

傅宗翰匠術集錦

二十五史林散士題

南京市中醫院編

傅宗翰医术集锦

南京市中医院编

前 言

我省名老中医、南京市中医院院长傅宗翰幼承家学，又受业于全国中医界耆宿张简斋门下，执医四十余年，蜚声杏林，桃李棋布。傅老临床经验丰富，理论造诣尤深，平日善理心肝杂病，擅治温热诸疾。在理论上敢发前贤之未发，创立和发展了脾燥、瘀血、浊脂诸学说；临诊中对疑难沉疴常能独具慧眼，辨证精邃，方药新颖，对心血管、内分泌、胶元病、长期低热等尤有独到之处，犹能吸取现代医学知识及新鲜经验，尝以“西为中用”自勉，不悖经典，不流俚俗。其医术医德可风，曾遴选为全国中医学学会理事，前年曾率江苏省中医考察团赴日讲学。

为了继承老中医的学术经验，繁荣祖国医学事业，我们组织编印了这本《傅宗翰医术集锦》，以利于中医界互相交流，亦或有助于启迪后学，在新的历史时期，进一步发扬祖国医学遗产，为振兴中华，为人类健康俾能小作贡献。

全书分论著及医案两部分，论著收集了理论性文章12篇，医案记载了验案102例，其中一部分文章曾先后发表于全国性专业刊物，一部分文章系国内讲学之讲稿。在本书编写过程中，我们以实事求是的态度，严格掌握科学性和真实性，查对有关资料，随访核实病案，由傅老的门人潘文奎、黄永澄医师执笔协助整理，基本上反映了傅老的学术思想和临床经验，但水平毕竟有限，难免挂一漏万、不足不全，敬希读者提出意见和批评，不吝指正幸甚。

南京市中医院

一九八二年六月

《傅宗翰医术集锦》

目 录

论 著

瘀血证治概论·····	(1)
痰的证治·····	(20)
论肝·····	(35)
浅论温病之汗·····	(47)
低热证治·····	(54)
谈高脂血症·····	(67)
心悸辨证浅见·····	(79)
风湿性心脏病之辨证要点·····	(89)
血证的治疗三法·····	(98)
谈谈治疗肝炎的几个问题 ·····	(110)
参类药物知识浅谈 ·····	(120)
常见花类药物之临床运用 ·····	(131)

医 案

呼吸系统医案(10例) ·····	(145)
循环系统医案(10例) ·····	(165)
消化系统医案(22例) ·····	(183)
泌尿系统医案(12例) ·····	(221)
神经系统医案(13例) ·····	(241)
内科杂病医案(18例) ·····	(263)
其他各科医案(17例) ·····	(293)

瘀血证治概论

瘀血是一种病理性产物，也是一致病因素。由于瘀血的存在，产生了病理机转，在临床上往往反映出一系列独特的症候群，称之为“瘀血证”。有关瘀血的理论，不但渗透在妇科、外科、伤科等病证中，占有很大的比重，而且在内科领域中的涉及面也相当广泛。几年来，我们在临床实践中，常遇到很多的疑难杂症，有时由于瘀血理论的启示，注意到某些细微的征象，把病理上的各种环节联系起来，审证求因，立法用药，有时竟能取得满意的效果，从而增强了我们对于瘀血证理论论述的学习和有关瘀血治则方药的临床运用，现就瘀血证谈谈我们一些肤浅的体会。

一、概 论

瘀血的理论，肇始于《内经》，立名于《金匱》。《内经》中虽未见有“瘀血”名词，但在病理及治疗上均有类似的记载，如《素问·腹中论》的“四乌贼骨一虑茹丸”，主治“血枯”病，从原文症状“胸胁支满，妨于食，出清液，先唾血，四肢清，目眩，时时前后血”及其“此得之少年时有所大脱血”的病史，结合分析，它既有血虚的一面，又有血瘀的一面；再从方剂组合来看，乌贼骨咸温下行，性涩去脱；虑茹（今之茜草）咸酸入肝，活血去瘀。雀卵、鲍鱼都是血肉有情之品，本方组合具有补血祛瘀的治疗作用，也可以证实“血枯”病有瘀血的存在，不然，又何必补而兼通？！因此，这个“枯”字，应理解为枯少和枯涩的综合含义，

