

# 中医“瘀毒”理论的文献研究概述

刘龙涛 张京春 陈可冀 史大卓

(基金项目:国家重点基础研究发展计划 2006CB504803; 中国中医科学院西苑医院, 北京市海淀区西苑操场 1 号, 100091)

关键词 瘀毒; 文献研究

“瘀”和“毒”均为中医学的重要概念, 经常被用来解释某些疾病的发病, 并指导临床治疗。古代文献有关“瘀”和“毒”的论述较多, 但对“瘀毒互结”共同致病的相关文献论述较少, 仅见少量将“瘀毒”“毒瘀”作为病因和病理产物以及“解毒活血”治则方药的记载, 有关其发病机理、致病特点等未见较为系统的论述。随着中医理论研究的不断深入和现代医学的发展, “瘀毒”致病理论日益得到广大中医及中西医结合研究者的重视。然而由于缺乏“瘀毒”作为病因病机理论指导临床的深入研究和阐发, 给理解应用带来困难。本文通过对中医“瘀毒”理论相关的古籍文献研究进行论述, 以期对中医“瘀毒”病因学理论的发展提供支持。

## 1 不同时期中医古籍文献对“瘀毒”的论述

1.1 先秦时期: 此时期对“瘀”和“毒”有了较为详细的描述, 我国发现的最古老的医书《五十二病方》中就有了活血化瘀法治疗“蛊”病的记载和两处治疗箭毒的处方。《黄帝内经》先后曾以“血脉凝泣”, “血凝泣”, “恶血”及“脉不通”等多种名称论述血瘀证。虽然《黄帝内经》对于“毒”的论述亦较多, 并首次提出了寒毒、热毒、湿毒、清毒、燥毒、大风苛毒的概念, 但论述并不深入, 也未涉及毒邪治病的机理等问题。

1.2 汉晋时期: 东汉时期张仲景在《内经》理论的基础上, 立“瘀血”病名, 并在《金匱要略·惊悸吐衄下血胸满瘀血病脉证治第十六》中作了专论。在《伤寒论》太阳病及阳明病篇中也较多地阐述了“蓄血证”的证治。《金匱要略·百合狐惑阴阳毒脉证并治第三》根据证候的属性把毒邪分为阳毒和阴毒, 较为详细地论述了阳毒、阴毒致病的症状、预后及其证治方药, 对后世颇有启发。晋代王叔和《伤寒例》在继承《内经》“冬伤于寒, 春必病温”的理论基础上, 提出“寒毒藏于肌肤, 至春变为温病”的伏寒化温说对后世医家影响很大。

1.3 隋唐时期: 隋唐时期代表性医书《诸病源候论》《千金方》《外台秘要》以及一些本草学著作, 其论瘀血与毒邪, 皆在祖述《内经》《伤寒论》《金匱要略》的基

础上有所发挥。巢元方《诸病源候论》在腕伤病诸候、妇人杂病诸候、妇人妊娠病诸候及妇人产后病诸候等对瘀血的原因、所致病证及其机理进行了论述, 并根据毒邪性质及来源不同, 结合证候表现, 对毒邪进行命名, 同时还对其所致疾病进行了较为详细的论述, 使相关病因学理论得到发展。《千金方》引用《小品方》认为“时行瘟疫是毒病之气”, 其中“犀角地黄汤, 治伤寒及温病, 应发汗而不汗之, 内有蓄血者, 及鼻衄吐血不尽, 内有瘀血, 面黄, 大便黑, 消瘀血方”。此方后来成为温病瘀血、热入营血的祛瘀生新、凉血解毒的名方。《外台秘要》所列从高坠下瘀血及折伤内治方 16 首, 及折腕瘀血方 4 首, 均为活血化瘀方, 并论述“白虎风”是“血气凝涩”所致, 其卷十九治水气肢肿方中就用了川芎、丹参、牛膝、五加皮等。另外, 《外台秘要》还对“热毒”所致疾病进行了详细论述, 如“若热毒在胃外, 未入于胃而先下之者, 其热乘虚便入胃, 则烂胃也”, 还列举了若干毒物致病及解毒之方。

1.4 宋金元时期: 宋金元时期, 各医家对“瘀”“毒”致病及其治疗均做了深入探讨, 失笑散仍为目前常用的活血化瘀方剂。刘河间、张从正治疗疾病都以解毒攻邪著称。刘河间在《内经》病机十九条的启示下, 从理论上揭示了火热致病的病变机理。张从正倡导“攻邪”治法, 提出“先论攻其邪, 邪去而元气自复”的新观点, 为后世“热毒”相关疾病的解毒祛邪治疗提供了理论依据。庞安时著《伤寒总病论》, 在王叔和寒毒说的基础上, 认为患者的体质与“阴毒”或“阳毒”的发病密切相关, 如“凡人禀气各有盛衰, 宿病各有寒热。假令素有寒者, 多变阳虚阴盛之疾, 或变阴毒也。素有热者, 多变阳盛阴虚之疾, 或变阳毒也”, 并对犀角地黄汤治疗“内热瘀血”的疗效给予了肯定。

1.5 明清至民国: 明清至民国时代, 形成了比较系统的“瘀”“毒”病因理论体系, 《景岳全书》详细论述了血瘀证的用药, 如“血有蓄而结之, 宜破之逐之, 以桃仁、红花、苏木、玄胡、三棱、蓬术、五灵脂、大黄、芒硝之属”, “血有涩者, 宜利之, 以牛膝、车前……木通……益母草……之属”, “血有虚而滞者, 宜补之活之, 以当归、牛膝、川芎、熟地、醇酒之属”等, 认为“补血行血无如当归”, “行血散血无如川芎”。同时指出, 治疗“热

