院后完善登革热、流行性出血热抗体检查均为阳性。患者皮疹持续存在,尿量逐渐减少,复查血常规血小板进行性下降。西医给予护肝、护肾、控制血压及对症营养支持为主。经治疗患者病情稳定,热退,10 月 2 日皮疹完全消退,尿量恢复正常,口干,舌黯红,苔白腻,脉细,患者热病后期,结合舌脉情况辨证考虑气阴两虚,湿热瘀阻,以益气养阴,清热利湿,活血化瘀为法,方选二陈汤和生脉饮加减。经治疗患者病情稳定,于 10 月 9 日出院。

以上案 1 为流行性出血热重症,案 2 为登革热轻症合并流行性出血热。案 1 发病及演变过程基本涵盖了卫气营血各个阶段,案 2 起病即出现病邪入营动血,经过中西医结合治疗,二者病情稳定,而在热病后期均出现气阴两伤的表现。治疗上,温病热恢复期需以益气养阴调理气机,促进机体恢复,这与岑老主张温病发展过程中注重正邪相争,疾病后期养阴益气的观点相符合。此外温病重症患者治疗失当或者病情危急,进行性恶化,最终出现伤阴、亡阳以致死亡的案例并不鲜见,需要引起临床重视。

4 岑鹤龄温病思想的现代临床意义

随着现代医疗技术的发展,呼吸机辅助呼吸、血液透析

等新技术以及各种抗生素、免疫制剂、血液制品等广泛应用于临床,使得温病重症患者救治能力大幅提高,患者生存周期延长,其疾病发展全程和病机演化与古代文献记载已有明显不同。新时代背景下如何重新审视卫气营血辨证的临证意义是摆在中医发展途径上的重要课题。岑鹤龄基于现代温病发展特点,结合临床实践,认为营分、血分证均为病邪入血,病机相同、治法相似,同时参考温病后期正虚虚损的病证特点,认为临床需要重视并预防“伤阴”“亡阳”病情出现。岑老总结出的“犯卫”“在气”“入血”“伤阴”“亡阳”现代温病辨证纲领并非对传统卫气营血辨证理论的否定,而是在新时期,提醒医者卫气营血辨证并不是疾病传变过程中的固定病位更易,临证更应该重视正邪相争,以临床表现和其背后隐藏的阴阳表里虚实变化作为治疗的切入点。岑老温病思想值得进一步深入研究。

参 考 文 献

- [1] 王乐平,任秀玲,高瑞霞,等.卫气营血是构建温病学的基本范畴[J].中华中医药杂志,2007,22(12):821-823.
- [2] 刘景源.叶天士《外感感温病篇》前十条阐释[J].中国中医药现代远程教育,2005,3(3):17-22.
- [3] 刘亚敏.卫气营血辨证临床运用的构思[J].实用中医内科杂志,2006,20(3):221-222.
- [4] 郭海,杨进.对卫气营血理论思考[J].中医药信息,2007,24(1):3-5.
- [5] 岑鹤龄.中医争鸣[M].香港:鹤庐医社,1991:7.
- [6] 高权国,郭建光.卫气营血病位探析[J].中医药信息,2006,23(4):3-4.
- [7] 杨进,孟澍江.温病热瘀证治若干问题浅议[J].中医杂志,1994,35(7):392-394.
- [8] 庞秀花.论温病学治法概要[J].中国现代医药杂志,2009,11(9):107-109.
- [9] 郭海.从实际案例探讨温病传变规律的新特点[J].中国中医急症,2008,17(11):1626-1627.
- [10] 曹洪欣,张明雪,翁维良,等.论 SARS 瘟疫的辨证模式[J].国际中医中药杂志,2006,28(3):162-165.
- [11] 韩旭.中西医结合治疗甲型 H1N1 流感的临床观察[J].四川中医,2012,30(2):72-74.
- [12] 冯玉奇.中西医结合治疗流行性乙型脑炎 16 例[J].甘肃中医,2008,21(7):28-29.
- [13] 王驊权,赵辉.卫气营血辨证应对 SARS 的体验和思考[J].现代中西医结合杂志,2004,13(10):1266-1267.
- [14] 杨进.温病学[M].北京:人民卫生出版社,2003:1.
- [15] 彭胜权,刘亚敏.中医对传染性非典型肺炎的认识[J].浙江中医学院学报,2003,27(5):1-2.
- [16] 刘兰林,杨进,倪媛媛,等.构建外感热病辨证体系的探讨[J].中华中医药杂志,2005,20(1):20-22.

(收稿日期:2016-12-06)

(本文编辑:禹佳)