枯涩就意味着瘀的情况。正由于瘀血未去而新血不生,所以屡屡失血,虚者更虚,瘀者更瘀,形成虚实矛盾的局面,不得不采用通补兼施的方法,因此可见,有关瘀血病理、治法,古人早就有一定的理论和经验了。

《内经》上还有有关处理瘀血的原则性方法,如《素问·至真要大论》“必先五脏,疏其气血,令其调达,而致中和”。这和法就寓有预防瘀血形成的含意;《素问·阴阳应象大论》“定其血气,各守其乡,血实宜决之,气虚宜掣引之。”所谓“血实宜决之”,就是疏通流导,如决江河,正是祛瘀之大法。又如《灵枢·水胀篇》“石瘕生于胞中,寒气客于子门,子门闭塞。气不得通,恶血当泻不泻,衃以留止……可导而下”,此“恶血”和“衃”正是瘀血形成前后的病理物质,“可导而下”就是治疗大法了。

张仲景正是继承了内经学说,在《金匱·惊悸吐衄下血胸满瘀血病篇》首先提出了“瘀血”的名称,开辟了“瘀血证”的范例,他把瘀血证和其它有关病证归纳为一章来综合讨论,既意味着证与证之间的相互关联,也指出了各证的个别特性。在《金匱·血痹虚劳脉证篇》及《伤寒论》中又提出了“干血症”、“蓄血证”、“热入血室”等各种瘀血类型,并制定“当下之”的治疗原则。至此,大大丰富了瘀血的辨证内容,对瘀血证的证治及其性质相近似的各种演变的认识也逐渐日趋充实。对后世医家有很大的启发作用。

汉以后的医学家,在临床著作中,其编纂方法,不论以病名、证候分类或部位分类,瘀血证很少列为单一项目,其中多数是把它附在血证门中,或者作为病因病理附于其他杂病证候中,虽然对瘀血形成的病理、临床证候、治则用药有所阐述,但对“瘀血证”这一门学说缺乏专题讨论,没有显著的发展和提高。

清代王清任著《医林改错》，对瘀血证的证治进行了长篇阐述，有其独到之处，对瘀血证证候变化多样性的认识更加丰富和完备，尤其是创立的各种活血化瘀方剂至今仍有实用价值，有功于后世。继王氏之后，唐宗海的《血证论》对瘀血证的理论有不少的发展，对证候的辨证认识上又补充了新的内容和方法，对瘀血证的治疗强调了“消瘀”的重要性，在学术上是有一定的贡献。

近代在中西医结合的长河中，运用现代科学知识整理、研究祖国医学，对瘀血理论的探研，尤其是活血化瘀法的机制及其运用，有着显著的发展，目前已广泛运用于循环系统、消化系统、神经系统、网状内皮系统、血液系统和胶原性疾病等方面，外科的急腹症，皮肤病，妇产科的痛经、宫外孕、功能性子宫出血、产后腹痛，骨伤科的骨折、扭伤、血肿等绝大部分都与瘀血因素攸关，适用于化瘀治法。由此，对瘀血证证治的探讨，更显示了它的重要性，开拓了科学研究的广阔途径。

二、命名涵义

血是流动性的液体物质，在气的推动和气血相辅相成的正常情况下，周流不休，奉养全身。它有一定的运行途径，所谓“循经而行”，既不会越轨而出，也不会停蓄瘀塞。一旦机体发生病变，血流壅滞，则积而成瘀，所谓“瘀”，《说文解字》释义“瘀，积血也”，《中国医学大辞典》谓“瘀，血之停蓄者，即蓄血”，因此，凡是停积留着，失去正常循行之血，即为瘀血的基本定义。有人理解为：凡是离经之血，尚未排出体外而凝滞于体内，则为瘀血，这是瘀血的一种情况，尚未能概括瘀血的全部内容，因为还有未离经（尚未溢出脉外）的血，在某种情况下，