毒之痛”应“以寒凉之药折其热，而痛自止也”。吴又可《温疫论》还提出了“杂气说”，使毒邪的含义进一步明确，即毒不仅指六淫之甚，还包括六淫之外的一些特殊致病因素。王清任对瘀血诸病证论述颇详，丰富和发展了补气活血和祛瘀活血等治法，同时对因毒致瘀进行了阐述，如《医林改错》云“温毒在内烧炼其血，血受烧炼，其血必凝”。经统计，《医林改错》中以活血为主的方剂有33首，主治各类瘀血病证50余种，并创立了“解毒活血汤”以治疗“瘟毒吐泻转筋”。明清以后“解毒活血”或“活血解毒”治则多应用于外科及五官科疾病，如明代董宿辑录《奇效良方》云：“疮疹之为目翳者，毒气自脏里而达外，治之要法，但活血解毒而已”，孟继孔《幼幼集》亦曰：“内毒太盛，疮必稠密，急宜投以解毒活血、消导清凉之剂”，并以活血解毒汤治疗“痘后余毒”。近代张锡纯对王清任活血化瘀治法颇有研究和体会，其创制的活络效灵丹（当归、丹参、乳香、没药）为后世广为传用的有效方剂，《医学衷中参西录》还记载了他用解毒活血汤治疗鼠疫的病案。鲍相璈《验方新编》对“毒瘀”的致病特点进行了论述，如“毒瘀肝经，损坏内溃，吐血数发，势极多危。毒瘀心包络，更加凶险，不待时日”，说明“瘀毒”对于心脏的影响尤为严重。

## 2 讨论

近50年来，随着“血瘀证与活血化瘀理论”以及近年“毒邪学说”研究的不断深入，“瘀毒致病”理论不断受到重视，解毒活血治则在恶性肿瘤、病毒性肝炎、心血管疾病以及免疫性疾病的治疗过程中得到应用，并取得较好疗效<sup>[1-2]</sup>。然而由于古代文献中相关“瘀毒”理论论述较少，缺乏对二者之间的关系、发病机理以及致病特点的研究，成为“瘀毒”病因学理论创新的瓶颈。根据现代文献报道，心血管血栓性疾病“瘀”的现代理化相关指标体系涉及血小板黏附、聚集、活化，血液黏稠度增加，凝血，血栓形成等方面；而“毒”的现代理化指标可能涉及炎症介质、过氧化脂质、组织损伤坏死等方面。本课题组将在国家973计划支撑的基础上，通过传统中医文献有关“毒”及“瘀”病因学的认识，结合心血管疾病特点，通过临床循证医学研究以及深入的实验研究，构建心血管血栓性疾病“瘀毒”病因学说，促进中医学有关病因病机理论的发展和创新，并应用现代科学方法丰富其内涵。

## 参考文献

- [1]陈可冀,张之南,梁子钧,等.血瘀证与活血化瘀研究.上海:上海科学技术出版社.
- [2]陆拯.毒证论.北京:人民卫生出版社.

(2007-12-27收稿)

# 封闭疗法在骨科中应用的体会

王殿民

(北京市大兴区中医院,102600)

**关键词** 封闭疗法;骨科

全身各部位的肌肉、韧带、筋膜、腱鞘、滑膜的急慢性损伤或退行性变,都适合应用封闭疗法,骨关节病亦适用。笔者在门诊工作中遇到这样的疼痛性疾病,经用封闭疗法治疗,取得较好效果。现报告如下。

## 1 临床资料

本组共100例,男65例,女35例;年龄最大55岁,最小19岁;病程最长3年,最短30min。病种有:下颌关节炎8例,肱骨外上髁炎8例,肋骨骨折、挫伤9例,桡骨茎突炎11例,膝关节滑膜炎10例,膝关节内侧副韧带损伤10例,弹响指10例,跟痛症8例,棘上及棘间韧带炎5例,腰痛16例,腱鞘囊肿5例。

## 2 封闭疗法

1)确定封闭点:取阿是穴。压痛点常是病灶所在,因此寻找压痛点非常重要。

2)封闭液的配制:曲安奈德注射液40mg加入2%利多卡因注射液5ml。

3)封闭方法:局部碘伏消毒一遍。一般较表浅部位的封闭,在压痛点中心进针,注入药物,用创可贴覆盖1天即可。较深部位的封闭,找准压痛点,刺入皮下、皮下组织直达病变部位,

经抽吸无回血后将药物注入。拔针后处理同前。下颌关节炎、膝关节滑膜炎要注入关节腔内,注射时阻力较小。肱骨外上髁炎、桡骨茎突炎、跟痛症,除痛点注射外,根据病灶的大小,可分成数点进行皮下、肌肉和病灶基底部注射,力求将病灶完全包围封闭。对跟痛症,应从侧面进针,因为足底的皮肤较厚,不好进针。对弹响指应做鞘内注射。注射时阻力较小,患者觉手指发胀,同时可看到手指末端增粗,颜色稍苍白。对腱鞘囊肿,应从侧面进针,将囊肿分2~3点刺破,再注入药物,最后用拇指挤压患处,将液体散开。每周封闭1次,连续4次未愈,间隔1个月后可重复封闭。

## 3 治疗结果

本组100例,痊愈80例,好转15例,无效5例。有效率95%,治愈率80%。

## 4 注意事项

1)诊断必须明确。2)封闭部位应准确。3)注意严格无菌操作。4)合理用药。对糖尿病患者,可用注射用赖氨匹林替代曲安奈德,或者单用利多卡因。用量视其疼痛范围大小、病种、部位而定,不可拘泥。5)观察反应。有个别患者治疗后局部疼痛加重、红肿,经3天左右消失。

(2007-09-30收稿)