在管道内发生了滞涩或凝集的变化，既未能溢出，更无法排出体外，如《灵枢·痈疽篇》说：“寒邪客于经络之中，则血泣，血泣则不通，不通则卫气从之，不得复反，故痈肿”，《素问·五脏生成篇》说：“卧出而风吹之，血凝于肤者为痹，凝于脉者为泣，凝于足者为厥。”所谓“泣”，其音义同涩，所以从广义而言，血液离经而未排出体外者，属于瘀血，血未离经，在循行轨道之中，由于某种因素而滞涩凝结，血泣不通不利者，也为瘀血的一个部分。血液在运行过程中，受到一定程度的障碍和影响时，开始时是血流滞缓，即“血滞”“血不和”，继而郁积不散，即“血郁”“血泣”“蓄血”，进而凝结成形，即“瘀血”“血块”。由于凝结之血液的量及质的变化，以及它对人体的危害程度，又有“败血”、“恶血”、“干血”、“死血”、“血痹”、“血著”等名称。实际上，这些都是把瘀血形成前后的过程，用适当的词汇加以描述而已。所以瘀血的含意很广，不能单独以狭窄的观点来看待瘀血。

三、病 因

瘀血之形成，皆有其因，大体上有下列几方面因素

（一）外邪传变：

伤寒温病之邪，在病情发展过程中，常有传入营血之变，如《伤寒论》106条：“太阳病不解，热结膀胱，其人如狂，血自下，下者愈，其外不解者，尚不可攻，当先解其外，外解已，但少腹急结者，乃可攻之，宜桃核承气汤”。又124条：“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，少腹当鞕满，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。”又125条：“太阳病，身黄，脉沉结，少腹鞭，小便不利者，为无血也，小便自利，其人如狂者，血证谛也，抵当汤主之。”这就是伤寒蓄血证。蓄血证的成因，显然是表邪不解，内传于府，与血搏结，积在下焦少腹部位而成。因邪热壅阻血中，血行受到一定影响，乃与其他因素相搏而成瘀。“瘀”和“蓄”的形成机转基本上是一致的，这也充分说明表邪传变，才构成热搏成瘀的可能性。

温病传变的规律也同样如此，凡热灼愈甚，热入愈深，传入中下二焦，同样能使血循改变，血液变性变质，瘀血证的形成也愈有可能性。如《温病条辨》下焦篇20条：“时欲漱口，不欲咽，大便黑而易者，有瘀血也，犀角地黄汤主之”。又21条“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，甚则抵当汤”。戴麟郊《温疫明辨》说：“时疫传里之后，蓄血最多，但需细询其胸腹胁肋，四肢有痛不可按而濡者，即为蓄血确验，治法必兼消瘀。”叶天士曰：“夏月热久入血，最多蓄血一证，谵语神昏，看法以小便清长，大便必黑为是”。这都说明由于表邪内传，热邪灼烁，热与血结而形成了瘀血证。

（二）寒气凝滞：

赵献可曰：“经中之水与血，一得寒气，皆凝滞而不行。”血得热则行，得寒则凝，这是血液的特性，由于寒气的影晌，血液凝滞而瘀。如《灵枢·百病始生篇》：“肠胃之络伤，则血溢于肠外，肠外有寒，汁沫与血相搏，则并合凝聚不得散，而积成矣。”《素问·举痛论》：“寒气客于肠胃之间，膜原之下，血不得散，小络急引故痛”，又“寒气客于脉中，则血泣脉急，故胁肋与少腹相引痛矣。”《灵枢·水肿篇》之石痕证也系“寒气客于子门。”这些经文都说明因寒气而影响血行，或是“气不得通”，或是“血

不得散”，或是“血泣脉急”。均示血液的流动受到不同程度的限制，可能郁而不鬯，可能涩而不行，可能凝而不动，而成积聚疼痛诸证，皆是寒气所加。

（三）气虚与气滞：

血循脉中，周流不息，全赖气的推动，若气机失去正常调畅，则血也随之发生病理改变，而导致血瘀，古云“气为血帅，气行则血行”，一旦气虚而无力推动血液运行，则血流不畅，血行可能迟缓、滞塞、壅止，甚则变质变形，而凝泣成瘀血，如《医林改错》曰：“元气既虚，必不能达于血管，血管无气，必停留而瘀。”是一气虚血瘀之症，是谓“气止则血止”之意。气又能摄血，使血有约束有规律地畅行于脉中，循其经常之道。所谓“循经”而行，气虚则气不统血，摄血无权，血不归经而离之，溢出于脉外，但气虚又无力将血排出体外，则溢于肌肤、筋膜之间，是为斑、为疹或为出血点，也为瘀血，故《血证论》说“离经之血，虽清血、鲜血亦是瘀血”。李梴曰“血随气行”，“气行则血行，气滞则血滞”，“气留而不行，血壅而不濡”，气滞血瘀是临床最常见的瘀血病因，《医宗金鉴》也指出“血之凝结为瘀，必先由于气滞。”气虚、气滞均关系到血的运行，实为瘀血形成的条件之一。

（四）外伤与产后：

凡跌打损伤外来暴力，或举重负荷，旋转扭闪，伤及经络血脉，血不得循经流注，阻于经隧之中，或溢于经络之外，此离经之血，不能复返故道，失去了活动能力，停而不散，乃成瘀血，这种瘀血称为恶血，如《素问·缪刺论》曰“人有所堕坠，恶血留内。”这种外伤所致之瘀血也系由于气滞所导致，如《沈氏

尊生》说：“忽然跌，忽然捫挫，气凝则血亦凝集”。因此，我们认为外伤不论有无出血症状，只要有肿痛症状，都不能轻易肯定没有瘀血的可能性。其次，我们发现，在某些外科手术之后也会出现瘀血证，其病理机转是否与外伤诱因完全相同，还有待进一步研究。至于妇女产后容易发生瘀血，这当然与“流血”有关，流血可谓离经之血，离经之血固然可以自行排出，不可能毫无残余留着，在妇科文献中可以看出，去瘀生新的疗法，差不多已成为处理产后的通例，追溯其源，张仲景早在《金匱》中阐述了这方面的内容，如《金匱·妇人杂病篇》：“曾经半产，瘀血在少腹不去。”《金匱·妇人产后篇》“产后腹痛，当以枳实芍药散，假令不愈者，此为腹中有干血着脐下，宜下瘀血汤主之。”因为半产或产后，往往残瘀夙垢酿而成瘀，至于“干血”那是瘀血在时间、性质和程度上进一步演变的产物。

（五）血证之后胎：

在各种内外原因下，使脉络损伤，血液从伤口或间隙溢出。以致产生吐、衄、崩、漏、便血、溺血各种出血证候。临床处理血证，如果忽略辨证施治，笼统看作“血热妄行”，用大剂寒凉或重用止涩，治不对证，就不免有寒凉冰伏和涩敛过早的流弊，血已离经者，凝而不能排出体外，血未离经者，郁滞不得畅行各处，其结果反酿成瘀血之有害物质，新血为瘀所阻，络脉为瘀所附，反而反复不断出血。所以缪仲纯治疗血证有三大心得，“宜行血不宜止血”列为第一条，即以行血的方法来达到止血的目的。朱丹溪也说：“凡血证不可单行单止，又不可纯用寒凉。”唐容川也把“消瘀”作为治疗血证四大法之一，其云“经隧之中既有瘀血，则新血不能安行无恙，终必妄走而吐溢矣，故以祛瘀为治血要法”。血证后胎之瘀血，往往是由于寒凉遏抑、

止涩过早之故。除此以外，如气不统血，血溢之后气又无力将血排出，残留不净之血溢于经脉之外，岂不变成瘀血。更值得提出的是有些病人在大出血时不够镇静，用一些不合理的办法急于止血，或恣饮凉汤或逆气强忍，侥幸血止，难免冰伏，离经之血不内不外，不成瘀血何待？！因此，有些瘀血证的成因，常系某些血证之后貽影响而来。

（六）其他诱因：

1. 精神刺激：

精神因素，七情之气也可导致血瘀，如《内经》：“若内伤忧怒则气逆。六输不通，温气不行，血蕴里而不散。”郁则气结，血因之而结，则瘀血之证成矣。精神刺激不但直接有促使瘀血形成的关系，也有间接产生瘀血之可能，如《素问·生气通天论》“阳气者，大怒则形气绝，而血菀于上，使人薄厥”。这由于精神上的巨大刺激，使气血上冲，血溢髓海，血液大量郁积，瘀阻经络，以致猝发之时可昏厥、抽搐，甦后后遗瘫痪偏枯，《三因方》曰：“或因大怒，汗血并湿，停蓄不散，两胁疼痛，皆由瘀血在内”，又补充了大怒而血瘀产生胁痛的病例，又如朱丹溪所创六郁之说，其中血郁之证，也由暴怒所致，就是血瘀的前一阶段，所以后世治疗血郁者一面注意维持精神上的轻松愉快。一面采取活血通络解郁之法。

2. 物理因素：

物理因素除击扑损伤外，过分的刺激皮肤，也能导致瘀血的形成，除烧伤、冻伤外，诸如电疗、冰囊、艾灸、燔针劫夺之法等，若超过了人体最大适应能力时，就能引起局部组织充血，血凝瘀阻，一时不易消散，甚至损伤组织，焦骨伤筋，局部坏死。其它如“中砒毒”、“狂犬病”、毒蛇的咬啮等等，皆足以引起

急性瘀血症状。

总之，瘀血形成的因素很多，概括起来，也不越“三因”的范畴。以性质而言，也不出虚实两类。以关系而言，更不能离开“气”的作用。求因的目的是为了辨证，只有寻找出原因后，对瘀血证千变万化之症状，就不难理解了。

四、病 理

血在人之一身中是为最宝贵的物质基础，关系人体之生命活动，张景岳说：“血富于冲，所至皆是，盖其源源而来，生化于脾，藏受于肝，总统于心，宣布于肺，施泄于肾，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，安神魂，润颜色，充营血，津液得以通行，三焦得以调畅，凡形质所在，无非血之用也。”他具体分析了血的作用，几乎全部概括人体的一切功能，而气血之关系是相辅相成，古谓“气为血帅，血为气母”不能一时分割的，所以《难经》曰：“气主煦之，血主濡之，”以维持人体的生命活动。

平人之血，畅行脉中，往返流通，循其经常之道，所以称为“循经”，在各种致病因素的影响下，改变了“循”的规律，则血行可能迟缓、滞塞、壅止；妨害了“经”的作用，则脉络之宽窄松紧，固然影响血流动态，而且血溢络伤，则为离经之血，血一离经即为瘀血，唐容川说：“离经之血，与周身之血已睽绝而不合，反与好血不相能”。是为有害物质。瘀血形成，不论其咎为“循”为“经”，必然产生不同程度的障碍，血病必及于气，气血失于协调合作，结果则演变各种各样的病理变化，聚于脏腑为癥为积，流于肌表为斑为疹，阻于营卫则为寒热，注于肢节为痹为瘫，滞而不通则为疼痛、麻木，或满或闷，碍于神机为狂为

妄，或痴或忘，有色可见者为紫为蓝，为青为黑，有形可察者为疽为疔，皮肤甲错，在下者为痢，为痔为痛经，闭经，在上者为面乌唇紫，胸痹喘息；亦有瘀阻新血不生而皮坚发落者，反复出血不止者，有瘀阻脂留而臃肿肥胖者，有瘀阻血枯而羸瘦失形所谓干血癆者，更有目视异物，周身搔痒，肤如虫行，半身出汗及左右上下前后冷热感觉迥异之自觉症状者。种种幻变，从此而生。

总之，未成瘀而郁滞者，其病理变化尚轻，其治易愈，已成瘀而有形者，病理改变较多，涉及面也广，治疗一时难以速效，特别是瘀血证，病机复杂，表现万端，犹须领会机括，知常识变。

五、诊 断

瘀血证的诊断，和其它疾病的诊断方法一样，都不能离开四诊的基本原则，由于血和血脉、色泽的关系至为密切，故望诊和切诊要显示了它的重要性。

望诊：瘀血证患者的面部和皮肤常呈现晦滞不泽之色，或灰黯或如古铜色，沉着深厚，皮肤上可出现大小不等的斑痕细疹或缕状花纹，呈紫褐青不同之色。眼之望诊，一般是眼窝黧黑，白睛〈巩膜〉不清爽，或灰，或蓝，或一部分暗黄，黑珠〈角膜〉一般是很少变化的。口唇的颜色变化，显著与常人不同，张仲景用“唇痿”来形容它，非常恰当。“痿”是包括形、质、色多方面而言，我们体会色的枯晦深黯和质的干瘪皱糙，以及色的布局不均匀是临床常见的象征。“舌为心之苗”，“心主血”，舌质的望诊在瘀血证中颇为重要，一般瘀血病人舌本、舌尖、舌边、舌底常见青、紫、蓝的斑点，有的全舌质呈现一片隐隐青

紫之色，边缘不清，所谓“紫气”。有些病人，全舌上部无异常，而翘舌视之，舌下藏有青紫色的小痞瘤，或舌下青筋怒张，均为瘀血之见证。久病瘀血证潮热消灼的患者，可见皮肤干枯、肌肉消瘦，以手摸之干糙不调，如鳞甲样之碍手，有时可见有细碎灰白色的鳞屑样物附着于手，这就是古人所形容的“肌肤甲错”。

问诊：在诊断价值上有时占重要位置，尤其是讯及有关瘀血证的典型证候〈详后〉，但在问诊中，特别要注意的是不能轻易放松对既往史的追讯，因为有很多典型瘀血证病人，大致都有失血史〈其中内科以吐血者较多〉，或某些内外伤史，包括出血或不出血以及打击扭闪、跌仆骨折压迫等等和某些外科手术史，妇科也应一一询问其经产史，因为瘀血证有一部分是为某些血证或损伤脉络后的病理演变与遗留而形成的，此不但要问这方面的既往史，而且还必须询问当时处理和经过，以提供辨证的重要线索。其次要分别了解二便情况，张仲景在《伤寒》、《金匱》中均一再指出“小便自利”和“大便色黑”是瘀血（蓄血）反映的特点，临床观察这个特点并不限于膀胱蓄血、下焦瘀血的个别情况，而常为瘀血证的普遍反映（若夹杂他证当另作别论）。小便自利似乎与小便正常没有显著区别，但在量、次方面比正常的在程度上略有增加，或者颜色更清，排出时更爽利一些。大便色黑，黑是指灰色较深而言，除肠胃系统瘀血，大便可有深黑如漆者外，一般仅是浅灰、灰褐之色，或偶见或断续见之。至于治疗过程中，因服祛瘀药而大便色灰黑者，系药理作用或病理反映，就不能一概而论了。有些患者，大便始终不黑者有之，其中有人服参三七粉后方见黑色，粪检隐血亦呈阳性，是否系瘀血被排出，尚不敢随便下结论。

闻诊：有肿痛现象的，常可听到病人的呼痛叫号，惨啼悲

泣，至于气血两伤的，则奄奄喘息，声微语轻，或昏迷不语，这是瘀血在临床闻诊时所能遇到的一些征象。

切诊：归纳前人的文献记载，瘀血证(包括蓄血)的脉象有沉涩、沉结、微大来迟等。“以脉测证”或“以证测脉”而言，均不难理解，因为血既瘀塞，血流不畅，涩脉是为多见，如《素问·平人氣象论》“脉涩曰痹”，《脉经·平杂病脉》“涩则少血”，故王肯堂曰“有瘀血则脉涩”，陈修园曰“脉涩不利有瘀血”。在涩的基础上，进一步可演变而为结、代，或类似结代的脉象，因为涩脉本身的形象就具有“往来难且散，或一止复来”的性质。至于沉脉是里证总的反映。瘀血证也以里证最为多见，沉脉的出现，是很自然的。关于《金匱》“微大来迟”之脉，起初我们领会不深，根据前人的注解，如《伤寒论》“微脉萦萦如蜘蛛丝者，阴气衰也”，“大为虚”，《脉学辑要》“今验有症瘕、痼癖、壅遏隧道而见迟脉者”以及《景岳全书》“涩为阴脉，凡虚细微迟之属，皆其类也”，有所悟及，再通过实践，感触到“微大”是形容似大非大之振幅，“来迟”是形容似迟非迟之频率，也即脉波上下之间张力不足，来往之间滞缓不利，为涩脉的形象具体化的描述，临床是可以遇到此种典型脉搏的。总之一证非见一脉，一脉又常见于多证，即以瘀血证而论，断无不论寒热虚实，而但见一种脉象。切诊是四诊中重要的一部分，但决不能片面的孤立的作为绝对可靠的依据，应全面综合分析来作诊断的参考。

六、证 候

瘀血证既有血瘀，必有瘀血之症可查，但其每因瘀血的部位差别、量的多寡、时间的新久、瘀阻的程度而有不同的表现，同时还有单纯之瘀血证与相互之兼证夹杂其间，瘀血之已成、未成

又很难有明确的界限划分，因此，瘀血证的证候表现，确属复杂错综，王清任《医林改错》中就有五十种瘀血证，但尽管如此，临床上还有某些线索，可作为瘀血证诊断的参考。

痛：不论血的郁滞或凝结，都会构成“不通”的条件，而导致疼痛，故痛是瘀血证中最常见的证候，不过疼痛可有轻重不同而已。痛的部位和区域较为广泛，或自巅顶至脚踵，或从毛发到脏腑筋骨，如《血证论》云“瘀血在经络脏腑之间，则周身作痛”。局限的疼痛常随其血瘀的部位而定，一旦瘀血已成，形成死血则常“痛不移处”，瘀血未成，已有蓄血、血郁之时，也间游走痛的。痛的性质，多为钝痛、刺痛、攻冲痛、割痛，与瘀血未成，单纯气滞之攻痛、窜痛不同，且常持久而不缓解，呈长期性、顽固性的疼痛。大都拒按，按之不适，但也有喜按抚者。疼痛的时间不够规律，或有周期性发作，或有昼轻夜重的现象，亦可伴有冷热麻木等感觉，这随其寒热虚实各异。

热：由于血瘀塞不通，郁而生热。因此，瘀血证常有不同的热感。如王清任曰：“要知血府血瘀，必发烧”，“凡是血块当发烧”。临床上以“自觉性发热”常为患者共同的主诉，主诉之发热与体温测量不相符合，有身外凉，心里热的，王清任称之为“灯笼病”，热感也内外不一，时为全身性，时为局部性，也有感觉五心灼热的，也有夜发一阵热的，也有潮热如骨蒸的，也有在肌肉翕翕发热的。张仲景论述“病者如热状”而“其脉反无热”的脉证是瘀血热感的特点。瘀血发热的热型，大都如王清任所述“后半日发烧，前半夜更甚，后半夜轻，前半日不烧”。但也有类似疟疾寒热往来者。

渴：瘀血既成，血路被阻，不但影响正常血液运行，而且妨碍了津液的蒸发布达的道路，气之与血本不相离，今有血瘀，气也不得通畅，不能载水津上升，因此古人一再指出有关“渴”